

ISSN 0104 - 7620
ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

Arq Cons Region Med do PR	Curitiba	v. 25	n. 100	p. 181-250	Out./Dez.	2008
---------------------------	----------	-------	--------	------------	-----------	------

EDITOR

Ehrenfried Othmar Wittig

CONSELHO EDITORIAL

Donizetti D. Giamberardino Filho Ehrenfried O. Wittig Gerson Z. Martins
Hélcio Bertolozzi Soares Hernani Vieira João M. C. Martins Luiz Sallim Emed

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.

ENDEREÇOS

CRM

Secretaria Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre
80810-340 Curitiba - Paraná - Brasil
e-mail Protocolo/Geral : protocolo@crmpr.org.br
Secretaria: secretaria@crmpr.org.br
Setor Financeiro: financeiro@crmpr.org.br
Diretoria: diretoria@crmpr.org.br
Departamento Jurídico: dejur@crmpr.org.br
Departamento de Fiscalização: defep@crmpr.org.br
Departamento de Recursos Humanos: rh@crmpr.org.br
Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos e
Comissão de Qualificação Profissional: cap@crmpr.org.br
Comissão de Atualização Cadastral de E-mails: correio@crmpr.org.br
Assessoria de Imprensa: imprensa@crmpr.org.br
Biblioteca: biblioteca@crmpr.org.br
Home-Page www.crmpr.org.br
Postal Caixa Postal 2208
Telefone 0 xx 41 3240-4000
Fax 0 xx 41 3240-4001

CFM

Home-Page cfm@cfm.org.br
www.portalmedico@cfm.org.br
e-mail jornal@cfm.org.br

TIRAGEM

20.000 exemplares

CAPA

Agradecemos ao chargista ADEMIR PAIXÃO a idealização da capa deste número comemorativo.

DIGITAÇÃO

Marivone S. Souza - (0xx41) 3338-5559

FOTOLITOS E IMPRESSÃO

SERZEGRAF
Rua Bartolomeu L. Gusmão, 339 - Vila Hauer. Fone/Fax: (0xx41) 3026-9460
CEP 81610-060 - Curitiba - Paraná
e-mail: comercial@serzegraf.com.br

EDIÇÃO

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

REPRODUÇÃO OU TRANSCRIÇÃO

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

RESPONSABILIDADE

Os conceitos expressos nos artigos publicados e assinados, são de responsabilidade de seus autores e não representam necessariamente o pensamento do Conselho Regional de Medicina do Paraná. Os "Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná", são encaminhados gratuitamente a todos os Médicos registrados no Conselho Regional de Medicina do Paraná, às bibliotecas dos Cursos de Medicina e dos Cursos de Direito do Brasil, ao Conselho Federal de Medicina, aos Conselhos Regionais de Medicina, aos Conselhos Regionais da Área de Saúde do Paraná e outros solicitantes.

NORMAS PARA OS AUTORES

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

TEXTO - os originais devem ser encaminhados ao editor, digitados em software Microsoft Word 97 for Window, em uma via, com página contendo 30 linhas em duplo espaço, em papel tipo A4 (212 x 297 mm) com margens de 30 mm e numeração das páginas no canto inferior direito da página direita e a esquerda na página esquerda. Os pareceres, leis, resoluções, monografias, transcrições, terão as palavras-chave e key words inseridas no final do texto, que evidentemente não seguirão as normas para artigos técnicos ou científicos habituais. Esses devem conter inicialmente uma apresentação seguindo-se um resumo e abstract, palavras-chave e key words, texto, tabelas, ilustrações e referências bibliográficas, adotando as seguintes normas:

Título - sintético e preciso, em português.

Autor(es) - nome(s) e sobrenome(s)

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 para correspondência sobre o artigo.

Resumo e Abstract - Um máximo de 100 palavras permitindo o entendimento do conteúdo do artigo, externando o motivo do estudo, material e método, resultado, conclusão. O resumo e o abstract devem ter o título do trabalho em português e inglês, acima do texto.

Palavras-chave descritas (unitermos) e key words - devem ser colocadas abaixo do resumo e do abstract em número máximo de 6 títulos.

Tabelas - podem ser intercaladas no texto com até 5 unidades, se de pequenas dimensões. Em cada uma deve constar um número de ordem, título e legenda, e deverão ser elaboradas em software Microsoft Excel 97 for Windows.

Ilustrações (Fotos e Gráficos) - serão em preto e branco, em número máximo de até 6 e devem conter legendas em páginas separadas. Fotografias identificáveis de pessoas ou reproduções já publicadas, devem ser encaminhadas com a autorização para publicação. Ilustrações coloridas serão custeadas pelos autores.

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 dos 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). Quando não publicado em periódico: publicação, cidade, publicadora, ano, página(s).

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

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

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

ÍNDICE REMISSIVO

Consulte o índice remissivo por autores e assuntos dos primeiros 50 números, publicados no Suplemento I dos "Arquivos", no mês de dezembro de 1997 e, após, no último número de cada ano. Um índice completo está disponível na Home-Page www.crmpr.org.br Em caso de dúvida, consulte nossa bibliotecária em biblioteca@crmpr.org.br ou por telefone 0xx41 240-4000.

ABREVIATURA

Arq Cons Region Med do PR

FICHA CATALOGRÁFICA

"Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná"

Conselho Regional de Medicina do Paraná

Curitiba, v. 25, n.100, 2008

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 0104-7620

ABNT

EDITORIAL

Ao comemorarmos o centésimo número dos **"Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná"** é oportuno relembrarmos o caminho percorrido por esta publicação do Conselho Regional de Medicina do Paraná.

Em janeiro de 1984 o então Conselheiro Presidente Duilton de Paola assim se manifestava no editorial da primeira edição.

"É crítico o momento da vida do médico brasileiro e de suas definições. É talvez chegada a hora do estabelecimento de uma posição sólida e suficientemente embasada para enfrentar a realidade. Realidade que, de tão sobejamente conhecida e vivida, não merece ser ainda uma vez mais lembrada. Por que nos preocupa o momento? Porque a decisão é, a nosso ver, inevitável. Ou nos posicionamos ou permaneceremos neste estado confusional e incerto com evidente tendência à piora".

"Qual é a realidade mais incontestada na atualidade, no dia-a-dia do médico? É a dependência quase total a um sistema empregador poderoso e alheio aos reclamos da classe. Somos contrários a qualquer sistema de assistência médica que de alguma forma tente, sob várias alegações, desvalorizar o trabalho médico, ou que pretenda veicular o valor deste trabalho a parâmetros estranhos".

"Em princípio aceitamos que todo médico é honesto, responsável e capaz, portanto, apto a exercer a sua profissão. Aqueles que se mostrarem despojados destas qualidades, sejam penalizados eticamente e sofram a ação da Justiça comum. Mas o que não aceitamos é a generalização de conclusões precipitadas oriundas de casos isolados".

O editorial da primeira edição de 1984, como vimos, é atual. As dificuldades vivenciadas à época permanecem hoje.

Os **"Arquivos"** desde sua primeira edição procurou informar e orientar aos médicos sobre Resoluções, Pareceres exarados no Conselho Regional do Paraná em Conselhos Regionais de outros Estados e do Conselho Federal. Objetivando ser útil e contribuir para o exercício profissional. Sendo útil espera contribuir para o fortalecimento da profissão.

A credibilidade que procuramos enquanto profissional passa pelo entendimento e cumprimento de alguns princípios quais sejam:

O paciente deve ser alvo de toda nossa atenção e benefício.

É nosso direito receber justamente pelo trabalho que fazemos.

Devemos conhecer e cumprir a lei.

Ao defendermos nossos direitos, é lícito reconhecermos que temos deveres, que com igual peso objetivam o encontro da estabilidade social.

Nada justifica a má prática profissional, o atendimento inadequado do paciente que nos procura, nada justifica a omissão. Cada um deve ser um exemplo em sua postura, atitudes e responsabilidade profissional.

Ao comemorarmos os **"Arquivos"** número 100, renovamos os ideais da época de sua criação. Vamos lutar, por uma formação profissional ética, humanística e com informações técnicas e científicas de qualidade e não de requisitos mínimos,

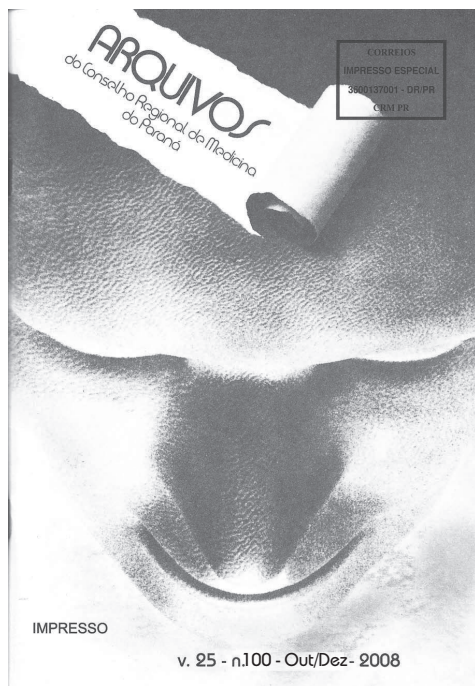
por condições de trabalho e remuneração dignas e que premiem a qualidade e a formação profissional, por uma carreira que nos permita acesso ao aprimoramento humanístico e científico, por uma jornada de trabalho que nos permita conviver com a família e amigos, que nos ofereça qualidade de vida e saúde. Lutamos para que possamos assumir nossa responsabilidade na construção de uma sociedade equânime, que ofereça oportunidades aos cidadãos deste país e que caminhe com ética e moral.

Precisamos dos ideais, e de união. Cada um de nós é essencial e fundamental. Com credibilidade e unidos teremos voz e seremos ouvidos e com veemência, planejamento e inteligência buscaremos nossos direitos e com igual ênfase deveremos cumprir com nossas obrigações.

Ao convidá-los para leitura desta edição histórica, os convidamos também para conhecer o Conselho de Medicina, suas atribuições legais e o trabalho que vem realizando.

É Compromisso dos Conselheiros da Gestão que ora se inicia a defesa dos direitos profissionais, assim como da fiscalização de nossos deveres para que a justiça possa estar ao alcance de todos.

Conselheiro Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho
Presidente



Nº 100

Ano 25

PARABÉNS!

Sumário

ARTIGOS

Mortalidade Materno-Infantil: Causas e Soluções

Narcizo Leo da Cunha Sobieray 181

A Declaração de Óbito: Documento Necessário e Importante

MS/CFM/CBCD 196

PARECERES

O Plantão Médico de Sobreaviso Deve Ser Previsto Pelo Diretor Técnico Dentro Dos Ditames Éticos e Legais

Donizetti Dimer Giamberardino Filho 217

Indicação e Prescrição de Oxigênoterapia Deve Ser Médica, Não Devendo Ser Aplicada à Critério da Enfermagem

Roseni Teresinha Florêncio 219

Quem Deve Disponibilizar e Explicar ao Paciente Informações Sobre os Resultados de Seus Exames?

Joachim Graf 222

Convênio Hospital e Universidade Para Curso de Enfermagem em Obstetrícia

Sérgio Maciel Molteni 224

Responsabilidade Pela Guarda de Prontuário do Paciente Internado na UTI: Médico, Hospital, Enfermeira, Fisioterapeuta, Psicóloga?

Antonio Celso Cavalcante de Albuquerque 226

NOTAS DA IMPRENSA

Eutanásia Animal: Novas Diretrizes

Ricardo A. Franco Simon 228

Por que Avaliar o Médico?

José Antonio Franchini Ramires 230

"Consulta de Retorno" Deve Ser Remunerada

Cremesp 232

Corte Suprema Diz Que Aborto é Constitucional

Folha de São Paulo 233

Da Limitação Temporal Das Consultas e Exames Médicos

Anna Lia Moscoleski 234

ÍNDICE REMISSIVO 2008

Índice

Arquivos nºs 97 a 100/2008 239

MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA

Primeiro Médico Paranaense

Ehrenfried Othmar Wittig 250

MORTALIDADE MATERNO-INFANTIL: CAUSAS E SOLUÇÕES

Narcizo Leo da Cunha Sobieray*

Palavras-chave: morte materna, morte infantil: causas, soluções, coeficiente de morte, sistema de informação (SIM), mortalidade, informação nascidos vivos (SINASC), prontuário médico, prevenção

“INFANT AND MATERNAL MORTALITY: CAUSES AND SOLUTIONS”

Key words: maternal death, infant mortality, neonatal mortality, prenatal care, information system, live-born information, medical files, prevention

SUMÁRIO:

1. Introdução
2. Causas de Mortalidade Materna
3. Causas de Mortalidade Infantil
4. Soluções (Propostas para a Redução da Mortalidade Materno-Infantil)
5. Conclusões
6. Bibliografia

1. INTRODUÇÃO

As razões de mortalidade materna e os coeficientes de mortalidade infantil têm sido os indicadores de saúde mais utilizados quando o objetivo é avaliar não apenas a qualidade de saúde de uma determinada população, mas também o grau de desenvolvimento de uma nação. Estudos epidemiológicos consistentes poderão revelar informações valiosas sobre a qualidade da assistência prestada à mulher no ciclo grávido-puerperal, durante o pré-natal e também a nível hospitalar, como também a assistência prestada ao recém-nascido durante o trabalho de parto e no parto, e ainda às crianças nos primeiros 365 dias de vida.

Para que estes estudos melhorem em credibilidade e consistência, é muito importante a atuação dos comitês municipais e estaduais de mortalidade materna e infantil, que fazem excelente trabalho de verificação dos óbitos ocorridos. O “SIM” (Sistema de Informação de Mortalidade), e o “SINASC” (Sistema de Informação de Nascidos Vivos), contarão com “dados mais completos” após o preenchimento das declarações de óbito e de nascidos vivos realizados pelos comitês. O levantamento

* Médico ginecologista e obstetra, residente em Curitiba. Monografia premiada em 1º lugar no Concurso de Ética Médica, Bioética e Profissão Médica, do Conselho Regional de Medicina do Paraná, 2008.

começa nos Cartórios de Registro Civil onde as declarações de óbito e de nascidos vivos são registradas, a seguir os óbitos de mulheres em idade fértil e de crianças abaixo de 365 dias de vida são selecionados. Em seguida os "prontuários médicos" hospitalares e ambulatoriais são analisados por integrantes destes comitês, e ainda os familiares dos indivíduos falecidos, podem ser entrevistados pelos comitês para melhor preenchimento das informações previstas nas declarações, evitando assim a sub-notificação.

As medidas de prevenção da mortalidade materno-infantil praticadas em todo o Estado do Paraná têm alcançado bons resultados, especialmente na redução dos óbitos das crianças "abaixo de 1 ano" de vida. Porém ainda são insatisfatórias para a redução das mortes maternas. (Tabelas 1 e 2)

Segundo a Organização Mundial da Saúde, "morte materna" é aquela ocorrida durante a gestação ou dentro do período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais. Após esse período, e em até um ano após o parto, também pode ocorrer o chamado óbito materno tardio (a Razão de Mortalidade Materna é o número de mortes maternas ocorridas /100.000 nascidos vivos). Já a "morte infantil", refere-se aos óbitos de crianças menores de 1 ano (e o coeficiente de Mortalidade Infantil, é o número de mortes de menores de 1 ano para cada 1.000 nascidos vivos).

A atuação conjunta das especialidades de Obstetrícia e Pediatria no período Pré-Natal e Neonatal precoce, é conhecida como a "Perinatologia". (Figura 1)

A "Perinatologia" apresentou em pequeno espaço de tempo, descobrimentos voltados para melhorar a qualidade da atenção à saúde materno-infantil, conforme descreveu o Prof. Roberto Caldeyro Barcia neste "histórico" a seguir (MANUAL DE PERINATOLOGIA, 1995):- primeiros registros da cardiocografia fetal (CREMER, 1906); o cardiocograma "contínuo" no trabalho de parto (BARCIA et al., 1958); o estudo do "equilíbrio ácido-básico e de gases respiratórios" em amostra de sangue do couro cabeludo fetal no trabalho de parto (SALING, 1968); a "ultrassonografia" (DONALD, 1958); a doplerfluxometria (GILL, 1978); amnioscopia (SALING, 1960); a amniocentese para o estudo do líquido amniótico (LAMBL, 1881); o diagnóstico citogenético do líquido amniótico (FUCHS, 1956); a técnica de "biópsia viloso-corial" por via transabdominal (ALVAREZ, 1961) e por via trans-cervical (HAHNEMANN e MOHR, 1968); a "fetoscopia" (WESTIN, 1954); a funiculocentese (DAFFOS et al., 1983); o diagnóstico da maturidade pulmonar fetal (CLEMMENTS, 1956); a avaliação da "vitalidade" do recém-nascido após o parto (APGAR, 1953); o equilíbrio ácido-básico do sangue do cordão umbilical (JAMES, 1958); cálculo da idade gestacional no exame físico do recém-nascido (USHER e FAR, 1966 e DUBOWITZ, 1970); a estimulação das contrações uterinas (BARCIA e HELLER, 1959); a inibição das contrações uterinas (BISHOP e WOUTERSZ, 1961); a transfusão intra-uterina no feto em sua cavidade peritoneal (LILEY, 1963); a "cordocentese" (RHODECK et al,

1982 e HANSMANN et al, 1986); técnica de amadurecimento da cérvix uterina com prostaglandinas (LIPPERT e MOLDY, 1973); "profilaxia da eritroblastose" fetal pelo fator Rh (DARROW, 1938; e FINN et al, 1960); a profilaxia antenatal da síndrome do "distress" respiratório do recém-nascido, pela administração dos glicocorticóides nas mães (BUCKINGHAM et al, 1968); o "perfil biofísico fetal" (MANNING, 1981); os aparelhos para termorregulação dos recém-nascidos; a fototerapia neonatal; a monitoragem respiratória dos recém-nascidos; a umidificação das incubadoras; a oximetria de pulso; o C.P.A.P.; respiradores de alta frequência; função respiratória computadorizada; a "ecocardiografia" colorida para o feto e para o recém-nascido; a doplerfluxometria colorida; a tomografia computadorizada; a ressonância nuclear magnética; e o recente avanço em neonatologia é o uso do "surfactante" pulmonar exógeno para o tratamento da síndrome da membrana hialina nos recém-nascidos por instilação endo-traqueal em UTI neonatal. E ainda recentemente, a "Medicina Fetal", já está se utilizando da "terapêutica clínica fetal" e da "cirurgia fetal" como medidas intra-útero, para a redução da prematuridade e da mortalidade neonatal.

2. CAUSAS DE MORTALIDADE MATERNA

A mortalidade materna no Estado do Paraná apresentou queda de 15 a 20% nos últimos 10 anos, estabilizou-se, e atualmente há ligeira elevação. A razão de mortalidade materna do nosso estado em 1997 era de 79/100.000 nascidos vivos, enquanto no Brasil era de 61/100.000 e em 2004 nosso estado com 69,5/100.000 e o Brasil com 76/100.000. Deve-se salientar que os dados do Estado do Paraná são consistentes, devido às correções realizadas pelo "Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna", já os do Brasil podem estar comprometidos pela grande sub-notificação existente (Tabela 1). Nos países desenvolvidos esta razão mostra-se abaixo de 10/100.000 nascidos vivos.

Em um estudo retrospectivo realizado nos "Estados Unidos" sobre Mortalidade Materna, causas e prevenção e sua "associação com o tipo de parto", no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2006, em 124 hospitais e 2 centros médicos acadêmicos (dos níveis primário, secundário e terciário), em 20 estados, ocorreram 95 mortes maternas em 1.461.270 nascimentos, com a razão de 6,5/100.000 e as principais causas foram: as complicações da pré-eclâmpsia (16%), a embolia por líquido amniótico (14%), hemorragia obstétrica (12%), doença cardíaca (11%), e o tromboembolismo pulmonar (9%), entre outras. Foram consideradas "evitáveis" 27 mortes (28%) e destas, 17 estavam relacionadas com ações da equipe assistencial e 10 não foram relacionadas com estas ações. A razão de mortalidade materna foi calculada para as mortes relativas aos partos normais em 0,2/100.000 e para as da cesárea em 2,2/100.000 enquanto o esperado seria menos de 1/100.000 para esta operação. Foi também indicado que 20 mortes maternas resultaram, anualmente, nos Estados Unidos das operações cesareanas. A média de idade das mães foi de 29 anos. O número de partos vaginais foi de 1.003.173 (68,65%) e o de cesáreas foi 458.097 (31,35%). E concluíram que muitas mortes

maternas poderiam ter sido evitadas em mulheres sem fatores de risco significante, nos Estados Unidos, e que as razões de mortalidade materna permaneceram estáveis ao longo do período de observação. Mas confirmaram existir forte associação entre a operação cesareana e as mortes por tromboembolismo pulmonar, de 9 mortes ocorridas, 7 foram após cesareanas e 2 após partos vaginais, e nenhuma delas recebeu medida profilática para tromboembolismo. Finalizaram afirmando que estas mortes maternas deverão diminuir desde que “todas” as mulheres submetidas às cesáreas recebam de rotina a profilaxia para tromboembolismo com heparina de baixo peso molecular e ainda a compressão pneumática de membros inferiores. (CLARK et al., 2008) Foi implantado um protocolo de padronização de condutas para pré-eclâmpsia grave complicada, e cujas mães permaneceram sob “cuidados intensivos”, em três hospitais universitários americanos, e também um hospital universitário canadense (todos terciários). Com objetivo de estudar os “resultados perinatais e maternos”, e compará-los antes e depois da implantação deste protocolo de condutas em UTIs (Unidades de Terapia Intensiva), para gestantes com “pré-eclâmpsia grave”, entre setembro de 2003 e fevereiro de 2007. Concluíram que a incidência de resultados “adversos maternos” baixou significativamente após a implantação do protocolo de 5,1% para 0,7% (Fisher $p < 0,001$), com Intervalo de Confiança de 95%. Porém os resultados perinatais permaneceram inalterados com o uso deste protocolo. (MENZIES et al., 2007)

A pré-eclâmpsia grave pode evoluir para um quadro clínico complicado, e com altíssima associação à mortalidade materna, e poderá deixar seqüelas nas mães que sobrevivem. A chamada “Help Syndrome”, presença de hemólise, elevação de enzimas hepáticas, e diminuição do número de plaquetas, além do quadro típico de pré-eclâmpsia, poderá ocorrer durante a gestação ou no período puerperal. Porém existem síndromes semelhantes (imitadoras) à pré-eclâmpsia grave, e que poderão coincidir com a gestação ou com o período puerperal, também consideradas como emergências médicas. A mortalidade perinatal também é alta nestas condições. Há alterações fisiopatológicas em comum, apresentando micro-angiopatia trombótica, trombocitopenia e anemia hemolítica. Algumas destas desordens incluem o fígado gorduroso agudo da gravidez, a púrpura trombocitopênica trombótica, o síndrome urêmico hemolítico, e a exacerbação do lupus eritematoso sistêmico. Pela raridade destas situações, na literatura somente há relato de casos. Existe dificuldade para o diagnóstico diferencial, mas ele deve ser determinado quando possível, porque o tratamento destas complicações podem ser diferentes. Por exemplo, pré-eclâmpsia grave e fígado gorduroso agudo da gravidez, são tratados com o “parto” (ou seja, a interrupção da gravidez). Enquanto na púrpura trombocitopênica trombótica, no síndrome urêmico hemolítico, e exacerbação do lupus eritematoso sistêmico há a possibilidade de se continuar a gravidez. (SIBAI, 2007)

O Centro Latinoamericano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano, no Boletim de novembro de 2002, revelou as razões de mortalidade materna de

1999, dos países como o Brasil foi de 55,8/100.000, do Chile foi de 22,7/100.000, da Argentina foi de 35/100.000, do Uruguai foi de 11,1/100.000, e de Cuba foi de 33,9/100.000.

A análise de evitabilidade dos óbitos maternos feita pelo Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna no Paraná, em 2002, revelou que 77% destes poderiam ser “evitados”, 22 % não, e 1 % foram considerados inconclusivos. Enquanto a análise de responsabilidade dos óbitos maternos ocorridos no mesmo ano, revelou que 36,5% deveu-se a “Assistência Hospitalar”, 33,1% deveu-se a “Assistência Médica”, 14% devido a “Condição Social”, 8% deveu-se a “Paciente”, e ainda 8,4% foram considerados “Inconclusivos” quanto a responsabilidade.

