

# ARQUIVOS

do Conselho Regional  
de Medicina do Paraná

v. 33 - n. 130 - Abr/Jun - 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](mailto:protocolo@crmpr.org.br)

*Secretaria*

[secretaria@crmpr.org.br](mailto:secretaria@crmpr.org.br)

*Setor Financeiro*

[financeiro@crmpr.org.br](mailto:financeiro@crmpr.org.br)

*Diretoria*

[diretoria@crmpr.org.br](mailto:diretoria@crmpr.org.br)

*Departamento Jurídico*

[dejur@crmpr.org.br](mailto:dejur@crmpr.org.br)

*Departamento de Fiscalização*

[defep@crmpr.org.br](mailto:defep@crmpr.org.br)

*Departamento de Recursos Humanos*

[rh@crmpr.org.br](mailto:rh@crmpr.org.br)

*Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos*

*e Comissão de Qualificação Profissional*

[cqp@crmpr.org.br](mailto:cqp@crmpr.org.br)

*Comissão de Atualização Cadastral de E-mails*

[correio@crmpr.org.br](mailto:correio@crmpr.org.br)

*Assessoria de Imprensa*

[imprensa@crmpr.org.br](mailto:imprensa@crmpr.org.br)

[comunicacao@crmpr.org.br](mailto:comunicacao@crmpr.org.br)

*Biblioteca*

[biblioteca@crmpr.org.br](mailto:biblioteca@crmpr.org.br)

### Site

[www.crmpr.org.br](http://www.crmpr.org.br)

### Postal

Caixa Postal 2208

### Telefone

41 3240-4000

### Fax

41 3240-4001

### CFM

[cfm@cfm.org.br](mailto:cfm@cfm.org.br)

### Site

[www.portalmedico@cfm.org.br](http://www.portalmedico@cfm.org.br)

### E-mail

[jornal@cfm.org.br](mailto: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 <sup>a</sup> .	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](http://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](http://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](mailto: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](http://www.crmpr.org.br) Em caso de dúvida, consulte nossa bibliotecária em [biblioteca@crmpr.org.br](mailto: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(130):73-148

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  
Osmar Yoshiyuki Sigueoka  
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  
Nancy Yoko Hada Sanders

### CASCATEL

Roberto Augusto Fernandes Machado (Diretor)  
Pedro Paulo Verona Pérsio (Vice-Diretor)  
Karin Erdmann (Secretária)  
Amaury Cesar Jorge  
André Pinto Montenegro  
Antônio Carlos de Andrade Soares  
Fábio Scarpa e Silva  
Hi Kyung Ann  
Juliana Gerhardt  
Keith de Jesus Fontes

### CURITIBA E LITORAL DO PARANÁ

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

### FOZ DO IGUAÇU

Marta Vaz Dias de Souza Boger (Diretora)  
Eduardo Hassan (Vice-Diretor)  
Jacilene de Souza Costa (Secretária)  
Juliana Leme Mendonça  
Isidoro Antônio Villamayor Alvarez  
Luiz Cláudio Casagrande  
Luiz Henrique Zaions  
Marco Aurélio Farinazzo  
Pablo Zanatta

### FRANCISCO BELTRÃO

Márcio 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  
Mary Angela Sabadin  
Rubens Fernando Schirr

### GUARAPUAVA

Rita de Cássia Ribeiro Penha Arruda (Diretora)  
Anderson Vinícius Kugler Fadel (Vice-Diretor)  
Mariana Saciloto Cramer (Secretária)  
Amélia Cristina Araújo  
Antônio Marcos Cabrera Garcia  
Décio Yvan Sanches Filho  
Frederico Guilherme Keche Virmond Neto  
Gabriel Odebrecht Massaro  
Letícia Domingos

### LONDRINA

Alcindo Cerci Neto (Diretor)  
João Henrique Steffen Júnior (Vice-Diretor)  
Fátima Mitsie Chibana Soares (Secretária)  
Antônio Caetano de Paula  
Fábio Ferreira Lehmann

Ivan José Blume de Lima Domingues  
Luiza Kazuko Moriya  
Mário Machado Júnior  
Naja Nabut  
Pedro Humberto Perin Leite

#### **MARINGÁ**

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

#### **PARANAÍ**

Leila Maia (Diretora)  
Hortência Pereira Vicente Neves (Vice-Diretora)  
Atílio Antônio Mendonça Accorsi (Secretário)  
Anizia Leontina Rigodanzo Canuto  
Bruno Eduardo de Camargo  
Cleonir Moritz Rakoski  
Custódio 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  
Ivaí Saião Aranha Falcão de Azevedo  
Geraldo Sulzbach  
Giancarlo Bergamini Vannucchi  
Fernando Gortz  
Vanessa Bassetti Prochmann Esber

#### **PONTA GROSSA**

Ladislao Obrzut Neto (Diretor)  
Tatiana Menezes Garcia Cordeiro (Vice-Diretora)  
André Scartezini Marques (Secretário)

Joelson José Gulin  
Luiz Jacintho Siqueira  
Meierson Reque  
Northon Arruda Hilgenberg  
Rubens Adão da Silva

#### **RIO NEGRO**

Militino da Costa Júnior (Diretor)  
Leandro Gastim Leite (Vice-Diretor)  
Jacy Gomes (Secretário)  
Anderson Aurélio de Almeida  
Cláudio Veiga Lopes  
Helton Boettcher  
Jonas de Mello Filho

#### **SANTO ANTÔNIO DA PLATINA**

José Mário Lemes (Diretor)  
Celso Aparecido Gomes de Oliveira (Vice-Diretor)  
Sergio Bachtold (Secretário)  
Carlos Roberto Bertoni  
Elenir Dólis Godoy  
Elizabeth Candido da Lozzo  
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  
Valdicir Faé

#### **UMUARAMA**

Sandra Mara Oliver Martins Aguilar (Diretora)  
Augusto Legnani Neto (Vice-Diretor)  
Fabiano Correa Salvador (Secretário)  
Alexandre Thadeu Meyer  
Antônio Francisco Ruaro  
Deraldo Mancini  
Edson Morel  
Juscélio de Andrade  
Osvaldo Martins de Queiroz Filho  
Silvio Roberto Correa

## SUMÁRIO

### ARTIGOS ESPECIAIS

O olhar fenomenológico nas práticas obstétricas: a humanização do parto  
*Raphaella Christine Souza Caldas* ..... 84

Formação médica  
*Itagiba de Castro* ..... 113

Direito Digital: Informações médicas de pacientes e o seu armazenamento em nuvem  
*Carla Segala Alves* ..... 115

### RESOLUÇÃO CFM

Monitorização neurofisiológica intraoperatória. Ato médico exclusivo  
*CFM* ..... 118

Tratamento da HPB: aprovado procedimento de embolização das artérias da próstata  
*CFM* ..... 123

# ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina do Paraná

---

## **PARECER CFM**

Vedada instalação de câmeras filmadoras nas salas de atendimento em serviços de emergência

*José Albertino Souza* ..... 131

Prescrição de ácido retinoico por biomédicos. Impedimento

*José Fernando Maia Vinagre* ..... 137

## **PARECER CRM-PR**

Remuneração profissional. Vínculo, ressarcimento e relação com regimento interno

*Donizetti Dimer Giamberardino Filho* ..... 140

Morte encefálica: procedimento operacional padrão

*Nazah Cherif Mohamad Youssef* ..... 144

## **MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA**

Você já plantou uma Novalgina?

*Ehrenfried Othmar Wittig* ..... 146

## O OLHAR FENOMENOLÓGICO NAS PRÁTICAS OBSTETRÍCAS: A HUMANIZAÇÃO DO PARTO

LOOK IN PRACTICE PHENOMENOLOGICAL OBSTETRIC: THE HUMANIZATION CHILDBIRTH

*Raphaella Christine Souza Caldas\**

**Palavras-chave** – *Ética, parto, obstetrícia, humanização.*

**Keywords** – *Ethics, childbirth, obstetrics, humanization.*

### RESUMO

O parto é um momento carregado de significados particulares, sociais e familiares. A gestação e o trabalho de parto, assim como o pós-parto e o resguardo, são momentos de muita preocupação por parte da mulher, que se encontra fragilizada e precisa ser cuidada. À vista disso, propõe-se uma análise sobre a prática médica no que se refere ao parto e à atenção às gestantes e parturientes, de forma a proporcionar uma reflexão sobre a ética profissional na área da saúde. Para isso, foi realizado

---

\* Graduando de Psicologia em Aracaju (SE). Sob o pseudônimo "Andrea Dorea", teve seu trabalho premiado com menção honrosa no 26.º Concurso de Monografias sobre Ética Médica, Bioética e Profissão Médica do CRM-PR (2015). O tema em destaque foi "O parto: como harmonizar a ciência e a ética?"

um trabalho a partir de uma pesquisa de abordagem exploratória sobre a atenção e atuação médica durante os momentos que antecedem e sucedem o parto, bem como os procedimentos no seu decorrer. Foram aplicadas entrevistas focalizadas com 10 (dez) mulheres que já passaram pela experiência do parto. Os dados coletados foram considerados a partir da análise do discurso, visando alcançar um maior entendimento a respeito do tema e promover o parto humanizado. Percebeu-se que existe uma deficiência no diálogo entre médico e paciente, o que faz com que informações importantes deixem de ser repassadas. Além disso, foram identificados casos que evidenciam falta de compaixão, respeito à vida, alteridade e ética.

## INTRODUÇÃO

O método científico se estabeleceu, ao longo dos últimos séculos, como principal forma de obter conhecimentos racionais acerca da realidade do mundo e das experiências humanas. No entanto, é preciso considerar que essa não é a única maneira válida de construção do saber, uma vez que até mesmo o conhecimento do senso comum serve como fundamentos para as pesquisas científicas, proporcionando grandes contribuições.

O saber médico tem grande valia numa sociedade que desenvolve e é acometida cada vez mais por novos males. Um profissional da área médica deve estar em constante qualificação, visando proporcionar aos seus pacientes o melhor atendimento possível às suas demandas. No entanto, vale ressaltar que essa qualificação não deve ser exclusivamente profissional, como também pessoal. Afinal, uma boa atuação profissional na área da saúde requer compromisso, alteridade, compreensão, diálogo e disponibilidade por parte do médico.

No entanto, pelo ritmo acelerado da sociedade, por problemas específicos da vida em comum, por questões particulares do profissional ou por tantos outros motivos possíveis, o médico acaba focando sua atuação nos aspectos biológicos, patológicos e clínicos dos casos que chegam a ele. Dessa forma, a anamnese realizada com o paciente deixa de lado aspectos fundamentais para sua compreensão como um todo, tais como sua história pessoal, familiar e social, que podem fornecer informações úteis para um diagnóstico preciso.

Assim, o profissional deve reservar um tempo para conhecer melhor seu paciente, ouvir suas preocupações, sanar suas dúvidas, oferecer esclarecimentos essenciais

para uma decisão consciente por parte do paciente no que se refere às suas opções de tratamento, mesmo quando não solicitados, ou seja, deve buscar atuar eticamente.

Uma das questões mais debatidas e pesquisadas nos últimos anos na área da saúde diz respeito ao parto, suas particularidades e a ética envolvida no procedimento, uma vez que o índice de partos cesáreos realizados pela saúde suplementar tem se elevado progressivamente. Com a recente publicação da Resolução Normativa nº 368, em janeiro do corrente ano, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), essa discussão foi intensificada, uma vez que foram estabelecidas normas para estimular o parto normal, em detrimento das cesarianas realizadas sem que haja uma real necessidade.

A resolução garante o direito ao acesso à informação sobre os percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais. Além disso, dentre outras coisas, esclarece a importância do uso do partograma - onde são registrados o desenvolvimento do trabalho do parto e das condições maternas e fetais.

A publicação dessa resolução levantou a questão sobre o direito da gestante a informações sobre os tipos de parto, suas possibilidades de escolha e sobre a própria experiência do parto para a mulher, além de colocar em debate a ética dos profissionais da medicina que escolhem realizar partos cesáreos por motivos econômicos ou por comodidade.

O presente trabalho foi realizado a partir de uma pesquisa de abordagem exploratória sobre a atenção e atuação médica durante os momentos que antecedem e sucedem o parto, bem como os procedimentos no seu decorrer. Foi realizada uma entrevista focalizada com 10 (dez) mulheres que já passaram pela experiência do parto. Por fim, foi realizada a análise do discurso a partir dos dados coletados, visando alcançar um maior entendimento a respeito do tema.

Destarte, o presente trabalho tem como objetivo propor uma análise sobre a prática médica no que se refere ao parto e à atenção as gestantes e parturientes, de forma a proporcionar uma reflexão sobre a ética profissional na área da saúde. As informações obtidas na pesquisa poderão vir a contribuir para a sociedade em geral, por ser condizente com a realidade social de milhares de mulheres que se encontram temerosas pela hora do parto e por complicações possíveis das quais não tem conhecimento. Além disso, pode permitir uma autorreflexão por parte

dos profissionais quanto à ética em sua atuação. Além disso, o trabalho poderá vir a contribuir para as discussões psicológicas e sociológicas sobre a influência da informação, da alteridade, da compreensão e da ética na possibilidade de vivências humanizadas de parto.

Portanto, entende-se que o presente trabalho pode vir a fornecer dados relevantes para possibilitar uma compreensão acerca dos desafios dos médicos não só de prestar um atendimento adequado, como também de atuar eticamente em contextos estressantes e vivências intensas da mulher.

## **2 REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA**

### **2.1 O OLHAR FENOMENOLÓGICO NAS PRÁTICAS MÉDICAS**

Em sua atuação profissional, o médico deve colocar-se como possuidor de saberes específicos, mas não como detentor da verdade absoluta, uma vez que seus pacientes trazem consigo histórias pessoais e sociais intervenientes no prognóstico. Assim sendo, o profissional da saúde deve tentar perceber o sujeito como dotado de experiências importantes e detentor de seus próprios saberes. Na psicologia, diversas são as abordagens que permitem analisar e compreender o ser humano, como a psicanálise, o behaviorismo, a terapia cognitivo-comportamental, dentre outras. No entanto, uma abordagem em especial permite compreender o homem em sua totalidade, a fenomenologia existencial.

A abordagem fenomenológica-existencial tem como fundamentos teóricos os movimentos existencial e fenomenológico. De acordo com Dartigues (1992), os pressupostos existencialistas caracterizam-se por uma compreensão do homem enquanto fenômeno único, o que vai de encontro com toda premissa científica de estabelecer padrões e regras para tudo e todos. Assim, “o pensamento existencialista é embasado na impossibilidade de construção de um conjunto sistemático, do estabelecimento de regras gerais, recusando-se a um enquadre científico” (DARTIGUES, 1992, p. 87).

Por sua vez, a fenomenologia, criada por Edmund Husserl e influenciada pelo existencialismo, surge como uma tentativa de analisar o fenômeno enquanto fenômeno, considerando as suas singularidades. Um dos principais princípios fenomenológicos é o da intencionalidade, que afirma que o homem não existe isolado do mundo, ou vice-versa, o objeto só pode ser definido na sua relação com o ambiente. Ou seja, é

impossível separar a consciência do objeto, já que eles só existem na relação. Além disso, a fenomenologia acredita que, para conhecer o fenômeno, é necessário que se faça uma redução fenomenológica. Necessita-se que a realidade seja colocada em parênteses, excluindo concepções pré-estabelecidas (ANGERAMI-CAMON, 2007).