Tabela 1 - Número de Óbitos Maternos por 100.000 nascidos vivos, segundo Região e UF Período de 1997 a 2004

Região e U. F.	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
BRASIL	61,16	64,77	57,33	52,36	70,91	75,87	72,99	76,09
Espírito Santo	29,91	51,26	42,76	44,54	24,52	43,58	37,44	65,74
Rio de Janeiro	66,55	79,37	75,69	76,03	71,38	74,06	68,03	69,60
São Paulo	55,42	55,67	52,35	40,13	40,63	40,11	34,23	34,79
Paraná	79,37	84,15	83,03	68,54	65,16	57,53	42,58	69,53
Santa Catarina	48,10	43,69	43,50	36,91	42,00	45,49	52,90	43,29
Rio Grande do Sul	75,79	85,62	50,87	46,97	45,46	64,41	60,34	56,84
Mato Grosso do Sul	55,27	54,87	52,56	37,05	82,36	87,65	78,98	84,20
Distrito Federal	44,82	55,76	42,55	35,42	29,82	34,94	21,69	43,87

Fonte – Jornal da Febrasgo – ano 15 – ed. 91 – Jan/Fev . 2008

As principais “causas de mortalidade materna” no Brasil, podem ser divididas em: “obstétricas diretas” (decorrentes da própria gravidez), como eclâmpsia, aborto inseguro, infecciosas, e hemorragias da gravidez ou do puerpério; e as “obstétricas indiretas” (decorrentes de problemas pré-existentes), como hipertensão ou doença cardíaca, que foi agravada e levou ao óbito. No Brasil, 67% dos óbitos maternos são por causas obstétricas diretas, e cerca de 25% por causas indiretas. Os 8,0% restantes são óbitos considerados ignorados devido a sub-notificação. Observa-se também que no Brasil cerca de 90% dos óbitos de mulheres em idade fértil podem ser evitados, o aborto inseguro e o grande número de cesáreas são os principais motivos deles. (Jornal da Febrasgo, Jan/Fev – 2008)

No Estado do Paraná, as “principais causas” de Mortalidade Materna, também em 2002, foram as “obstétricas diretas”, destacando-se as Hemorragias durante a gravidez e o puerpério (20%), Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (14%), Embolia (7,3%), Infecção Puerperal (7,3%), Aborto (4,2%), Anestésicas (4,2%),

e Outras Obstétricas Diretas (3,1%), as “obstétricas indiretas” (35,8%), e ainda as Indeterminadas (4,2%), segundo o Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná.

E os elevados índices de cesáreas do nosso estado, bem semelhantes aos do Brasil, oscilando no geral entre 30 a 40% (setores público e privado juntos), sendo que no setor privado (incluindo os planos de saúde) podem oscilar entre 80 a 90%. E podem ocasionar complicações puerperais, onde ocorrem mais óbitos maternos atualmente. Os cuidados também se tornam maiores devido a estes altos índices. (Jornal da Febrasgo –Maio – 2004)

3. CAUSAS DE MORTALIDADE INFANTIL

Na América Latina e Brasil houve queda das taxas de mortalidade infantil nos últimos 25 anos, mas os problemas relacionados à gestação e ao parto ainda continuam sendo as principais causas de óbito no primeiro ano de vida. No ano 2000, o coeficiente de Mortalidade Infantil no Brasil foi de 31,8/1000 nascidos vivos, no Chile foi de 10,1. No Uruguai foi de 14,1 e na Argentina foi de 16,6. Em Cuba foi de 6,2 (segundo o boletim do CLAP de novembro de 2002), e demonstrou que nestes países vizinhos a saúde foi priorizada nas suas ações governamentais.

Os “óbitos neonatais” são responsáveis atualmente por mais da metade dos casos que compõem a mortalidade infantil do Município de Curitiba (Tabela 2) e grandes cidades do Estado do Paraná. Existe predomínio dos “óbitos neonatais precoces” (ocorridos até o 7º dia de vida), sobre os tardios (ocorridos até o 28º dia de vida).

Mas estudos recentes do Comitê Pró-Vida de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba revelam tendência de queda também dos óbitos “neonatais precoces” em Curitiba, podendo baixar o coeficiente de “mortalidade infantil” para menos de 10,0 / 1000 já em 2008. E houve também grande redução dos óbitos do período pós-neonatal devido aos avanços obtidos na melhoria da qualidade das assistências: médica na área de pediatria; enfermagem; o Programa Nacional de Triagem Neonatal que instituiu o “Teste de Pezinho” para “todas” as crianças nascidas no Brasil; avaliação e acompanhamento da situação nutricional (especialmente com grande incentivo e apoio ao “aleitamento materno”); e a satisfatória cobertura vacinal destas crianças não apenas em Curitiba, mas em todo o Estado do Paraná nos últimos 25 anos.

(Boletim Epidemiológico de Curitiba, 2007)

As principais causas de “óbito neonatal precoce” do Município de Curitiba são: 1ª) fatores maternos e complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto, CID P 00 a P 04 (a infecção das vias urinárias das mães e também as síndromes hipertensivas das mães como os principais fatores); 2ª) malformações congênicas e

anomalias cromossômicas, CID Q 00 a Q 99, com predomínio das malformações cardíacas sobre as do sistema nervoso central.

(Boletim Epidemiológico de Curitiba, 2003)

TABELA 2 – Mortalidade Infantil – Curitiba – Período de 1982 a 2007

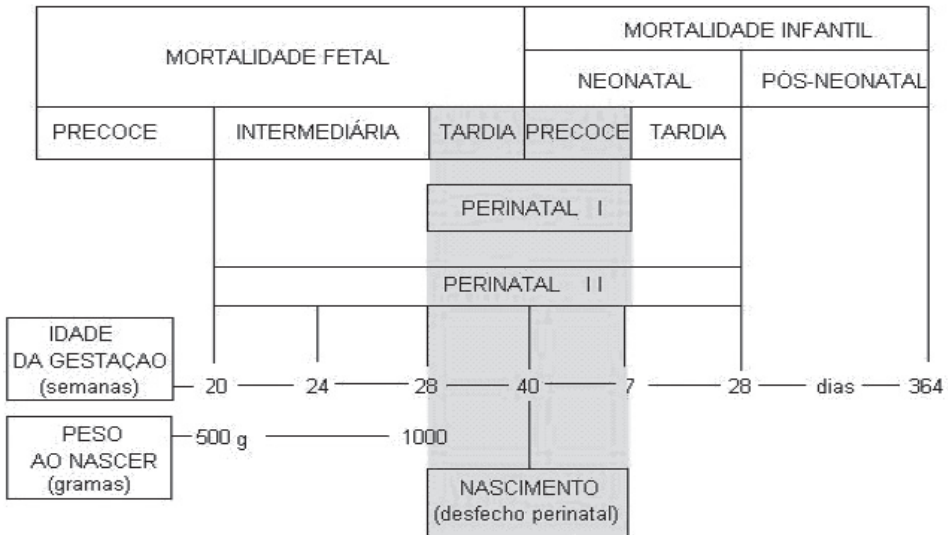
ANO	Neonatal Precoce	Neonatal Tardio	Pós-Neonatal	Infantil
1982	13,83	4,37	17,55	36,04
1983	14,07	3,83	17,44	35,44
1984	12,44	3,62	19,23	35,35
1985	12,20	2,46	17,65	32,31
1986	11,73	3,40	14,57	29,70
1987	12,59	3,06	13,12	28,81
1988	12,64	3,60	13,73	29,97
1989	11,52	2,52	13,35	28,18
1990	12,68	3,49	14,21	30,47
1991	12,81	3,08	11,16	27,09
1992	10,91	2,50	9,81	23,21
1993	9,29	2,31	10,72	22,72
1994	9,46	2,34	8,18	19,98
1995	9,94	2,65	7,76	20,35
1996	9,16	2,58	6,31	18,05
1997	8,35	2,51	5,10	15,96
1998	8,30	1,55	6,79	16,64
1999	8,14	1,76	4,83	14,73
2000	7,90	1,94	4,87	14,71
2001	7,20	1,85	4,61	13,66
2002	6,64	1,97	3,19	11,81
2003	6,93	1,61	3,79	12,33
2004	5,80	1,82	3,62	11,24
2005	5,89	2,13	3,97	11,99
2006	5,58*	2,02*	2,72*	10,32*
2007	5,00*	2,00*	3,54*	10,54*

Fontes: 1982 a 2001 - Datasus/M.S. (coeficientes / 1000 nascidos vivos)
 2002 a 2005 – S.M.S. / Curitiba
 *2006 e 2007 – S.M.S./Curitiba (resultados preliminares)

O interesse no estudo da mortalidade perinatal no mundo é crescente, onde houve uma queda nestas taxas em mais de 50% nos países desenvolvidos, nos últimos 30 anos, influenciadas pela ótima qualidade da assistência prestada às gestantes no pré-natal, e pelas adequadas assistências ao parto e aos recém-nascidos. As malformações congênitas são apontadas como a principal causa dos óbitos neonatais nestes países, e estão repercutindo de forma direta nos cálculos dos coeficientes de mortalidade infantil destes países desenvolvidos.

(DAVIDSON, 2005)

FIGURA 1 - MORTALIDADE FETAL E INFANTIL (representação esquemática)



“Centro Latinoamericano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano” (CLAP)

Muitos estudos científicos consistentes recentemente publicados, referentes às principais causas de Mortalidade Infantil no Brasil e no mundo, apresentam uma situação bastante parecida com a do nosso estado, como por exemplo um estudo canadense, que analisa os resultados perinatais, neonatais e infantis, e a sua associação com as categorias das populações de áreas rurais, de acordo com seu grau de isolamento em relação à proximidade com as regiões metropolitanas (área rural isolada e “sem” nenhuma influência urbana, área rural com “fraca” influência urbana, e área rural com “forte” influência urbana ou metropolitana). E concluíram que os resultados neonatais realmente são diferentes, e de acordo com o grau de “isolamento” da área rural onde aconteceu o nascimento. Tanto os fetos quanto os recém-nascidos de mães que habitam as áreas rurais isoladas sem nenhuma ou com fraca influência urbana, são vulneráveis e apresentam riscos de morte durante os períodos perinatal e pós-neonatal. Altos índices de “mortalidade neonatal” foram observados, especialmente nos recém-nascidos prematuros ou com baixo peso ao nascer nestas áreas sem influência urbana, e evidenciou que o acesso aos centros neonatais especializados foi inadequado para estas populações. (ZHONG, 2008)

Um estudo sobre a mortalidade perinatal, realizado na Índia, no período de 6 anos, num hospital terciário, que apresentou 30.987 nascimentos, com 469 mortes fetais e 391 mortes neonatais precoces. As causas dos óbitos neonatais precoces mais freqüentes foram a síndrome do distress respiratório (57,8%), asfixia (22,2%), e a sépsis neonatal (13,5%). Recomendou a participação fundamental da equipe

assistencial: o neonatologista na sala de parto, obstetra treinado para o manejo da pré-eclâmpsia, e obstetra capacitado para o atendimento ao trabalho de parto na sala de parto. (BASSAW, 2001)

Uma revisão da literatura sobre a “evitabilidade” da mortalidade perinatal no Brasil, encontrou poucos estudos brasileiros sobre este assunto, e apresentavam um grande número de sub-notificações de óbitos fetais e também preenchimentos incompletos das declarações de óbito neonatal no Brasil. Utilizou a classificação de Wigglesworth para auxiliar na avaliação da assistência às gestantes e aos recém-nascidos visando especialmente aspectos de prevenção dos óbitos perinatais. Sua conclusão de que as taxas de mortalidade perinatal são muito altas e a maioria dos óbitos são considerados evitáveis, e as principais falhas apontadas se encontram na qualidade da assistência ao pré-natal, ao parto, e a assistência neonatal. (LANSKY, FRANÇA e LEAL, 2002)

O estudo do perfil da assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde de Caxias do Sul, através de um estudo de coorte de 702 gestações, e cuja resolução ocorreu no Hospital Geral da Universidade de Caxias do Sul durante o período de março de 2000 a março de 2001, com base no Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde. A cobertura de pré-natal foi de 95,4%, a média de consultas foi de 6,2. Em 51,5% dos casos o pré-natal se iniciou no segundo trimestre, 44,3% das gestantes realizaram os exames laboratoriais solicitados, a atenção pré-natal foi considerada inadequada em 64,8% e adequada em 35,2% dos casos. Quanto maior a escolaridade da mãe melhor foi a assistência pré-natal, e quanto maior a paridade mais tarde se iniciou o pré-natal e menor o número de consultas. E concluíram que uma especial atenção deve ser dada à educação em saúde durante o período pré-natal. (TREVISAN, 2002)

Um estudo prospectivo multicêntrico para pesquisar a mortalidade perinatal na Turquia, de janeiro a dezembro de 1999, em 29 centros materno- infantis, utilizou a classificação de Wigglesworth para avaliar as causas mais frequentes dos óbitos perinatais. O número total de nascimentos foi 92.587, o coeficiente de mortalidade perinatal geral foi de 34,9/1000. Nas regiões subdesenvolvidas do país estas taxas eram as mais altas, variando de 62,9 a 71,9/1000 (áreas rurais e suburbanas). Nas regiões mais desenvolvidas economicamente o coeficiente foi de 27,3/1000. A taxa de prematuridade foi de 26%, e as malformações congênitas letais foram 13,2%. E concluiu-se que a redução da mortalidade perinatal na Turquia será possível com ações governamentais, das universidades, e dos especialistas em obstetrícia e neonatologia, visando uma melhor assistência pré-natal, ao parto e a assistência neonatal, e também a prevenção da prematuridade. (ERDEM, 2003)

Outro estudo retrospectivo de “mortalidade neonatal”, realizado nos Estados Unidos de 1995 a 1997, comparando peso ao nascer e idade gestacional das mães brancas não espanholas, mães de origem espanhola e mães negras de origem não espanhola residentes nos Estados Unidos. Foi utilizado o banco de dados oficial do

National Center for Health Statistics, foram selecionados 10.610.715 nascimentos de recém-nascidos vivos e únicos (excluídos gemelares). E observaram a melhora significativa no coeficiente de mortalidade neonatal nos Estados Unidos, quando comparado com estudos anteriores (nas brancas=3.24, nas Espanholas=3.45, nas negras=8.16 mortes neonatais/1000 nascidos vivos). Mais de 50% destas mortes neonatais foram para peso inferior a 1.500 g para cada grupo racial. Mais de 50% dos recém-nascidos entre 24 e 25 semanas de gestação sobreviveram, para cada grupo racial. Para peso inferior a 3.500 g e idade gestacional inferior a 37 semanas o coeficiente de mortalidade neonatal foi mais baixo entre as negras. Para o peso maior que 3.500 g e idade gestacional de 37 a 41 semanas, a de origem Espanhola apresentou o mais baixo coeficiente de mortalidade neonatal, e foi nesta faixa que ocorreram 2/3 dos nascimentos, e as “negras” tiveram o coeficiente mais alto de mortalidade neonatal nesta faixa. As “negras” também apresentaram as maiores proporções de prematuros e baixo peso ao nascer (< 28 semanas foi 0,35%, 0,45% e 1,39% para cada grupo racial respectivamente), porém com menores riscos de mortalidade neonatal para esta faixa. Entretanto as negras apresentaram riscos de mortalidade mais altos para recém-nascidos de termo, pós-termo, de peso normal ao nascer e macrossômicos. (ALEXANDER, 2003)

Uma avaliação da morbidade e mortalidade neonatais, relacionadas à “Idade Materna” igual ou superior a 35 anos, na Maternidade do Hospital de Clínicas da UFPR, em Curitiba, Brasil entre 1999 e 2000. Realizaram um estudo descritivo de 2.377 nascimentos ocorridos em um ano e destes, 316 (13,6 %) eram de gestantes com idade igual ou superior a 35 anos, que foram comparadas a mulheres entre 20 e 29 anos que foram selecionadas randomicamente entre 1.170 (49,2 %) delas. Foram consideradas as seguintes variáveis: índice de Apgar, o peso ao nascer, as malformações congênitas, e a mortalidade neonatal até a alta hospitalar. Concluiu-se que houve aumento da morbidade neonatal nas gestantes com idade igual ou superior a 35 anos, porém sem aumento da mortalidade neonatal. (SENESI, 2004)

Na cidade de Victoria, Austrália, as “anomalias congênitas” são responsáveis por aproximadamente 25 % dos óbitos perinatais. Um grande estudo que mostrou a enorme influência do diagnóstico pré-natal destas malformações graves e letais sobre as taxas de mortalidade perinatal quando das indicações das interrupções terapêuticas destas gestações. E sugeriram então que estas interrupções deveriam ser realizadas sistematicamente abaixo de 20 semanas de gestação, e que fossem excluídas dos cálculos de mortalidade perinatal, o que provocaria uma redução de no mínimo 10,6 % na taxa de mortalidade perinatal. (DAVIDSON, 2005) Uma revisão dos coeficientes de mortalidade infantil realizada em Israel, suas principais causas e também as características demográficas, no período de 1950 a 2000. Concluíram que houve um declínio importante nestas taxas de mortalidade infantil neste país ao longo das cinco décadas, devido a melhoria da qualidade da saúde da população. E hoje a mortalidade infantil tem como principais causas as malformações congênitas graves, naquelas populações onde a consangüinidade é muito comum, e são raras as interrupções médicas das gestações de cujos fetos possuem estas malformações;

e um elevado índice de prematuridade, pelo grande número de gestações múltiplas decorrentes de reprodução assistida, apresentando maior frequência de prematuros de “extremo baixo peso” ao nascer, e que por sua vez, possuem maior morbidade e mortalidade neonatais. (AMITAI, 2005)

A mortalidade infantil da cidade de Kansas, Estado do Missouri, nos Estados Unidos, foi estudada no período de 1998 a 2002, criando os Períodos para o Risco Perinatal, com o objetivo de auxiliar e desenvolver estratégias para a prevenção da mortalidade infantil das comunidades com disparidades étnicas / raciais: 1) Saúde Materna / Prematuridade, 2) Assistência Materna, 3) Assistência ao Neonato, e 4) Saúde Infantil. Concluíram que são necessárias iniciativas locais para melhorar a saúde materno-infantil. Na cidade de Kansas, esforços para baixar a mortalidade infantil serão necessários na população negra, se “fatores de risco maternos” forem reduzidos, através da “educação materna”, haverá uma melhor qualidade de saúde infantil. (CAI et al. 2005)

Finalizando, um estudo epidemiológico prospectivo das doenças respiratórias graves em neonatos de “termo” (entre 37 a 41 semanas de gestação), foi realizado na França, com 14.813 neonatos de 37 a 38 semanas e 50.187 neonatos entre 39 a 41 semanas incluídos. Análise multivariada foi utilizada para identificar fatores de risco independentes associados com doença respiratória grave. Concluíram que os mais fortes fatores de risco para as doenças respiratórias foram a “cesárea eletiva” entre 37 a 38 semanas de gestação e o “síndrome da aspiração de mecônio” entre 39 a 41 semanas de gestação. (GOUYON, 2008)

4. SOLUÇÕES

(PROPOSTAS PARA A REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNO-INFANTIL)

Portanto ficou evidente que há condições de se “reduzir” muito os coeficientes de mortalidade materna e infantil do nosso estado e muitos óbitos serão evitados, desde que existam “qualidade e eficiência” da assistência prestada durante o “pré-natal”, como: dar garantia de “referência” para os ambulatórios de “alto risco”, com busca ativa das gestantes faltosas ou com “fatores de risco”; maior rapidez para o agendamento e realização dos exames complementares (pelo menos 3 ecografias por gestante, uma para cada trimestre da gestação); o fornecimento pleno dos medicamentos e vacinas nas unidades básicas de todo o estado, especialmente os antibióticos e os anti-hipertensivos; sulfato de magnésio injetável para prevenção e tratamento da “eclâmpsia” em todas as unidades básicas e hospitais do estado; heparina de baixo peso molecular para prevenção da “trombose venosa profunda” a ser disponibilizada para “todas as puérperas submetidas a operação cesareana” em todos os hospitais do estado; maior eficiência e rapidez dos bancos de sangue do estado para o tratamento das “hemorragias puerperais”; melhor “comunicação” entre as unidades básicas e os hospitais de referência; permanência de médicos obstetras nas unidades básicas, pelo menos um diariamente; efetiva utilização dos protocolos

de pré-natal de baixo e alto risco do Ministério da Saúde; realização de treinamentos com toda a equipe das unidades básicas, cursos de atualização para todos profissionais das redes básicas, inclusive do programa de saúde da família (P.S.F.) de todo o estado, para definir melhor os critérios de risco e os problemas específicos da população de gestantes de cada região. Intensificar a “vigilância” às gestantes e puérperas de alto risco, incluindo visitas domiciliares. Agendar retornos para todas as puérperas, no mínimo de “3” retornos, nas unidades básicas (com 7, 30 e 60 dias), com toda orientação de planejamento familiar e métodos disponíveis. Disponibilizar meio de transporte gratuito para gestantes residentes em áreas mais afastadas, e facilitando assim o acesso às consultas de pré-natal, e a realização de exames complementares.

O incentivo ao “parto normal” deve ser prioridade, visando a conscientização da população sobre os riscos decorrentes das cesáreas, podendo comprometer as mães e os recém-nascidos. Mas também conscientizar as equipes de saúde, tanto a nível ambulatorial, como a nível hospitalar. Nas escolas médicas, os estágios dos acadêmicos de medicina devem também enaltecer a importância do parto normal.

Os planos de saúde precisam implantar em suas tabelas de honorários médicos, a assistência ao trabalho de parto e remunerá-la separadamente do procedimento do parto, inclusive com valores diferenciados para o parto normal.

Há necessidade também de maior incentivo ao “Planejamento Familiar”, com maior divulgação e também fornecimento pleno dos métodos contraceptivos nas unidades básicas de saúde, especialmente para o puerpério e para a prevenção da gestação na adolescência. Realizar ainda a busca ativa das mulheres com risco reprodutivo para conscientização das mesmas quanto a necessidade da realização de contracepção, e até mesmo da laqueadura tubárica, que já é disponibilizada.

E para melhorar a qualidade da “assistência hospitalar” ao trabalho de parto e parto, medidas como:- maior número de médicos especializados em obstetrícia de plantão a nível hospitalar, no mínimo dois por hospital de referência; permanência de pelo menos um médico neonatologista na sala de parto e de um anestesista de plantão no hospital; oferecer estrutura e equipamentos adequados para realização do parto humanizado e de baixo risco; inclusão do “partograma” nos prontuários hospitalares, com o seu preenchimento obrigatório durante o trabalho de parto. As equipes precisam ter suas “remunerações valorizadas” (nível hospitalar), adicionais e gratificações especiais (para o período noturno), devem ser implantados. Mas se faz necessário também, melhorar a qualificação destas equipes, os treinamentos e cursos precisam efetivamente ser realizados nos hospitais.

E disponibilizar também, um número maior de vagas nas “unidades de terapia intensiva neonatais”, bem como para as “gestantes de alto risco” que apresentam indicação de interrupção prematura das suas gestações, nos hospitais de nível terciário. Implantação dos protocolos de “emergências e urgências obstétricas” do Ministério da Saúde em todos os hospitais do estado, incluindo o treinamento para

todos os plantonistas. Reuniões para discussão dos casos de morte materna e infantil nos hospitais, com a presença do diretor clínico e dos responsáveis pelos serviços de obstetria, neonatologia, epidemiologia, patologia e dos médicos do corpo clínico e das unidades básicas com interesse nos casos.

Implantação de medidas de “atenção à criança com menos de 1 ano” em todo o Estado do Paraná, como: criação do “registro de alerta” entre médicos pediatras e enfermagem, para monitorar as crianças com menos de 1 ano de vida e com potencial de risco para infecção respiratória de repetição, diarreia, desnutrição ou dificuldades no aleitamento materno, entre outros; e exigir o comprometimento e a responsabilização dos pais para o retorno às unidades de atendimento com estas crianças de risco (Rede de Proteção); implantação de reuniões de discussão sobre mortalidade materna e infantil, periodicamente, entre as equipes das unidades básicas e as autoridades sanitárias; a criação de “comitês” locais para averiguação dos casos de mortalidade materna e infantil, completando as informações das declarações de óbito, reduzindo assim as sub-notificações, facilitando os trabalhos dos comitês estaduais, e melhorando os bancos de dados do “SIM” e “SINASC”, e assim tornando-os mais completos e consistentes.

Há necessidade de imediata “integração” dos Sistemas de Informação sobre Mortalidade e nascidos vivos, com os Sistemas de Informação Hospitalares (S.I.H), utilizando a mesma tecnologia já existente no país pela receita federal, garantindo a integridade das informações registradas, sem duplicidade de dados, de maneira semelhante ao que já acontece nos países desenvolvidos.

Estas ações devem ser realizadas em conjunto entre os órgãos de saúde do país, estado e municípios, com participação ativa das universidades, e também das associações de especialidades, promovendo reuniões específicas com todos os profissionais responsáveis pela assistência materno-infantil da rede pública do nosso estado, visando identificar e solucionar os problemas assistenciais.

5. CONCLUSÕES

Evidentemente ficou demonstrada a importância da assistência pré-natal e da alta taxa de cesáreas do nosso estado, sobre a “mortalidade materno-infantil” atual do Paraná como também do Brasil.

Existem muitas “ações governamentais” objetivando melhorar as condições sociais da população, que poderiam ser intensificadas visando melhorar ainda mais a escolaridade da população, a moradia, a renda familiar, a educação em saúde, o planejamento familiar, o próprio pré-natal, a assistência hospitalar, e também a realização de campanhas de incentivo ao “parto normal” (especialmente para as gestantes dos planos de saúde e da rede privada), e assim reduzir os índices de cesáreas. Com toda certeza, estas medidas irão repercutir de forma positiva para redução das taxas de mortalidade materna e infantil do nosso estado.

Portanto “mais investimentos” financeiros, e um “melhor planejamento” devem ser ofertados pelos governos (tanto o federal, os estaduais e municipais), para este setor básico de enorme importância, que é a “saúde materno-infantil”. Assim como o setor da “educação” (em todos os níveis de ensino), deve ser uma prioridade das administrações públicas, voltadas para a população de Curitiba, e de todo o Estado do Paraná. Inclusive há necessidade de redução do número de escolas médicas, e uma cobrança maior sobre a “qualidade do ensino médico”, obrigando-as a possuir “hospitais universitários” com professores e profissionais qualificados em seu corpo clínico, e sendo avaliados periodicamente pelo Ministério da Educação.

Concluindo, tenho esperança de que com todas estas “ações políticas” iremos alcançar num futuro próximo, resultados muito satisfatórios, e certamente seremos indicados como estado e país desenvolvidos.

6. BIBLIOGRAFIA

ALENCAR, C. A.. Jr. Manual de Orientação FEBRASGO : Assistência Pré-Natal, São Paulo, p.139. 2000.

ALEXANDER, G. R.; KOGAN, M.; BADER, D.; CARLO, W.; ALLEN, M.; MOR, J. U. S. birth weight/gestational age-specific neonatal mortality: 1995 -1997 rates for whites, hispanics, and blacks : Pediatrics 111 (1) p 61-66, Jan. 2003

ALMEIDA, M. F. et al. Sistemas de Informação e Mortalidade Perinatal: conceitos e condições de uso em estudos epidemiológicos. Rev. Bras. Epidemiol. v. 9, n. 1, p. 56-68, Mar. 2006

ALVES Fº, N.; CORRÊA, M. D. Manual de Perinatologia : História, Evolução, e Perspectivas . 2. ed. – Rio de Janeiro : Medsi., p. 01-20. 1995.

AMITAI, Y; HAKLAI, Z.; TARABEIA, J.; GREEN, M. S.; ROTEM, N.; FLEISHER, E.; LEVENTHAL, A. Infant mortality in Israel during 1950-2000: Paediatric and Perinatal Epidemiology , v.19, n.2, p.145, March. 2005.

BASSAW, B; ROOPNARINESINGH, S.; SIRJUSINGH, A. - An audit of perinatal mortality, West Indian méd. J ., v.50, n.1, p. 42-46, March. 2001.

BRASIL . Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde – Brasília : Ministério da Saúde , 2001.

CAI, J. ; HOFF, GL; DEW,PC; GUILLORY, VJ; MANNING, J. Perinatal periods of risk : Analysis of fetal-infant mortality rates in Kansas City, Missouri, U.S.A. Matern Child Health J. ; 9 (2) : 199 - 205. Jun. 2005

CLARK,S. L. et al – Maternal Death in the 21st century: causes, prevention, and relationship to cesarean delivery. - Am J Obstet Gynecol, v.199, 1, p.36 e 1-36, e 5 – July 2008.

CID-10, CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE, Décima Revisão – OMS -OPAS- USP, v. 1. 1993

CENTRO LATINO-AMERICANO DE PERINATOLOGIA E DESENVOLVIMENTO HUMANO - CLAP) . MORTALIDADE MATERNA - PERINATAL - INFANTIL (América Latina e Caribe), Indicadores Básicos, 2002 – Programa Especial de Análise de Saúde. OPAS – OMS, Boletim do CLAP, Novembro / 2002.

- CUNNINGHAM, F.G.; MAC DONALD, P.C; GANT, N. F; LEVENO, K. J; GILSTRAP Williams Obstetrics: Obstetrics in Broad Perspective, 22nd. ed. - U.S.A., Prentice – Hall International Inc., chap. 1, p. 01-09. 2005
- ERDEM, G. - Perinatal Mortality in Turkey. 1999. - Paediatric and Perinatal Epidemiology; U. K., v. 17, n.1, p.17-21, Jan. 2003
- FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S.W.; WAGNER, E.H. - Epidemiologia Clínica Elementos Essenciais, 3. ed. – Porto Alegre : Artmed, p. 120-144. 2002
- HARDY, E. : Instruções para escrever um projeto de pesquisa – Campinas - SP Cemicamp, p.60. 2002
- GOUYON, J. B. et al Severe Respiratory Disorders in Term Neonates. Paediatric and Perinatal Epidemiology. 22 (1) : 22-30 – 2008.
- FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, Jornal da Febrasgo – Ano 15 – ed. 91 – p. 08-10, Jan/Fev. 2008.
- FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, Jornal da Febrasgo – Ano 11 – n. 4 – Maio. 2004.
- LANSKY, S.; FRANÇA, E. ; LEAL, M. C. - Mortalidade Perinatal e Evitabilidade - Revisão de Literatura . 1990 até 2000. Rev. Saúde Publica, Brasil, v.36, n.6, p.759-772, Dez. 2002
- LAURENTI, R. - Mortalidade Infantil nos Estados Unidos, Suécia e Estado de São Paulo. Rev. Saúde Pública, v.21, n.3, p.268-273, Jun. 1987
- MENZIES, J. et al - Instituting Surveillance Guidelines and Adverse Outcomes in Preeclampsia, Obstet Gynecol, 110 : 121-127, Jul 2007
- SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA – Boletim Epidemiológico de Curitiba, Saúde Materno-Infantil, Ano 14, n. 2, 2003
- SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA – Boletim Epidemiológico de Curitiba, Mortalidade Infantil em Curitiba, Ano 18, n. 1, 2007
- SENESI, L. G. et al. - Morbidade e Mortalidade Neonatais relacionadas à Idade Materna igual ou superior a 35 anos, segundo a paridade. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. v. 26, n. 6, p. 477-482 - Jul. 2004
- SIBAI, B. M. – Imitators of Severe Preeclampsia, Obstet Gynecol, 109 : p. 956-966 Apr. 2007
- TREVISAN, M. R.; DE LORENZI, D. R. S.; ARAUJO, N. M.; ESBER, K. Perfil da Assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul; Rev Bras Ginecol Obstet , v. 24, n. 5, p. 293-99. - 2002
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Sistema de Bibliotecas. Normas para Apresentação de Documentos Científicos. IPARDES. 3ª. ed. - Curitiba. Ed. da UFPR. 2002
- WIGGLESWORTH, J. S. Classification of perinatal deaths. Soz Praventivmed, 1994; 39 (1) : 11-14 .
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Neonatal and Perinatal Mortality – Annex 1. Country estimates for the year 2000.
- ZHONG, C. L. and WILKINS, R - Degree of rural isolation and birth outcomes, Paediatric and Perinatal Epidemiology, vol. 22, n.4, p.341-9, Jun. 2008.

A DECLARAÇÃO DE ÓBITO: DOCUMENTO NECESSÁRIO E IMPORTANTE

MS/CFM/CBCD*

Palavras-chave: declaração de óbito, atestado de óbito, certidão de óbito, normas, responsabilidade, modelo único, estatística, documento hábil, formalidades legais

DEATH CERTIFICATE: A NECESSARY AND IMPORTANT DOCUMENT

Key words: death certificate, normative, responsibility, statistical analysis

Sumário

Apresentação

Prefácio

O que é a Declaração de Óbito (DO)

Para que servem os dados de óbitos

O papel do médico

O que o médico deve fazer

O que o médico não deve fazer

Em que situações emitir a DO

Em que situações não emitir a DO

Quem deve emitir

Morte Natural – Doença

Morte Não-Natural – Causas Externas

Itens que compõem a DO

Como preencher os quesitos relativos à causa da morte

No óbito por causas externas

Tempo aproximado entre o início da doença e a morte

Classificação Internacional das Doenças – CID

Exemplos de morte por causa natural

Exemplos de morte por causa não-natural

Preenchimento incorreto da Declaração de Óbito em morte de causa natural

Esclarecendo as dúvidas mais comuns

Alguns conceitos importantes

A legislação que regulamenta a matéria

Referências bibliográficas

* Ministério da Saúde / Conselho Federal de Medicina / Centro Brasileiro de Classificação de Doenças.

Apresentação

Nós médicos somos educados para valorizar e defender a vida. Sempre nos ensinaram que a morte é a nossa principal inimiga, contra a qual devemos enviar todos os nossos esforços.

Este raciocínio reducionista, porém real; equivocado, porém difundido, é fonte de incontáveis prejuízos para as pessoas.

A morte não é a falência da Medicina ou dos médicos. Ela é apenas uma parte do ciclo da vida. É a vida que se completa.

Neste cenário, uma das principais vítimas é a própria documentação da morte, a Declaração do Óbito.

Este documento, cuja importância somente é igualada pela certidão de nascimento, não é apenas algo que atesta o fechamento das cortinas da existência; ele possui um significado muito maior e mais amplo. Ele é um instrumento de vida.

A declaração de óbito é uma voz que transcende a finitude do ser e permite que a vida retratada em seus últimos instantes possa continuar a serviço da vida.

Para além dos aspectos jurídicos que encerra, a Declaração de Óbito é um instrumento imprescindível para a construção de qualquer tipo de planejamento de saúde. E uma política de saúde adequada pode significar a diferença entre a vida e a morte para muitas pessoas.

O seu correto preenchimento pelos médicos é, portanto, uma imperativo ético.

Este é o tema do livro que tenho a honra de apresentar aos médicos brasileiros. Fruto do inestimável esforço de diversos colaboradores, capitaneados pela Conselheira Lívia Garção, reflete a importância que o Conselho Federal de Medicina dá ao assunto e que esperançosamente, acredito, venha ser um importante instrumento em defesa da vida.

Edson de Oliveira Andrade

Presidente do CFM

Prefácio

O Ministério da Saúde implantou, a partir de 1976, um modelo único de Declaração de Óbito – DO para ser utilizado em todo território nacional, como documento base do Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. A DO tem dois objetivos principais: o primeiro é o de ser o documento-padrão para a coleta das informações sobre mortalidade, que servem de base para o cálculo das estatísticas vitais e epidemiológicas do Brasil; o segundo, de caráter jurídico, é o de ser o documento hábil, conforme preceitua a Lei dos Registros Públicos – Lei 6015/73, para lavratura, pelos Cartório de Registro Civil, da Certidão de óbito, indispensável para as formalidades legais do sepultamento.

Para o cumprimento desses objetivos, são fundamentais o empenho e o compromisso do médico com relação à veracidade, à completitude e a fidedignidade

das informações registradas na DO, uma vez que é o profissional responsável pelas informações contidas no documento.

O Ministério da Saúde, por intermédio do Secretário de Vigilância em Saúde, uniu esforços com o Conselho Federal de Medicina e com o Centro Colaborador da OMS para as Famílias Internacionais de Classificação – CBCD, para publicar um documento simples e elucidativo, com informações precisas sobre o preenchimento, as responsabilidades e as condições em que a DO deve ou não ser emitida.

O fruto desta parceria é este trabalho, destinado aos médicos em todas as áreas de atuação, enfatizando os que prestam serviços em hospitais, Institutos Médico Legais, Serviços de Verificação de Óbitos e nas equipes de Saúde da Família.

Este instrumento de educação permanente para os médicos que exercem a sua missão em todo o país possibilitará uma melhoria substancial nas informações sobre mortalidade, tão preciosas e necessárias para a análise da situação de saúde e para o planejamento das ações de saúde.

Gerson de Oliveira Penna

Secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde

O que é a Declaração de Óbito (DO)

A Declaração de Óbito é o documento-base do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS). É composta de três vias autocopiativas, pré-numeradas seqüencialmente, fornecida pelo Ministério da Saúde e distribuída pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde conforme fluxo padronizado para todo o país.

Para que servem os dados de óbitos

Além da sua função legal, os dados de óbitos são utilizados para conhecer a situação de saúde da população e gerar ações visando a sua melhoria. Para tanto, devem ser fidedignos e refletir a realidade. As estatísticas de mortalidade são produzidas com base na DO emitida pelo médico.

O papel do médico

A emissão da DO é ato médico, segundo a legislação do país. Portanto, ocorrida uma morte, o médico tem obrigação legal de constatar e atestar o óbito, usando para isso o formulário oficial “Declaração de Óbito”, acima mencionado.

O médico tem responsabilidade ética e jurídica pelo preenchimento e pela assinatura da DO, assim como pelas informações registradas em todos os campos deste documento. Deve, portanto, revisar o documento antes de assiná-lo.

O que o médico deve fazer

1. - Preencher os dados de identificação com base em um documento da pessoa falecida. Na ausência de documento, caberá à autoridade policial proceder o reconhecimento do cadáver.

2. - Registrar os dados na DO, sempre, com letra legível e sem abreviações ou rasuras.

3. - Registrar as causas da morte, obedecendo ao disposto nas regras internacionais, anotando, preferencialmente, apenas um diagnóstico por linha e o tempo aproximado entre o início da doença e a morte.

4. - Revisar se todos os campos estão preenchidos corretamente antes de assinar.

O que o médico não deve fazer

1. - Assinar DO em branco.

2. - Preencher a DO sem, pessoalmente, examinar o corpo e constatar a morte.

3. - Utilizar termos vagos para o registro das causas de morte, como parada cardíaca, parada cardiorrespiratória ou falência de múltiplos órgãos.

4. - Cobrar pela emissão da DO.

Nota: O ato médico de examinar e constatar o óbito poderá ser cobrado desde que se trate de paciente particular a quem não vinha prestando assistência.

Em que situações emitir a DO

1. - Em todos os óbitos (natural ou violento).

2. - Quando a criança nascer viva e morrer logo após o nascimento, independentemente da duração da gestação, do peso do recém-nascido e do tempo que tenha permanecido vivo.

3. - No óbito fetal, se a gestação teve duração igual ou superior a 20 semanas, ou o feto com peso igual ou superior a 500 gramas, ou estatura igual ou superior a 25 centímetros.

Em que situações não emitir a DO

1. - No óbito fetal, com gestação de menos de 20 semanas, ou feto com peso menor que 500 gramas, ou estatura menor que 25 centímetros.

Nota: A legislação atualmente existente permite que, na prática, a emissão da DO seja facultativa para os casos em que a família queira realizar o sepultamento do produto de concepção.

2. - Peças anatômicas amputadas.

Para peças anatômicas retiradas por ato cirúrgico ou de membros amputados.

Nesses casos, o médico elaborará um relatório em papel timbrado do hospital descrevendo o procedimento realizado. Esse documento será levado ao cemitério, caso o destino da peça venha a ser o sepultamento.

Quem deve emitir

Morte Natural Doença

Com assistência médica

- O médico que vinha prestando assistência ao paciente, sempre que possível, em todas as situações.
- O médico assistente e, na sua falta, o médico substituto ou plantonista, para óbitos de pacientes internados sob regime hospitalar.
- O médico designado pela instituição que prestava assistência, para óbitos de pacientes sob regime ambulatorial.
- O médico do Programa de Saúde da Família, Programa de Internação Domiciliar e outros assemelhados, para óbitos de pacientes em tratamento sob regime domiciliar.

Nota: O SVO pode ser acionado para emissão da DO, em qualquer das situações acima, caso o médico não consiga correlacionar o óbito com o quadro clínico concernente ao acompanhamento registrado nos prontuários ou fichas médicas destas instituições.

Sem assistência médica

- O médico do SVO, nas localidades que dispõem deste tipo de serviço.
- O mo do serviço público de saúde mais próximo do local onde ocorreu o evento; e na sua ausência, por qualquer médico, nas localidades sem SVO.

Nota: Deve-se sempre observar se os pacientes estavam vinculados a serviços de atendimento ambulatorial ou programas de atendimento domiciliar, e se as anotações do seu prontuário ou ficha médica permitem a emissão da DO por profissionais ligados a estes serviços ou programas, conforme sugerido na caixa do lado.

Óbito por causa natural é aquele cuja causa básica é uma doença ou estado mórbido

Morte Não-Natural

Causas Externas*

Em localidade com IML	Em localidade sem IML
<ul style="list-style-type: none">• O médico legista, qualquer que tenha sido o tempo entre o evento violento e a morte propriamente.	<ul style="list-style-type: none">• Qualquer médico da localidade, investido pela autoridade judicial ou policial, na função de perito legista eventual (<i>ad hoc</i>)

*Homicídios, acidentes, suicídios, mortes suspeitas.

Óbito por causa externa (ou não-natural) é aquele que decorre de lesão provocada por violência (homicídio, suicídio, acidente ou morte suspeita), qualquer que tenha sido o tempo entre o evento lesivo e a morte propriamente.

Itens que Compõem a DO

A DO é composta por nove blocos de informações de preenchimento obrigatório, a saber:

I. É a parte da DO preenchida exclusivamente pelo Cartório de Registro Civil.

II. Identificação do falecido: o médico deve dar especial atenção a este bloco, dada a importância jurídica do documento.

III. Residência: endereço habitual.

IV. Local de ocorrência do óbito.

V. Específico para óbitos fetais e de menores de um ano: são dados extremamente importantes para estudos da saúde materno-infantil.

VI. Condições e causas do óbito: destacam-se os diagnósticos que levaram à morte, ou contribuíram para a mesma, ou estiveram presentes no momento do óbito. Dar especial atenção a óbitos de mulheres em idade fértil ao preencher os campos respectivos (43 e 44 do modelo vigente), visando estudos sobre mortalidade materna.

VII. Os dados do médico que assinou a DO são importantes e devem ser preenchidos de maneira legível, pois trata-se de documento oficial, cujo responsável é o médico. Para elucidação de dúvidas sobre informações prestadas, o médico poderá ser contatado pelos órgãos competentes.

VIII. Causas externas: os campos deverão ser preenchidos sempre que se tratar de morte decorrente de lesões causadas por homicídios, suicídios, acidentes ou mortes suspeitas.

IX. A ser utilizado em localidade onde não exista médico quando, então, o registro oficial do óbito será feito por duas testemunhas.

Como preencher os quesitos relativos à causa da morte

As causas a serem anotadas na DO são todas as doenças, os estados mórbidos ou as lesões que produziram a morte ou contribuíram para mesma, além das circunstâncias do acidente ou da violência que produziram essas lesões.

O médico deverá declarar as causas da morte anotando apenas um diagnóstico por linha:

CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte		CID
PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte		a	Causa imediata ou terminal			
			Devido ou como consequência de:			
CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica		b	Causa intermediária			
			Devido ou como consequência de:			
		c	Causa intermediária			
			Devido ou como consequência de:			
		d	Causa básica da morte			
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na codificação acima.		Outros estados patológicos significativos que contribuíram para a morte, não estando, entretanto, relacionados com o estado patológico que a produziu.				

Para preencher adequadamente a DO, o médico deve declarar a causa básica do óbito (veja conceito de causa básica do óbito na página 28) em último lugar (parte I – linha d), estabelecendo uma seqüência, de baixo para cima, até a causa terminal ou imediata (parte I – linha a).

Na parte II, o médico deve declarar outras condições mórbidas pré-existentes e sem relação direta com a morte, que não entraram na seqüência causal declarada na parte I..

No óbito por causas externas

O médico legista, ou perito *ad hoc* (eventual), deve declarar, na parte I, linha a, como causa terminal, a natureza da lesão.

Na parte I, linha b, como causa básica, a circunstância do acidente ou da violência responsável pela lesão que causou a morte.

Tempo aproximado entre o início da doença e a morte

O médico não deve se esquecer de preencher, junto a cada causa, a duração de tempo aproximado da doença (do diagnóstico até a morte). Essa informação representa importante auxílio à seleção da causa básica.

Classificação Internacional das Doenças – CID

É o local destinado ao código da Classificação Internacional de Doenças relativo a cada diagnóstico e será preenchido pelos codificadores da Secretaria de Saúde.

Exemplos de morte por causa natural

Exemplo 1 – Masculino, 65 anos. Há 35 anos, sabia ser hipertenso e não fez tratamento. Há dois anos, começou a apresentar dispnéia de esforço. Foi ao médico, que diagnosticou hipertensão arterial e cardiopatia hipertensiva, e iniciou o tratamento. Há dois meses, insuficiência cardíaca congestiva e, hoje, teve edema agudo de pulmão, falecendo após 5 horas. Há dois meses, foi diagnosticado câncer de próstata.

Veja exemplo de preenchimento na DO:

29 CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID *
PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte		a	Edema agudo do pulmão	5 horas	
CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica		b	Devido ou como consequência de: Insuficiência cardíaca hipertensiva	2 meses	
		c	Devido ou como consequência de: Cardiopatia hipertensiva	2 anos	
		d	Devido ou como consequência de: Hipertensão arterial	35 anos	
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima			Neoplasia maligna de próstata	2 meses	

* O código de Classificação Internacional de Doenças relativo a cada diagnóstico será preenchido pelos codificadores da Secretaria de Saúde.

Exemplo 2 – Paciente diabético, deu entrada no pronto-socorro às 10:00 com história de vômitos sanguinolentos desde as 6:00 da manhã. Desde as 8:00 com tonturas e desmaios. Ao exame físico, descorado ++/+4+, e PA de 0 mmHg. A família conta que paciente é portador de esquistossomose mansônica há cinco anos, e que dois anos atrás esteve internado com vômitos de sangue, e recebeu alta com diagnóstico de varizes de esôfago após exame endoscópico. Às 12:00, apresentou parada cardiorrespiratória e teve o óbito verificado pelo plantonista, após o insucesso das manobras de reanimação.

20 CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID *
PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte		a	Choque hipovolêmico	2 horas	
CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica		b	Devido ou como consequência de: Rotura de varizes esofageanas	6 horas	
		c	Devido ou como consequência de: Hipertensão portal	2 anos	
		d	Devido ou como consequência de: Esquistossomose mansônica	5 anos	
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima			Diabetes mellitus		

* O código de Classificação Internacional de Doenças relativo a cada diagnóstico será preenchido pelos codificadores da Secretaria de Saúde.

Exemplo 3 – Paciente chagásico, com comprometimento cardíaco, internado com história de distensão progressiva do abdômen. Há dois anos, vem apresentando fraqueza, febre alta, e não suporta que lhe toquem o abdômen. Sem evacuar há três dias, tem diagnóstico colonoscópico de megacólon há cinco anos. Na visita médica das 8:00 da manhã, paciente suava muito e apresentava pressão sistólica de 20 mmHg. O diarista, após avaliar o hemograma, trocou o antibiótico e, ao longo do dia, ajustou várias vezes o gotejamento de dopamina. Às 16:00, apresentou parada cardiorrespiratória e teve o óbito confirmado pelo médico substituto, após o insucesso das manobras de reanimação.