Assim, a fenomenologia se destaca como uma maneira de compreender o homem e seus fenômenos em toda sua totalidade, como únicos, o que tornaria impossível enquadrá-los em padrões estáticos positivistas. É preciso considerar, no entanto, que o olhar fenomenológico sobre o homem não é uma possibilidade exclusiva do psicólogo, podendo ser muito eficaz na prática profissional do médico.

Dessa forma, considera-se importante que o profissional da medicina exerça o olhar fenomenológico sobre os casos que chegam até ele, uma vez que, mesmo que diversos pacientes apresentem os mesmos sintomas ou patologia, eles, invariavelmente, vão lidar com sua situação de maneiras diferentes. Cada pessoa tem seu modo de vivenciar a esperança, o sofrimento, a dor e o desespero e esse modo é interveniente no curso e prognóstico do indivíduo. Por isso, é importante que o médico não atenda todos os casos como sendo iguais, seguindo um roteiro estático de tratamento, mas buscando considerar as particularidades de cada paciente, de cada sintoma, de forma a atuar de maneira particularizada.

Na rede pública de saúde, nos últimos anos, houve uma maior preocupação em garantir um tratamento satisfatório e humanizado para os usuários do Sistema Único de Saúde, com a implantação da Política Nacional de Humanização, em 2003. O Ministério da Saúde (2012) publicou uma cartilha informativa para gestores, trabalhadores e usuários do SUS. Segundo o Ministério (2012), a humanização não é um programa, mas uma política pública que deve atravessar todas as ações e instâncias do SUS, além de orientar as práticas de atenção e gestão a partir da experiência concreta dos envolvidos, sem manter intacta a ideia de homem saudável, homem ideal, uma vez que esses são conceitos socialmente construídos.

Dessa forma, entende-se que o homem deve ser valorizado, através da fomentação de autonomia e de protagonismo social, estabelecendo vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). No entanto, pela grande demanda dos serviços e pelo número insuficiente de profissionais disponíveis, o serviço acaba sendo insuficiente e a humanização dele inexistente. Os trabalhadores atuam de forma apressada, esgotados e desvalorizados e acabam focando somente nos aspectos patológicos do usuário, muitas

vezes tomando para si a decisão final sobre aspectos do tratamento que devem ser decididos em acordo com o paciente, ou seja, fugindo de seu compromisso ético de fornecer informações pertinentes a uma decisão consciente por parte do sujeito atendido.

## 2.2 O PARTO

O parto é uma experiência única na vida da mulher, sendo carregado de significados construídos social, familiar e individualmente. É comum que a sociedade espere de suas mulheres que, um dia, elas se tornem mães, assim, desde pequenas, elas se habituem a ouvir sobre a maternidade como algo já determinado em suas vidas. A cada dor sentida por uma mulher não é incomum afirmações como: “pior é a dor do parto”. Dessa forma, a tensão e os receios associados ao parto estão presentes na vida da mulher desde a mais tenra idade.

A facilidade de acesso à informação que é uma característica marcante da modernidade não proporciona tantas contribuições como se pressupõe. Se antes da difusão da internet muitas informações não comprovadas cientificamente eram passadas de mãe para filha, de vizinha para vizinha, de amiga para amiga, causando, por vezes, confusões e temor desnecessário, hoje o grande fluxo de informações disponíveis na internet, ao invés de somente ajudar acaba gerando alguns enganos.

A internet é fonte de muitas informações valiosas, oriundas de sites especializados ou artigos científicos, mas também de páginas pessoais e de troca de experiências. Embora essas trocas sejam muito válidas, podem acabar gerando temores e equívocos, uma vez que a gravidez e o parto não seguem procedimentos estáticos, mas variam em cada caso.

É preciso considerar ainda que a gravidez e o parto são vivenciados e esperados de formas diferentes pelas mulheres e a fase da vida em que essas se encontram pode influenciar suas experiências. Uma jovem adolescente, grávida pela primeira vez, numa fase da vida em que seu corpo ainda não está preparado fisicamente para tais situações, pode perceber essa situação como muito mais estressante que uma mulher adulta, que planejou engravidar, que possui recursos psicológicos, materiais e sociais para garantir uma boa qualidade de vida para seu filho. No entanto, vale salientar que a gravidez na adolescência não necessariamente será indesejada ou não planejada, isso também dependerá da percepção que essa adolescente tem da vida, da maternidade e da família.

Sobre o parto, Cunha (2011, p. 550) afirma que:

O trabalho de parto compreende, do ponto de vista clínico, quatro períodos: o primeiro (dilatação) estende-se do início do trabalho de parto até a dilatação total; o segundo (expulsão) vai do final da dilatação até a expulsão do feto; o terceiro (delivramento) corresponde à expulsão da placenta e demais anexos fetais; e o quarto, que se prolonga por uma hora após o parto, e inclui risco de complicações imediatas, principalmente hemorrágicas. Ocorrendo qualquer dificuldade no período de dilatação, a única solução é a cesárea.

No que se refere aos tipos de parto é pertinente apresentar as principais características deles e qual a percepção que se tem sobre eles. Os tipos mais conhecidos são o parto normal, o parto cesáreo, parto a fórceps e parto natural. O parto normal, ou vaginal, tem inúmeras variáveis que podem tornar o procedimento mais ou menos agradável.

Gayeski e Bruggemann (2009) afirmam quem a posição mais comum do parto normal é a ginecológica (posição de litotomia), embora antes do século XVI fosse a posição vertical. Somente com a medicalização do parto é que a posição de litotomia passou a ser considerada mais adotada, sem que houvesse uma maior análise sobre a efetividade ou segurança do procedimento. As autoras apontam que a Organização Mundial da Saúde (OMS) desaconselha que essa posição não seja utilizada, por ser prejudicial e ineficaz, recomendando, ao invés, a posição vertical ou lateral. Essa posição reduziria a duração do período expulsivo, as dores, o número de partos operatórios, a necessidade de episiotomia e as alterações no batimento cardíaco fetal, embora seja associada ao aumento do número de lacerações perineais de segundo grau e perda sanguínea maior que 500 ml (GAYESKI; BRUGGEMANN, 2009).

O parto normal é considerado por algumas mulheres como sendo mais saudável, uma vez que proporciona menos perigos, por não ser um procedimento tal invasivo. Por isso, muitas mulheres optam por realizar esse tipo de parto, até mesmo pelo menor tempo de resguardo necessário no pós-operatório. No entanto, nem sempre é possível realiza-lo, seja por motivos estatísticos, econômicos, sociais ou mesmo de saúde da parturiente ou do feto. Assim, muitas vezes, embora não tenha sido a primeira opção da mãe, o parto precisa ser cesáreo.

O parto cesáreo é feito através de procedimento cirúrgico, com utilização de

anestesia. De acordo com Bruzadeli e Tavares (2010, p. 151):

Os principais motivos das nossas cesáreas são: a laqueadura, o pouco conhecimento das mulheres e o despreparo destas em relação ao parto normal, até mesmo devido à formação do profissional dos médicos e a reação destes frente à dor das parturientes, sendo que muitos médicos acreditam que as mulheres têm preferência pela cesárea, porém muitas preferem o parto vaginal, mas a cesárea tornou-se tão comum que o parto normal deixou de ser prática corrente, mesmo que este seja esperado pela gestante. Consoante a isto, foi identificado como fatores de risco para a cesárea as mulheres com idade de 30 anos ou mais, que realizaram maior número de consultas pré-natal, e estes pesquisadores ressaltam o “perfil do obstetra”, pois ao avaliar 7249 nascimentos, entre 2001 e 2005, verificou que houve diferença significativa em plantões de determinados obstetras.

Assim, percebe-se que a realização das cirurgias cesáreas são resultantes, por vezes, de fatores oriundos da atuação médica, ora por preferência do obstetra, ora por falta de informações fornecidas por ele para as gestantes. Não quer isso dizer que toda cesárea seja realizada por causa do profissional, uma vez que várias mulheres optam pela cirurgia, no entanto é preciso que o médico reconheça suas implicações na indicação do parto cesáreo, colocando as necessidades e escolhas da mulher em primeiro lugar, além de considerar a saúde do bebê.

Um outro tipo de parto é conhecido como “a fórceps”, segundo Cunha (2011), ele tem indicações relativas às condições maternas e fetais. As primeiras compreendem situações nas quais o parto deve ser concluído para reduzir o risco materno ou para poupar a paciente de maior esforço, como nos casos de gestantes com cardiopatia, pneumopatias – quando a paciente tem sua reserva pulmonar diminuída e dificuldade de executar o esforço – e tumores cerebrais ou aneurismas, que necessitem de atenção quanto aos esforços executados pela paciente.

No que se refere às indicações do parto a fórceps em decorrência de necessidades do feto, Cunha (2011) afirma que o parto deve ser ultimado quando sua demora resulta em sofrimento fetal e a parada de progressão durante o período expulsivo. Assim:

O parto a fórceps implica em conjunto de condições adequadas: o ambiente deve proporcionar a possibilidade da realização da cesárea, o obstetra deve

ter experiência com o tipo de cirurgia e o tipo de instrumento, e a falha do fórceps deve ser considerada após três trações sem progresso, quando está indicada a cesárea (CUNHA, 2011, p. 553).

Assim, é perceptível o quanto esse tipo de parto pode ser traumatizante para a gestante e para o feto, uma vez que sua indicação é resultante de complicações do parto ou de necessidades da paciente oriundas de quadros de saúde delicados. Também é notável que não é um parto muito realizado, não somente pela situação necessitar de muito cuidado como também pelo fato dos profissionais não estarem sendo preparados para realizar esse procedimento. Por fim, o parto natural é aquele no qual não há intervenção cirúrgica e medicamentosa. No parto natural também é possível ocorrer complicações, como hemorragia, eclampsia e traumatismo do trajeto do parto.

A partir do exposto é possível perceber que todo parto tem suas dificuldades e, em sua realização, pode ocorrer complicações. Todo tipo de parto tem perigos envolvidos e, portanto, cabe ao médico atuar de forma ética, prestando informações a paciente de forma a permitir que ela opte pelo parto menos perigoso e traumatizante para ela.

### **2.3 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO**

A Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida como HumanizaSUS, foi lançada em 2003, vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. Essa política surgiu como resposta as necessidades do Sistema Único de Saúde de qualificar sua atenção aos usuários, uma vez que, embora tenha obtido consideráveis avanços no que se refere a descentralização e regionalização, não conseguiu, à época, superar os problemas resultantes da fragmentação e verticalização dos processos de trabalho. Isso resultou em relações deficitárias entre os profissionais da saúde e os usuários do serviço, bem como dificuldade no trabalho em equipe. (BRASIL, 2004).

Visando diminuir a distância entre usuário e profissional, bem como potencializar o envolvimento e a participação social da população com o serviço foi, então, criado o HumanizaSUS, com princípios e diretrizes bem definidos:

É neste ponto indissociável que a Humanização se define: aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na

produção da saúde, implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. Tomar a saúde como valor de uso é ter como padrão na atenção o vínculo com os usuários, é garantir os direitos dos usuários e seus familiares, é estimular a que eles se coloquem como atores do sistema de saúde por meio de sua ação de controle social, mas é também ter melhores condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações e que possam participar como co-gestores de seu processo de trabalho (BRASIL, 2004, p. 7).

Assim, entende-se que a Política Nacional de Humanização busca fazer com que a população e os profissionais se reconheçam no serviço, potencializando o desenvolvimento da autonomia e da autogestão. Dessa forma, os envolvidos passam a se envolver mais com o serviço, lutando por melhorias e ajudando a construí-las.

A PNH considera fundamental não só garantir os direitos da população, mas, em parceria a ela, ajudar na construção de novos sentidos para o território, para a comunidade e para o próprio indivíduo. A política parte do pressuposto que os “sujeitos sociais, quando mobilizados são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios nesse processo”. (BRASIL, 2004, p. 8)

São princípios norteadores da Política Nacional de Humanização: 1) Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização; 2) Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; 3) Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade; 4) Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS; 5) Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivo. (BRASIL, 2004)

Vale destacar que os princípios da PNH mantêm o enfoque na valorização dos sujeitos, de seus conhecimentos adquiridos no cotidiano, nas possibilidades de desenvolvimento e de criatividade na resolução dos problemas da comunidade. Além disso, a política considera de fundamental importância a territorialidade, com suas redes solidárias e cooperativas.

A PNH dá destaque ainda a humanização do parto, considerando as 287 mil mortes

por ano em todo mundo, devido a complicações relacionadas à maternidade, a maioria por óbitos neonatais e aumento da ocorrência de prematuridade, principal causa de morte infantil no país. Por outro lado, reconhece-se que nas últimas décadas, no Brasil, há evidências de diminuição nas razões de óbito maternos e grande ampliação do acesso aos serviços públicos de saúde. (BRASIL, 2014).

Além disso, destaca-se os desafios resultantes das inúmeras mortes causadas por abortos inseguros, alta frequência de cesarianas e medicalização abusiva no processo de parto e nascimento. O caderno de humanização do parto do Ministério da Saúde também considera pertinente apontar que a atenção obstétrica e neonatal tem percebido o parto como um processo patológico e não natural, como de fato é. (BRASIL, 2014).

Dessa forma, a Política Nacional de Humanização acredita que é preciso superar o modelo biomédico, que percebe o corpo como uma máquina e o paciente como um objeto e valorizar o modelo humanista. O modelo humanista respeita a conexão entre o corpo e a mente. Além disso, percebe o paciente como importante para o processo de produção de saúde, o que potencializa a qualidade da relação entre médico e usuário do serviço. Esse modelo também busca harmonizar os anseios do indivíduo com os desejos da instituição, tornando o usuário protagonista de sua própria vida ao compartilhar a responsabilidade pela tomada das decisões sobre o tratamento.

É preciso considerar, no entanto, que falar de humanização do serviço de saúde público parece redundante, uma vez que são pessoas trabalhando por pessoas, o que já devia pressupor uma atenção humanizada do serviço, mas, pela própria realidade do sistema (correria, falta de recursos, grande demanda, falta de profissionais, pagamento inadequado), os profissionais acabam sendo sobrecarregados, deixando de lado a alteridade para poder conseguir alcançar as metas propostas.

### **3 METODOLOGIA**

O presente trabalho se refere a um estudo de abordagem qualitativa uma vez que, segundo Gerhardt e Silveira (2009, p. 32):

A pesquisa qualitativa preocupa-se, portanto, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais. Para Minayo (2001), a pesquisa

qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Dessa forma, entende-se que o importante na pesquisa sobre fenômenos sociais não é a formulação de leis estáticas que expliquem uma situação, mas buscar compreender o significado que esse fenômeno assume para as pessoas envolvidas nele, suas percepções e anseios.

Trata-se de um estudo de abordagem exploratória, considerando seu objetivo de “proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito” (GERHARDT; SILVEIRA, 2009, p. 35). Foram realizadas entrevistas focalizadas, que, segundo Júnior e Júnior (2011), são utilizadas com o objetivo de explorar a fundo alguma experiência vivida em condições precisas, tal como o parto.

As entrevistas foram feitas com uma amostra de 10 (dez) mulheres - residentes na cidade de Aracaju (SE) - sendo estas divididas em dois grupos. O primeiro com 5 (cinco) mulheres que tiveram o último parto há, pelo menos, vinte anos e o segundo com 5 (cinco) mulheres que passaram pela experiência do parto há, no máximo, seis anos.

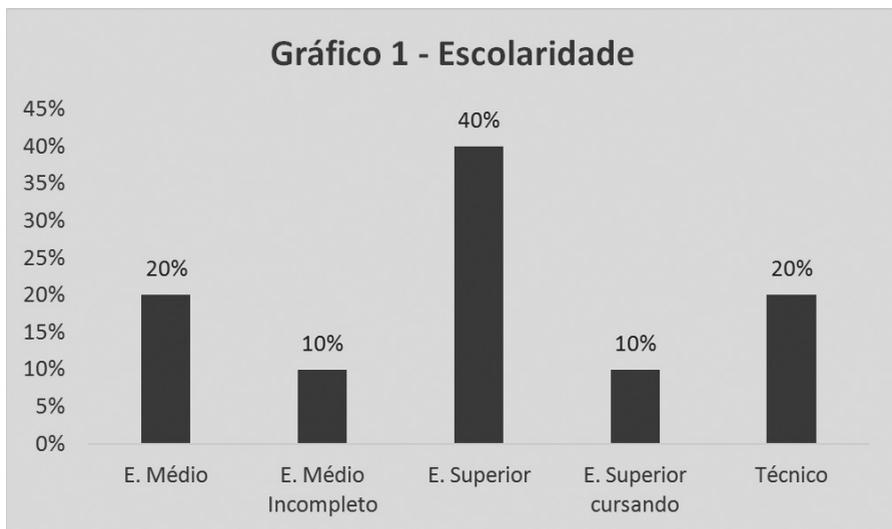
A amostra foi escolhida pela conveniência, pela facilidade de acesso. Todos as participantes responderam a 15 (quinze) perguntas abertas - o que possibilita a livre expressão dos sujeitos -, após terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após a conclusão das entrevistas foi feita a análise do discurso, buscando compreender não somente os dados em si, mas o que eles representam para os sujeitos entrevistados.

#### **4 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

As entrevistadas foram subdivididas em dois grupos, sendo o primeiro (Grupo 1 - G1) com mulheres que tiveram o seu último parto há, pelo menos vinte anos e, o segundo (Grupo 2 - G2), com mulheres que passaram pela experiência do parto há, no máximo, seis anos. Essa subdivisão foi feita visando analisar como era a atenção e a atuação médica antes da implantação do Sistema Único de Saúde ou no início de sua implementação e como, com o passar dos anos, essa atenção se estabeleceu.

As Mulheres do Grupo 1 (MG1) tem a faixa etária compreendida entre os 47 e 72 anos de idade, enquanto a idade das Mulheres do Grupo 2 (MG2) varia entre 23 e 25 anos de idade. O tempo ocorrido desde o último parto das MG1 varia entre 20 e 48 anos, enquanto o das MG2 varia entre 1 semana e 6 anos.

No que se refere a escolaridade dos grupos entrevistados, obteve-se os resultados apontados no gráfico 1:



Assim, é possível perceber que, pelo menos 70% das mulheres entrevistadas possuem um nível escolar mais avançado, seja este de educação superior ou de ensino técnico, o que mostra que as mulheres não têm deixado de lado seus estudos por causa da gravidez e da correria da vida em família. Essa informação mostra-se positiva não só para a economia do país, uma vez que as pessoas estão investindo em qualificação do seu trabalho, como também para a auto percepção da mulher, que passa a se ver não só como dona de casa e mãe de família, mas como membro produtivo da sociedade, o que também é confirmado com o gráfico 2.



Tal como o exposto anteriormente, a maioria das mulheres entrevistadas (90%) não deixaram com que a gravidez e a maternidade colocassem sua vida profissional em pausa. Inclusive os 10% que afirmam não trabalhar no momento, demonstra interesse em voltar ao mercado de trabalho.

No que se refere a etnia das mulheres entrevistadas, 80% declarou-se parda, somente 10% declarou-se branca e 10% negra. A situação conjugal dos dois grupos também foi questionada e pode ser observada no gráfico 3.



Assim, nota-se que a maior parte (60%) das entrevistadas é casada ou estava casada (30%) à época do parto. Apenas 10% não estava casada no momento do parto. O relacionamento estável durante a gravidez, quando não há casos de violência sexual e psicológica, vale ressaltar, pode se mostrar um suporte para as gestantes, uma vez que há uma suposta garantia de segurança para a criação do bebê, diminuindo os motivos de preocupação durante a gravidez, o que melhora a qualidade de vida da mãe e do feto.

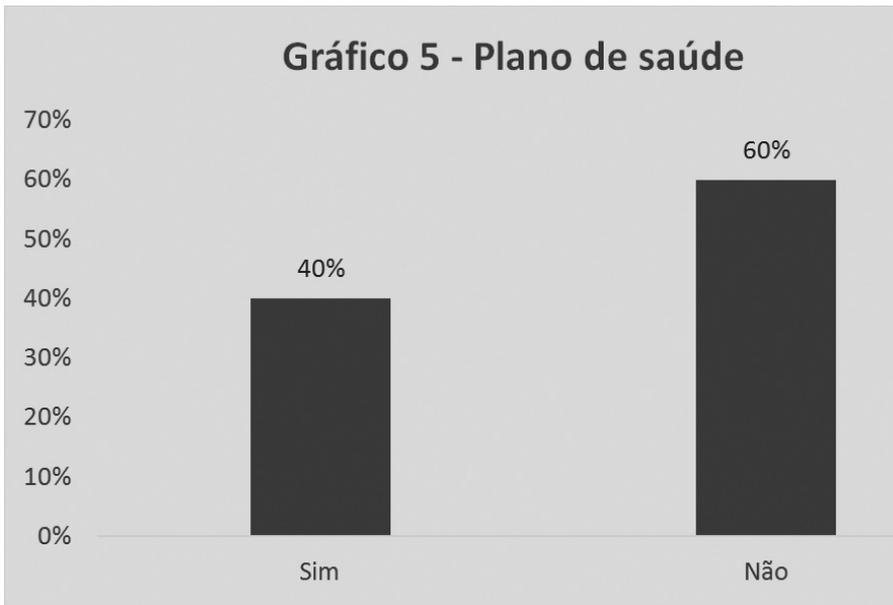
As mulheres também foram questionadas a respeito da quantidade de filhos que possuem, conforme indica o gráfico 4.



Em primeiro lugar, é possível perceber que, apesar de ter passado pela experiência do parto, 10% das mulheres entrevistadas afirma não ter filho, o que chama a atenção por se tratar de um caso de um parto que resultou com um natimorto. Também é perceptível que 30% das mães não tem experiências diversificadas de parto, por terem apenas um filho, mas que 60% tem dois filhos ou mais, o que favorece uma melhor compreensão da experiência do parto como procedimento que envolve inúmeras variáveis (como a atuação da equipe médica), uma vez que, mesmo já tendo passado pela situação, as mães não percebem os partos como sendo iguais.

Também foi questionado as entrevistadas se elas eram beneficiárias de algum plano de saúde no momento do parto. Obteve-se os seguintes resultados (gráfico 5):

## Gráfico 5 - Plano de saúde

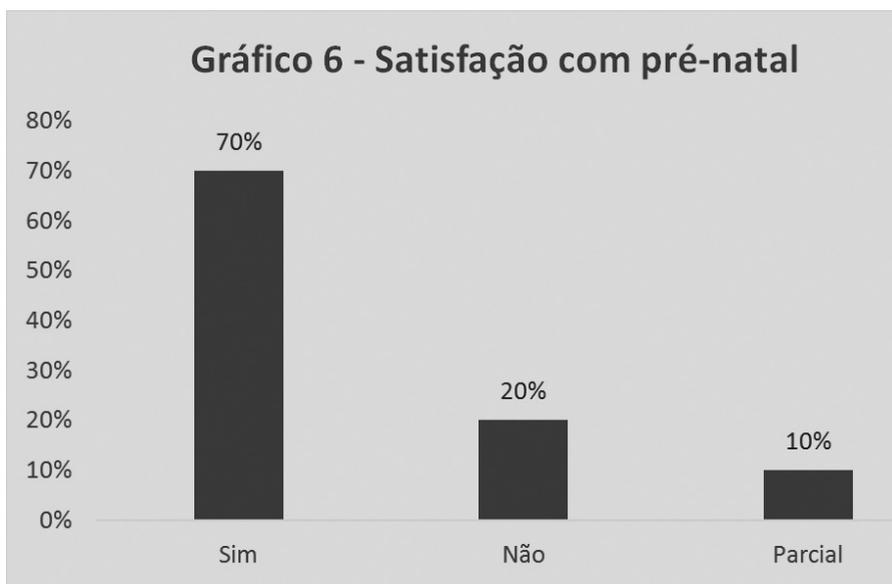


Das entrevistadas, 40% não possuía plano de saúde durante o período de gestação. Dessas, 10% teve a última experiência de parto anteriormente a implantação do Sistema Único de Saúde. Não possuir plano de saúde, inclusive, foi apontado como motivo, por 10% das entrevistadas, para uma experiência de parto traumatizante, como será discutido posteriormente.

Possuir um plano de saúde durante a gestação passou a ser considerado, nos últimos anos, essencial para garantir um bom atendimento e o melhor acompanhamento possível para a mãe e o feto. No entanto, é pertinente apontar que, por maior que seja a validade e os benefícios de um plano de saúde, é direito da população ter acesso a saúde de qualidade, o que nem sempre é a realidade no país, conforme aponta a entrevistada A.C.S, 26 anos: "*pra mim, eu não tive um pre-natal bom porque eu não tinha um plano de saúde. Era pelo SUS*".

Se as gestantes passam a temer ter seus filhos em hospitais públicos é preciso reavaliar o serviço e zelar pelo conforto e qualidade no atendimento. Possuir plano de saúde não deve ser pré-requisito para um atendimento de qualidade, muito menos para garantia de saúde.

No que diz respeito a satisfação com o pré-natal, obteve-se os seguintes resultados (gráfico 6):



O índice de satisfação com o pré-natal foi consideravelmente alto, tendo sido apontado como fundamental para acompanhar o desenvolvimento do feto, bem como a saúde da gestante. Além disso, foi indicado como essencial pelas mães de primeira viagem, uma vez que ensina como lidar com a amamentação, com sua própria alimentação e sobre o que esperar durante os primeiros meses.

No entanto, é importante lembrar que o acesso a saúde de qualidade deve ocorrer para todos, independentemente de qualquer diferença individual, econômica ou social. Por isso, mostra-se alarmante o relato das entrevistadas que não consideraram seu pré-natal adequado ou não ficaram totalmente satisfeitas com ele.

O relato de A.C.S, 26 anos, aponta a deficiência do serviço público de saúde, a falta de profissionais nos postos de saúde:

*“Ai foi quando eu comecei o pré-natal. Mais ou menos com três meses. Fiz no posto de saúde de onde moro. Aqui não tem médico, não tinha médico, então era feito com uma enfermeira e foi bem, como é que eu posso dizer, foi bem deficiente esse meu pré-natal. Porque não tinha equipamento, não tinha médico e eu tinha que ir toda semana, só que algumas semanas a enfermeira não tava porque ela também tinha que fazer visita na casa das pessoas, ai tinha que remarcar. Meu pré-natal não vou dizer que foi bem feito, não. O médico que tinha aqui era o clínico geral, então, quando tinha alguma coisa de exame, ela mandava eu marcar pra ele, pra ele encaminhar o exame, pra que pudesse autorizar pelo SUS e ai ia fazer em alguma clínica. Inclusive teve alguns exames que eu fiz logo na época que eu descobri que tava grávida e eu pari e o resultado do exame não chegou”*

O serviço de atendimento durante o pré-parto deve ser adequado às demandas não só da mãe como também do feto, devendo ser realizado com regularidade. A qualidade do pré-parto é indicativo de menores índices de mortalidade infantil e materna, bem como de partos prematuros e intercorrências na gestação. Além disso, sua adequação diminui as ansiedades e temores das gestantes, o que é benéfico a saúde do feto.

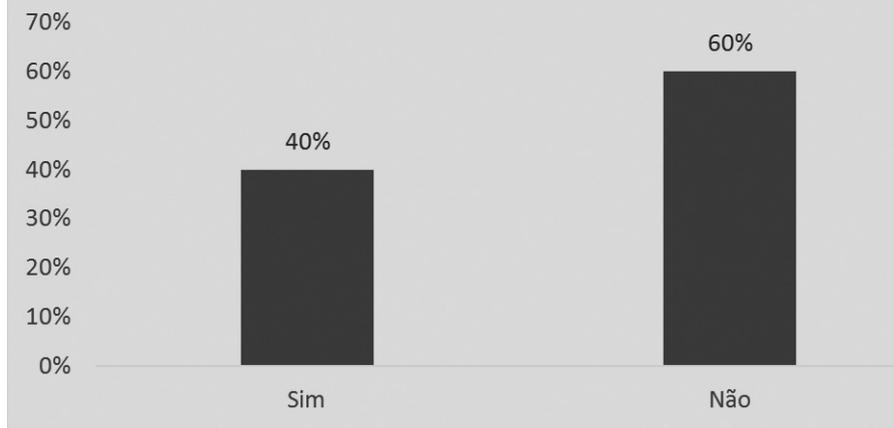
Um outro relato aponta que a comunicação entre o médico e a gestante tem se mostrado deficiente. Segundo L.C.C.V, 27 anos:

*“E eu acho que ele mentiu que eu estava com pré-eclampsia só pra deixar a cirurgia, a cesárea. Porque minha pressão só aumentou no finalzinho, que eu acho que é normal aumentar. Ai ele disse que eu tinha pré-eclampsia, sem fazer exame, nem nada. Então eu acho que ele induziu a eu querer a cesárea porque eu acho que pra eles é mais prático”.*

É pertinente apontar que nas relações sociais é comum ocorrer erros de comunicação entre as pessoas. Uma má interpretação, mesmo em uma conversa cotidiana pode gerar graves resultados. Por isso, é fundamental que o médico estabeleça um diálogo claro e coerente, esclarecendo as dúvidas das gestantes e fornecendo informações mesmo quando não solicitados. Embora a ocorrência da pré-eclâmpsia possa ter sido real, não houve maior esclarecimento a gestante, que obteve uma percepção negativa do atendimento.