29 CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID *
PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte					
a	Choque séptico		8 horas		
Devido ou como consequência de :					
b	Peritonite aguda		2 dias		
Devido ou como consequência de :					
c	Volvo do sigmóide		3 dias		
Devido ou como consequência de :					
d	Megacolon chagásico crônico		5 anos		
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.					
	Cardiopatia chagásica				

* O código de Classificação Internacional de Doenças relativo a cada diagnóstico será preenchido pelos codificadores da Secretaria de Saúde.

Exemplos de morte por causa não-natural

Exemplo 1 – Masculino, 25 anos, pedreiro, estava trabalhando quando sofreu queda de andaime (altura correspondente a dois andares). Foi recolhido pelo serviço de resgate e encaminhado ao hospital, onde fez cirurgia em virtude de traumatismo cranioencefálico. Morreu após três dias. Veja exemplo de preenchimento na DO:

29 CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID *
PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte					
a	Edema cerebral		3 dias		
Devido ou como consequência de :					
b	Traumatismo cranioencefálico		3 dias		
Devido ou como consequência de :					
c	Queda de andaime		3 dias		
Devido ou como consequência de :					
d					
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.					
	Operado				

Exemplo 2 – Falecimento de homem com traumatismo torácico conseqüente à perfuração na região precordial, por projétil de arma de fogo.

49 CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID *
PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte		a	Choque hemorrágico agudo	+ - 2 horas	
CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica		b	Devido ou como consequência de : Perfuração cardíaca		
		c	Devido ou como consequência de : Projétil de arma de fogo		
		d	Devido ou como consequência de :		
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.					

Obs: Anotar todas as informações que possa obter sobre as circunstâncias do evento, e ajudar a definir a causa externa, preenchendo os campos 56 a 60 do bloco VIII da DO. Mencionar o número do Boletim de Ocorrência e outros documentos existentes a respeito do fato.

* O código de Classificação Internacional de Doenças relativo a cada diagnóstico será preenchido pelos codificadores da Secretaria de Saúde.

Preenchimento incorreto da Declaração de Óbito em mortes de causa natural

Exemplo 1 – Um erro crasso e uma das formas mais comuns de preenchimento incorreto de DO, trata-se de declarar parada cardíaca como causa básica da morte. Para um bom preenchimento, deve-se evitar anotar diagnósticos imprecisos que não esclarecem sobre a causa básica da morte, como parada cardíaca, parada respiratória ou parada cardiorrespiratória. De acordo com o Volume II da CID 10, estes são sintomas e modos de morrer, e não causas básicas de óbito.

Além do mais, neste exemplo, as causas antecedentes e principalmente a causa básica foram omitidas.

49 CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID *
PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte		a	Parada cardiorrespiratória	horas	
CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica		b	Devido ou como consequência de :		
		c	Devido ou como consequência de :		
		d	Devido ou como consequência de :		
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.					

* O código de Classificação Internacional de Doenças relativo a cada diagnóstico será preenchido pelos codificadores da Secretaria de Saúde.

Exemplo 3 – Falência múltipla de órgãos é um diagnóstico do capítulo das causas mal definidas. Ou seja, também é um diagnóstico impreciso. No exemplo em epígrafe, além deste ter sido o único diagnóstico informado, o médico deixou de informar qual afecção desencadeou a série de eventos que resultou na falência de órgãos e culminou com a morte do paciente.

49. CAUSAS DA MORTE	ANOTE SEMPRE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID *
PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	a	Falência múltipla dos órgãos	horas	
CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica	b	Devido ou como consequência de:		
	c	Devido ou como consequência de:		
	d	Devido ou como consequência de:		
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.				

* O código de Classificação Internacional de Doenças relativo a cada diagnóstico será preenchido pelos codificadores da Secretaria de Saúde.

Esclarecendo as dúvidas mais comuns

1) Óbito ocorrido em ambulância com médico. Quem deve fornecer a DO?

A responsabilidade do médico que atua em serviço de transporte, remoção, emergência, quando mesmo dá o primeiro atendimento ao paciente, equiparase à do médico em ambiente hospitalar e, portanto, se a pessoa vier a falecer, caberá ao médico da ambulância a emissão da DO, se a causa for natural e se existirem informações suficientes para tal. Se a causa for externa, chegando ao hospital, o corpo deverá ser encaminhado ao Instituto Médico Legal (IML).

2) Óbito ocorrido em ambulância sem médico é considerado sem assistência médica?

Sim. O corpo deverá ser encaminhado ao Serviço de Verificação de Óbito (SVO) na ausência de sinais externos de violência ou ao IML em mortes violentas. A DO deverá ser emitida por qualquer médico em localidades onde não houver SVO, em caso de óbito por causa natural, sendo declarado na parte I “CAUSA DA MORTE DESCONHECIDA”.

3) Para recém-nascido com 450g que morreu minutos após o nascimento, deve-se ou não emitir a DO? Considera-se óbito fetal?

O conceito de nascido vivo depende, exclusivamente, da presença de sinal de vida, ainda que esta dure poucos instantes. Se esse sinais cessarem, significa que a criança morreu e a DO deve ser fornecida pelo médico do hospital. Não se trata de óbito fetal, dado que existiu vida extra-uterina. O hospital deve providenciar também a emissão da Declaração de Nascido Vivo, para que a família promova o registro civil do nascimento e do óbito.

4) Médico do serviço público emite DO para paciente que morreu sem assistência médica. Posteriormente, por denúncia, surge suspeita de que se tratava de envenenamento. Quais as conseqüências legais e éticas para esse médico?

Ao constatar o óbito e emitir a DO, o médico deve proceder a um cuidadoso exame externo do cadáver, a fim de afastar qualquer possibilidade de causa externa. Como o médico não acompanhou o paciente e não recebeu informações sobre esta suspeita, não tendo, portanto, certeza da causa básica do óbito, deverá anotar, na variável causa, "óbito sem assistência médica". Mesmo se houver exumação e a denúncia de envenenamento vier a ser comprovada, o médico estará isento de responsabilidade perante a justiça se tiver anotado, na DO, no campo apropriado, "não há sinais externos de violência" (campo 59 da Declaração de Óbito vigente).

5) Paciente chega ao pronto-socorro (PS) e, em seguida, tem parada cardíaca. Iniciadas manobras de ressuscitação, estas não tiveram sucesso. O médico é obrigado a fornecer DO? Como proceder com relação à causa da morte?

Primeiro, deve-se verificar se a causa da morte é natural ou externa. Se a causa for externa, o corpo deverá ser encaminhado ao IML. Se for morte natural, o médico deve esgotar todas as possibilidades para formular a hipótese diagnóstica, inclusive com anamnese e história colhida com familiares. Caso persista dúvida e na localidade exista SVO, o corpo deverá ser encaminhado para esse serviço. Caso contrário, o médico deverá emitir a DO esclarecendo que a causa é desconhecida.

6) Paciente idoso, vítima de queda de escada, sofre fratura de fêmur, é internado e submetido à cirurgia. Evoluía adequadamente, mas adquire infecção hospitalar, vindo a falecer, 12 dias depois, por broncopneumonia. Quem deve fornecer a DO e o que deve ser anotado com relação à causa da morte?

Segundo a definição, óbito por causa externa é aquele que ocorre em conseqüência direta ou indireta de um evento lesivo (acidental, não-acidental ou de intenção indeterminada). Ou seja, decorre de uma lesão provocada por violência (homicídio, suicídio, acidente ou morte suspeita), qualquer que seja o tempo decorrido entre o evento e o óbito. O fato de ter havido internação e cirurgia e o óbito ter ocorrido 12 dias depois não interrompe essa cadeia. O importante é considerar o nexo de causalidade entre a queda que provocou a lesão e a morte. O corpo deve ser encaminhado ao IML e a DO emitida por médico legista. Este deve anotar na DO:

CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID *
PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.					
a	Broncopneumonia				
Devido ou como consequência de:					
b	Fratura do fêmur				
Devido ou como consequência de:					
c	Ação contundente				
Devido ou como consequência de:					
d	Queda de escada				
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.					
	Cirurgia				

* O código de Classificação Internacional de Doenças relativo a cada diagnóstico será preenchido pelos codificadores da Secretaria de Saúde.

7) Médico de um município onde não existe IML é convocado pelo juiz local a fornecer atestado de óbito de pessoa vítima de acidente. O médico pode se negar a fazê-lo?

Embora a legislação determine que a DO para óbitos por causa externa seja emitida pelo IML, a autoridade policial ou judicial, com base no Código de Processo Penal, pode designar qualquer pessoa (de preferência as que tiverem habilitações técnicas) para atuar como perito legista "ad hoc" em municípios onde não existe o IML. Essa designação não é opcional, e a determinação tem que ser obedecida. O perito eventual prestará compromisso e seu exame ficará restrito a um exame externo do cadáver, com descrição, no laudo necroscópico, das lesões externas, se existirem. Anotar na DO as lesões, tipo de causa externa, mencionar o número do Boletim de Ocorrência.

8) Quando o médico for o único profissional da cidade, é de a obrigação de emitir a DO após o exame externo do cadáver?

Se ele não prestou assistência ao paciente, deve examinar o corpo e, não havendo lesões externas, emitir a DO, anotando "causa da morte desconhecida" no lugar da causa, mencionando a ausência de sinais externos de violência. Usar a parte II do atestado médico para informar patologias anteriores referidas pela família e/ou acompanhantes do falecido, podendo os diagnósticos estar sinalizados com interrogação "(?)", ou termos "sic" ou "provável". Havendo qualquer lesão, deverá comunicar à autoridade competente e, se for designado perito ad hoc, emitir a DO, anotando a natureza da lesão e as circunstâncias do evento, preenchendo os campos 56 a 60 do bloco VIII.

9) De quem é a responsabilidade de emitir a DO de doente transferido de hospital, clínica ou ambulatório para hospital de referência, que morre no trajeto?

Se o doente foi transferido sem o acompanhamento de um médico, mas com relatório médico que possibilite o diagnóstico da causa de morte, a DO poderá ser emitida pelo médico que recebeu o doente já em óbito, ou pelo médico que o encaminhou. Porém, se o relatório não permitir a conclusão da causa da morte, o corpo deverá ser encaminhado ao SVO, ou, em caso de morte suspeita, ao

IML. Se o doente foi transferido sem médico e sem relatório médico, **o que é considerado ilícito ético (Resolução 1672/2003 – CFM)**, a DO deverá ser emitida pelo médico que encaminhou; na impossibilidade, o corpo deverá ser encaminhado ao SVO, ou, em caso de morte suspeita, ao IML. Se o médico acompanhou a transferência, a DO será emitida por ele, caso tenha elementos suficientes para firmar o diagnóstico da causa de morte. Porém, se não tiver, o corpo deverá ser encaminhado ao SVO, ou, em caso de morte suspeita, ao IML. Em caso de óbito por causa natural, em localidades sem SVO, o médico que acompanhou ou recebeu o falecido, e não tenha elementos para firmar a causa básica do óbito, deve emitir a DO e declarar na parte I – “Morte de causa da desconhecida”. Usar a parte II para informar patologias referidas por acompanhantes, podendo usar interrogação “(?)”, ou os termos “sic” ou “provável” junto aos diagnósticos.

10) Quem deverá emitir a DO em caso de óbito de paciente assistido pelo Programa de Saúde da Família (PSF)?

Homem 54 anos, lavrador, apresenta perda de peso acentuada nos últimos três meses. Teve diagnóstico de câncer de esôfago no início do quadro, e foi submetido à cirurgia e sessões de radioterapia, que foram suspensas há um mês após constatação de metástases em vários órgãos. O paciente evoluiu para um quadro de caquexia e vinha recebendo atendimento domiciliar pelo médico do PSF que o visitava regularmente em casa. A família procura o médico na sede do Programa de Saúde da Família e comunica que, após a última visita, o paciente evoluiu com falta de ar, vindo a falecer no domicílio.

O médico da família emitirá a DO, considerando-se que ele prestava assistência médica ao falecido, conhecia o quadro clínico apresentado nos últimos meses, bem como o prognóstico do quadro. Contudo, o médico deverá verificar pessoalmente o cadáver, após ter sido comunicado do óbito.

11) Como proceder para enterrar peças anatômicas amputadas?

O médico fornecerá um relatório sobre as circunstâncias da amputação, em receituário ou formulário próprio (nunca DO). A peça deverá ser sepultada ou incinerada.

12) Como proceder em caso de preenchimento incorreto da DO?

Se, por acaso, o médico preencher erroneamente a DO, seja qual for o campo, deverá inutilizá-la, preenchendo outra corretamente. Porém, se a Declaração já tiver sido registrada em Cartório de Registro Civil, a retificação será feita mediante pedido judicial por advogado, junto à Vara de Registros Públicos ou similar. Nunca rasgar a DO. O médico deverá escrever “anulada” na DO e devolve-la à Secretaria de Saúde para cancelamento no sistema de informação.

13) O médico pode cobrar honorários para emitir a DO?

Não. O ato médico de examinar e constatar o óbito, sim, poderá ser cobrado, desde que se trate de paciente particular, a quem o médico não vinha prestado

assistência. Entenda-se que o diagnóstico da morte exige cuidadosa análise das atividades vitais, pesquisa se reflexos e registro de alguns fenômenos abióticos, como perda da consciência, perda da sensibilidade, abolição da motilidade e do tônus muscular. (Parecer nº 17/1988– CFM).

Alguns conceitos importantes

ÓBITO

É o desaparecimento permanente de todo sinal de vida, em um momento qualquer depois do nascimento, sem possibilidade de ressuscitação, conforme definição da Organização Mundial de Saúde (OMS)

ÓBITO POR CAUSA NATURAL

É aquele cuja causa básica é uma doença ou um estado mórbido.

ÓBITO POR CAUSA EXTERNA

É o que ocorre de uma lesão provocada por violência (homicídio, suicídio, acidente ou morte suspeita), qualquer que seja o tempo decorrido entre o evento e a morte.

ÓBITO HOSPITALAR

É a morte que ocorre no hospital, após o registro do paciente, independentemente do tempo de internação.

ÓBITO SEM ASSISTÊNCIA MÉDICA

É o óbito que sobrevém em paciente que não teve assistência médica durante a doença (campo 45 da DO).

CAUSA BÁSICA DA MORTE

É a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte, ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal.

INSTITUTO MÉDICO LEGAL

Órgão oficial que realiza necropsias em casos de morte decorrente de causas externas.

SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO (SVO)

Órgão oficial responsável pela realização de necropsias em pessoas que morreram sem assistência médica ou com diagnóstico de moléstia mal definida.

NASCIDO VIVO

É a expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta.

ÓBITO FETAL, MORTE FETAL OU PERDA FETAL

É a morte de um produto de concepção antes da expulsão do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez. A morte do feto é caracterizada pela inexistência, depois da separação, de qualquer sinal descrito para o nascido vivo.

ATESTADO, DECLARAÇÃO E CERTIDÃO

“Atestado” e “declaração” são palavras sinônimas, usadas como o ato de atestar ou declarar. “Declaração de óbito” é o nome do formulário oficial no Brasil e quem se atesta a morte. “Certidão de óbito” é o documento jurídico fornecido pelo Cartório de Registro Civil após o registro do óbito.

A legislação que regulamenta a matéria

Lei dos Registros Públicos (Lei 6.015 de 31.12.1973)

Art. 77: Nenhum sepultamento será feito sem certidão, do oficial do registro do lugar do falecimento, extraída após a lavratura do assento de óbito, em vista do atestado de médico, se houver no lugar, ou, em caso contrário, de duas pessoas qualificadas que tiverem presenciado ou verificado a morte.

Código Penal

Art. 302: Dar o médico, no exercício de sua profissão, atestado falso.

Pena: detenção de 1 mês a 1 ano.

Parágrafo único: Se o crime é cometido com o fim de lucro, aplica-se também multa.

Portaria nº 20, de 3 de outubro de 2003, Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde

Art. 8º: Deverá ser utilizado o formulário da Declaração de Óbito – DO, constante no Anexo I desta Portaria, como documento padrão de uso obrigatório em todo o país, para a coleta dos dados sobre óbitos e indispensável para a lavratura, pelos Cartórios de Registro Civil, da Certidão de Óbito.

Resolução RDC nº 306, de 07 de dezembro de 2004 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)

(www.anvisa.gov.br)

dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. (Esta Resolução inclui peças anatómicas do ser humano, tecidos, membros, órgãos e fetos com peso inferior a 500 g, inferior a 25 cm e idade gestacional menor que 20 semanas).

Código de Ética Médica

É vedado ao médico:

Art. 112: Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou seu responsável legal.

Parágrafo único: O atestado médico é parte integrante do ato ou tratamento médico, sendo o seu fornecimento direito inquestionável do paciente, não importando em qualquer majoração dos honorários.

Art. 114: Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto ou em caso necropsia e verificação médico-legal.

Art. 115: Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestada assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta.

Resolução nº 1.641, de 12 de julho de 2002, do Conselho Federal de Medicina (Publicada no D.O.U., 29 jul 2002, Seção I, p. 229)

Art. 1º: É vedado aos médicos conceder declaração de óbito em que o evento que levou a morte possa ter sido alguma medida com inten^obita diagnóstica ou terapêutica indicada por agente não-médico ou realizada por quem não esteja habilitado para fazê-lo, devendo, neste caso, tal fato ser comunicado a autoridade policial competente, a fim de que o corpo possa ser encaminhado ao Instituto Médico Legal para verificação da causa mortis.

Art. 2º: Sem prejuízo do dever de assistência, a comunicação a autoridade policial, visando o encaminhamento do paciente ao Instituto Médico Legal para exame de corpo de delito, também é devida, mesmo na ausência de óbito, nos casos de lesão ou dano a saúde induzida ou causada por alguém não-médico.

Art. 3º: Os médicos, na função de perito, ainda que *ad hoc*, ao atuarem nos casos previstos nesta Resolução, devem fazer constar de seus laudos ou pareceres o tipo de atendimento realizado pelo não-médico, apontando sua possível relação de causa e efeito, se houver, com o dano, lesão ou mecanismo de óbito.

Art. 4º: Nos casos mencionados nos artigos 1º e 2º, deve ser feita imediata comunicação ao Conselho Regional de Medicina local.

RESOLUÇÃO nº 1.779, de 11 de novembro de 2005, do Conselho Federal de Medicina

(Publicada no D.O.U., 05 dez 2005, Seção I, p. 121)

Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Revoga a Resolução CFM nº. 1.601/2000.

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

CONSIDERANDO o que consta nos artigos do Código de Ética Médica:

“Art. 14. O médico deve empenhar-se para melhorar as condições de saúde e os padrões dos serviços médicos e assumir sua parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, a educação sanitária e a legislação referente à saúde.

É vedado ao médico:

Art. 39. Receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco folhas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos.

Art. 44. Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação vigente.

Art. 110. Fornecer atestado sem ter praticado o ato profissional que o justifique, ou que não corresponda à verdade.

Art. 112. Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou seu responsável legal.

Art. 114. Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto, ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.

Art. 115. Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta”;

CONSIDERANDO que Declaração de Óbito é parte integrante da assistência médica;

CONSIDERANDO a Declaração de óbito como fonte imprescindível de dados epidemiológicos;

CONSIDERANDO que a morte natural tem como causa a doença ou lesão que iniciou a sucessão de eventos mórbidos que diretamente causa ram o óbito;

CONSIDERANDO que a morte não-natural é aquela que sobrevém em decorrência de causas externas violentas;

CONSIDERANDO a necessidade de regulamentar a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de óbito;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária realizada em 11 de novembro de 2005,

RESOLVE:

Art. 1º: O preenchimento dos dados constantes na Declaração de óbito e da responsabilidade do médico que atestou a morte.

Art. 2º: Os médicos, quando do preenchimento da Declaração de óbito, obedecerão as seguintes normas:

1) - Morte natural:

I. - Morte sem assistência médica:

a) Nas localidades com Serviço de Verificação de óbito (SVO):
A Declaração de óbito deverá ser fornecida pelos médicos do SVO;

b) Nas localidades sem SVO:
A Declaração de óbito deverá ser fornecida pelos médicos do serviço público de saúde mais próximo do local onde ocorreu o evento; na sua ausência, por qualquer médico da localidade.

II. Morte com assistência médica:

a) A Declaração de óbito deverá ser fornecida, sempre que possível, pelo médico que vinha prestando assistência ao paciente.

b) A Declaração de óbito do paciente internado sob regime hospitalar deverá ser fornecida pelo médico assistente e, na sua falta, médico substituto pertencente à instituição.

c) A Declaração de óbito do paciente em tratamento sob regime ambulatorial deverá ser fornecida por médico designado pela instituição que prestava assistência ou pelo SVO;

d) A Declaração de óbito do paciente em tratamento sob regime domiciliar (Programa Saúde da Família, internação domiciliar e outros) deverá ser fornecida pelo médico pertencente ao programa ao qual o paciente estava cadastrado, ou pelo SVO, caso o médico não consiga correlacionar o óbito com o quadro clínico concernente ao acompanhamento do paciente.

2) Morte fetal:

Em caso de morte fetal, os médicos que prestaram assistência à mãe ficam obrigados a fornecer a Declaração de óbito quando a gestação tiver duração igual ou superior a 20 semanas, ou o feto tiver peso corporal igual ou superior a 500 gramas e/ou estatura igual ou superior a 25cm.

3) Mortes violentas ou não-naturais:

A Declaração de óbito deverá, obrigatoriamente, ser fornecida pelos serviços médico-legais.

Parágrafo único. Nas localidades onde existir apenas 1 (um) médico, este é o responsável pelo fornecimento da Declaração de óbito.

Art. 3º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação e revoga a Resolução CFM nº 1.601/00.

Brasília-DF, 11 de novembro de 2005

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE

Presidente

LÍVIA BARROS GARÇÃO

Secretária-Geral

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LAURENTI, Rui; MELLO JORGE, Maria Helena P. de. O atestado de Óbito. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: 9ª revisão 1975. São Paulo: Centro da OMS para a Classificação de Doenças em Português, 1985.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: 10ª revisão. São Paulo: Centro da OMS para a Classificação de Doenças em Português, 1995.

MANUAL of the international statistics classification of diseases, injuries, and causes of death: 6th revision. Geneva: World Health Organization, 1948.



I 1 Cartório Código 2 Registro 3 Data

II 4 Município 5 UF 6 Cemitério

7 Tipo de Óbito 8 Obito Data Hora 9 Cartão SUS 10 Naturalidade

11 Nome do falecido

III 12 Nome do pai 13 Nome da mãe

14 Data de Nascimento 15 Idade Anos completos Menores de 1 ano Meses Dias Horas Minutos Ignorado 16 Sexo M - Masc. F - Fem. 17 Raça/cor 1 Branco 2 Preta 3 Amarela 4 Parda 5 Indígena

18 Estado civil 1 Solteiro 2 Casado 3 Vívuo 4 Separado judicialmente/Divorçado 5 Ignorado 19 Escolaridade (Em anos de estudos concluídos) 1 Nenhuma 2 De 1 a 3 3 De 4 a 7 4 De 8 a 11 5 12 e mais 6 Ignorado 20 Ocupação habitual e ramo de atividade (se aposentado, colocar a ocupação habitual anterior) Código

IV 21 Logradouro (Rua, praça, avenida, etc.) Código Número Complemento 22 CEP

23 Bairro/Distrito Código 24 Município de residência Código 25 UF

26 Local de ocorrência do óbito 1 Hospital 2 Outros estab. saúde 3 Domicílio 4 Via pública 5 outros 6 Ignorado 27 Estabelecimento Código

V 28 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (Rua, praça, avenida, etc.) Número Complemento 29 CEP

30 Bairro/Distrito Código 31 Município de ocorrência Código 32 UF

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO

INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE

33 Idade 34 Escolaridade (Em anos de estudo concluídos) 35 Ocupação habitual e ramo de atividade da mãe Código 36 Número de filhos vivos (Usar 99 para ignorados) NASCIDOS VIVOS NASCIDOS MORTOS

37 Duração da gestação (Em semanas) 1 Menos de 22 2 De 22 a 27 3 De 28 a 31 4 De 32 a 36 38 Tipo de Gravidez 1 Única 2 Dupla 39 Tipo de parto 1 Úterino 2 Vaginal 40 Morte em relação ao parto 1 Antes 2 Durante 3 Depois 4 Ignorado

41 De 37 a 41 42 e mais 43 Menos de 44 45 e mais 46 Gestante 47 Peso ao nascer Gramas 48 Num. de Decl. de Nascidos Vivos

ÓBITOS EM MULHERES

49 A morte correu durante a gravidez, parto ou aborto? 1 Sim 2 Não 3 Ignorado 40 A morte correu durante o puerpério? 1 Sim, até 42 dias 2 Sim, de 43 dias a 1 ano 3 Não 4 Ignorado 41 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 Sim 2 Não 3 Ignorado

ASSISTÊNCIA MÉDICA

DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:

42 Exame complementar? 1 Sim 2 Não 3 Ignorado 43 Cirurgia? 1 Sim 2 Não 3 Ignorado 44 Necropsia? 1 Sim 2 Não 3 Ignorado

CAUSAS DA MORTE ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte

a Devido ou como consequência de:

CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica

b Devido ou como consequência de:

c Devido ou como consequência de:

d Devido ou como consequência de:

PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, firm, na cadeia causal.