Um outro dado relevante a respeito da falta de informação diz respeito ao profissional que realiza o pré-natal e o que realiza o parto, conforme aponta o gráfico 7:

## Gráfico 7 - Atendimento pelo mesmo profissional no pré-parto e parto

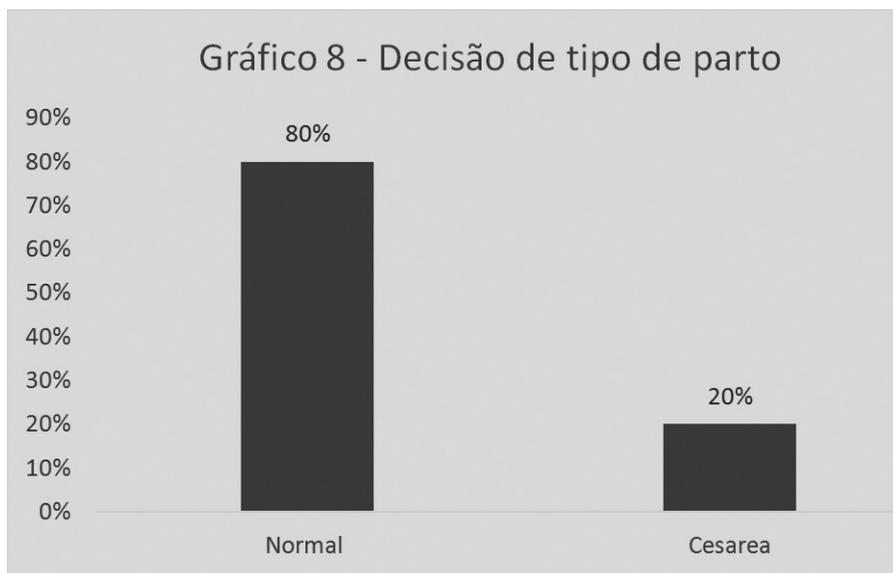


Das entrevistadas, 100% das mulheres do grupo 2 foram atendidas no momento do parto pelo plantonista, ou seja, 50% da amostra total. Uma das mulheres do grupo 1 teve o parto realizado pela enfermeira, o que não era incomum ocorrer há 40 anos, as demais mulheres desse mesmo grupo foram acompanhadas durante todo o processo pelos obstetras que fizeram seu pré-natal.

No que se refere ao trabalho na hora do parto, mostra-se necessário apontar que, atualmente, é comum que o profissional que faz o acompanhamento da parturiente não seja o mesmo que realiza o parto, o que ocorria há uns 20 anos atrás, mas o plantonista da maternidade. Embora seja algo comum nas práticas médicas atuais, as mulheres que tiveram o seu primeiro parto nos últimos 6 anos não sabiam que outro profissional iria acompanhá-las no momento final da gestação, o que acaba gerando insegurança, descontentamento e até mesmo sentimento de descaso. Mais uma vez, a melhor comunicação entre o médico e o paciente surge como deficiente.

Uma das questões mais debatidas sobre a maternidade nos últimos anos tem sido a escolha do tipo do parto a ser realizado. Muitas nuances são consideradas na decisão do procedimento a ser realizado, como dor antes, durante e depois o parto, saúde do bebê e consideração dos riscos possíveis.

No entanto, cabe ressaltar que nem sempre o desejo da gestante é atendido e a percepção que elas têm é de que, na verdade, não é nem considerado. O que é demonstrado nos gráficos 8 (tipo de parto desejado) e 9 (tipo de parto realizado).



Da amostra pesquisada, 80% das mulheres gostariam de ter feito o parto normal, mas o percentil final desse tipo de parto foi de apenas 40%. É preciso destacar ainda que uma das mulheres que realizou o parto normal gostaria de ter feito a cesárea, duas eram de uma época que a cesárea não era tão comum e uma precisava de uma cesárea, mas, por erros médicos, ela não foi feita e a criança não resistiu e faleceu ainda dentro do útero da mãe, sendo, então, preciso induzir o parto normal, buscando evitar uma infecção na gestante, uma vez que não se sabia há quanto tempo o bebê estava morto.

Foi questionado também as entrevistadas sobre a ocorrência de situações não esperadas durante o procedimento do parto. Foram obtidos relatos preocupantes. Abaixo é possível ler alguns dos relatos mais dramáticos sobre o atendimento durante o parto:

*Sujeito 5 (MG1) - “Se dá anestesia local, só que a anestesia local não pegou. Quando o médico foi passar a faca eu senti doer. Ele pensou que era brincadeira minha, mas eu disse “eu to sentindo”. Eu acredito que porque ele não tinha costume de ver uma pessoa tomar uma anestesia local e sentir. E se ele já tivesse visto algum foi raro. Ai eu vi que tava doente. Ele só acreditou quando ele tentou pela segunda vez. Ele achou que era manha minha. Ai eu recuei assim a barriga e ele percebeu realmente que eu tava sentindo o corte e ai ele resolveu dar anestesia geral. E ainda falou...eu ouvi ele falando que tinha que tirar o menino rápido pra que a anestesia não pegasse na criança. Isso foi no meu primeiro filho”.*

*Sujeito 2 (MG2) - “E o toque que, minha filha, é uma dor horrível. Isso eu não esperava nunca. Parecia que tava arrancando tudo de dentro de mim. O primeiro toque foi com a enfermeira chefe, foi horrível. Já o outro, com o médico, foi mais tranquilo. Os outros dois que eu levei depois foi mais tranquilo, que foi com outra enfermeira. Mas com a primeira ela parecia que ia arrancar tudo pra fora. Me incomodou também o toque ser feito por pessoas diferentes”.*

*Sujeito 3 (MG2) - Assim, eles ficaram conversando sobre outras coisas e rindo, como se eles tivessem numa sala de jantar, mas me trataram bem, mas ficaram conversando assim. E, no final, eu não me lembro quem foi porque eu estava grogue, de remédio,*

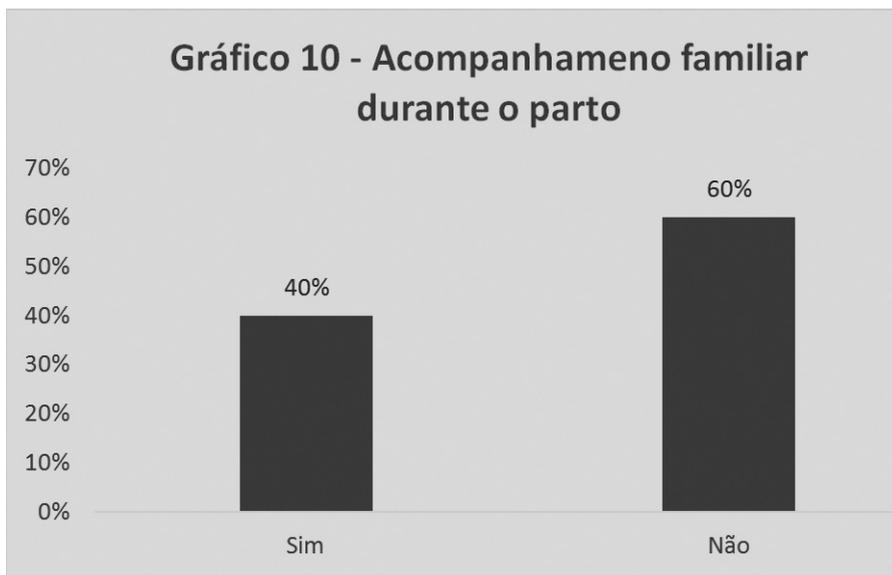
*alguém se apoio na minha barriga pra desligar a luz na mesa de cirurgia. Eu posso não ter sentido na hora porque eu estava anestesiada, mas possa ser que tivesse deixado pior, mais magoado no outro dia. Só isso. Ah, e mangaram de mim porque eu tava muito pesada pra elas me levantarem de uma cama pra outra e eu escutei elas rindo”.*

Sujeito 4 (MG2) - *“Na verdade, eu fiquei sabendo que tinha que ser cesárea quando eu tava na sala do pré-parto, porque eu fiz o pré-natal todo e, como eu disse, a assistência não foi lá essas coisas todas, porque isso era pra ser descoberto no pré-natal. Tanto que os médicos se assustavam quando viam a minha ficha, porque foi muito... não tive assistência nenhuma durante meu pré-natal. E aí... na hora do parto foi que eu fui pra maternidade nas carreiras, só que não escutava mais o coração do menino e me mandaram pra sala do pré-parto e lá na sala do pré-parto o médico veio pra fazer uma ultrassom e aí foi quando constatou que o bebe já tinha morrido, que provavelmente ele tinha morrido no dia primeiro, que foi quando eu fui no médico por causa da pré-eclampsia. Tinha mais ou menos uns três dias. Eu tive a pré-eclampsia no dia primeiro, que eu fui pro hospital, pra maternidade. E ele nasceu no dia quatro. Então tinha mais ou menos uns três dias que ele tinha morrido. Ai o médico, quando ele viu o meu líquido amniótico foi que ele falou que, na verdade, o meu parto devia ter sido induzido antes e ele me disse que o bebe já tinha morrido e que ele não poderia mais fazer a cesárea. Que teria que induzir o parto normal. Porque se ele fizesse a cesariana eu poderia pegar alguma infecção, no caso, porque ele não sabia há quanto tempo que o bebe já tava morto lá na minha barriga. E aí ele disse que poderia ser que, se ele já tivesse em decomposição, ele poderia me passar algum tipo de infecção. Mas ele não morreu não foi por causa desse problema na bolsa, não. O cordão umbilical enrolou no pescoço dele. Que eu achei errado também porque no dia primeiro não fizeram nenhuma ultrassom. O médico simplesmente fez o exame de toque, aferiu minha pressão e fez o exame de áudio pra ouvir o coração do bebê e me mandou pra casa e comer muita fruta. Mas ele não fez ultrassom nenhuma pra saber como tava a criança. Se ele tivesse feito, provavelmente ele teria visto que o cordão umbilical tava enrolando no pescoço do menino. E ele engoliu fezes também, por isso que ele morreu”.*

Esses relatos apontam não só a falta de ética da equipe médica, mas a falta de comunicação com as gestantes, insuficiência das informações repassadas as parturientes, falta de respeito pela vida, pelo sofrimento do outro, de alteridade e

compaixão. Além disso, alerta para o tipo de diálogo realizado entre os profissionais no momento do parto e como eles podem gerar medos e ansiedade nas mulheres.

A existência de acompanhamento familiar durante o parto também foi questionada às entrevistadas, obtendo-se os seguintes resultados (gráfico 10):



Apenas 40% das mulheres puderam contar com o suporte de algum familiar durante o parto. Segundo a lei 11.108, de 2005, é garantido à mulher o direito de escolher alguém que a acompanhe durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. No entanto, esse direito ainda é desconhecido pela grande maioria das gestantes e nem a maternidade nem a equipe médica informam sobre esse direito, embora não negue esse direito a elas.

No que se refere ao atendimento durante o pós-parto, dois relatos destacam-se:

Sujeito 1 (MG1) – *“O da segunda foi péssimo. A enfermeira não atendeu meu chamado durante a noite e eu fiz xixi na cama”.*

Sujeito 3 (MG2) – *“Dependia das enfermeiras. Tinha enfermeira que era boa, tinha enfermeira que era menos disposta. As que eram boa me trataram bem, a mim e a minha filha. E tinha umas, principalmente no turno da madrugada, que eu chamava pra dar comida e elas demoravam, eu ficava apertando a chamadinha várias vezes e elas iam com cara de quem tava com má vontade”.*

O primeiro relato é de uma mulher que não possuía plano de saúde no momento do parto, enquanto a segunda entrevistada possuía. É possível perceber que, independentemente de ser ou não beneficiária de convênios médicos, o bom atendimento às gestantes depende das pessoas que as atendem, do humor, da boa vontade, do treinamento e de tantos outros motivos de cunho individual ou empregatício. Ou seja, a ética profissional nesses casos é posta de lado por percepções e sentimentos individuais.

Tendo em vista as entrevistas realizadas com os dois grupos de mulheres é possível perceber que os procedimentos do parto podem ter sido aperfeiçoados, mas a qualidade do atendimento a paciente continua dependendo do profissional que a atende, da sua capacidade de colocar-se no lugar do outro, de perceber a dor e os anseios alheios. Dessa forma, mostra-se necessário que a qualidade do pré-natal, do parto e pós-parto seja desassociado de características pessoais dos profissionais e da existência ou não de um plano de saúde que cubra as despesas da paciente.

O médico pode ter a qualificação necessária para realizar procedimentos como o parto e tantos outros, mas não é o detentor da verdade absoluta e não deve se posicionar como se o fosse. É preciso considerar a opinião da paciente, ouvi-la, fornecer informações mesmo quando elas não são solicitadas. É fundamental qualificar a escuta e o diálogo para trabalhar eticamente com o outro.

## CONCLUSÃO

O parto é um momento importante na vida das mulheres, carregados de simbologia e de emoções. A mulher se encontra fragilizada, com dor e com medo de possíveis complicações. Por isso, é preciso que ela encontre suporte, que ela se sinta segura, bem assistida. A mulher precisa confiar nas pessoas que estão realizando o procedimento do parto.

No entanto, por vezes, essa não tem sido a realidade brasileira. O médico e sua equipe deve repensar suas práticas, de forma a perceber que trabalhar eticamente nos procedimentos de parto não se resume a garantir sigilo. A equipe médica precisa perceber que é sua obrigação ética prover as informações necessárias a gestante, antes, durante e depois do parto. É preciso considerar que essas informações não se resumem ao gênero, peso e tamanho da criança, além de possíveis patologias, mas também as que podem promover um maior conhecimento da mulher a respeito dos seus direitos.

Muitas vezes a mulher não conhece as garantias que o governo estabeleceu para a atenção à sua saúde e a da criança. É papel do médico informa-la, mesmo que ele acredite que a presença de pessoas leigas na sala do parto possa constituir um fator dificultador do processo.

Algumas mulheres sentem-se embaraçadas e temerosas de fazer perguntas aos seus obstetras por medo de que essas questões levantadas sejam percebidas como inúteis ou desnecessárias. Não é incomum perceber má vontade do médico em responder essas perguntas. Mas é direito da mulher ter suas dúvidas saciadas, saber o que esperar do parto. O profissional não deve esperar ser questionado, mas oferecer as respostas para as futuras mães.

Durante o pré-natal o profissional deve deixar a gestante ciente de que no momento do parto ela pode ser atendida por qualquer outro médico, de forma a prepará-la para que não seja pega desprevenida, aumentando a ansiedade já comum nos momentos de preparação para o parto. É uma informação pequena, que não causa inconvenientes caso seja dada desde os momentos iniciais do acompanhamento médico, mas que, quando é lançada a parturiente pode gerar desconforto e sensação de abandono.

Além disso, a equipe médica deve estar atenta as queixas e relatos da mulher em trabalho de parto, pois, por mais que elas não sejam detentoras de conhecimentos específicos da medicina, são elas que estão vivenciando aquela experiência. Ninguém melhor do que a parturiente para informar as sensações que ela está tendo, o seu nível de dor, por exemplo. Os profissionais da saúde devem considerar que a dor é percebida de forma diferente pelas pessoas, sua intensidade pode ser maior ou menor do que o médico espera. E essa percepção deve ser respeitada. O médico precisa ter um olhar fenomenológico da condição da mulher gestante, de forma a

deixar de lado suas próprias percepções sobre a dor e tentar compreender como aquela mulher está se sentindo e o que ele pode fazer para melhorar sua situação.

A postura da equipe médica durante os procedimentos do parto também deve ser repensada. Embora alguns profissionais talvez possam achar que a conversa informal entre a equipe durante o parto possa acalmar as parturientes, elas podem ser percebidas por elas como descaso. Portanto, o mais indicado é conversar com a paciente sobre isso, de forma a fazê-la se sentir respeitada. Vale ressaltar que as parturientes ficam acordadas, a maioria das vezes, durante o procedimento é preciso tomar cuidado para não fazer comentários desnecessários sobre o parto e a criança que possam assustá-la.

Por fim, a decisão do tipo de parto deve considerar as necessidades do bebê e da mãe, devendo pesar os riscos possíveis aos dois e zelar para evitar desconfortos desnecessários, sempre explicando a paciente os motivos para optar por determinado tipo de parto. Dessa forma, é possível realizar um parto humanizado, considerando o protagonismo da mulher, suas necessidades e crenças, de forma a valorizar a experiência humana.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

ANGERAMI-CAMON, V. A. **Psicoterapia existencial**. São Paulo: Editora Cengage Learning, 2006.

BRASIL. **Lei nº 11.108**, de 7 de abril de 2005

BRASIL. **Humaniza-SUS**: Política Nacional de Humanização - a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/>>. Acesso em: 09 ago. 2015.

BRASIL. **Caderno HumanizaSUS**: Humanização do parto e do nascimento. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/>>. Acesso em: 9 ago. 2015.

BRASIL. **Resolução Normativa** - RN nº 368, de 2015.

BRASIL. **HumanizaSUS**. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/>>. Acesso em: 9 ago. 2015.

BRUZADELI, D. S; TAVARES, B. B. **Expectativa quanto ao parto e conhecimento do motivo da cesárea**: entre puérperas adolescentes. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/>>. Acesso em: 09 ago. 2015.

CUNHA, A. A. **Indicações do parto a fórceps**. Disponível em: <<files.bvs.br/>>. Acesso em: 09 ago. 2015.

DARTIGUES, A. **O que é a fenomenologia**. São Paulo: Três estrelas, 2013.

GAYESKI, M. E; BRUGGEMANN, O. M. **Percepções de puérperas sobre a vivência de parir na posição vertical e horizontal**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 09 ago. 2015

GERHARDT, T. E; SILVEIRA, D. T. (org). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009

JÚNIOR, A. F. B; JÚNIOR, N. F. **A utilização da técnica da entrevista em trabalhos científicos**. Disponível em: <[www.uniaraxa.edu.br/](http://www.uniaraxa.edu.br/)>. Acesso em: 09 ago. 2015.

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) participante,

Agradecemos sua participação voluntária nessa pesquisa que terá como objetivo promover um debate a respeito da ética médica durante o procedimento do parto. A sua participação não é obrigatória, mas se você for um dos voluntários dessa pesquisa, não precisará se identificar. Ainda, vale ressaltar que as informações dadas pela senhora somente serão utilizadas para a realização das análises dos dados coletados.

Para participar é importante que você saiba dos seguintes critérios: a qualquer momento você pode desistir de participar, pois não haverá problema quanto a isso; responda às questões de forma espontânea e tranquilamente; e não existem respostas certas e erradas.

Terminada a entrevista, será fornecido um número de telefone que servirá para entrar em contato com o pesquisador, caso tenha alguma dúvida ou questão que queira esclarecer a respeito da pesquisa, ou ainda ter acesso aos seus resultados, assim que esta tiver sido concluída.

Lembramos que o sucesso desta pesquisa depende da sua sinceridade. Obrigada pela participação!

Aracaju, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

---

Raphaella Christine Souza Caldas

Estudante de Psicologia

(79) 8821-8445 - rafavincit@hotmail.com

CONCORDO EM PARTICIPAR DA PESQUISA ACIMA REFERIDA, ESTANDO CIENTE DOS SEUS OBJETIVOS E POSSIBILIDADES QUE ME FORAM ESCLARECIDAS.

---

Assinatura do participante

## APÊNDICE B

### Entrevista

1 - Idade:

2 - Escolaridade:

3 - Cor da pele autorreferida:

4 - Situação conjugal:

5 - Trabalho remunerado:

6 - Há quanto tempo foi o último parto:

7 - Plano de Saúde:

8 - Realização e adequação do pré-natal

9 - Profissional que acompanhou o parto (o mesmo do pré-natal)

10 - Decisão da via de parto e via de parto final.

11 - Aconteceu algo diferente do que você esperava durante o parto?

12 - Acompanhamento familiar no parto

13 - Como foi o Pós-parto?

14 - Você gostaria que algo mudasse na atuação ou atenção médica durante o parto e pós-parto?

## FORMAÇÃO MÉDICA

### MEDICAL TRAINING

*Itagiba de Castro\**

**Palavras-chave** – *Medicina, formação, diretrizes, Mais Médicos, pós-graduação, especialistas.*

**Keywords** – *Medicine, training, guidelines, More Doctors, graduate, specialist.*

A formação acadêmica do médico é um grande desafio para estudiosos e professores. Como acompanhar os avanços do conhecimento técnico-científico da medicina durante os seis anos de integralização da graduação que vigoram no Brasil desde 1815? A complexidade do tema adquire contornos ainda mais extremos quando se analisa a necessidade da população no setor da saúde, objeto maior e fundamental da medicina. Neste sentido, a elaboração de diretrizes curriculares se torna um marco referencial para as escolas médicas no país.

Essas diretrizes, recentemente "impostas" pelo Conselho Nacional de Educação, pressupõem a formação médica com qualificação científica, excelência técnica e comprometimento social fundamentados nos preceitos da ética. O graduado em medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar em diferentes níveis de atenção à saúde. Trata-se de um objetivo

---

\* Conselheiro regional de medicina de Minas Gerais e ex-presidente do CRM-MG.

bastante ambicioso e complexo que requer docentes experientes e um modelo de aprendizagem ativa para a formação médica.

Nos últimos dois anos, muito tem se discutido sobre a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que instituiu o Programa Mais Médicos, mas que também interfere na graduação e na pós-graduação. Diversos tópicos ainda não estão claros e são motivo de preocupação do Conselho Federal de Medicina (CFM) e do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais (CRMMG).

A participação do CFM, assim como das demais entidades médicas, é absolutamente necessária para aprimorar a formação do futuro médico. As novas diretrizes curriculares contemplam um espectro de exigências incompatível com a situação das instituições de ensino recentemente criadas, que não têm tradição, corpo docente e campo de prática para o ensino médico.

Um tópico que merece debate é a pós-graduação para que o médico tenha o título de especialista, cujo padrão é a residência médica, que também é motivo de preocupação. A partir de 2018, os recém-formados que optarem por fazer uma residência tradicional terão de realizar um a dois anos de Residência em Saúde da Família e Comunidade antes da residência médica.

A residência médica credenciada tem duração de dois anos, ou seja, a experiência em saúde da família não será válida para obter o título de especialista. Quem assumirá as novas turmas do primeiro ano de residência quando os novos egressos estiverem cursando o primeiro ano de Residência em Saúde da Família e Comunidade? Ficaremos sem a formação de novos médicos especialistas? Seria um vácuo na formação de 17 mil profissionais. Como o governo pretende lidar com essa situação?

Há muitas outras perguntas sem resposta. As entidades médicas e a academia conhecem a realidade da saúde e da formação médica com muita propriedade e estão dispostas a criar alternativas para contribuir para a resolução dessas questões e ajudar a antecipar problemas e soluções. Entretanto, elas não têm sido convidadas para o debate. O CFM entende que as conseqüências para o atendimento de saúde no Brasil podem ser caóticas se não encontrarmos, juntos, respostas para tantos questionamentos.

## DIREITO DIGITAL: INFORMAÇÕES MÉDICAS DE PACIENTES E O SEU ARMAZENAMENTO EM NUVEM

DIGITAL LAW: MEDICAL INFORMATION OF PATIENTS AND THEIR CLOUD STORAGE

*Carla Segala Alves\**

**Palavras-chave** – *Direito, digital, armazenamento, dados, sigilo, tecnologia.*

**Keywords** – *Right, digital, storage, data, confidentiality, technology.*

Dados cadastrais de pacientes, queixas de saúde, antecedentes, histórico de doenças, pedidos e resultados de exames, hipóteses diagnósticas, plano terapêutico, evolução clínica, pareceres, são apenas alguns dos muitos dados sensíveis tratados na área médica.

Com a evolução tecnológica, tais importantíssimas e personalíssimas informações dos pacientes deixaram o meio físico para se consolidarem no formato digital, o que gera inúmeros benefícios, mas também potenciais riscos de segurança da informação, mormente no caso de terceirização inapropriada para guarda e tratamento de tais informações por meio da computação em nuvem ou cloud computing.

De início, importante ter ciência de que as normativas que compõem a legislação aplicável à área médica não estão alheias à inovação tecnológica, de modo que o desenvolvimento de quaisquer serviços de digitalização ou armazenamento de dados em meios digitais, bem como a utilização de cloud computing para a guarda e compartilhamento de informações, devem respeitar regras constantes de diplomas normativos, expedidos, principalmente, pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

---

\* Carla Segala Alves é advogada especialista em direito digital do Opice Blum, Bruno, Abrusio e Vainzof Advogados Associados.

Os serviços em cloud, já populares para os usuários da Internet e empresas, apresentam evidentes vantagens, seja por permitirem o acesso facilitado a informações, de qualquer lugar, ou pela economia gerada, na medida em que o armazenamento em servidores mantidos por terceiros especializados leva à diminuição da necessidade de manutenção de espaço de armazenamento por empresas e usuários em geral, individualmente.

Ainda, por vezes os riscos de incidentes de vazamento de informações são maiores com dados sensíveis guardados internamente do que com empresas especializadas no assunto.

Para se ter uma ideia, em 2014, 81% (oitenta e um por cento) dos dados móveis trafegados eram provenientes de serviços de computação em nuvem.

A expectativa é de que este número cresça, chegando a 90% (noventa por cento) até 2019. Não há dúvidas, portanto, de que a tendência dos serviços em cloud é de expansão, atingindo, inclusive, áreas e mercados mais tradicionais.

Uma das novas áreas de aplicação do cloud é o setor médico que, embora seja notório o seu desenvolvido tecnológico, ainda é bastante tradicional no que diz respeito ao armazenamento e gestão de dados.

Muitos deles ainda são armazenados de forma esparsa, pelo médico ou instituição que os coletou, havendo pouca integração entre sistemas e sendo parte considerável das informações ainda armazenadas em meio físico.

Os serviços de cloud possuem grande potencial de modernizar o setor, na medida em que podem trazer benefícios aos pacientes, permitindo o acesso rápido e facilitado às suas informações médicas pelas instituições de saúde e profissionais, de modo a acelerar e aprimorar diagnósticos, bem como tornar mais simples o acesso do próprio paciente às suas informações, como, por exemplo, dados acerca de remédios e vacinas que ele tomou ao longo da vida.

Visando trazer maior segurança jurídica ao setor, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou, em 2007, resolução que estabeleceu normas técnicas para a utilização de sistemas informáticos para a guarda e manuseio de prontuários de pacientes em meio eletrônico, indicando, inclusive, requisitos para que tais documentos eletrônicos possam substituir, em definitivo, o armazenamento de documentos em papel.

Referida resolução estabelece, ainda, que os documentos digitalizados deverão ser

controlados por sistema especializado, cujo grau de segurança será classificado em diferentes níveis de garantia, de acordo com o atendimento do sistema a requisitos estabelecidos em manual técnico desenvolvido pelo CFM, conjuntamente com a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS).

Assim, o armazenamento de registros médicos em meio exclusivamente digital depende do atendimento a requisitos técnicos de segurança mínimos, que são os mesmos necessários para que seja autorizada a troca de informações de saúde de pacientes em meio eletrônico, conforme previsto na mesma resolução. Dentre tais requisitos, destaca-se a necessidade de utilização de assinatura digital emitida no âmbito da Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP-Brasil), conforme estabelecida na Medida Provisória nº 2.200-2/2001.

Ainda, embora o CFM não tenha editado outras normativas indicando expressamente os requisitos de segurança necessários para o armazenamento e compartilhamento de outros documentos médicos em meio digital, alguns conselhos regionais já aplicaram, por analogia, as regras relacionadas aos prontuários médicos a outros documentos em saúde, como, por exemplo, os laudos médicos.

Fundamental se faz, portanto, a adequação de sistemas informáticos para a guarda e manuseio de documentos médicos, inclusive de sistemas em nuvem, às disposições constantes das normas aplicáveis, de modo a garantir a validade e efetividade de tais documentos.

Ainda, com relação especificamente aos serviços em cloud, o Projeto de Lei nº 5.344/2013 dispõe sobre as diretrizes gerais e normas para a promoção, desenvolvimento e exploração da atividade de computação em nuvem no Brasil. O Projeto de Lei em questão visa regular diversos aspectos relacionados aos cloud computing, como requisitos para a prestação dos serviços, bem como responsabilidades e obrigações ao prestador e ao tomador de serviços de computação em nuvem, de modo que pode causar impactos importantes no setor.

Evidente, portanto, que, embora a computação em nuvem no setor de saúde, certamente, se tornará ainda mais relevante em um futuro próximo, garantindo maior eficiência no armazenamento e na troca de informações e, portanto, no atendimento médico, tal tecnologia deve atender a uma série de regras e normas, com o intuito de garantir a segurança e integridade de dados extremamente sensíveis relacionados ao setor e a privacidade dos pacientes.

## MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRAOPERATÓRIA. ATO MÉDICO EXCLUSIVO

INTRAOPERATIVE NEUROPHYSIOLOGICAL MONITORING . EXCLUSIVE MEDICAL ACT

CFM\*

**Palavras-chave** – *Ato médico, diagnóstico, neurofisiologia, monitorização, responsabilidade, pessoa jurídica.*

**Keywords** – *Act doctor, diagnosis, neurophysiology, monitoring, liability, legal entity.*

### RESUMO

Disciplina o procedimento de monitorização neurofisiológica intraoperatória como ato médico exclusivo, definindo a responsabilidade dos médicos, a atuação de pessoa jurídica e estabelecendo as normas para o registro em prontuário de tais atos.

### RESOLUÇÃO CFM Nº 2.136/2015

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

**CONSIDERANDO** que os procedimentos diagnósticos em neurofisiologia clínica são atos médicos complexos que devem ser executados com conhecimento do contexto clínico que os gerou e, não raro, exigindo informações complementares junto ao médico assistente do paciente;

---

\*Conselho Federal de Medicina.

**CONSIDERANDO** que a monitorização neurofisiológica intraoperatória visa proteger o paciente quanto ao risco de lesões de estruturas neurais durante a cirurgia, auxiliando também na aplicação de intervenções precoces que restabeleçam o adequado funcionamento do tecido;

**CONSIDERANDO** que os laudos da monitorização neurofisiológica intraoperatória são de exclusiva competência do médico que a executou e partes integrantes do prontuário do paciente, e sua guarda deve seguir o que preconiza o Conselho Federal de Medicina quanto aos prontuários médicos;

**CONSIDERANDO** que o diretor técnico, supervisor, coordenador, chefe ou responsável médico dos serviços assistenciais especializados deve possuir título de especialista ou certificado de área de atuação, em conformidade com a Resolução CFM nº 2.007, de 8 de fevereiro de 2013;

**CONSIDERANDO** o disposto no art. 28 do Decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932;

**CONSIDERANDO** a Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013;

**CONSIDERANDO** o decidido em sessão plenária do dia 11 de dezembro de 2015,

## **RESOLVE:**

**Art. 1º** – A monitorização neurofisiológica intraoperatória é **ATO MÉDICO**;

**§ 1º** - Os procedimentos de apoio à execução da monitorização neurofisiológica intraoperatória podem ser compartilhados com outros profissionais, abrangendo exclusivamente montagem e desmontagem do equipamento, colocação e retirada de eletrodos, sempre sob supervisão in loco do médico responsável pela monitorização.