VI 50 Nome do médico 51 CRM 52 O médico que assina atendeu ao falecido? 1 Sim 2 Substituto 3 IML 4 SVO 5 Outros

53 Meio de contato (Telefone, fax, e-mail, etc.) 54 Data do atestado 55 Assinatura

PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO-NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)

56 Tipo 1 Acidente 2 Suicídio 3 Homicídio 4 Outros 5 Ignorado 57 Acidente do trabalho 1 Sim 2 Não 3 Ignorado 58 Fonte da informação 1 Boletim de Ocorrência 2 Hospital 3 Família 4 Outra 5 Ignorada

59 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência

SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO

60 Logradouro (Rua, praça, avenida, etc.) Código

VII 61 Declarante 62 Testemunhas A B

O PLANTÃO MÉDICO DE SOBREVISO DEVE SER PREVISTO PELO DIRETOR TÉCNICO DENTRO DOS DITAMES ÉTICOS E LEGAIS

Donizetti Dimer Giamberardino Filho*

EMENTA - O Diretor Técnico da instituição deve prover a contratação dos profissionais indicados como necessários nas normativas sanitárias governamentais, além de acordo com seu perfil de atendimento, nas situações médicas previsíveis, estabelecer acesso de especialidades médicas aos pacientes sob cuidados hospitalizados, de forma que não ocorram perdas de oportunidades de um melhor tratamento.

Palavras-chave: plantão de sobreaviso, aspectos éticos e legais, remuneração, responsabilidade do diretor técnico

THE DISPONIBILITY OF ON-CALL PHISICIANS SHOULD BE PROVIDED BY THE TECHNICAL DIRECTOR ACCORDING TO ETHICAL AND LEGAL NORMS

Key words: on-call, ethical and legal norms, payment, responsibility, technical director

CONSULTA

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, A Dra. B. M. P., Diretora Clínica do Hospital e Maternidade X, em X, solicita parecer a este Conselho regional sobre Responsabilidade Técnica e Jurídica de instituição manter plantões médicos, em regime de disponibilidade. Informa possuir plantão médico presencial nas especialidades de clínica médica, pediatria, obstetrícia, UTI adulto e UTI neonatal, indaga especialmente o fato de não ter certas especialidades disponíveis 24 horas.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Frente a esta questão, formulamos algumas considerações:

Inicialmente quanto a proposta de trabalho da instituição e como torna pública esta prestação de serviços a sociedade, a resolução CFM 1451/95 normatiza a

* Conselheiro Parecerista CRMPR.

necessidade de especialidades médicas presentes em Pronto Socorro, mas é de conhecimento público que este Hospital não se apresenta como Pronto Socorro, trata-se de um Hospital Geral e Maternidade, tendo como suporte serviços de UTI adulto e UTI neonatal. Com este perfil de atendimento, com referência a plantões presenciais, observamos a ausência de anesthesiologista na correspondência, fato que não deve ocorrer em Maternidades, onde a presença do anesthesiologista é obrigatória.

Com referência a disponibilidade de especialidades para emergências é dever do Diretor Técnico de um hospital proporcionar os melhores recursos técnicos e humanos disponíveis, cumprindo as normativas técnicas preconizadas em vigor. Citamos a Portaria do Ministério da Saúde n°. 3432, de 12/08/1998, que estabelece os recursos humanos necessários para unidades de Terapia Intensiva, descrevendo as especialidades que devem estar disponíveis nas 24 horas, a dizer cirurgia geral (ou pediátrica), torácico cardiovascular, neurocirurgia e ortopedista. Cita ainda exames diagnósticos e terapêuticos médicos que devem estar disponíveis, não especificando as 24 horas do dia, mas estabelecendo prioridades em função da necessidade dos pacientes para sua assistência.

Concluimos a resposta à consulente, ser responsabilidade do Diretor Técnico da instituição, prover a contratação dos profissionais indicados como necessários nas normativas sanitárias governamentais, além de acordo com seu perfil de atendimento, nas situações médicas previsíveis, estabelecer acesso de especialidades médicas aos pacientes sob cuidados hospitalizados, de forma que não ocorram perdas de oportunidades de um melhor tratamento.

É o parecer.

Curitiba, 14 de abril de 2008.

Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 089/2007
Parecer CRMPR N°. 1930/2008
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 14/04/2008 - Câmara II

INDICAÇÃO E PRESCRIÇÃO DE OXIGÊNOTERAPIA DEVE SER MÉDICA, NÃO DEVENDO SER APLICADA À CRITÉRIO DA ENFERMAGEM

Roseni Teresinha Florêncio*

EMENTA - A prescrição de Oxigenoterapia é ato privativo do médico, fazendo parte da conduta terapêutica, após avaliação clínica do paciente e diagnóstico de Insuficiência respiratória.

Palavras-chave: oxigênio terapia, indicação e prescrição, ato médico

OXYGEN IS A MEDICAL PRESCRIPTION AND NOT OF NURSE CRITERIA

Key words: oxygen therapy, prescription, indications, medical act

CONSULTA

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, por email, a consulente, Sra. S., formula consulta nos seguintes termos:

“Prezados, gostaria de obter informação sobre aspectos legais quanto à prescrição de “oxigênio se necessário” inserido automaticamente quando da admissão do paciente, com o intuito de facilitar e agilizar as prescrições médicas. Deste modo, caberia ao médico excluir tal item caso não estivesse de acordo. Obrigada. S.”.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Antes de esclarecermos os aspectos éticos que envolvem não só a prescrição médica de Oxigênio, mas também de qualquer outro tipo de terapêutica, vale ressaltar que cabe ao médico avaliar o paciente e, baseado nos dados encontrados nessa avaliação clínica, prescrever para o paciente, não devendo a prescrição ser feita sem a avaliação prévia do doente, salvo situações especiais.

Prescrever Oxigênio é ato médico e só o médico tem conhecimento suficiente da fisiopatologia da Insuficiência respiratória, para saber conduzir, de forma adequada, essa prescrição.

Resumimos, a seguir, aspectos importantes sobre essa emergência clínica, a Insuficiência respiratória, a fim de que possamos justificar e embasar a conclusão desse Parecer.

* Conselheira Parecerista CRM/PR.

A Insuficiência respiratória é a tradução clínica da incapacidade de manutenção das pressões parciais de oxigênio e gás carbônico arteriais (PaO₂ e PaCO₂, respectivamente) nos níveis de normalidade.

O oxigênio é o responsável direto pela nutrição dos tecidos, traduzindo uma função essencial para todo o organismo.

O diagnóstico da Insuficiência respiratória é confirmado através do achado gasométrico, no sangue arterial, de valores do oxigênio abaixo dos níveis de normalidade e, em algumas situações, associado a valores do gás carbônico acima dos níveis de normalidade.

A causa da Insuficiência respiratória está relacionada às doenças que acometem os pulmões e/ou a caixa torácica ou ainda outros sistemas orgânicos, tais como músculos e nervos.

A oxigenoterapia deve ser feita criteriosamente, considerando os efeitos fisiológicos e deletérios, assim como as indicações e contra-indicações.

O principal objetivo da oxigenoterapia é obter nível arterial de saturação de oxigênio (Sat.O₂) superior a 90%, para atingir PaO₂ acima de 60 mmHg, afim de favorecer o metabolismo aeróbico.

Está indicada a oxigenoterapia quando ocorrer Hipoxemia (PaO₂ menor do que 60mmHg e/ou Saturação de O₂ menor do que 88-90%, em ar ambiente (FiO₂=0,21)).

Pacientes retentores crônicos de CO₂ podem agravar a hipercapnia durante o uso do O₂, devido ao estímulo da respiração no SNC, basicamente dependente de oxigênio; quando é corrigido o nível de oxigênio com a suplementação desse, a tendência será reter mais CO₂, podendo o paciente evoluir com desorientação, confusão mental, sudorese, cefaléia, taquicardia, entre outros sintomas.

Na indicação da oxigenoterapia deve-se definir o sistema de administração do O₂, o fluxo de O₂ ofertado e o tempo de administração, sendo esse geralmente reavaliado conforme a evolução clínica.

Alguns efeitos fisiológicos do O₂ são:

- Melhora da troca gasosa pulmonar
- Vasodilatação arterial pulmonar
- Diminuição da resistência arterial pulmonar
- Diminuição da pressão arterial pulmonar
- Melhora do débito cardíaco
- Diminuição do trabalho da musculatura cardíaca
- Vasoconstrição sistêmica.

Os principais efeitos tóxicos do O₂ estão na dependência do tempo e das concentrações com que ele é administrado, podendo levar às disfunções respiratórias, devido às alterações no SNC, além de alterações no sistema cardiovascular, pela liberação de radicais livres e efeitos citotóxicos.

Dependendo do tempo de exposição ao O₂ e, especialmente em fluxos altos de O₂, o paciente poderá evoluir com sinais de toxicidade, secundários ao uso desse gás, tais como dor retro-esternal, tosse seca, parestesias, náuseas, vômitos, além de alterações na mecânica respiratória. Pode-se chegar a situações de edema pulmonar e morte.

Formas de administração de oxigenoterapia:

- Sistema de baixo fluxo: fornece oxigênio por meio de fluxo inferior à demanda do paciente. Desta forma, ocorre diluição do O₂ fornecido com o gás inspirado. O sistema de baixo fluxo compreende o cateter nasal, máscara facial simples e cateter trans-traqueal.

- Sistema de alto fluxo: suplanta a demanda inspiratória do paciente, podendo regular a FiO₂ conforme a indicação terapêutica. Nesse sistema não é possível manter valor fixo da FiO₂ que varia em função do Volume minuto do paciente. É composto de máscara com sistema de reservatório, máscara com sistema de venturi, tenda facial (máscara de Hudson ou de macronebulização), máscara/colar para traqueostomia e tubo T, entre outros.

CONCLUSÃO

Dessa forma, entendo que não há como prescrever “Oxigênio se necessário”, sem ter a noção exata de todo o conhecimento que deve nortear esse ato aparentemente tão simples, no entanto, dependente de profundo conhecimento médico. Considero, ainda, que o ato da prescrição do Oxigênio deve ficar sob a responsabilidade do médico, assim como o é para outros tipos de terapêutica medicamentosa.

É o parecer.

Curitiba, 10 de abril de 2008.

Roseni Teresinha Florêncio
Cons^ª. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 033/2008
Parecer CRMPR N°. 1934/2008
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 28/04/2008 - Câmara II

QUEM DEVE DISPONIBILIZAR E EXPLICAR AO PACIENTE INFORMAÇÕES SOBRE OS RESULTADOS DE SEUS EXAMES?

Joachim Graf*

EMENTA - Informa a quem compete passar informações sobre o exame de paciente. O acesso ao resultado do exame envolve estrutura administrativa técnica.

Palavras-chave: resultado de exames, informações ao paciente, complementação, exame clínico, responsabilidade, ato médico

WHO SHOULD PROVIDE INFORMATION TO THE PATIENT REGARDING THE RESULTS OF EXAMS?

Key words: results of exams, informations to the patient, responsibility, medical act, complement, to the clinical examination

CONSULTA

O presente parecer foi elaborado em atenção a correspondência eletrônica encaminhada pela Sra. S. F., de C., PR a este CRM, na qual solicita informações sobre atendimento médico:

“ Quem deve passar ao paciente informações sobre seus exames?”

“Caso seja a secretária a passar o resultado do exame, como deve proceder o paciente se não lhe for suficiente as informações dadas pela mesma?”

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

O estabelecimento de diagnóstico, tratamento e previsão de prognóstico são atos médicos, efetuados em prol e benefício do paciente. Para se definir um diagnóstico pode ser necessário além da anamnese e exame físico completos, a realização de exames complementares, exames de radiologia e imagem em geral, e eventualmente abordagem cirúrgica, com obtenção de biópsias diversas. Todo o processo, entendido como atendimento médico, envolve dados privativos variados, revelação de processos patológicos ativos ou inativos, com grande potencial de consequências clínicas, e freqüentemente jurídicas. Da cadeia de atendimento, podem participar, dependendo de cada caso, além do paciente e seu assistente médico, técnicos e bioquímicos de laboratório, técnicos e profissionais médicos da radiologia e

* Conselheiro Parecerista CRMPR.

imagem, da anatomia patológica, pessoal da enfermagem hospitalar ou ambulatorial, pessoal do arquivo médico, dos institutos médicos-legais, enfim, um universo de pessoas e locais, que recebem e processam informações, que, legalmente, pertencem ao paciente.

No intuito de preservar a privacidade destes dados, varias instâncias legalmente constituídas se manifestam através dos códigos civis e de ética médica, resoluções e pareceres dos CRM e do CFM.

Fundamentação legal

A Constituição Federal aborda o assunto em seu art. 5º, inciso X, o código de processo civil em seu art. 154 e art. 66 da Lei das Contravenções Penais.

O CFM o destaca na Resolução 1605/2000.

O código de ética médica reserva todo o capítulo IX para esta matéria.

Os conselhos regionais se manifestam através dos pareceres CREMESP 111.635/06, consulta 1760-36/87, CRMPR 1925/2008.

CONCLUSÃO

O questionamento da consulente perguntando quem deve passar ao paciente informações sobre seus exames, e discutir as conseqüências e implicações destes resultados necessariamente envolve o sigilo da relação médico-paciente em todas a sua expressão, cabendo esta função especificamente ao médico assistente.

Entretanto, a realização de muitos exames, sua disponibilização e o acesso ao resultado dos mesmo para o paciente, não implica na participação física do médico, envolvendo toda uma estrutura administrativa técnica. As informações que serão fornecidas ao paciente devem gozar de absoluta privacidade, além de conter o nome e CRM do médico assistente responsável pela solicitação dos mesmo, seu endereço e telefone.

É o parecer.

Curitiba, 28 de maio de 2008.

Joachim Graf
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 034/2008
Parecer CRMPR N°. 1963/2008
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 02/06/2008 - Câmara I

CONVÊNIO HOSPITAL E UNIVERSIDADE PARA CURSO DE ENFERMAGEM EM OBSTETRÍCIA

Sérgio Maciel Molteni*

EMENTA - Convênio entre hospital e universidade para pós-graduação em enfermagem em obstetrícia. Limites do ensino de atos médicos a não médicos

Palavras-chave: convênio hospital/universidade, curso de enfermagem/obstetrícia, limites de ensino, atos médicos

HOSPITAL AND UNIVERSITY CONVENT FOR OBSTETRIC NURSING COURSE

Key words: teaching limitation, medical act, hospital-University Partnership

CONSULTA

O Dr. X, Direto Técnico e Clínico da X de X, encaminha consulta a este Conselho com o seguinte teor :

- O Hospital estuda uma parceria com uma Universidade local para o desenvolvimento de pós-graduação na área de Enfermagem em Obstetrícia;
-- perguntamos qual deve ser o limite de atuação do especializando em enfermagem obstétrica, visto que existe uma diretriz que cada aluno deverá ao longo da pós-graduação assistir a um determinado número de partos.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Inicialmente imperioso destacar o que estabelece a Lei 7498/96 que regulamenta o exercício da enfermagem, em seu artigo 11, inciso II: *O enfermeiro, COMO INTEGRANTE DA EQUIPE DE SAÚDE* tem a função de i) assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera, j) acompanhamento da evolução do trabalho de parto, k) execução do parto sem distúcia,

Parágrafo único – Às profissionais referidas no inciso II do artigo 6º desta lei, incumbe ainda: a) assistência à parturiente e ao parto normal, b) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

* Conselheiro Parecerista CRMPR.

São atribuições conferidas por lei mas que, no interpretar de suas implicações, requerem a supervisão médica, não só por definir o enfermeiro como integrante da equipe de saúde mas também por associar riscos para a parturiente como bem definido no Parecer 1656/05 CRM-PR de lavra do ilustre conselheiro e ex-presidente Dr. Helcio Bertolozzi Soares, destacando-se, à indispensável presença do médico e a fundamental exigência de que todo paciente internado tenha um médico como responsável.

Cabe também recordar o disposto nas Resoluções 1627/2001 e 1718/2004 do CFM e nos Pareceres 26/2003 e 03/2004, merecendo particular destaque a ementa da resolução 1718/2004 que estabelece *“é vedado o ensino de atos médicos privativos, sob qualquer forma de transmissão de conhecimentos, a profissionais não médicos, inclusive aqueles pertinentes ao suporte avançado de vida, exceto o atendimento de emergência a distância, até que sejam alcançados os recursos ideais”*.

Tem, portanto, o médico, na função docente, deveres éticos que limitam a transmissão de conhecimentos a não médicos, devendo-se pautar pelo disposto nos documentos acima referidos.

Com relação à quantidade de conhecimentos a serem adquiridos pelos especializando para a obtenção da titulação pretendida, constitui-se em matéria a ser tratada na grade curricular do curso a ser freqüentado não sendo tema da alçada deste CRM.

É o parecer.

Curitiba, 3 de junho de 2008.

Sérgio Maciel Molteni
Cons. Parecerista

Processo-Consulta CRMPR N°. 013/2007
Parecer CRMPR N°. 1968/2008
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 23/06/2008 - Câmara I

RESPONSABILIDADE PELA GUARDA DE PRONTUÁRIO DO PACIENTE INTERNADO NA UTI: MÉDICO, HOSPITAL, ENFERMEIRA, FISIOTERAPEUTA, PSICÓLOGA?

Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque*

EMENTA - HOSPITAL - DIVULGAÇÃO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS – DEMANDA JUDICIAL – MÉDICOS ENVOLVIDOS – DESCONHECIMENTO DA DIVULGAÇÃO – RESPOSTA A QUESTÕES POSSÍVEIS DE SEREM ANALISADAS PELO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA.

Palavras-chave: guarda de prontuário, responsabilidade, paciente em UTI, profissional da saúde, hospital, médico plantonista

WHO SHOULD BE RESPONSIBLE FOR SAFE-KEEPING THE MEDICAL FILES OF ICV PATIENT: PHISICIAN, HOSPITAL, PHYSIOTHERAPIST, PSYCHOLOGIST?

Key words: safe-keeping hospital, medical files, ICV patients, responsibility, health professional

CONSULTA

A Dra. A. C. P. Z. formula consulta a este Conselho Regional de Medicina, indagando várias questões, as quais serão transcritas e em seguida respondidas, levando-se em conta o que é possível a este Conselho analisar, no limite de suas funções Institucionais.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

1) De quem é a responsabilidade pela guarda dos prontuários médicos dos pacientes internados em UTI: Do Hospital ou dos médicos e outros fisioterapeutas que atenderam o paciente durante sua internação?

Resp.: Do Hospital.

2) Existe responsabilidade solidária do médico com o Hospital pela guarda dos prontuários dos pacientes internados na UTI?

Resp.: Não, tendo em vista que a guarda dos prontuários é responsabilidade do Hospital.

* Advogado, Consultor Jurídico do CRM/RP.

3) Qual a relação jurídica existente entre o médico e o paciente internado em UTI? Existe relação de consumo entre ambos?

Resp.: Resposta prejudicada, desde que a questão deve ser dirimida pela Justiça.

4) Os prontuários de UTI assinados pelos médicos plantonistas prestadores de serviços por meio de pessoa jurídica e que se encontravam sob a guarda do Hospital são de responsabilidade do médico, do Hospital ou de ambos?

Resp.: Do Hospital.

5) Ao expor os prontuários do paciente falecido, de forma unilateral e sem o conhecimento e consentimento dos médicos que os assinaram, para efetuar a cobrança de uma dívida, o Hospital atribuiu alguma responsabilidade aos médicos por esta exposição?

Resp.: Resposta prejudicada, desde que a questão deve ser dirimida pela Justiça.

6) O médico pode ser considerado responsável, nos termos do artigo 102 do Código de Ética Médica, pela exposição dos prontuários realizada única e exclusivamente pelo Hospital, sem seu conhecimento e consentimento?

Resp.: Não.

É o parecer.

Curitiba, 10 de junho de 2008.

Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque
Adv. Consultor Jurídico CRMPR

Processo-Consulta CRMPR N° 094/2008
Parecer CRMPR N° 1965/2008
Parecer Aprovado
Sessão de Diretoria nº 996/2008



EUTANÁSIA ANIMAL: NOVAS DIRETRIZES

Ricardo A. Franco Simon*

Palavras-chave: animais, eutanásia, CFMV, normas de sacrifício, presença de veterinário

ANIMAL EUTHANASIA: NEW DIRECTIVES

Key words: animal, euthanasia, vivisection, CFMV, sacrifice normative, veterinary physician

O Conselho Federal de Medicina Veterinária alterou recentemente significativamente as metodologias preconizadas para a eutanásia animal, através da Resolução 876/2008, publicada no DOU em 25/02/2008 (verificar tabela a seguir, que constam os métodos recomendados e os aceitos sob restrição para procedimentos de eutanásia em várias espécies animais). Esta resolução acabou por modificar a já conhecida Resolução CFMV 714/2002, que dispunha sobre os procedimentos de eutanásia em animais. A alteração é louvável, pois demonstra a constante preocupação e sensibilidade do CFMV em questões inerentes a ciência do bem estar animal.

Uma alteração relevante e a proibição do uso de CO e CO₂ para eutanásia de cães e gatos. Diversas foram as denúncias protocoladas junto ao CRMV-PR em relação as "câmaras de gás" utilizadas por Centros de Controle de Zoonoses de diversos municípios do Paraná. Essa nova diretriz foi de enorme importância, pois a Fiscalização do CRMV-PR agora tem autonomia para inibir qualquer uma destas práticas, consideradas de baixa eficácia e produtoras de efeitos indesejáveis, segundo especialistas.

Alguns animais apresentavam dispnéia, ataxia, espasmos musculares, contrações tônicas e convulsões, tornando o método questionável sob o ponto de vista humanitário. Outra questão importante a ser considerada refere-se ao risco de intoxicação dos seres humanos envolvidos, caso a eutanásia não seja realizada em local construído especialmente para tal fim e perfeitamente isolado. Além disso, muitos profissionais desenvolvem sérios problemas psicológicos trabalhando neste tipo de ambiente, já que o sofrimento dos animais antes e durante os procedimentos é intenso e visível.

Deve-se observar que a legislação é específica para os casos indicados de eutanásia, quando o bem-estar do animal estiver ameaçado. Sendo um meio de eliminar a dor, o distresse e o sofrimento dos animais, os quais não podem ser aliviados por meio de analgésicos, sedativos ou outros tratamentos; ou, ainda, quando o animal constituir ameaça a saúde pública/animal, ou ainda se o animal for objeto de ensino/pesquisa.

* Méd. Vet. assessor técnico do CRMV-PR.

É obrigatória a participação do médico veterinário como responsável técnico pela eutanásia em todas as pesquisas que envolvam animais. No que tange ao abate de animais para o consumo, a regulamentação no Brasil para o abate humanitário desses animais é normatizada pelo Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, através da Instrução Normativa n° 03, de 17 de janeiro de 2000.