**Art. 2º** - É vedado ao médico realizar os procedimentos cirúrgicos com monitorizações neurofisiológicas intraoperatórias executadas por não médico.

**Art. 3º** - Quando a monitorização neurofisiológica intraoperatória for realizada por médico de pessoa jurídica, esta é obrigada a ter estrutura operacional para executar tal procedimento, devendo seu diretor técnico ser detentor de título de especialista ou certificado de área de atuação com registro no CRM.

**Art. 4º** - Só poderá se qualificar como pessoa jurídica para a monitorização neurofisiológica intraoperatória aquela inscrita no CRM e que esteja de acordo com as condições indicadas no artigo 3º deste dispositivo.

**Art. 5º** - Para a realização do procedimento se faz necessária a obtenção de termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), assinado pelo paciente ou seu responsável legal, onde constem informações sobre os principais riscos do procedimento, bem como a identificação do médico responsável por sua realização, conforme Anexo I desta resolução.

**Art. 6º** - É vedado ao médico cirurgião realizar a monitorização neurofisiológica intraoperatória concomitantemente à realização do ato cirúrgico.

**Art. 7º**- Cópias dos laudos deverão ser mantidas em arquivo, respeitando os prazos e normas estabelecidos na legislação vigente quanto a sua guarda.

**Art. 8º** - São obrigatórias, nos laudos da monitorização neurofisiológica intraoperatória, a assinatura e a identificação clara do médico que a realizou.

**Art. 9º** - Os laudos das monitorizações neurofisiológicas intraoperatórias deverão seguir as determinações do Anexo II.

**Art. 10º** - Esta resolução entra em vigor a partir da data de sua publicação.

Brasília-DF, 11 de dezembro de 2015.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA, Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA, Secretário-Geral

## EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.136/2015

A monitorização neurofisiológica intraoperatória (MNIO) é a área da neurofisiologia clínica que mais cresceu nos últimos trinta anos. A prática teve início em países da Europa e nos Estados Unidos da América nos anos 1970, mas o surgimento de equipamentos melhores e mais acessíveis tornou possível a monitorização de múltiplos parâmetros neurofisiológicos, seguindo-se extensa documentação de suas indicações e benefícios.

Nesses países, a regulamentação das técnicas se acompanhou da regulamentação da habilitação e do treinamento necessário para utilizá-las.

Monitorização neurofisiológica intraoperatória é todo procedimento que utiliza métodos de diagnóstico em neurofisiologia clínica, tais como eletroencefalografia, eletroneuromiografia e o potencial evocado, isoladamente ou em conjunto, para monitorizar a função e a integridade de estruturas neurais e/ou para identificar estruturas neurais durante procedimentos cirúrgicos para diagnóstico e, em tempo real, constatar possíveis disfunções neurológicas e antever prognóstico.

Como em diversas áreas dependentes da alta tecnologia, sua chegada ao Brasil tornou-se mais expressiva nos últimos quinze ou vinte anos, após o registro de equipamentos e materiais para realizá-la. A disponibilidade da nova tecnologia se acompanhou de crescimento desordenado, resultando em perigosas lacunas no tocante às indicações, à formação de quem a realiza ou à forma como deve ser realizada.

Por sua complexidade, é exigível sólida formação em medicina, pois, com o advento das descobertas dos benefícios e segurança para os pacientes, passou-se a ofertar capacitação de altíssima qualidade, contando a medicina brasileira, na realidade atual, com profissionais muito bem formados, o que eleva a qualidade e a segurança das intervenções cirúrgicas na área. Atualmente, a neurofisiologia clínica confere, mediante avaliação em prova de conhecimentos específicos, certificados de área de atuação aos especialistas em neurologia, neurocirurgia, fisioterapia e neurologia infantil.

A MNIO tem como objetivo identificar durante o ato cirúrgico o funcionamento inadequado do sistema nervoso no decorrer da intervenção, cabendo ao especialista o planejamento e a execução dos exames escolhidos. A interpretação dos exames exige conhecimentos de clínica neurológica, neurofisiologia básica e neurofisiologia

clínica, que possibilitam a análise dos riscos e possíveis complicações médicas dos atos operatórios.

Muitas vezes esta interpretação implica imediata intervenção terapêutica, seja suspendendo o ato cirúrgico ou introduzindo manobras e medicamentos com o objetivo de retomar a função normal, enquanto ainda é possível fazê-lo.

A falta de norma que trate da matéria tem demandado muitas denúncias de médicos em diversas regiões do país sobre a insegurança na condução da técnica por pessoas não habilitadas em medicina, prática esta que vem motivando a regulamentação regional, a exemplo de Resoluções editadas pelos Conselhos Regionais de Medicina dos estados de São Paulo, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal.

A Câmara Técnica de Neurologia e Neurocirurgia, percebendo esta lacuna e os riscos para a saúde dos pacientes que necessitam da aplicação da monitorização, tanto quanto visando a segurança do ato médico, elaborou este documento que, no momento, submete a apreciação desta plenária.

HIDERALDO LUÍS SOUSA CABEÇA, Conselheiro relator

O Anexo I traz o termo de consentimento livre e esclarecido para monitorização neurofisiológica intraoperatória (MINIO). O Anexo II traz o modelo de laudo de MINIO, com inclusão da logomarca do hospital/clínica e a identificação da clínica e do diretor técnico.

Os formulários estão disponíveis em:

[http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2015/2136\\_2015.pdf](http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2015/2136_2015.pdf)

**RESOLUÇÃO CFM Nº 2.136/2015**

Resolução aprovada na sessão plenária do dia 11 de dezembro de 2015.

Publicado no D.O.U., de 01 março de 2016, Seção 1, p.71.

## TRATAMENTO DA HPB: APROVADO PROCEDIMENTO DE EMBOLIZAÇÃO DAS ARTÉRIAS DA PRÓSTATA

TREATMENT OF BPH: APPROVED PROCEDURE OF EMBOLIZATION OF PROSTATIC ARTERIES

CFM\*

**Palavras-chave** – *Embolização, tratamento, hiperplasia prostática, risco, complexidade, credenciamento, termo de consentimento, protocolo.*

**Keywords** – *Embolization treatment, prostatic hyperplasia, risk, complexity, accreditation, consent, protocol.*

### RESUMO

Aprova a embolização das artérias da próstata para o tratamento de pacientes com hiperplasia prostática benigna (BPH). Procedimento de alto risco e complexidade, válido e utilizável na prática médica. Protocolo.

### RESOLUÇÃO CFM Nº 2.143/2016

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2014, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, alterado pelo Decreto nº 6821, de 15 de abril de 2009 e pela Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013; e

**CONSIDERANDO** a importância do desenvolvimento de novos procedimentos médicos terapêuticos e diagnósticos para o progresso da medicina;

---

\*Conselho Federal de Medicina.

**CONSIDERANDO** que o avanço do conhecimento científico e tecnológico contribui para a melhoria de condições de saúde e qualidade de vida da sociedade;

**CONSIDERANDO** que os novos procedimentos e terapias na medicina necessitam ser submetidos a uma avaliação quanto à segurança, conveniência e benefício aos pacientes, antes da sua utilização de forma usual;

**CONSIDERANDO** a Resolução CFM nº 1.982/12, que normatiza a aprovação de novos procedimentos e terapias no Brasil pelo CFM;

**CONSIDERANDO** o Parecer CFM nº 29/13 acerca da aplicabilidade clínica da Embolização de artérias prostáticas para tratamento da Hiperplasia Prostática Benigna (HPB);

**CONSIDERANDO**, finalmente, o que ficou decidido na Sessão Plenária do Conselho Federal de Medicina realizada em 15 de março de 2016,

## **RESOLVE:**

**Art. 1º** - Aprovar o procedimento de embolização das artérias da próstata para o tratamento da Hiperplasia Prostática Benigna (HPB).

**§ 1º** - Este procedimento é considerado de alto risco e complexidade, válido e utilizável na prática médica;

**§ 2º** - Este procedimento deverá ter acompanhamento periódico pelo CFM, a cada 2 (dois) anos, por até 5 (cinco) anos para confirmar os resultados de sua aplicabilidade clínica e segurança, conforme previsto na Resolução CFM nº 1982/2012, devendo então ser reavaliado por uma Câmara Técnica Específica, que emitirá Parecer a ser julgado pelo Pleno do CFM para aprovação definitiva;

**Art. 2º** - A indicação de embolização de artérias da próstata para Hiperplasia Prostática Benigna (HPB) deverá ser precedida da avaliação de um médico urologista, que determinará qual a opção mais adequada para o tratamento da HPB em cada paciente, conforme protocolo no anexo I (Protocolo de Embolização de Próstata - EAP).

**Parágrafo único.** Os pacientes submetidos a esse procedimento deverão ser cientificados e esclarecidos sobre o mesmo, com a elaboração de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). (Anexo III)

**Art. 3º** - As instituições de saúde credenciadas e autorizadas pelo CFM para realizar este procedimento devem atender às normas vigentes de funcionamento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), do Conselho Regional de Medicina (CRM) e os quesitos específicos presentes no Anexo II desta Resolução.

**§ 1º** - O cadastramento das Instituições de Saúde e médicos para realizar o procedimento de Embolização das Artérias da Próstata deverá seguir o disposto no Anexo II.

**§ 2º** - As instituições que pleiteiam autorização para a realização do procedimento de embolização de artérias da próstata serão previamente fiscalizadas pelo CFM/CRM, devendo comprovar a existência dos requisitos exigidos no Anexo II (Cadastro de Instituições e Médicos no CFM para Embolização de Próstata e Acompanhamento de Pacientes).

**Art. 4º** - A realização do procedimento de Embolização das Artérias da Próstata (EAP) deve ser feita exclusivamente por profissionais que possuem treinamento mínimo e exclusivo de 2 (dois) anos em Angiorradiologia e Radiologia Intervencionista, com Título de Especialista em Diagnóstico por Imagem: com Atuação Exclusiva em Angiorradiologia e Radiologia Intervencionista emitido pelo Colégio Brasileiro de Radiologia (Anexo IV) e que possuam treinamento avançado e certificado em Centro de Excelência (centro certificador) especializado para a realização da embolização das artérias da próstata.

**§ 1º** - Os atuais centros detentores da técnica de EAP (centros certificadores), à época da publicação desta Resolução, deverão ser cadastrados no CFM e se responsabilizarão pela difusão e ensino da mesma em centros congêneres, com emissão de certificado de competência.

**§ 2º** - Os centros certificadores responsáveis pelo treinamento avançado dos médicos deverão (obrigatoriamente) oferecer curso de capacitação em EAP semestralmente, com disponibilidade de no mínimo 2 (duas) vagas, com a realização de pelo menos 10 (dez) exames por treinando.

**Art. 5º** - O CFM/CRM realizará auditorias dos relatórios de acompanhamento de pacientes, conforme previsto nos Anexos I e II, e emitidos pelas instituições autorizadas.

**Parágrafo único.** O descumprimento das disposições constantes no caput deste artigo determinará o cancelamento da autorização para realização do procedimento de EAP.

**Art. 6º** - Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação.

Brasília, 15 de março de 2016.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA, Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA, Secretário-Geral

ANEXOS:

Anexo I: Protocolo de Embolização de Próstata.

Anexo II: Cadastro de Instituições e Médicos no CFM para Embolização de Próstata e Acompanhamento de Pacientes.

Anexo III: Modelo de Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido (padronizado).

Anexo IV: Pré-requisitos mínimos necessários para o credenciamento de instituições e médicos para a realização de embolização das artérias prostáticas (EAP).

Anexo V: Escore Internacional de Sintomas Prostáticos (IPSS -International Prostatic Symptom Score) e Qualidade de vida (QoL)

## ANEXO I

### DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.143/2016

#### PROTOCOLO DA EMBOLIZAÇÃO PROSTÁTICA PARA OS PACIENTES COM SINTOMAS DO TRATO URINÁRIO INFERIOR EM DECORRÊNCIA DA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA

O presente protocolo visa avaliar nos pacientes com LUTS, em decorrência do crescimento prostático pela HPB:

1. a viabilidade técnica e a segurança da EAP;
2. a eficácia (aplicabilidade clínica) da EAP com relação:
  - a. aos sintomas urinários;
  - b. à qualidade de vida dos pacientes;
  - c. ao volume prostático;

#### LOCAL

Os procedimentos serão realizados pelas instituições credenciadas e autorizadas (Centros de Referência) pelo CFM que atendam aos critérios acordados nesta Resolução. A avaliação técnica destas instituições, assim como a capacitação dos profissionais que assumirão a responsabilidade técnica pela realização procedimento de EAP, seguirá os critérios chancelados pela Sociedade Brasileira de Radiologia Intervencionista e Cirurgia Endovascular (SOBRICE) e à Sociedade Brasileira de Urologia (SBU).

Em decorrência do procedimento da EAP ter sido considerado como de Alto Risco e Complexidade, os pacientes deverão ser acompanhados e os relatórios serão auditados a cada dois anos pelo CFM para que o mesmo decida, ao final de até cinco anos, da sua aplicabilidade clínica, segurança e aprovação definitiva.

De acordo com o Parecer/Resolução assinado por Cacilda Pedrosa de Oliveira em 27 de novembro de 2013, e pelos órgãos CFM, SBU e SOBRICE, os médicos capacitados e credenciados para a realização do procedimento da EAP deverão ter Título de Especialista em Radiologia Intervencionista, devendo ser treinados pela equipe de Urologia e Radiologia Intervencionista dos centros certificadores credenciados

pelo CFM, que garantirá a disponibilidade de capacitação específica para o procedimento para todas as instituições que preencherem os requisitos dispostos nesta Resolução. Para que o radiologista intervencionista seja considerado capacitado e autorizado para a realização da EAP em seu Centro de Referência, o mesmo deverá acompanhar e participar de 10 procedimentos de EAP no centro certificador.

### SELEÇÃO DOS PACIENTES

Serão selecionados pacientes, avaliados e indicados pelo UROLOGISTA, que preencham os critérios diagnósticos de HPB e refratários ao tratamento medicamentoso, sem indicação para realizar o tratamento cirúrgico. As informações obtidas dos pacientes serão incluídas em um banco de dados sob a supervisão do CFM.

Os pacientes e/ou responsáveis receberão explicações e orientações por parte dos médicos responsáveis sobre o tratamento, seus riscos e benefícios. O procedimento da EAP será realizado após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo III).

### CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Idade entre 45 e 80 anos;
- Presença de LUTS secundários à HPB com (IPSS>7) por, pelo menos, 6 (seis) meses antes do procedimento;
- Sintomas refratários ao tratamento medicamentoso para HPB ou quando a medicação foi contraindicada, não tolerada ou recusada;
- Volume prostático entre 50 e 250 cm pela RM;
- UDN compatível com obstrução infra-vesical;
- Ter indicação para a realização de tratamento cirúrgico para HPB;
- Estar disposto a cumprir o protocolo de seguimento.

### CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Câncer de próstata diagnosticado de acordo com toqueretal, PSA, US ou RM e comprovado por biópsia;
- Prostatite ou infecção ativa do trato urinário;
- Doença neurológica com impacto sobre o funcionamento da bexiga;
- Cirurgia ou intervenção prévia para HPB;
- Estenose uretral ou obstrução urinária devido a outras causas;

- Divertículo ou cálculo vesical;
- Transtornos de coagulação não normalizados por tratamento clínico;
- História de reação adversa grave ao contraste iodado;
- Creatinina sérica > 2,0 mg/dl;
- RNI > 1,5;
- Plaquetas < 50.000 por mm<sup>3</sup>;
- Contraindicação para realizar RM;
- Limitação ao acesso vascular à intervenção.

## PROTOCOLO TÉCNICO

Seguirá a técnica utilizada pela Universidade de São Paulo, previamente publicada (Carnevale, Antunes, 2013). Os pacientes candidatos à EAP serão submetidos ao procedimento na sala de intervenção usando os equipamentos de fluoroscopia (equipamento angiográfico não portátil com subtração digital e com software tipo “cone-beam ct”) no Serviço de Radiologia Intervencionista, sob anestesia local. Se houver necessidade, de acordo com a rotina já instalada no serviço, será usada sedação endovenosa pela equipe de anestesiologia. Será utilizada antibioticoterapia profilática com ciprofloxacina 1,0 grama via oral uma hora antes do procedimento e será mantido durante uma semana após o procedimento na dose de 500 mg 2x/dia. A analgesia após o procedimento será feita com analgésico não opioide e antiinflamatório não hormonal, quando necessário. O procedimento será realizado por meio de punção e cateterismo da artéria femoral comum unilateral, utilização de introdutor valvulado de 5 French e contraste iodado não iônico de baixa osmolaridade ou iso-osmolar. Inicialmente, será realizado o estudo arteriográfico da pelve com cateter pigtail 5 French posicionado em topografia da aorta distal pré-bifurcação aorto-ilíaca, com posterior cateterismo seletivo da artéria ilíaca interna com cateter tipo vertebral, cobra, Simmons curva 2 de 5 French, ou de acordo com a anatomia vascular de cada paciente. Após estudo arteriográfico nas incidências PA, oblíquas esquerda e direita para avaliação angiográfica diagnóstica e identificação da artéria vesical inferior e eventuais ramos prostáticos, procede-se o cateterismo superseletivo e estudo angiográfico da artéria vesical inferior e prostáticas com microcatéter 2.0 ou 2.4 French e fio-guia tipo hidrofílico 0,014 ou 0,016 polegadas e imediata embolização das artérias prostáticas bilateralmente. As embolizações serão realizadas com microesferas calibradas tipo Embospheres® de 300-500  $\mu$ m até que seja obtida a estase dos vasos nutridores da próstata, evitando-se o

refluxo para estruturas vasculares vizinhas. Após as embolizações, serão realizadas arteriografias ilíacas internas para avaliar a desvascularização prostática e identificar possíveis colaterais. Será realizada, ainda, a mensuração do tempo de procedimento e de fluoroscopia. As EAP serão realizadas pelo radiologista intervencionista dentro do Centro de Referência autorizado pelo CFM.

#### PROTOCOLO DE SEGUIMENTO:

Todos os pacientes submetidos à EAP serão avaliados e acompanhados em conjunto, conforme protocolo, pelo urologista e radiologista intervencionista. Após a alta, o primeiro retorno será feito dentro da primeira semana após a embolização. Os seguimentos serão feitos nos períodos de 3, 6 e 12 meses após a EAP e, após este período, anualmente. Além do relato da evolução clínica do próprio paciente, ocorrerá a avaliação por meio de questionários, exames laboratoriais, US e/ou RM. Para avaliação dos sintomas relacionados à HPB, será utilizado o questionário adotado pela Sociedade Americana de Urologia, o IPSS. Para avaliação da função sexual, será utilizado o questionário IIEF (Índice Internacional de Função Erétil). Será realizado o estudo urodinâmico no período entre 6-8 meses após a EAP. Para avaliação do comportamento volumétrico prostático, de sua redução como resposta à embolização, será utilizada medida por meio de US e/ou RM prostática.

Também fará parte do protocolo a dosagem periódica do antígeno prostático específico (PSA), iniciando 24 horas após a EAP, 3 meses, 12 meses após a EAP. O acompanhamento será feito em conjunto pelo urologista e radiologista intervencionista responsáveis por cada Centro de Referência, os quais cuidarão em conjunto das informações coletadas e incluídas no banco de dados. (Anexo II).

#### SEGURANÇA DA EAP

Os eventos adversos e as complicações serão classificados de acordo com os critérios de terminologia do National Institutes of Health (NIH) (Versão 4.0; edição 8.5.2009) e analisadas pelo CFM durante o acompanhamento por até cinco (5) anos.

**RESOLUÇÃO CFM Nº 2.143/2016**

Resolução aprovada na sessão plenária do dia 15 de março de 2016.

Publicada no D.O.U. em 24 de março de 2016, Seção I, p.103.

## **VEDADA INSTALAÇÃO DE CÂMERAS FILMADORAS NAS SALAS DE ATENDIMENTO EM SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA**

SEALED CAMERAS INSTALLATION CAMCORDERS IN  
SERVICE ROOMS IN EMERGENCY SERVICES

*José Albertino Souza\**

**Palavras-chave** – *Privacidade, educação médica, consentimento informado, autorização, sigilo.*

**Keywords** – *Privacy, medical education, informed consent, authorization, confidentiality.*

### **DA CONSULTA**

O Chefe do Serviço de Emergência e Medicina Intensiva Pediátrica do HCPA, pesquisador e professor titular de pediatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRG) solicita parecer do CFM sobre o uso de câmeras de filmagem em unidades de reanimação, com intuito educativo e de melhoria assistencial pela análise de imagens realizada sob coordenação da chefia médica e com membros da equipe assistencial.

Relata que uma das estratégias para melhora sustentada na adesão aos protocolos é obtida com a avaliação retrospectiva do atendimento prestado por meio da análise de filmagens (“feedback visual”).

---

\*Conselheiro parecerista do CFM

Nesse sistema, a equipe que prestou a assistência revisa, passo a passo, cada uma das etapas, destacando os acertos e propondo medidas corretivas aos possíveis erros. Seguindo essa estratégia, o Serviço de Emergência (adulto) e o Serviço de Emergência e Medicina Intensiva Pediátrica do Hospital de Clínicas pretendem utilizar câmeras de filmagem “nas salas de reanimação das unidades de emergência pediátrica e adulto vislumbrando impactos positivos na assistência, ensino e segurança dos pacientes”.

Destaca os objetivos do uso da avaliação de filmagens de atendimentos nas salas de reanimação das unidades pediátricas e de adultos e relaciona os “pressupostos” para utilização do sistema de filmagens:

- a) As imagens são obtidas de forma constante, mas não são analisadas ou visualizadas em tempo real.
- b) As imagens são armazenadas em um computador e acessíveis a um grupo restrito de pessoas, sob delegação da direção (no caso, vice-presidência médica), tais como: chefia médica das unidades, chefe de enfermagem ou outros definidos pela direção técnica.
- c) Além de todos os mecanismos de segurança digital, o acesso às imagens deve ser rastreável (identidade digital).
- d) A análise de imagens é realizada de forma rotineira (protocolos, através de *check-list* específico para cada situação), em local com privacidade, com grupo restrito e sob a responsabilidade da chefia médica da unidade, de acordo com delegação definida pela direção técnica.
- e) A análise desses resultados poderá ser divulgada em blocos de dados para os demais integrantes da equipe de forma a evitar a identificação do funcionário e do paciente envolvidos, visando apenas à melhoria dos processos.
- f) Em situações específicas, os profissionais envolvidos no atendimento poderão ser convidados a rever e analisar o atendimento por meio da filmagem, no sentido de avaliar sua participação isolada e de toda a equipe. Evidentemente, essa revisão tem caráter educativo, e não punitivo.
- g) Haverá um tempo de armazenamento (entre 6 e 12 meses) após o qual as imagens serão destruídas (removidas do sistema).
- h) Os pacientes e funcionários serão cientificados e alertados de que há gravação

constante de imagens com esses objetivos.

i) A direção médica é a responsável pela garantia de sigilo de tais imagens, que somente poderão ser divulgadas com ordem expressa do paciente, representante legal ou por ordem judicial. Nas demais situações, o uso segue restrito.

j) No consentimento informado há um parágrafo específico com detalhes dessa estratégia administrativa e assistencial, inclusive deixando claro o aspecto do respeito à privacidade. Anexa, a título de exemplo, um projeto de pesquisa seu sobre o uso de câmeras de filmagem em UTI pediátrica e diz que foi submetido e aprovado no CNPq.

## PARECER

A matéria é polêmica, pois envolve questões referentes a intimidade, privacidade, direito de imagem, ato médico e sigilo profissional. Não há resolução específica do Conselho Federal de Medicina regravando o assunto. Existem pareceres abordando questões específicas, alguns do CFM e outros de Conselhos Regionais de Medicina. A Constituição Brasileira estabelece, em seu art. 5º, X, que “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação”. Acerca de filmagem em interior de UTI, o Cremeb, por meio do Parecer nº 12/09, definiu que: (Ementa) Câmeras de filmagem cujo campo de captação de imagens inclua um leito de paciente não devem estar ligadas ao sistema de segurança patrimonial do hospital. Tais equipamentos somente podem ser acionados com a anuência prévia do paciente ou seu representante legal, através da assinatura de um Termo de Consentimento Informado e em situações previstas pelo protocolo da unidade/instituição. No caso de filmagem de procedimento médico, a concordância do profissional executante também deve ser expressa por documento semelhante. No bojo do parecer consta: Em muitas unidades que utilizam o recurso da filmagem como meio de avaliar a efetividade de procedimentos (como reanimação cardiorrespiratória, por exemplo), o equipamento é mantido desligado, sendo ativado em situações previstas pelo protocolo de condutas da unidade e da instituição. Filmes obtidos por essas câmeras também têm sido utilizados como documentos em situações que envolvem dúvidas quanto a condutas profissionais. [...] é facultado filmar a movimentação em áreas de circulação ou setores de serviços especiais (caixas etc.), desde que não viole a intimidade dos indivíduos filmados. O Conselho

Federal de Medicina (CFM), no bojo do Parecer nº 3/11, assim se manifestou: [...] o ato médico de natureza clínica ou assistencial só pode ser exercido com boa-fé e em benefício do paciente, necessitando de seu consentimento livre e esclarecido. Mesmo nessa modalidade de atuação profissional, não há justificativa para a gravação de voz e imagem durante a realização de um ato médico sem os pressupostos citados. Não pode ser utilizada com o intuito de apenas resguardar o médico no exercício de sua função e muito menos como forma de monitoração de seu trabalho pelo órgão empregador.

Acerca de filmagem do parto, o CFM, por meio do Parecer nº 41/99, assim se manifestou: “EMENTA: Não há impedimento ético em filmagem de procedimento cirúrgico, desde que a pedido da paciente e haja autorização dos profissionais envolvidos”. O CFM, no Parecer nº 47/15, definiu que “é vedada a gravação de procedimentos cirúrgicos para fins de auditoria”. Quanto a pesquisa e ensino, além das regras do sistema CEP/Conep, o Código de Ética Médica (CEM) estabelece que é vedado ao médico: Art. 101. Deixar de obter do paciente ou de seu representante legal o termo de consentimento livre e esclarecido para a realização de pesquisa envolvendo seres humanos, após as devidas explicações sobre a natureza e as consequências da pesquisa. Parágrafo único. No caso do sujeito de pesquisa ser menor de idade, além do consentimento de seu representante legal, é necessário seu assentimento livre e esclarecido na medida de sua compreensão. [...] Art. 105. Realizar pesquisa médica em sujeitos que sejam direta ou indiretamente dependentes ou subordinados ao pesquisador. [...] Art. 110. 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. O consulente relata que o Serviço de Emergência (adulto) e o Serviço de Emergência e Medicina Intensiva Pediátrica do Hospital de Clínicas pretendem utilizar câmeras de filmagem “nas salas de reanimação das unidades de emergência pediátrica e adulto vislumbrando impactos positivos na assistência, ensino e segurança dos pacientes”. Aduz que “os pacientes e funcionários serão cientificados e alertados” de que “há gravação constante de imagens com esses objetivos” e que “no consentimento informado há um parágrafo específico com detalhes dessa estratégia administrativa e assistencial, inclusive deixando claro o aspecto do respeito à privacidade”. O CEM, em seu art. 24, veda 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”.

Intimidade, privacidade e direito de imagem do paciente e dos que trabalham nos estabelecimentos de saúde são valores humanos estabelecidos na Constituição, na condição de direito individual, e, em defesa desse direito fundamental, tem de prevalecer a preocupação de preservá-los, dever deste órgão normatizador e disciplinador do exercício da medicina. Embora observem-se o caráter educativo e o benefício social na melhoria dos protocolos, como proposto, deve prevalecer o direito a intimidade e o direito de imagem e privacidade, tanto do paciente como dos demais profissionais de saúde envolvidos na assistência prestada, já que a filmagem não é própria do ato médico realizado (por exemplo, videolaparoscopia, videoartroscopia etc.). Deve ainda ser esclarecido que as imagens arquivadas eletronicamente, relativas à assistência médica prestada a paciente, que possibilita comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da terapêutica, fazem parte do prontuário do paciente (inteligência da Resolução CFM nº 1.638/02), sendo permanente a sua guarda (Resolução CFM nº 1.821/07).

A pergunta é: Como se conseguir o consentimento livre e esclarecido de todos os envolvidos numa unidade de reanimação de serviço de emergência? O atendimento a paciente em sala de reanimação de serviço de emergência é situação bastante dramática, pois geralmente apresenta risco de morte iminente e, neste local, sua vontade não prevalece em vista da necessidade imperiosa de atendimento médico. Assim, a forma ética de se proceder a quaisquer tipos de filmagens de pacientes, quando não sejam próprias do procedimento médico realizado, consiste na obtenção prévia de autorização do paciente ou seu responsável legal, de forma livre e esclarecida, assim como o consentimento de todos os profissionais de saúde envolvidos no atendimento prestado, o que torna inviável, por si só, a instalação de câmeras para filmagens de pacientes de forma constante nas salas de atendimento dos serviços de emergência.

## CONCLUSÃO

Diante do exposto, entendo que deve ser vedada a instalação de câmeras filmadoras nas salas de atendimento a pacientes nos serviços de emergência, pela impossibilidade de obter-se a autorização livre e consciente de todos os envolvidos – paciente ou representante legal, médicos e demais profissionais de saúde. Para fins educativos e acadêmicos, é possível o treinamento da equipe em programas de educação médica continuada realizados em laboratórios com manequins, por

equipe especializada nesse tipo de capacitação, simulando situações reais, as quais podem ser filmadas e analisadas de forma retrospectiva.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília-DF, 21 de janeiro de 2016.

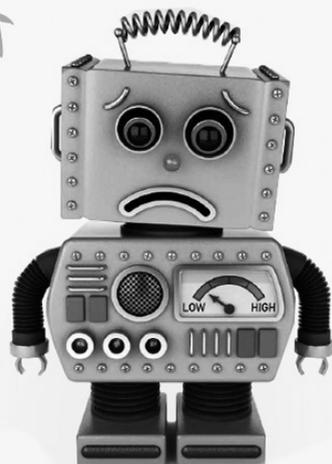
JOSÉ ALBERTINO SOUZA

*Conselheiro relator*

PARECER CFM nº 5/16

Parecer Aprovado

Reunião Plenária de 21/01/2016.



*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](http://portal.cfm.org.br)

## **PRESCRIÇÃO DE ÁCIDO RETINOICO POR BIOMÉDICOS. IMPEDIMENTO**

PRESCRIPTION RETINOIC ACID FOR BIOMEDICAL. PREVENTION

*José Fernando Maia Vinagre\**

**Palavras-chave** – *Ácido retinoico, prescrição, manipulação, ato médico, dermatologia.*

**Keywords** – *Retinoic acid, prescription, manipulation, medical act, dermatology.*

### **EMENTA**

A prescrição de ácido retinoico é de competência exclusiva do médico.

### **CONSULTA**

Consulta formulada ao CFM pelo CRM-GO solicita manifestação sobre regulamentação da prescrição e da manipulação de ácido retinoico e demais produtos da linha estética. A motivação desta consulta derivou da confecção pelo Conselho Federal de Biomedicina da Resolução nº 241/2014, que autoriza a prescrição de produtos para fins estéticos, inclusive ácido retinoico, pelos profissionais biomédicos. O pedido de manifestação ao CRM-GO foi feito pela Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. A consulta da SMS faz referência que o “ácido retinoico” é considerado cosmético nas concentrações de 0,1% a 1% e também que a Portaria

---

\*Conselheiro relator do CFM.

MS nº 344/98 determina que ácido retinoico para uso tópico só pode ser dispensado com prescrição médica.

A consulta foi remetida pelo departamento de comissões do CFM, que elaborou a seguinte resposta ao questionamento, feita pela Dra. Denise Steiner, membro da Câmara Técnica de Dermatologia.

### CONSIDERAÇÕES

1. Considerando que a competência legal é o princípio básico que alicerça qualquer atividade profissional.
2. Considerando que os profissionais da saúde têm como princípio básico contribuir para a saúde do indivíduo, tratando-o sempre embasado na competência específica de sua profissão.
3. Considerando que a lei que rege a atividade do profissional biomédico não prevê a competência para prescrição de medicamentos.
4. Considerando que qualquer formação após a graduação deve ser bem especificada e legalizada, evitando conflitos de interesse.
5. Considerando que a medicação tópica, assim como a sistêmica, repercute na saúde geral do indivíduo.
6. Considerando que ao prescrever um medicamento pode haver efeitos colaterais que precisam ser tratados, neutralizados e diminuídos.
7. Considerando que, segundo a lei da competência do profissional biomédico, não há embasamento para que consiga diagnosticar, avaliar e tratar os efeitos colaterais sistêmicos advindos de medicamentos tópicos.
8. Considerando que a Anvisa classifica o ácido retinoico ou tretinoína como medicamento do grupo dos retinoides.
9. Considerando que o ácido retinoico, diferentemente do retinol, é considerado medicamento.
10. Considerando que o ácido retinoico é um medicamento que ocupa um receptor específico no organismo humano, tendo possibilidade de provocar repercussões sistêmicas.
11. Considerando que o ácido retinoico, diferentemente do retinol e do retinil, pode

causar vários efeitos colaterais deletérios ao indivíduo.

12. Considerando que o ácido retinoico é um medicamento que pode causar na pele telangectasias, hipertricrose e lesões purpúricas.

13. Considerando que há literatura substancial para evitar o uso de ácido retinoico, um medicamento, em grávidas e puérperas, pois é considerado teratogênico.

14. Considerando que o bem maior de cada indivíduo é a integridade da sua saúde.

15. Considerando que diagnóstico e tratamento são atos médicos exclusivos.

## **CONCLUSÃO**

Não existe amparo legal e técnico que dê respaldo aos biomédicos para a prescrição de qualquer produto ou medicação, inclusive os produtos da área cosmiátrica.

É o parecer, SMJ.

Brasília-DF, 22 de janeiro de 2016.

JOSÉ FERNANDO MAIA VINAGRE  
*Conselheiro relator*

Parecer CFM nº 4/16

Parecer Aprovado

Reunião Plenária de 22/01/2016.

## REMUNERAÇÃO PROFISSIONAL. VÍNCULO, RESSARCIMENTO E RELAÇÃO COM REGIMENTO INTERNO

PROFESSIONAL REMUNERATION. BOND, COMPENSATION AND RELATED BYLAWS

*Donizetti Dimer Giamberardino Filho\**

**Palavras-chave** – *Remuneração, vínculo profissional, contrato, plantonista, operadora.*

**Keywords** – *Compensation, employment status, contract, on duty, operator.*

### EMENTA

Características de vínculo entre o médico da emergência e o hospital, sem ressarcimento, e as relações com o Regimento Interno.

### CONSULTA

Em correspondência encaminhada a este Conselho Regional de Medicina, é formulada consulta com o seguinte teor: “Gostaríamos de consultá-los a respeito da seguinte situação: Poderíamos contratar um profissional médico para um turno de plantão de atendimento em nossos consultórios de Pronto Atendimento em Ginecologia e Obstetrícia, seguindo as seguintes condições: O regime de contratação poderia ser como Celetista (CLT) ou como profissional autônomo. A carga horária

---

\*Conselheiro parecerista do CRM-PR.

e a remuneração seguiriam os determinados pelo Conselho Regional ou Federal de Medicina. Nossa pergunta é: A produção desse profissional médico (consultas) poderia ser auferida pelo hospital, ficando este com a responsabilidade de pagar o profissional médico, de acordo com as condições previamente estabelecidas em contrato entre as partes?"

## FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Os estabelecimentos médicos de atenção à saúde devem estar registrados no Conselho Regional de Medicina (CRM) de sua área de jurisdição. Neste registro deve constar o regimento interno do corpo médico, aprovado em assembleia específica e homologado pelo CRM. Este documento orienta os serviços médicos quanto a sua organização, critérios de admissão e demissão, direitos e deveres, entre outros.

Este conjunto de normas deve estar em harmonia com o regulamento do hospital correspondente. A Resolução CFM nº 1342/1991 estabelece as responsabilidades e atribuições do Diretor Técnico e do Diretor Clínico, sendo que cabe ao Diretor Técnico assegurar o cumprimento do Código de Ética Médica e demais resoluções, além de prover adequadas condições para o exercício da Medicina. Já o Diretor Clínico deve ser eleito pelo corpo de médicos da instituição, e representa na mesa diretora do hospital a voz e a opinião dos médicos.

O regimento do corpo médico pode abranger todos os serviços médicos existentes representados na estrutura organizacional, mas também pode ser complementado em questões específicas de serviços médicos distintos. O consulente menciona que sua indagação trata de atividades ambulatoriais vinculadas ao Pronto Atendimento em Ginecologia e Obstetrícia, em anexo consta o regimento interno complementar do Serviço de Plantonistas hospitalares do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia da referida Maternidade. Este regimento não descreve em suas atribuições o atendimento médico ambulatorial de Pronto Atendimento, destacando-se no texto do primeiro parágrafo do artigo 17 a citação da figura do médico da admissão, distinta do médico plantonista dos pacientes internados.

Neste sentido, as respostas deste parecer estão vinculadas a modelos de remuneração a médicos em atividade ambulatorial, de serviço de Pronto Atendimento em Ginecologia e Obstetrícia, como atividade específica para a finalidade. Conforme citado na consulta, o médico pode ser contratado para suas atividades pelo

regime CLT, conforme legislação em vigor, podendo sua remuneração ser baseada no cumprimento de carga horária ou carga horária acrescida de produtividade, conforme contrato de trabalho.

Caso a opção seja contratar o médico como prestador de serviço, esta atividade pode ser representada na forma de pessoa física ou pessoa jurídica diante do contrato firmado entre as partes. O desempenho da atividade do médico como autônomo e sua caracterização está presente no âmbito da legislação trabalhista. Quando houver hierarquia de distribuição de tarefas, escalas de trabalho e regularidade de tarefas, estabelecidas pelo contratante, estes aspectos podem caracterizar vínculos trabalhistas. Do ponto de vista ético, vale reafirmar o dever do cumprimento das Resoluções emitidas pelo CFM e CRM regionais, principalmente, pelos diretores técnico e clínico.

Em relação à pergunta, expressa no terceiro parágrafo da consulta: “A produção desse profissional médico (consultas) poderia ser auferida pelo hospital, ficando este com a responsabilidade de pagar o profissional médico, de acordo com as condições previamente estabelecidas em contrato entre as partes?”. Respondemos da seguinte forma: em situações de contratação de médicos com vínculo trabalhista, a remuneração deve ser paga na forma da lei, respeitando o contrato de trabalho. Quando tratar-se de contratação de serviços médicos, deve existir contrato formal entre as partes, contratante e contratada, no caso hospital e médicos/pessoa jurídica, especificando os valores atribuídos aos procedimentos a serem prestados. Os valores a serem pagos podem ser maiores ou menores que os valores recebidos pelo Hospital, pois se entende tratar de contratos distintos, ou seja, o contrato estabelecido entre o Hospital e a Operadora de Saúde é independente do contrato entre o Hospital e os Prestadores de Serviços Médicos. Desta forma, estamos nos referindo a um contrato de prestação de serviços médicos onde o contratante (hospital) pactua com o médico contratado um valor para o procedimento específico, independente da origem da Operadora de Saúde contratada pelo usuário (paciente), não se aceitando do ponto de vista ético, o pacto de aplicar retenção de honorários parcial utilizando percentuais sobre valores de procedimentos. Vale salientar ainda que, em situações envolvendo médicos cooperados proprietários de Operadoras de Saúde, com frequência existem cláusulas contratuais entre estas Cooperativas/Operadoras de Saúde e Hospital que vedam o pagamento de honorários médicos diretamente ao Hospital, de serviços médicos prestados

por médicos cooperados. Este fato pode trazer dificuldade ao estabelecimento do contrato, se os médicos contratados forem também cooperados da Operadora.

É o parecer, SMJ.

Curitiba, 07 de dezembro de 2015.

CONS. DONIZETTI DIMER GIAMBERARDINO FILHO

*Parecerista*

Parecer CRM-PR nº 2514 /2015

Parecer aprovado e homologado.

Reunião Plenária nº 4053, de 07/12/2015.

## **MORTE ENCEFÁLICA: PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**

BRAIN DEATH : STANDARD OPERATING PROCEDURE

*Nazah Cherif Mohamad Youssef\**

**Palavras-chave** – *Morte encefálica, procedimento operacional, apneia, ato médico.*

**Keywords** – *Brain death, operating procedure, apnea, medical act.*

### **EMENTA**

Procedimento Operacional Padrão (POP). Realização do teste de apneia em Hospital Universitário. Um dos passos para diagnóstico de morte encefálica (ME). Resolução CFM nº 1.480/97. Obrigatoriedade na realização de diagnóstico ME.

### **CONSULTA**

Em correspondência encaminhada a este Conselho Regional de Medicina, representante de Universidade formula consulta quanto ao Procedimento Operacional Padrão de Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTT.

---

\*Conselheira parecerista do CRM-PR.

## FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

O Procedimento Operacional Padrão (POP), para estar de acordo com a Resolução CFM n.º 1.480/97 e seguir o Código de Ética Médica deverá ser modificado no item 2. Os responsáveis pela execução são os médicos (equipe médica). Não há possibilidade do teste de apneia ser executado por outro profissional (enfermeiro, fisioterapeuta) uma vez que se trata de ato médico. Além disso, sua execução por outros profissionais da área da saúde infringe o Código de Ética Médica, no artigo 2º, em que é vedado ao médico: “Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.”

## CONCLUSÃO

Foi realizada a correção do item 2 do Procedimento Operacional Padrão de Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes - CIHDOTT, alterando o executante do teste de apneia para diagnóstico de morte encefálica para médico plantonista/assistente do paciente. Correção aprovada. CRM - PR.

É o parecer, SMJ.

Curitiba, 25 de janeiro de 2016.

CONS<sup>a</sup> NAZAH CHERIF MOHAMAD YOUSSEF

*Parecerista*

PARECER N° 2517 /2016 CRM-PR

Parecer Aprovado e Homologado

Reunião Plenária n.º4070, de 25/01/2016.

## VOCÊ JÁ PLANTOU UMA NOVALGINA?

HAVE YOU EVER PLANTED A NOVALGINA?

Ehrenfried Othmar Wittig\*

**Palavras-chave** – *Mil-folhas, Novalgina, planta medicinal, analgésica, Achillea millefolium.*

**Keywords** – *Yarrow, Novalgina, medicinal plant, analgesic, Achillea millefolium.*

A mil-folhas ou Achiléia é uma planta medicinal do gênero *Achillea millefolium*, da família *Asteraceae*, com 80 espécies e originária da Europa e Ásia. Foi introduzida e naturalizada nas Américas. Entre suas inúmeras denominações também aparece “Novalgina”.

É utilizada como elemento fitoterápico desde o ano de 1.200 a.C., no período da guerra de Troia. Uma corrente da mitologia grega diz que o centauro Quíron teria usado a planta para tratar dos ferimentos sofridos por um de seus discípulos, o lendário Aquiles com a fechada no calcanhar.

Foi conhecida ainda como “herba militares”, por sua capacidade de melhorar sangramentos em feridas traumáticas, exercendo ainda poder cicatrizante. As folhas foram usadas como chá; as flores como salada; infusões de mil folhas serviram como loções cosméticas, além de serem mastigadas como analgésicos antiespasmódicos, na acne, para febre, dores de garganta etc.

---

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



Também índios Micmac, do Canadá, usavam como vapor para melhorar resfriados.

Também conhecida como erva-de-carpinteiro, erva dos soldados ou mil-em-ramas, tem odor de cânfora e sabor amargo. É encontrada em áreas rurais com folhas amareladas, esbranquiçadas, róseas e esverdeadas. Tem em seus princípios ativos óleos essenciais e 82 compostos como mentol, colesterol, flavanoides, betaina, colina, luteolina etc.

Embora os efeitos de cura sejam muitos, esta planta não faz parte da composição do conhecido medicamento do mesmo nome, Novalgina. Os efeitos curativos até são semelhantes.

O cultivo não é difícil, devendo ser observados os fatores de clima, solo, meios de propagação e adubação, pois embora sendo uma planta rústica, pode resultar em folhas e flores bem vistosas. Outro fator positivo é que exige pouco espaçamento.

Referências: Revista Natureza Medicinal e Plantas Medicinais no Brasil.

# ARQUIVOS

do Conselho Regional  
de Medicina do Paraná

---

ISSN 2238 - 2070