Novas metodologias

Espécie	Recomendados	Aceitos sob Restrição
Anfíbios (de acordo com a espécie)	Barbitúricos ou anestésicos gerais injetáveis*, halotano, isoflurano, sulfonato de tricaina (TMS, MS222), hidrocloreto de benzocaína	Pistola de ar comprimido, pistola, atordoamento e decapitação
Animais selvagens de vida livre (de acordo com a espécie)	Barbitúricos ou outros anestésicos gerais injetáveis*, halotano, isoflurano, sevoflurano	CO ₂ , pistola de ar comprimido, pistola, armadilhas (testadas cientificamente)
Animais de zoológicos (de acordo com a espécie)	Barbitúricos ou outros anestésicos gerais injetáveis*, halotano, isoflurano, sevoflurano	CO ₂ , pistola de ar comprimido, pistola
Aves (de acordo com a espécie)	Barbitúricos ou outros anestésicos gerais injetáveis*, anestésicos inaláveis, pistola de ar comprimido	CO ₂ , N ₂ , argônio, deslocamento cervical, decapitação, percursão
Cães	Barbitúricos ou outros anestésicos gerais injetáveis*	Pistola, pistola de ar comprimido, halotano, isoflurano, sevoflurano, barbitúricos ou outros anestésicos gerais injetáveis seguido de anestésico local na cisterna magna
Eqüídeos	Barbitúricos* associados ou não ao éter gliceril guaicol e/ou sulfato de magnésio	Pistola, pistola de ar comprimido, barbitúricos seguidos de anestésico local na cisterna magna
Coelhos	Barbitúricos ou outros anestésicos gerais injetáveis*, halotano, isoflurano, sevoflurano	Deslocamento cervical (<1Kg), decapitação
Gatos	Barbitúricos ou outros anestésicos gerais injetáveis*	Halotano, isoflurano, sevoflurano
Mamíferos marinhos	Barbitúricos, hidrocloreto de etorfina	Pistola (cetáceos <4m de comprimento)
Peixes (de acordo com a espécie)	Barbitúricos ou outros anestésicos gerais injetáveis*, halotano, isoflurano, sevoflurano, tricaina, hidrocloreto de benzocaína	Decapitação, secção da medula espinal, deslocamento cervical, percursão
Primates não-humanos	Barbitúricos ou outros anestésicos gerais injetáveis*	Halotano, isoflurano, sevoflurano
Répteis (de acordo com a espécie)	Barbitúricos ou outros anestésicos gerais injetáveis*	Pistola de ar comprimido, pistola, decapitação e secção da medula espinal, percursão
Roedores e outros pequenos mamíferos	Barbitúricos ou outros anestésicos gerais injetáveis*, halotano, isoflurano, sevoflurano	Deslocamento cervical (ratos <200g), percursão, decapitação, CO ₂
Ruminantes	Barbitúricos* associados ou não à éter gliceril guaicol e/ou sulfato de magnésio *	Pistola, pistola de ar comprimido, barbitúricos seguidos de anestésico local na cisterna magna
Suínos	Barbitúricos ou outros anestésicos gerais injetáveis*	Pistola, pistola de ar comprimido
Visões, raposas, e outros mamíferos criados para extração de pele e anexos	Barbitúricos ou outros anestésicos gerais injetáveis*	Halotano, isoflurano, sevoflurano

** Em todos os casos, pra todas as espécies, os barbitúricos ou anestésicos gerais devem ser administrados por via intravenosa e apenas na impossibilidade desta, por via intraperitoneal, em dose suficiente para produzir a ausência do reflexo corneal. Após a ausência do reflexo corneal, pode-se complementar com o cloreto de potássio associado ou não ao bloqueador neuromuscular, ambos por via intravenosa.*

POR QUE AVALIAR O MÉDICO?

José Antonio Franchini Ramires*

Palavras-chave: médico, avaliação oficial, formação no estrangeiro

WHY SHOULD PHISICIAN BE EVALUATED?

Key words: physician, official evaluation, foreign training

Há cerca de quatro anos manifestei-me, por meio de crônica publicada neste jornal, a respeito da necessidade de se estabelecer exame de qualificação a todos os médicos ao término de seu curso de graduação. Essa proposta não possui nenhuma inovação, pois estaria se aplicando as mesmas regras ou princípios do que ocorre no exame de ordem da OAB. Um dos argumentos básicos em defesa dessa posição está no credenciamento indiscriminado e político da proliferação de escolas médicas no país, acarretando sérias deformações desses profissionais.

Alguns meses depois, o CRM (Conselho Regional de Medicina) do Estado de São Paulo estabeleceu, em caráter experimental, um exame anual para avaliar os médicos formados pelas faculdades de medicina do nosso Estado. Essa decisão, além de louvável, merece todos os elogios a uma plêiade de dirigentes com visão ampla sobre a formação e o exercício da profissão médica.

Recentemente, o CRM divulgou o resultado da última avaliação, demonstrando que 38% dos médicos foram reprovados. O mais grave é que só compareceram alunos formados em 13 das 29 faculdades do nosso Estado, e, assim mesmo, com parte desses alunos, pois de algumas compareceram só 25% dos alunos, e de outras, até cerca de 90%. Se levarmos em consideração que participaram do exame os mais interessados e/ou melhor preparados, os 38% de não-aprovados têm um valor maior ainda. O que aconteceria se todos os formados pelas 29 escolas médicas fizessem o exame? Essa resposta talvez saibamos somente no dia em que o exame for obrigatório para o exercício profissional.

Paralelamente, há um outro problema muito sério a ser discutido, a revalidação de diploma médico. Muitos jovens brasileiros, não conseguem passar nos vestibulares e, por isso, procuram escolas médicas em praticamente todos os países da América do Sul e, também, em alguns da América Central e do Caribe. Hoje estima-se que existam cerca de 4.000 brasileiros estudando medicina no exterior,

* Doutor em cardiologia pela USP, e professor titular de cardiologia da Faculdade de Medicina da USP. Foi diretor-geral do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas.

que, ao retornarem, se somariam aos cerca de 10 mil aqui formados. Isso desencadeia um problema grave, pois muitas dessas faculdades no exterior não possuem ensino adequado, igualando-se àquelas consideradas fracas no nosso meio.

Esses jovens, para exercerem a profissão, necessitam revalidar seus diplomas. Para tanto, são submetidos a provas em algumas de nossas universidades e, quando aprovados, têm o diploma revalidado e, a partir daí, podem obter a autorização do CRM para o exercício profissional.

No entanto, há poucos dias, 200 médicos estrangeiros conseguiram revalidar seus diplomas por medida judicial. Ora, isso é um precedente grave. Quem garante a qualidade desses profissionais? Eles conhecem os problemas epidemiológicos do nosso país? Estão treinados suficientemente para praticarem uma área específica da medicina? Conhecem a legislação e o código de ética médica brasileiros? Vejam quantas questões, além dessas, podem ser levantadas, e, dificilmente, uma medida judicial garantiria todas essas respostas.

Por tudo isso a obrigatoriedade do exame é tão importante, porque, além de avaliarmos melhor nossos futuros médicos, evitaríamos, também, que houvesse utilização de mecanismos legais etéreos para revalidação de diplomas de médicos estrangeiros radicados no país ou de brasileiros que cursam escolas médicas, muitas delas fraquíssimas. Dessa forma, todo médico formado no estrangeiro, para exercer a medicina em território brasileiro, precisaria estar aprovado nesse exame. Sem esse objetivo, é necessário o andamento do projeto de lei em tramitação no Senado de autoria do jovem senador e médico Tião Viana, do Acre, que, desde Galvez, revela homens de luta e visão a nosso país.

Será que os reprovados ou os que se recusarem a fazer o exame da OAB poderiam ter autorização para advogar após medida judicial?

Transcrito do Jornal Folha de S. Paulo - 20/02/07

AGRADECIMENTOS

*O editor dos Arquivos do Conselho Regional de Medicina
agradece ao colega
Dr. Francisco M. B. Germiniani, o auxílio na elaboração
das key words e headlines.*

“CONSULTA DE RETORNO” DEVE SER REMUNERADA

Crempesp*

Palavras-chave: consulta de retorno, remuneração, ato médico, diagnóstico e tratamento

“RETURN CONSULTATION”, SHOULD BE PAYD

Key words: return consultation, medical act, diagnosis, treatment, payment

A assim chamada “consulta de retorno”, definida como avaliação de terapêutica instituída ou de exames complementares solicitados, deve ser remunerada como uma nova consulta, de acordo com o parecer-consulta nº 53.136/07 do Crempesp sobre consulta médica, prazo de validade e reconsulta.

Parecer

1. A consulta médica e o ato médico mais importante da Medicina, pois é o marco inicial da relação médico-paciente e dela se originam todos os outros atos médicos.

2. A consulta médica compreende anamnese, exame físico, formulação de hipóteses diagnósticas, solicitação e/ou avaliação de exames subsidiários quando necessários, estabelecimento de prognóstico e prescrição terapêutica.

3. A assim chamada “consulta de retorno”, definida como avaliação de terapêutica instituída ou de exames complementares solicitados, deve ser remunerada como uma nova consulta. A justificativa da não remuneração para “consulta de retorno” só teria sustentação se o médico conseguisse, na primeira consulta, firmar um diagnóstico e instituir um tratamento definitivo, com certeza de bom resultado, o que evidentemente não acontece na adequada prática médica. A necessidade de avaliação dos resultados de exames e da terapêutica instituída e que faz o paciente retornar e faz esta nova consulta ser, muitas vezes, mais importante e mais demorada que a primeira.

* Conselho Regional de Medicina de São Paulo.

4. Não se deve estipular prazo para caracterizar um retorno ou uma nova consulta. A princípio, toda consulta deve ser remunerada seja ela “de retorno” ou não. O estabelecimento de prazos para remuneração de uma “consulta de retorno”, bem como a sua não remuneração, se não cumprido este prazo, só têm razões econômicas asseveradas por parte dos planos de saúde, não havendo nenhuma justificativa técnica, baseada na boa Medicina, para que uma “consulta de retorno” não seja tão importante quanta a primeira consulta.

5. É liberalidade do médico deixar de receber seus honorários quando de uma “consulta de retorno” ou de qualquer outro ato médico. Cabe ao médico, e somente a ele, a decisão de conceder ou não, gratuidade de um ato médico, como, aliás, e tradição secular na nossa profissão.

(Aprovado na 3.643ª reunião plenária do Cremesp, realizada em 09/04/2007)

Transcrito do Jornal Cremesp

CORTE SUPREMA DIZ QUE ABORTO É CONSTITUCIONAL

MÉXICO

A Corte Suprema de Justiça do México considerou ontem, por oito votos a três, constitucional a lei vigente desde abril de 2007 na capital, Cidade do México, que permite o aborto até a 12ª semana de gestação. A decisão não legaliza a prática, mas abre um precedente jurídico para que mulheres do resto do país, que abortem, não seja condenadas.

Após quatro dias de discussões, a Justiça mexicana indeferiu um recurso de inconstitucionalidade da lei, aprovada pelo Legislativo municipal, impetrado pela Procuradoria Geral da República e pela Comissão Nacional de Direitos Humanos. O recurso contava com apoio do governo de Felipe Calderón e da Igreja Católica.

A decisão “representa um ponto final nesse importante assunto”, disse o presidente da Corte, Guillermo Ortiz Mayagoitia. “Em todas as nações que discutiram o aborto, há um antes e um depois. No México, começa o depois”, afirmou.

Transcrito da Folha de S. Paulo, 2008

DA LIMITAÇÃO TEMPORAL DAS CONSULTAS E EXAMES MÉDICOS

Anna Lia Moscoleski*

Questão que com certa freqüência é enfrentada pela classe médica junto a instituições que prestam serviços na área da saúde diz respeito ao tempo necessário para realizar consultas e exames médicos.

Palavras-chave: tempo de consulta, tempo de exame, limitações, responsabilidade

TIME-LIMIT OF MEDICAL CONSULTATION AND EXAMS

Key words: consultation time, exam time, limits, responsibility

Sob esse prisma, qual seria o limite máximo ou mínimo de atendimentos a pacientes em determinada carga horária, pelo médico, bem assim se eventual imposição resultaria em infringência ao Código de ética Médica, ou se existiria legislação a respeito.

O tema ganha importância quando confrontado de um lado pela busca das empresas/instituições de saúde pela otimização dos serviços prestados pelos médicos, evitando a ociosidade, e de outro em face da sobrecarga desses profissionais quando submetidos a condições temporais desfavoráveis ao atendimento do paciente. Nesse sentido, tem sido cada vez mais almejada a criação de parâmetros temporais para a condução de consultas e exames, que podem interferir na relação médico-paciente, podendo obstar, desta forma, a boa prática médica.

Sob o ponto de vista legal, cumpre salientar que não existe norma que estabeleça parâmetros sobre duração mínima ou máxima na realização de consultas e exames médicos, sabendo-se que no caso das consultas é preciso observar que elas compreendem, o exame clínico; o diagnóstico, cuja constatação pode depender de exames laboratoriais, de imagens ou outros especializados; e por fim a prescrição do tratamento adequado.

* Advogada da área de direito administrativo do escritório de assessoria jurídica do Conselho Brasileiro de Radiologia

Resta, portanto, a análise acerca da questão ética quanto a eventual limitação temporal de uma consulta ou de exame médico. O CFM, ao analisar essa questão, posicionou-se no sentido de que o tempo necessário para cada atendimento (consulta, exames, etc) deve ficar afeto a autonomia do profissional.

Portanto, não é permitido que sejam estipulados limites temporais para a realização de consulta e exames. e o que se depreende do Parecer CFM nº 30/1990: “... não deve ser da competência de nenhum órgão ou entidade a determinação do número de atendimentos médicos para qualquer carga horária em qualquer especialidade”: Ainda, o referido Parecer afirma que o tempo de duração de cada consulta não pode ser determinado por instruções, mas pelas circunstâncias que cada caso clínico requer.

Corroborando a orientação do CFM, destacamos que de acordo com o artigo 27, do Código de Ética Médica, é direito do médico: “Art. 27 - Dedicar ao paciente, quando trabalhar com relação de emprego, o tempo que sua experiência e capacidade profissional recomendarem para o desempenho de sua atividade, evitando que o acúmulo de encargos ou de consultas prejudique o paciente.”

Outrossim, o referido Diploma estabelece, em seu artigo 8º, que “o médico não pode, em qualquer circunstância, ou sob qualquer pretexto, renunciar a sua liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e correção de seu trabalho”:

Por outro lado, deve ser garantido ao paciente que este receba uma assistência adequada, de acordo com suas condições e necessidades, sem que haja interferência na autonomia do profissional responsável pelo seu atendimento, tanto em caso de consulta quanto na realização de exames complementares.

Com efeito, destacamos que o Código de Ética Médica estabelece em seu artigo 16 que “nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou instituição pública ou privada poderá limitar a escolha por parte do médico dos meios a serem postos em prática para o estabelecimento do diagnóstico e para a execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente”:

Conclui-se, portanto, que cumpre ao médico, dentro de sua especialidade, tanto no exame clínico, como na realização dos exames e respectivos laudos, avaliar as circunstâncias de cada caso específico para definir o tempo necessário à correta realização do procedimento médico que está sob a sua responsabilidade.

COLEGA:

*NÃO
PRESENTEIE
COM
ÁLCOOL
OU TABACO.*

SEJA CRIATIVO.

*VOCÊ
TAMBÉM É
RESPONSÁVEL.*

PRESENTES !!!



COMO VAI SUA LETRA

RECEITAS MÉDICAS TEM SUA FORMATAÇÃO DESCRITA EM LEI

Lei nº 13.556 - 14 de Maio de 2002

Publicado no Diário Oficial Nº 6230 de 15/05/2002

O Governador do Estado do Paraná:

Dispõe sobre obrigatoriedade de expedição de receitas médicas e odontológicas digitadas em computador, datilografadas ou escritas manualmente em letra de imprensa.

Art. 1º. Fica obrigatória a expedição de receitas médicas e odontológicas digitadas em computador, datilografadas ou escritas manualmente em letra de imprensa, forma ou caixa alta nos postos de saúde da rede pública e nos consultórios médicos e odontológicos particulares.

Parágrafo único. Fica obrigatório na expedição de receitas médicas e odontológicas, de acordo com o disposto no caput deste artigo, a indicação do nome do medicamento genérico ao receitado.

Art. 2º. Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Lei nº 5991, de 17 de dezembro de 1973

Publicado em Diário Oficial da União

O Presidente da República:

Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá Outras Providências.

Capítulo VI – Do Receituário

Artigo 35 – Somente será aviada a receita:

- a) que estiver escrita a tinta, em vernáculo, por extenso e de modo legível, observados a nomenclatura e o sistema de pesos e medidas oficiais;*
- b) que contiver o nome e o endereço residencial do paciente e, expressamente, o modo de usar a medicação;*
- c) que contiver a data e a assinatura do profissional, endereço do consultório ou da residência e o número de inscrição no respectivo Conselho profissional.*

Parágrafo Único: O receituário de medicamentos entorpecentes ou a estes equiparados e os demais sob regime de controle, de acordo com a sua classificação, obedecerá às disposições da legislação federal específica.

ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ
ÍNDICE REMISSIVO POR ORDEM ALFABÉTICA DE ASSUNTOS E AUTORES.
NÚMEROS 97 À 100/2008

OBSERVAÇÕES

- 1 - O indicativo numeral de página da palavra chave, corresponde a página inicial do artigo ou texto onde está o assunto;
- 2 - Cada assunto pode ter mais de uma palavra-chave;
- 3 - A presença de "art.", significa artigo do Código de Ética Médica, 1988;
- 4 - Solicita-se a comunicação à secretaria, de eventual indicação errônea;
- 5 - Pedimos sugestões para inclusões futuras;
- 6 - Os artigos publicados nos "Arquivos" podem ser obtidos em cópia xerox por telefone ou e-mail;
- 7 - Índice remissivo dos nºs 1 à 56 estão a disposição no Suplemento I, vol. 14, de Dez./97.
- 8 - Um índice remissivo anual é realizado no último número de cada ano, desde 1998.
- 9 - Este índice pode ser consultado através da Home Page do CRM-Pr.

Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano	Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano
Aborto					Alexandre Monteiro				
Até 12ª semana de gestação	100	233	25	2008	Artigo	99	179	25	2008
Constitucionalidade	100	233	25	2008	Ana Lia Moscoleski				
México reaprova	100	233	25	2008	Artigo	100	234	25	2008
Ação Governamental					Anatomia Patológica				
Mortalidade materno-infantil	100	181	25	2008	Laboratório de patologia	98	64	25	2008
Planejamento familiar	100	181	25	2008	Resolução CFM nº 16/04	98	64	25	2008
Política	100	181	25	2008	Resolução CFM nº 1823/07	98	64	25	2008
Acompanhante					Andrade, Edson de Oliveira				
Acompanhamento	99	162	25	2008	Artigo	98	116	25	2008
Autorização	99	162	25	2008	Anestesia				
Centro cirúrgico	99	162	25	2008	Fundamentação	98	108	25	2008
Cuidados	99	162	25	2008	Normas	98	108	25	2008
Parto	99	162	25	2008	Plantão médico	98	108	25	2008
Presença	99	162	25	2008	Responsabilidade	98	108	25	2008
Privacidade	99	162	25	2008	Sala de recuperação	98	108	25	2008
Acordar Honorário					Segurança do paciente	98	108	25	2008
Cirurgião responsável	97	41	25	2008	UTI	98	108	25	2008
Equipe	97	41	25	2008	Anorexígenos				
Médico responsável	97	41	25	2008	Ansiolítico	99	123	25	2008
Adicional					ANVISA	97	56	25	2008
Crédito (cartão)	97	1	25	2008	ANVISA	99	123	25	2008
Lei nº 4.320/1964	97	1	25	2008	Aviamento	99	123	25	2008
Orçamento	97	1	25	2008	Diuréticos	99	123	25	2008
Aeroporto					Hormônios	99	123	25	2008
Abandonados	97	36	25	2008	Normas	97	56	25	2008
Ensino	97	36	25	2008	Prescrição	99	123	25	2008
Órgãos humanos	97	36	25	2008	Receita B2	99	123	25	2008
AIH					Resolução RDC	97	56	25	2008
Diretor clínico	99	157	25	2008	Ansiolíticos				
Internação	99	157	25	2008	Anorexígeno	99	123	25	2008
Preenchimento	99	157	25	2008	ANVISA	99	123	25	2008
Albuquerque, Antonio Celso Cavalcanti					Aviamento	99	123	25	2008
Artigo	98	80	25	2008	Prescrição	99	123	25	2008
Artigo	100	226	25	2008	Receita B2	99	123	25	2008
Alexandre Gustavo Bley					Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque				
Artigo	97	41	25	2008	Artigo	98	80	25	2008
Artigo	97	43	25	2008	Artigo	100	226	25	2008
Artigo	98	86	25	2008	ANVISA				
Artigo	98	103	25	2008	Anorexígenos	97	56	25	2008
Artigo	98	103	25	2008	Aviamento	99	123	25	2008
Artigo	99	137	25	2008	Declaração de óbito	100	196	25	2008

Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano	Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano
Fiscalização	97	56	25	2008	Bley, Alexandre Gustavo				
Portaria nº 20, 03/10/2003	100	196	25	2008	Artigo	97	41	25	2008
Prescrição	99	123	25	2008	Artigo	97	43	25	2008
Psicotrópicos	97	56	25	2008	Artigo	98	86	25	2008
Receituário	99	123	25	2008	Artigo	98	103	25	2008
Resolução RDC 58/07	99	123	25	2008	Artigo	99	137	25	2008
Resolução RDC nº 306, 07/12/2004	100	196	25	2008	Boletim Epidemiológico				
Arauda, Bruno Lundgren Rodrigues					Curitiba 2003	100	181	25	2008
Artigo	97	1	25	2008	Óbito materno-infantil	100	181	25	2008
Arquivo Médico					Bruno Lundgren Rodrigues Arauda				
Prontuário	100	181	25	2008	Artigo	97	1	25	2008
Assessor Jurídico					Burgardt, Célia Inês				
Monografia premiada	97	1	25	2008	Artigo	97	37	25	2008
Assinatura					Artigo	97	51	25	2008
Cirurgiões	97	31	25	2008	Burkiewicz, Raquele Rotta				
Relatório cirúrgico	97	31	25	2008	Artigo	98	106	25	2008
Responsabilidade	97	31	25	2008	Câmara de Vigilância				
Atendimento Médico					Autonomia	97	39	25	2008
Mercantilização	98	61	25	2008	Consultório médico	97	39	25	2008
Resolução CFM nº 1836/08	98	64	25	2008	Privacidade	97	39	25	2008
Atestado Médico					Sigilo médico	97	39	25	2008
Autorização	98	84	25	2008	Câmaras				
CID	98	84	25	2008	CRMPR	98	77	25	2008
Colocação	98	84	25	2008	Resolução CRMPR nº 157/07	98	77	25	2008
Consentimento	99	134	25	2008	Tribunal de Ética	98	77	25	2008
Direito do paciente	99	134	25	2008	Cardioversão				
Fé pública	98	84	25	2008	Desfibrilador	99	165	25	2008
Normas para emissão	99	134	25	2008	Carlos Roberto Goytacaz Rocha				
Registro em prontuário	99	134	25	2008	Artigo	97	45	25	2008
Resolução CFM nº 1658/02	99	134	25	2008	Cartão				
Atestado de Óbito					Crédito	97	1	25	2008
Ver Certidão de óbito	00	00	00	00	Castração				
Ver Declaração de óbito	00	00	00	00	Pedófilos	97	28	25	2008
Atestado Ocupacional					Química	97	28	25	2008
Ato médico	97	45	25	2008	Causas				
Fiscalização	97	45	25	2008	Mortalidade infantil	100	181	25	2008
Médico do trabalho	97	45	25	2008	Mortalidade materno	100	181	25	2008
Perito médico	97	45	25	2008	Soluções	100	181	25	2008
Saúde ocupacional	97	45	25	2008	CBHPM				
Ato cirúrgico					Associação Médica do Paraná	99	168	25	2008
Relatório dos cirurgiões	97	31	25	2008	Classificação	99	168	25	2008
Responsabilidade	97	31	25	2008	Procedimentos médicos	99	168	25	2008
Ato Médico					Remuneração ética	99	168	25	2008
Explicação de exame	100	222	25	2008	Resolução CFM nº 1642/02	99	168	25	2008
Informação de exame	100	222	25	2008	CCIH				
Oxigenoterapia	100	217	25	2008	Autonomia médica	97	51	25	2008
Privacidade	100	222	25	2008	Normas	97	51	25	2008
Responsabilidade	100	222	25	2008	Prescrição de antibióticos	97	51	25	2008
Resultado de exames	100	222	25	2008	Protocolos clínicas	97	51	25	2008
Sigilo	100	222	25	2008	Unidade hospitalar	97	51	25	2008
Autonomia					UTI	97	51	25	2008
Auditor	99	173	25	2008	Célia Inês Burgardt				
Câmara de vigilância	97	39	25	2008	Artigo	97	37	25	2008
Esclarecimento	99	173	25	2008	Artigo	97	51	25	2008
Especialista	99	173	25	2008	Centro Brasileiro de Classificação				
Limite de atuação	99	173	25	2008	de Doenças				
Procedimento	99	173	25	2008	Declaração de óbito	100	196	25	2008
Relação médico-convênio	99	173	25	2008	Certidão de Óbito				
Autonomia médica					Documento jurídico	100	196	25	2008
Plantão	97	29	25	2008	Ver Declaração de Óbito	00	00	00	00
Avaliação Médica					Chacel, Pedro Pablo Magalhães				
Formação brasileira ou estrangeira	100	230	25	2008	Artigo	99	162	25	2008
Oficial	100	230	25	2008	CID				
Baptista, Ricardo José					Atestado médico	98	84	25	2008
Artigo	99	159	25	2008	Autorização	98	84	25	2008
Bertol, Romeu					Colocação	97	19	25	2008
Artigo	97	31	25	2008	Documento	98	84	25	2008
Artigo	97	33	25	2008	Fé pública	98	84	25	2008
Artigo					Guia de TISS	97	19	25	2008
					Justa causa/dever legal	98	84	25	2008

Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano	Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano
Resolução CFM	97	19	25	2008	Remuneração	100	234	25	2008
Tempo de consulta	97	19	25	2008	Responsabilidade	100	234	25	2008
Utilização	98	84	25	2008	Tempo de atendimento	100	234	25	2008
CID – Classificação Internacional					Tempo de exame	100	234	25	2008
De doenças	100	196	25	2008	Consulta de Retorno				
Cirurgia					Conceito Cremesp	100	230	25	2008
Assinatura dos cirurgiões	97	31	25	2008	Remuneração	100	230	25	2008
Responsabilidade	97	31	25	2008	Consultório médico				
Cirurgia Transsexual					Presença de câmara de vigilância	97	39	25	2008
Equipe multidisciplinar	97	55	25	2008	Contaminação				
Identidade psicosssexual	97	55	25	2008	Exercício de função	98	116	25	2008
Laudo psicológico nacional	97	55	25	2008	Policial militar	98	116	25	2008
Tempo de observação clínica	97	55	25	2008	Risco de transmissão	98	116	25	2008
Cirurgião					Soro positivo	98	116	25	2008
Assinatura e relatório da cirurgia	97	31	25	2008	Contrato Hospitalar				
Responsabilidade	97	31	25	2008	Corpo clínico	99	137	25	2008
Cirurgião Geral					Descredenciamento	99	137	25	2008
Vasectomia	97	49	25	2008	Médico	99	137	25	2008
Classificação Internacional de Doenças					Operadora	99	137	25	2008
CID	100	196	25	2008	Plano de saúde	99	137	25	2008
Clínico					Convênio				
Protocolo	97	1	25	2008	Auditor	99	173	25	2008
Código Internacional de Doenças					Autonomia	99	173	25	2008
Documento de fé pública	98	84	25	2008	Empresa	99	173	25	2008
Indicação de diagnóstico	98	84	25	2008	Esclarecimento	99	173	25	2008
Permissão para colocar	98	84	25	2008	Especialista	99	173	25	2008
Permissão de utilizar	98	84	25	2008	Limite de atuação	99	173	25	2008
Responsabilidade	98	84	25	2008	Relação com médico	99	173	25	2008
Coefficiente de morte					Convênio Hospitalar				
Materno-infantil	100	181	25	2008	Com Universidade	100	224	25	2008
Paraná	100	181	25	2008	Curso de enfermagem	100	224	25	2008
Comissão de Ética					Equipe de saúde	100	224	25	2008
Plantão	97	29	25	2008	Obstetrícia	100	224	25	2008
Comissão Ética Médica					Convênio com Universidade				
Estabelecimento de Saúde	99	127	25	2008	Enfermagem	100	224	25	2008
Organização e normas	99	127	25	2008	Equipe de Saúde	100	224	25	2008
Regimento interno	99	127	25	2008	Hospitalar	100	224	25	2008
Regulamentos	99	127	25	2008	Obstetrícia	100	224	25	2008
Resolução CFM 1657/08	99	127	25	2008	Privacidade	100	224	25	2008
Comitê Pró Vida					Sigilo	100	224	25	2008
Prevenção de mortalidade	100	181	25	2008	Corpo Clínico				
Conceito					Contrato hospitalar	99	137	25	2008
Medicação de alto custo					Descredenciamento	99	137	25	2008
(excepcional)	97	1	25	2008	Médico	99	137	25	2008
Reconsulta	100	234	25	2008	Plano de saúde	99	137	25	2008
Urgência/emergência	98	114	25	2008	Crédito				
Concurso					Adicional (cartão)	97	1	25	2008
Monografia 2008	97	1	25	2008	Curso de Enfermagem				
Conflitos					Equipe de Saúde	100	224	25	2008
Ação jurídica	99	177	25	2008	Hospitalar	100	224	25	2008
Código de ética	99	177	25	2008	Obstetrícia	100	224	25	2008
Harmonia	99	177	25	2008	Privacidade	100	224	25	2008
Relação entre médicos	99	177	25	2008	Sigilo	100	224	25	2008
Conselho Nacional de Ressuscitação					D'Ávila, Roberto Luiz				
Capacitação leiga	99	165	25	2008	Artigo	99	165	25	2008
Curso de suporte básico	99	165	25	2008	Declaração de Óbito				
Desfibrilador automático	99	165	25	2008	Ato médico	100	196	25	2008
Consentimento					Centro Brasileiro de classificação				
Atestado médico	99	134	25	2008	de doenças	100	196	25	2008
Direito do paciente	99	134	25	2008	Conselho Federal de Medicina	100	196	25	2008
Consentimento Informado					Lei dos registros públicos				
E-mail	99	179	25	2008	nº 6015/73	100	196	25	2008
Prova	99	179	25	2008	Ministério da Saúde	100	196	25	2008
STJ	99	179	25	2008	Morte natural/violenta	100	196	25	2008
Validade	99	179	25	2008	Normas de preenchimento	100	196	25	2008
Consórcios					Óbito fetal – CID	100	196	25	2008
Mercantilização	98	61	25	2008	Peças anatômicas ou cirúrgicas	100	196	25	2008
Resolução CFM nº 1836/08	98	61	25	2008	Resolução CFM nº 1641/02	100	196	25	2008
Consulta					Resolução CFM nº 1779/05	100	196	25	2008
Limitações	100	234	25	2008	Ver atestado de óbito	00	00	00	00
Reconsulta	100	234	25	2008	Ver certidão de óbito	00	00	00	00

Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano	Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano
Definição					Documento Médico				
Medicamentos de alto custo	97	1	25	2008	Arquivo	98	100	25	2008
Medicamentos excepcionais	97	1	25	2008	Atestado	98	100	25	2008
Delegacia					Fundamentação	98	100	25	2008
Metropolitana de Curitiba	97	21	25	2008	Hospitalar, ambulatorial	98	100	25	2008
Regulamentação	97	21	25	2008	Laudo	98	100	25	2008
Democrático					Prontuário	98	100	25	2008
Estado de direito	97	1	25	2008	Tempo de guarda	98	100	25	2008
Dengue					Doenças				
Pagamento hospitalar	97	37	25	2008	Centro Brasileiro de Classificação	100	196	25	2008
Problema administrativo	97	37	25	2008	Declaração de óbito	100	196	25	2008
Tratamento hospitalar	97	37	25	2008	Donizetti Dimer Giamberdardino Filho				
Descredenciamento					Artigo	97	39	25	2008
Contrato hospitalar	99	137	25	2008	Artigo	100	217	25	2008
Corpo clínico	97	41	25	2008	Edson de Oliveira Andrade				
Corpo clínico	99	137	25	2008	Artigo	98	116	25	2008
Decisão motivada e justa	97	41	25	2008	Educação Continuada				
Médico	97	41	25	2008	Revogação co CFM	98	77	25	2008
Médico	99	137	25	2008	Resolução CRMPR nº 1498/98	98	77	25	2008
Operadora	99	137	25	2008	Ehrenfried Othmar Wittig				
Plano de saúde	99	137	25	2008	Artigo	97	60	25	2008
Desfibrilador					Artigo	98	120	25	2008
Automático externo	99	165	25	2008	Artigo	99	180	25	2008
Capacitação leiga	99	165	25	2008	Artigo	100	250	25	2008
Cardioversão elétrica	99	165	25	2008	E-mail				
Curso de suporte básico	99	165	25	2008	Consentimento	99	179	25	2008
Disponibilidade	99	165	25	2008	Documento	99	179	25	2008
Direito					Prova documental	99	179	25	2008
Monografia 2008	97	1	25	2008	Prova pericial	99	179	25	2008
Saúde	97	1	25	2008	STJ	99	179	25	2008
Ver estado de direito	00	00	00	00	Validade	99	179	25	2008
Direito de Internar					Emergência				
Plantão médico	98	80	25	2008	Conceito	98	114	25	2008
Direitos clínico/técnico					Equipe Permanente em PS.				
Plantão	97	29	25	2008	Pronto Socorro	98	80	25	2008
Diretrizes					Resolução CFM nº 1454/95	98	80	25	2008
Protocolo	97	1	25	2008	Errata				
Terapêutica	97	1	25	2008	Resolução CRMPR nº 154/08	98	100	25	2008
Diretor Técnico Médico					Retificações	98	100	25	2008
Laboratório de patologia	98	64	25	2008	Escala de livre decisão				
Normas técnicas	98	64	25	2008	Plantão	97	29	25	2008
Procedimentos laboratoriais	98	64	25	2008	Esclarecimento				
Publicidade	98	64	25	2008	Auditor	99	173	25	2008
Relacionamentos	98	64	25	2008	Especialista	99	173	25	2008
Resolução CFM nº 1823/07	98	64	25	2008	Limite de atuação	99	173	25	2008
Dispensação					Procedimento	99	173	25	2008
Excepcional	97	1	25	2008	Relação médico-convênio	99	173	25	2008
Disponibilidade					Especialidades Médicas				
Normas	98	75	25	2008	Resolução CFM nº 1634/02	99	133	25	2008
Plantão médico	98	75	25	2008	Estado Democrático				
Distância					Direito	97	1	25	2008
Normas	98	75	25	2008	Estado de Disponibilidade				
Plantão	97	29	25	2008	Plantão	97	29	25	2008
Plantão médico	98	75	25	2008	Esterilização				
Doador					Vasectomia	98	106	25	2008
Legalidade	99	121	25	2008	Voluntária	98	106	25	2008
Morte encefálica	99	121	25	2008	Estética em Medicina				
Não doador	99	121	25	2008	Endermoterapia	99	139	25	2008
Suspensão de suporte	99	121	25	2008	Hidrolipectasia				
Terapêutica	99	121	25	2008	Implantes	99	139	25	2008
Documento					Iontoforese	99	139	25	2008
CID	98	84	25	2008	Procedimentos	99	139	25	2008
Consentimento	99	179	25	2008	Ética				
E-mail	99	179	25	2008	Resolução CFM nº 1657/02	99	127	25	2008
Fé pública	98	84	25	2008	Ética Médica				
Prova documental	99	179	25	2008	Comissão de Ética Médica	99	127	25	2008
Prova pericial	99	179	25	2008	Organização	99	127	25	2008
STJ	99	179	25	2008	Regulamento	99	127	25	2008
Validade	99	179	25	2008					

Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano	Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano
Resolução CFM 1657/2002	99	127	25	2008	Giamberardino Filho, Donizetti Dimer	97	39	25	2008
Revogação Resolução CFM 1215/85	99	127	25	2008	Artigo	100	217	25	2008
Eutanásia Animal					Ginecologia				
Conselho de Veterinária	100	228	25	2008	Laqueadura	97	49	25	2008
Novas diretrizes	100	228	25	2008	Graf, Joachim				
Presença de veterinário	100	228	25	2008	Artigo	98	84	25	2008
Resolução CFMV nº 876/2008	100	228	25	2008	Artigo	99	177	25	2008
Sacrifício	100	228	25	2008	Artigo	100	222	25	2008
Exame Laboratorial					Guarda de Prontuário				
Diagnóstico	100	222	25	2008	Arquivo	100	226	25	2008
Explicar resultado	100	222	25	2008	Equipe de saúde	100	226	25	2008
Informar resultado	100	222	25	2008	Hospital	100	226	25	2008
Privacidade	100	222	25	2008	Internado em UTI	100	226	25	2008
Responsabilidade	100	222	25	2008	Médico plantonista	100	226	25	2008
Sigilo	100	222	25	2008	Responsabilidade	100	226	25	2008
Exame Médico					Sigilo ético	100	226	25	2008
Finalidade	100	234	25	2008	Guia da TISS				
Objetivo	100	234	25	2008	CID	97	19	25	2008
Particular/previdenciário	100	234	25	2008	Exame	97	19	25	2008
Reconsulta	100	234	25	2008	Guia de consulta	97	19	25	2008
Remuneração	100	234	25	2008	Plano de saúde	97	19	25	2008
Tempo de consulta	100	234	25	2008	Preenchimento	97	19	25	2008
Exames Complementares					Resolução CFM	97	19	25	2008
Ato médico	100	222	25	2008	Segredo médico	97	19	25	2008
Explicar resultado	100	222	25	2008	Seguradora	97	19	25	2008
Informação ao paciente	100	222	25	2008	Guia de consulta				
Privacidade	100	222	25	2008	CID	97	19	25	2008
Responsabilidade	100	222	25	2008	Exame	97	19	25	2008
Sigilo	100	222	25	2008	Guia da TISS	97	19	25	2008
Excepcional					Preenchimento	97	19	25	2008
Definição	97	1	25	2008	Seguradora	97	19	25	2008
Discriminação	97	1	25	2008	TISS Guia	97	19	25	2008
Medicamento	97	1	25	2008	Hélcio Bertolozzi Soares				
Ewaldal Von Rosen Seeling Stahlke					Artigo	99	143	25	2008
Artigo	99	139	25	2008	Artigo	99	168	25	2008
Artigo	99	173	25	2008	HIV				
Farmácia					Exercício de função	98	116	25	2008
Especial	97	1	25	2008	Policial militar	98	116	25	2008
Medicamento	97	1	25	2008	Risco de transmissão	98	116	25	2008
Fé Pública					Soro positivo	98	116	25	2008
CID	98	84	25	2008	História da Medicina				
Documento	98	84	25	2008	Armários pioneiros	99	180	25	2008
Utilização	98	84	25	2008	Estimulador Neuromuscular eletivo	98	120	25	2008
Fiscalização					Instituto Médico Legal	97	60	25	2008
Anorexígenos	97	56	25	2008	Manoel Pedro dos Santos Lima	100	250	25	2008
Substância psicotrópica	97	56	25	2008	Museu da História	99	180	25	2008
Florêncio, Roseni Terezinha					Primeiro médico paranaense	100	250	25	2008
Artigo	98	100	25	2008	Homenagem				
Artigo	100	217	25	2008	Ética	99	159	25	2008
Formação no Exterior					Finalidade	99	159	25	2008
Médicos brasileiro e estrangeiro	98	70	25	2008	Médico do Ano	99	159	25	2008
Registro no CRM/CFM	98	70	25	2008	Normas	99	159	25	2008
Regulamentação	98	70	25	2008	Implantes Faciais				
Resolução CFM nº 1832/08	98	70	25	2008	Esclarecimento	99	139	25	2008
Revalidação	98	70	25	2008	Estética em medicina	99	139	25	2008
Fronteira					Inexistência de vaga				
Cremesc	97	27	25	2008	Central reguladora	97	33	25	2008
Inscrição secundária	97	27	25	2008	Obrigação de resolução	97	33	25	2008
Médicos	97	27	25	2008	Instituto Médico Legal				
Municípios	97	27	25	2008	CID	100	196	25	2008
Função de Risco					Museu de Medicina	97	60	25	2008
Contaminação pelo HIV	98	116	25	2008	Nascido vivo	100	196	25	2008
Exercício de função	98	116	25	2008	Óbito fetal	100	196	25	2008
Policial militar	98	116	25	2008	Óbito natural	100	196	25	2008
Gallo, José Hiran da Silva					Óbito violento	100	196	25	2008
Artigo	99	162	25	2008	Serviço de verificação de óbito	100	196	25	2008
Gerson Zafalon Martins					Insuficiência Respiratória				
Artigo	97	55	25	2008	Ato médico	100	217	25	2008
					Indicação/prescrição "se necessário"	100	217	25	2008
					Oxigenoterapia	100	217	25	2008

Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano	Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano
Internação Hospitalar					Medicina Ortomolecular				
Direito	98	80	25	2008	Aceitação	98	86	25	2008
Plantão médico	98	80	25	2008	Base/evidências	98	86	25	2008
Iontoforese					Conceito	98	86	25	2008
Esclarecimento	99	139	25	2008	Fundamentação	98	86	25	2008
Estética em medicina	99	139	25	2008	Posição atual	98	86	25	2008
Joachim Graf					Resolução CFM nº 1500/98	98	86	25	2008
Artigo	98	84	25	2008	Teoria	98	86	25	2008
Artigo	99	177	25	2008	Médico				
Artigo	100	222	25	2008	Formação brasileira ou estrangeira	100	230	25	2008
José Antonio Franchini Ramires					Avaliação oficial	100	230	25	2008
Artigo	100	230	25	2008	Médico Brasileiro				
José Hiran da Silva Gallo					Formação	100	230	25	2008
Artigo	99	162	25	2008	Médico Estrangeiro				
José Wesley Benicio Soares					Formação	100	230	25	2008
Artigo	98	116	25	2008	Médico do Trabalho				
Justiça do Trabalho					Atestado ocupacional	97	45	25	2008
Direito de internar	98	80	25	2008	Ato médico	97	45	25	2008
Plantão médico	98	80	25	2008	Fiscalização	97	45	25	2008
Laboratório de Patologia					Saúde ocupacional	97	45	25	2008
Diretor Técnico Médico	98	64	25	2008	Médico Legista				
Normas técnicas	98	64	25	2008	Declaração de óbito	100	196	25	2008
Publicidade	98	64	25	2008	Morte natural/violenta	100	196	25	2008
Relacionamentos	98	64	25	2008	Médico Regulador				
Resolução CFM nº 1823/07	98	64	25	2008	Atribuições	97	33	25	2008
Laqueadura					Central de vagas	97	33	25	2008
Especialista	97	49	25	2008	Central de regulação	97	33	25	2008
Portaria SAS 743/05	97	49	25	2008	Leitos e consultas	97	33	25	2008
SUS	97	49	25	2008	Resolução	97	33	25	2008
Vasectomia	97	49	25	2008	Responsabilidade	97	33	25	2008
Laudo Psicológico					Mercantilização				
Cirurgia transexual	97	55	25	2008	Condenada	98	61	25	2008
Legalidade Terapêutico					Consórcio	98	61	25	2008
Ética	99	121	25	2008	Empresa de financiamento	98	61	25	2008
Fundamentos	99	121	25	2008	Fundamentação	98	61	25	2008
Não doador	99	121	25	2008	Medicina	98	61	25	2008
Resolução CFM 1826/07	99	121	25	2008	Plano de saúde	98	61	25	2008
Suspensão de suporte	99	121	25	2008	Procedimento médico	98	61	25	2008
Terapêutica	99	121	25	2008	Resolução CFM nº 1836/08	98	61	25	2008
Leigo					Metropolitana				
Capacitação	99	165	25	2008	Delegacia	97	21	25	2008
Curso de suporte básico	99	165	25	2008	Molteni, Sérgio Maciel				
Desfibrilador automático	99	165	25	2008	Artigo	100	224	25	2008
Disponibilidade	99	165	25	2008	Monografia 2008				
Letra					Assessor jurídico	97	1	25	2008
Aviamento	100	238	25	2008	Ministério Público	97	1	25	2008
Legislação	100	238	25	2008	Premiada 2008	97	1	25	2008
Lei 13556 (14/05/02)	100	238	25	2008	Monteiro, Alexandre				
Prescrição médica e odontológica	100	238	25	2008	Artigo	99	179	25	2008
Qualidade	100	238	25	2008	Mortalidade Materno-Infantil				
Lima, Manoel Pedro dos Santos					Causas e soluções	100	181	25	2008
Primeiro Médico paranaense	100	250	25	2008	Coeficiente de morte	100	181	25	2008
Luiz Ernesto Pujol					Mortalidade	100	181	25	2008
Artigo	99	152	25	2008	Morte infantil	100	181	25	2008
Artigo	99	157	25	2008	Morte materna	100	181	25	2008
Luiz Salvador de Miranda Sá Júnior					Nascidos vivos (SINASC)	100	181	25	2008
Artigo	97	55	25	2008	Paraná	100	181	25	2008
Manoel Pedro dos Santos Lima					Planejamento familiar	100	181	25	2008
Primeiro Médico paranaense	100	250	25	2008	Prevenção/redução	100	181	25	2008
Martins, Gerson Zafalon					Prontuário médico	100	181	25	2008
Artigo	97	55	25	2008	Sistema de Informação (SIM)	100	181	25	2008
Maurício Marcondes Ribas					Morte Encefálica				
Artigo	98	80	25	2008	Ética	99	121	25	2008
Medicamentos					Fundamentos	99	121	25	2008
ANVISA	97	1	25	2008	Legalidade	99	121	25	2008
Excepcional	97	1	25	2008	Não doador	99	121	25	2008
Limitação	97	1	25	2008	Resolução CFM 1826/07	99	121	25	2008
Prescrição	97	1	25	2008	Suspensão de suporte	99	121	25	2008
SUS	97	1	25	2008	Terapêutica	99	121	25	2008
					Morte Fetal				
					Mortalidade infantil	100	181	25	2008

Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano	Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano
Morte Infantil					Paciente				
Causas e soluções	100	181	25	2008	Atestado médico	99	134	25	2008
Mortalidade materna	100	181	25	2008	Consentimento	99	134	25	2008
Mortalidade materno-infantil	100	181	25	2008	Registro em prontuário	99	134	25	2008
SINASC	100	181	25	2008	Paraná				
Morte Natural ou Violenta					Óbitos infantis	100	181	25	2008
Conceitos	100	196	25	2008	Óbitos maternos	100	181	25	2008
Declaração de óbito	100	196	25	2008	Parto				
Médico legista	100	196	25	2008	Acompanhamento	99	162	25	2008
Óbito fetal	100	196	25	2008	Autorização	99	162	25	2008
Moscoleski, Ana Lia					Centro cirúrgico	99	162	25	2008
Artigo	100	234	25	2008	Cuidados	99	162	25	2008
Museu de História da Medicina					Morte materno-infantil	100	181	25	2008
Manoel Pedro dos Santos Lima	100	250	25	2008	Normal	100	181	25	2008
Primeiro médico paranaense	100	250	25	2008	Planejamento familiar	100	181	25	2008
Museu de Medicina					Presença	99	162	25	2008
Armários pioneiros	99	180	25	2008	Privacidade	99	162	25	2008
Estimulador Neuromuscular eletivo	98	120	25	2008	Pedófilos				
Ver História da Medicina	00	00	00	00	Castração química	97	28	25	2008
Nascidos Vivos (SINASC)					Pedro Pablo Magalhães Chacel				
Mortalidade infantil	100	181	25	2008	Artigo	99	162	25	2008
Natural					Perinatologia				
Declaração de óbito	100	196	25	2008	Mortalidade materno-infantil	100	181	25	2008
Doença	100	196	25	2008	Planejamento Familiar				
Hospital/residência	100	196	25	2008	Morte materno-infantil	100	181	25	2008
Óbito	100	196	25	2008	Planos de Saúde				
Óbito					Contrato hospitalar	99	137	25	2008
Causa básica	100	196	25	2008	Corpo clínico	99	137	25	2008
Causa externa	100	196	25	2008	Descredenciamento	97	41	25	2008
Causa natural	100	196	25	2008	Descredenciamento	99	137	25	2008
Declaração/certidão	100	196	25	2008	Empresas de Financiamento	98	61	25	2008
Hospitalar	100	196	25	2008	Médico	97	41	25	2008
Instituto Médico Legal	100	196	25	2008	Médico	99	137	25	2008
Morte	100	196	25	2008	Mercantilização	98	61	25	2008
Nascido vivo	100	196	25	2008	Resolução CFM nº 1836/08	98	61	25	2008
Sem assistência médica	100	196	25	2008	Plantão				
Serviço de Verificação de Óbito	100	196	25	2008	Autonomia	97	29	25	2008
Óbito Fetal					Comissão de Ética de Saúde	97	29	25	2008
Declaração	100	196	25	2008	Direito clínico/técnico	97	29	25	2008
Nascido vivo	100	196	25	2008	Domicílio	97	29	25	2008
Normas	100	196	25	2008	Disponibilidade	97	29	25	2008
Óbito Natural ou Violento					Distância	97	29	25	2008
Declaração	100	196	25	2008	Escala livre de decisão	97	29	25	2008
Normas	100	196	25	2008	Obrigatoriedade	97	29	25	2008
Obrigatoriedade					Plantão fixo	97	29	25	2008
Registro	97	29	25	2008	Regimento interno	97	29	25	2008
Ocupacional					Remuneração	97	29	25	2008
Fiscalização	97	45	25	2008	Plantão Médico				
Saúde	97	45	25	2008	Anestesia	98	108	25	2008
Sigilo	97	45	25	2008	Aspectos legais	100	217	25	2008
Odontologia					Atendimento não urgente	99	152	25	2008
Aviamento	100	234	25	2008	Contratação	100	217	25	2008
Prescrição da receita	100	234	25	2008	Direito de internação	98	80	25	2008
Qualidade da letra	100	234	25	2008	Diretor técnico	98	75	25	2008
Operadora de Saúde					Diretor técnico	100	217	25	2008
Descredenciamento	97	41	25	2008	Disponibilidade	98	75	25	2008
Médico	97	41	25	2008	Disponibilidade	98	80	25	2008
Órgãos Humanos					Distância	98	75	25	2008
Abandonados	97	36	25	2008	Distância	98	80	25	2008
Aeroporto	97	36	25	2008	Equipe permanente em P.S.	98	80	25	2008
Estudo e ensino	97	36	25	2008	Ética	100	217	25	2008
Transplante	97	36	25	2008	Fundamentação	98	108	25	2008
Ortomolecular					Hospitalar	99	152	25	2008
Ver medicina ortomolecular	00	00	00	00	Internação hospitalar	98	80	25	2008
Oxigenoterapia					Normas	98	75	25	2008
Aplicação "se necessário"	100	217	25	2008	Prestação de serviço direto	98	80	25	2008
Ato médico	100	217	25	2008	Pronto Socorro	98	108	25	2008
Enfermeira	100	217	25	2008	Pronto Socorro	99	152	25	2008
Indicação	100	217	25	2008	Recuperação anestésica	98	108	25	2008
Insuficiência respiratória	100	217	25	2008	Remuneração	98	80	25	2008
Prescrição	100	217	25	2008	Remuneração	100	217	25	2008

Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano	Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano
Resolução CFM nº 1834/08	98	75	25	2008	Prontuário				
Resolução CFM nº 1451/95	99	152	25	2008	Atestado médico	99	134	25	2008
Resolução CRMPR nº 152/07	99	152	25	2008	Crempesp	97	58	25	2008
Responsabilidade	98	108	25	2008	Direito do paciente	99	134	25	2008
Responsabilidade	100	217	25	2008	Divulgação de informação	100	226	25	2008
Sala anestésica	98	108	25	2008	Documentos	97	58	25	2008
Segurança do paciente	98	108	25	2008	Equipe de saúde	100	226	25	2008
Sobreaviso	98	75	25	2008	Falecimento do médico	97	58	25	2008
Sobreaviso	98	80	25	2008	Fechamento de hospital	97	58	25	2008
Sobreaviso	100	217	25	2008	Guarda de prontuário/ responsabilidade	100	226	25	2008
Trabalho	100	217	25	2008	Hospital	100	226	25	2008
Urgência/emergência	98	75	25	2008	Médico plantonista	100	226	25	2008
UTI	98	108	25	2008	Registro	99	134	25	2008
24 horas	99	152	25	2008	Sigilo	100	226	25	2008
Portaria nº 743, 20/12/05					UTI	100	226	25	2008
Autorização	97	49	25	2008	Prontuário Médico				
Internação	97	49	25	2008	Arquivo médico	100	181	25	2008
Laudos para solicitação	97	49	25	2008	Mortalidade materno-infantil	100	181	25	2008
Mudança de procedimento	97	49	25	2008	Protocolo				
Procedimentos especiais	97	49	25	2008	Clínico	97	1	25	2008
Preenchimento					Prova Documental				
Atestado	100	196	25	2008	Consentimento informado	99	179	25	2008
Certidão de óbito	100	196	25	2008	Prova pericial	99	179	25	2008
Declaração de óbito	100	196	25	2008	STJ	99	179	25	2008
Normas	100	196	25	2008	Validade	99	179	25	2008
Preenchimento de AIH					Pujol, Luiz Ernesto				
Autorização de internamento	99	157	25	2008	Artigo	99	152	25	2008
Diretor clínico	99	157	25	2008	Artigo	99	157	25	2008
Premio					Ramires, José Antonio Franchini				
Monografia 2008	97	1	25	2008	Artigo	100	230	25	2008
Prescrição					Raquete Rotta Burkiewicz				
Antibióticos	97	51	25	2008	Artigo	98	106	25	2008
Anorexígeno	99	123	25	2008	Receita Médica				
Ansiolítico	99	123	25	2008	Aviamento	100	234	25	2008
Autonomia médica	97	51	25	2008	Formatação	100	234	25	2008
Aviamento	99	123	25	2008	Legislação	100	234	25	2008
CCHH	97	51	25	2008	Lei 13556 (14/05/02)	100	234	25	2008
Ética	97	1	25	2008	Odontologia	100	234	25	2008
Medicamento	97	1	25	2008	Prescrição	100	234	25	2008
Normas	97	51	25	2008	Qualidade da letra	100	234	25	2008
Protocolos	97	51	25	2008	Receita Odontológica				
Receita B2	99	123	25	2008	Aviamento	100	234	25	2008
Unidade hospitalar	97	51	25	2008	Legislação	100	234	25	2008
UTI	97	51	25	2008	Lei 13556 (14/05/02)	100	234	25	2008
Prescrição Médica					Prescrição	100	234	25	2008
Formatação	100	234	25	2008	Qualidade da letra	100	234	25	2008
Legislação	100	234	25	2008	Reconsulta	100	234	25	2008
Lei 13556 (14/05/02)	100	234	25	2008	Recuperação Anestésica				
Letra	100	234	25	2008	Fundamentação	98	108	25	2008
Odontologia	100	234	25	2008	Normas	98	108	25	2008
Receita	100	234	25	2008	Plantão médico	98	108	25	2008
Prevenção					Resolução CFM 1451/95	98	108	25	2008
Causas	100	181	25	2008	Responsabilidade	98	108	25	2008
Mortalidade materno-infantil	100	181	25	2008	Sala de recuperação	98	108	25	2008
Prevenção de Mortalidade					Segurança do paciente	98	108	25	2008
Boletim Epidemiológico Curitiba	100	181	25	2008	UTI	98	108	25	2008
Comitê Pró Vida	100	181	25	2008	Regimento Interno				
Mortalidade infantil	100	181	25	2008	CRMPR	98	77	25	2008
Mortalidade materno	100	181	25	2008	Resolução CRMPR nº 157/07	98	77	25	2008
Parto	100	181	25	2008	Tribunal de Ética	98	77	25	2008
Planejamento familiar	100	181	25	2008	Regional Metropolitana				
Primeiro Médico					Abrangência	99	124	25	2008
Manoel Pedro dos Santos Lima	100	250	25	2008	Organização e normas	99	124	25	2008
Paranaense	100	250	25	2008	Resolução CRMPR nº 158/08	99	124	25	2008
Privacidade					Sede administrativa	99	124	25	2008
Câmara de vigilância	97	39	25	2008	Telêmaco Borba	99	124	25	2008
Procedimentos Estéticos					Registro no CRM/CFM				
Estética em medicina	99	139	25	2008	Formação e atividade no exterior	98	70	25	2008
Procedimentos Médicos					Médico brasileiro	98	70	25	2008
CBHPM	99	168	25	2008	Médico estrangeiro	98	70	25	2008
Classificação	99	168	25	2008					
Remuneração ética	99	168	25	2008					

Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano	Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano
Resolução CFM nº 1832/08	98	70	25	2008	Resolução CFM nº 1658/02				
Retificações	98	70	25	2008	Atestado médico	99	134	25	2008
Relação do médico					Resolução CFMV nº 876/2008				
Hospital	97	41	25	2008	Eutanásia animal	100	228	25	2008
Operadora de saúde	97	41	25	2008	Resolução CRMPR				
Plano de saúde	97	41	25	2008	Curitiba	97	21	25	2008
Relação Entre Médicos					Delegacia Metropolitana	97	21	25	2008
Ação jurídica	99	177	25	2008	Nº 1541/2007	97	21	25	2008
Código de ética	99	177	25	2008	Regulamentação	97	21	25	2008
Conflitos	99	177	25	2008	Resolução CRMPR				
Gravação de consulta	99	177	25	2008	Delegacia Regional	97	27	25	2008
Harmonia	99	177	25	2008	Fundamentação	97	27	25	2008
Relação Médico-Convênio					Litoral	97	27	25	2008
Auditor	99	173	25	2008	Nº 155/2008	97	27	25	2008
Autonomia	99	173	25	2008	Regulamentação	97	27	25	2008
Empresa	99	173	25	2008	Resolução CRMPR				
Esclarecimento	99	173	25	2008	Cremesc	97	27	25	2008
Especialista	99	173	25	2008	Municípios fronteirices	97	27	25	2008
Limite de atuação	99	173	25	2008	Nº 156/2007	97	27	25	2008
Obrigação de atendimento	99	173	25	2008	Taxa de inscrição secundária	97	27	25	2008
Procedimento	99	173	25	2008	Resolução CRMPR nº 158/08				
Relatório cirúrgico					Organização e normas	99	124	25	2008
Assinatura	97	31	25	2008	Regional de Telêmaco Borba	99	124	25	2008
Ética	97	31	25	2008	Resolução RDC 58/07				
Obrigatoriedade dos cirurgiões	97	31	25	2008	Ansiolítico	99	123	25	2008
Responsabilidade	97	31	25	2008	ANVISA	99	123	25	2008
Remédios					Aviamento	99	123	25	2008
Ver medicamentos	00	00	00	00	Prescrição de anorexígeno	99	123	25	2008
Remuneração					Resoluções				
Aspectos legais	100	217	25	2008	Retificações	98	70	25	2008
CBHPM	99	168	25	2008	Responsabilidade				
Classificação	99	168	25	2008	Assinatura	97	31	25	2008
Conceito Cremesp	100	230	25	2008	Ato cirúrgico	97	31	25	2008
Consulta de retorno	100	230	25	2008	Relatório	97	31	25	2008
Contratação	100	217	25	2008	Social	97	1	25	2008
Direito/internação	98	80	25	2008	Resultado de Exames Complementares				
Diretor técnico	100	217	25	2008	Ato médico	100	222	25	2008
Distância	98	80	25	2008	Explicar resultado	100	222	25	2008
Ética	100	217	25	2008	Informação ao paciente	100	222	25	2008
Plantão médico	98	80	25	2008	Privacidade	100	222	25	2008
Plantão médico	100	217	25	2008	Responsabilidade	100	222	25	2008
Procedimentos médicos	99	168	25	2008	Sigilo	100	222	25	200
Reconsulta	100	230	25	2008	Retificações				
Responsabilidade	100	217	25	2008	Formação no exterior	98	70	25	2008
Sobreaviso	98	80	25	2008	Registro no CFM/CRM	98	70	25	2008
Sobreaviso	100	217	25	2008	Resolução CFM nº 1832/08	98	70	25	2008
Trabalho	100	217	25	2008	Resolução CRMPR nº 154/08	98	100	25	2008
Ver disponibilidade	00	00	00	00	Revogações de resoluções	98	70	25	2008
Representação Regional					Retorno				
Abrangência	99	124	25	2008	Conceito Cremesp	100	230	25	2008
Metropolitana	99	124	25	2008	Reconsulta	100	230	25	2008
Normas e organização	99	124	25	2008	Revogação				
Resolução CRMPR nº 158/08	99	124	25	2008	Comissão	99	127	25	2008
Sede administrativa	99	124	25	2008	Educação continuada	98	77	25	2008
Telêmaco Borba	99	124	25	2008	Resolução CFM nº 1215/85	99	127	25	2008
Resolução CFM					Resolução CFM nº 1657/02	99	127	25	2008
Colocação do CID	97	19	25	2008	Resolução CRMPR nº 1498/98	98	77	25	2008
Guia de TISS	97	19	25	2008	Ribas, Maurício Marcondes				
Nº 1819/2007	97	19	25	2008	Artigo	98	80	25	2008
Tempo de consulta	97	19	25	2008	Ricardo A. Franco Simon				
Resolução CFM nº 1500/98					Artigo	100	228	25	2008
Biomolecular	98	89	25	2008	Ricardo José Baptista				
Medicina ortomolecular	98	89	25	2008	Artigo	99	159	25	2008
Oxidologia	98	89	25	2008	Risco de Contaminação				
Resolução CFM nº 1657/02					Exercício de função	98	116	25	2008
Comissão de Ética Médica	99	127	25	2008	Policial militar	98	116	25	2008
Regulamento	99	127	25	2008	Soro positivo HIV	98	116	25	2008
Resolução CFM nº 1634/2002					Roberto Luiz D'Ávila				
Especialidades médicas	99	133	25	2008	Artigo	99	165	25	2008

Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano	Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano
Rocha, Carlos Roberto Goytacaz					Sobreaviso				
Artigo	97	45	25	2008	Normas	98	75	25	2008
Romeu Bertol					Plantão médico	98	75	25	2008
Artigo	97	31	25	2008	Social				
Artigo	97	33	25	2008	Responsabilidade	97	1	25	2008
Roseni Terezinha Florêncio					Soluções				
Artigo	98	100	25	2008	Causa de mortalidade	100	181	25	2008
Artigo	100	217	25	2008	Materno-infantil	100	181	25	2008
Sá Jr, Luiz Salvador de Miranda					Stahlke, Ewalda Von Rosen Seeling				
Artigo	97	55	25	2008	Artigo	99	139	25	2008
Saúde					Artigo	99	173	25	2008
Direito	97	1	25	2008	Substâncias Psicotrópicas				
Monografia 2008	97	1	25	2008	Anorexígenos	97	56	25	2008
Saúde Ocupacional					ANVISA	97	56	25	2008
Confidencialidade	97	45	25	2008	Normas	97	56	25	2008
Fiscalização	97	45	25	2008	Resolução RDC	97	56	25	2008
Sigilo	97	45	25	2008	Suporte				
Secretaria de Estado de Saúde					Ética	99	121	25	2008
Central reguladora	97	33	25	2008	Fundamentos	99	121	25	2008
Limitações	97	33	25	2008	Morte encefálica	99	121	25	2008
Obrigação funcional	97	33	25	2008	Não doador	99	121	25	2008
Recusa hospitalar	97	33	25	2008	Suspensão de suporte	99	121	25	2008
Urgência	97	33	25	2008	Terapêutica	99	121	25	2008
Vaga zero	97	33	25	2008	Suporte Básico de Vida				
Segredo Médico					Capacitação	99	165	25	2008
Ver sigilo médico	00	00	00	00	Curso para leigos	99	165	25	2008
Sérgio Maciel Molteni					Desfibrilador automático	99	165	25	2008
Artigo	100	224	25	2008	Resolução CFM nº 1671/03	99	165	25	2008
Serviço de Verificação de Óbito					Suspensão de Suporte				
Com assistência médica	100	196	25	2008	Ética	99	121	25	2008
Doença	100	196	25	2008	Fundamentos	99	121	25	2008
Morte causa externa	100	196	25	2008	Legalidade	99	121	25	2008
Morte causa natural	100	196	25	2008	Morte encefálica	99	121	25	2008
Morte causa violenta	100	196	25	2008	Não doador	99	121	25	2008
Normas					Resolução CFM 1826/07	99	121	25	2008
Óbito hospitalar	100	196	25	2008	Terapêuticos	99	121	25	2008
Sem assistência médica	100	196	25	2008	Telêmaco Borba				
Sigilo médico					Abrangência	99	124	25	2008
Câmara de vigilância	97	39	25	2008	Metropolitana	99	124	25	2008
Consentimento	99	143	25	2008	Normas e organização	99	124	25	2008
Crime	99	143	25	2008	Representação regional	99	124	25	2008
Dever legal	99	143	25	2008	Resolução CRMPR nº 158/08	99	124	25	2008
Informações ao INSS	99	143	25	2008	Sede administrativa	99	124	25	2008
Obrigação	99	143	25	2008	Tempo de guarda				
Parecer CRMPR nº 1105/98	99	143	25	2008	Arquivo	98	100	25	2008
Presta causa	99	143	25	2008	Documento médico	98	100	25	2008
Prontuário médico	99	143	25	2008	Fundamentação	98	100	25	2008
Quebra	99	143	25	2008	Laudo	98	100	25	2008
Responsável legal	99	143	25	2008	Paciente	98	100	25	2008
SIM					Prontuário	98	100	25	2008
Sistema de Informação de					Termografia Cutânea				
Mortalidade	100	181	25	2008	Ver Termometria cutânea	00	00	00	00
Coefficiente de morte	100	181	25	2008	Termometria Cutânea				
Simon, Ricardo A. Franco					Efeitos colaterais	98	103	25	2008
Artigo	100	228	25	2008	Ética	98	103	25	2008
SINASC					Fundamentação	98	103	25	2008
Mortalidade materno-infantil	100	181	25	2008	Indicações	98	103	25	2008
Sistema de informação de					Internet	98	103	25	2008
nascidos vivos	100	181	25	2008	Prontuário	98	103	25	2008
Sistema de Informação					Responsabilidade	98	103	25	2008
Morte materno-infantil	100	181	25	2008	Termografia	98	103	25	2008
SIM	100	181	25	2008	Testes ilegais				
SINASC	100	181	25	2008	Acusação	97	54	25	2008
Soares, Hécio Bertolozzi					Antibióticos	97	54	25	2008
Artigo	99	143	25	2008	Crianças	97	54	25	2008
Artigo	99	168	25	2008	Sem termo de consentimento	97	54	25	2008
Soares, José Wesley Benicio					Transmissão de HIV				
Artigo	98	116	25	2008	Exercício de função	98	116	25	2008
					Policial militar	98	116	25	2008
					Risco de transmissão	98	116	25	2008
					Soro positivo	98	116	25	2008

Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano	Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano
Transexual					Falhas	97	33	25	2008
Cirurgia	97	55	25	2008	Leito	97	33	25	2008
Laudo psicológico	97	55	25	2008	Urgência	97	33	25	2008
Troca de Sexo					Vasectomia				
Cuba autoriza	98	105	25	2008	Condições	98	106	25	2008
Tribunal de Ética					Especialista	97	49	25	2008
Câmaras	98	77	25	2008	Esterilização voluntária	98	106	25	2008
Composição	98	77	25	2008	Laqueadura	97	49	25	2008
CRMPR nº 157/07	98	77	25	2008	Portaria SAS 743/05	97	49	25	2008
Normas	98	77	25	2008	SUS	97	49	25	2008
Regimento interno	98	77	25	2008	Verificação de Óbito				
Universidade					IML	100	196	25	2008
Convênio hospitalar	100	224	25	2008	Serviço	100	196	25	2008
Enfermagem	100	224	25	2008	Veterinária				
Obstetria	100	224	25	2008	Conselho de Veterinária	100	228	25	2008
Privacidade	100	224	25	2008	Eutanásia animal	100	228	25	2008
Sigilo	100	224	25	2008	Presença profissional	100	228	25	2008
Urgência					Vigilância				
Conceito	98	114	25	2008	Câmara em consultório	97	39	25	2008
UTI (adulto-infantil)					Privacidade	97	39	25	2008
Equipe	98	80	25	2008	Sigilo médico	97	39	25	2008
Plantão permanente	98	80	25	2008	Violenta				
UTI e Prontuário Médico					Declaração de óbito	100	196	25	2008
Equipe de saúde	100	226	25	2008	Hospital/residência	100	196	25	2008
Guarda	100	226	25	2008	Óbito	100	196	25	2008
Hospitalar	100	226	25	2008	Trauma	100	196	25	2008
Médico plantonista	100	226	25	2008	Wittig, Ehrenfried Othmar				
Responsabilidade	100	226	25	2008	Artigo	97	60	25	2008
Sigilo	100	226	25	2008	Artigo	98	120	25	2008
Vaga zero					Artigo	99	180	25	2008
Central reguladora	97	33	25	2008	Artigo	100	250	25	2008
Consulta	97	33	25	2008					

PRIMEIRO MÉDICO PARANAENSE

O Dr. Manoel Pedro dos Santos Lima, nasceu na Lapa - Pr e viveu no período de 29/06/1843 a 1º/09/1898. Eram seu pais: o Dr. José Gaspar dos Santos Lima, juiz de direito e D^o. Ana Messias de Oliveira Lima.

Dr. Manoel Pedro matriculou-se na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1862, aos 19 anos de idade e recebeu seu diploma em 27/11/1868. Fez sua formação na enfermaria da Clínica Médica da Santa Casa de Misericórdia - RJ, no serviço do Prof. Dr. Torres Homem.

No Rio de Janeiro conviveu com João Teixeira Soares, engenheiro paranaense que construiu a estrada de Ferro de Curitiba – Paranaguá e de Antonio

Gomes Carneiro, o General Lapeano que, promoveu a resistência ao cerco da Lapa, na revolução constitucionalista, federalista ou republicana de 1894, entre Maragatos e Pica-Paus.

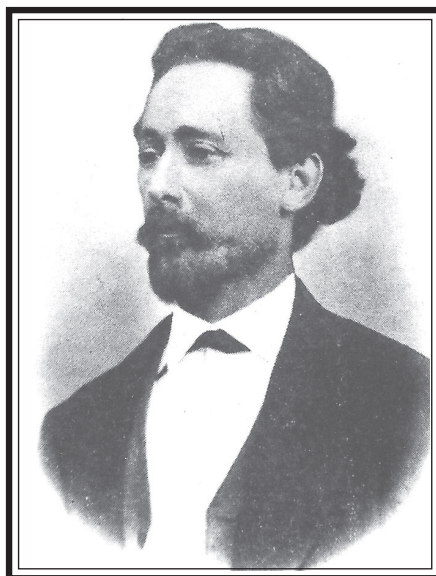
Por 30 anos o Dr. Manoel Pedro exerceu brilhantemente a medicina, falecendo aos 55 anos.

Construiu na Lapa o Teatro São José, a Biblioteca Municipal, fundou a Associação Literária Lapeana, a Escola Municipal, atos realizados como presidente da Câmara Municipal. Recebeu de Dr. Pedro II, em 1884, a Comenda Oficial da Ordem da Rosa. Empresta seu nome a cadeira nº 34, da Academia Paranaense de Medicina. Foi exemplo de dignidade como pessoa e profissional.

Dr. Manoel Pedro foi o primeiro médico paranaense

Palavras-chave - 1º Médico Paranaense, cidade da Lapa, história da medicina, Museu de Medicina

Key-words - First Paranaense Physician, Lapa City, medicine history, Medicine Museum



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

Para doações: Secretaria: Telefone 041. 3024-1415 - Fax 041 3242-4593
E-mail: amp@amp.org.br
Rua Cândido Xavier nº 575 - 80240-280 - Curitiba-PR

Visite o Museu em nosso site www.amp.org.br