

**ARQUIVOS**  
do Conselho Regional  
de Medicina do Paraná

v.27 - n. 108 - Out/Dez - 2010

**CRM**PR

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ**  
**GESTÃO 2008/2013**  
**DIRETORIA 1º/06/2010 a 31/01/2012**

Presidente:	Cons.	Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Vice-Presidente:	Cons.	Alexandre Gustavo Bley
Secretário Geral:	Cons.	Hélcio Bertolozzi Soares
1º. Secretário:	Cons.	José Clemente Linhares
2º. Secretário:	Cons.	Marco Antonio do S. Marques Ribeiro Bessa
1ª. Tesoureira:	Consª.	Roseni Teresinha Florencio
2º. Tesoureiro:	Cons.	Sérgio Maciel Molteni
Corregedor-Geral:	Cons.	Alceu Fontana Pacheco Júnior
1ª. Corregedora:	Consª.	Marília Cristina Milano Campos
2º. Corregedor:	Cons.	Roberto Issamu Yosida

**CONSELHEIROS**

Alceu Fontana Pacheco Júnior  
Alexandre Gustavo Bley  
Ana Maria Silveira Machado de Moraes (Maringá)  
Arnaldo Lobo Miró  
Carlos Puppi Busetti Mori (Cascavel)  
Carlos Roberto Goytacaz Rocha  
Clóvis Marcelo Corso  
Darley Rugeri Wollmann Júnior  
Donizetti Dimer Giamberardino Filho  
Ehrenfried O. Wittig (indicado pela AMP)  
Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke  
Gerson Zafalon Martins  
Gustavo Justo Schulz  
Hélcio Bertolozzi Soares  
Hélio Delle Donne Júnior (Guarapuava)  
Joachim Graf  
José Carlos Amador (Maringá)  
José Clemente Linhares  
Keti Stylianos Patsis  
Lisete Rosa e Silva Benzoni (Londrina)

Luiz Fernando Rodrigues (Londrina)  
Luiz Antonio de Melo Costa (Umuarama)  
Luiz Jacintho Siqueira (Ponta Grossa)  
Luiz Sallim Emed  
Lutero Marques de Oliveira  
Marco Antonio do Socorro Marques Ribeiro Bessa  
Marília Cristina Milano Campos  
Mário Teruo Sato  
Marta Vaz Dias de Souza Boger (Foz do Iguaçu)  
Maurício Marcondes Ribas  
Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho  
Monica De Biase Wright Kastrup  
Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi  
Paulo Roberto Mussi (Pato Branco)  
Raquele Rotta Burkiewicz (Falecida em 17/04/2010)  
Roberto Issamu Yosida  
Romeu Bertol  
Roseni Teresinha Florencio  
Sérgio Maciel Molteni  
Vilson José Ferreira de Paula (indicado pela AMP)  
Wilmar Mendonça Guimarães  
Zacarias Alves de Souza Filho

**Membros Natos**

Duilton de Paola, Farid Sabbag, Luiz Carlos Sobania, Luiz Sallim Emed, Donizetti Dimer Giamberardino Filho, Hélcio Bertolozzi Soares, Gerson Zafalon Martins e Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho.

**Departamento Jurídico**

Consultor Jurídico: Adv. Antonio Celso Cavalcanti Albuquerque  
Assessores Jurídicos: Adv. Afonso Proença Branco Filho e Martim Afonso Palma

**Departamento de Fiscalização**

Médicos fiscais de Curitiba: Dr. Elísio Lopes Rodrigues, Dr. Jun Hirabayashi e Dr. Graciane Peña Mogollon  
Médico fiscal do Interior: Dr. Paulo César Aranda (Londrina)  
[defep@crmpr.org.br](mailto:defep@crmpr.org.br)

**SECRETARIA**

---

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

---

ISSN 0104 - 7620

# ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina  
do Paraná

Arq Cons Region Med do PR	Curitiba	v. 27	n. 108	p. 173-228	Out./Dez.	2010
---------------------------	----------	-------	--------	------------	-----------	------

## **EDITOR**

Ehrenfried Othmar Wittig

## **CONSELHO EDITORIAL**

Donizetti D. Giamberardino Filho    Ehrenfried O. Wittig    Gerson Z. Martins    Miguel I.A. Hanna S<sup>o</sup>.  
Hélcio Bertolozzi Soares    Hernani Vieira    João M. C. Martins    Luiz Sallim Emed    Carlos Roberto G. Rocha

## **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/PR**

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

### **CFM**

Home-Page    [www.portalmedico@cfm.org.br](http://www.portalmedico@cfm.org.br)  
e-mail    [jornal@cfm.org.br](mailto:jornal@cfm.org.br)

## **TIRAGEM**

22.000 exemplares

## **CAPA**

Criação: Rodrigo Montanari Bento

## **DIAGRAMAÇÃO**

Marivone S. Souza (41) 3338-5559

## **CTP E IMPRESSÃO**

Finaliza Editora e Indústria Gráfica Ltda.  
Rua Alagoas, 1561 - Guaíra - 80630-050 - Curitiba - PR  
Fone: (41) 3021-5336  
[orcamento@finalizaacabamentos.com.br](mailto:orcamento@finalizaacabamentos.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](http://www.crmpr.org.br)

## **REPRODUÇÃO OU TRANSCRIÇÃO**

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

## **RESPONSABILIDADE**

Os conceitos expressos nos artigos publicados e assinados, são de responsabilidade de seus autores e não representam necessariamente o pensamento do Conselho Regional de Medicina do Paraná. Os "Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná", são encaminhados gratuitamente à 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](http://www.crmpr.org.br) Em caso de dúvida, consulte nossa bibliotecária em [biblioteca@crmpr.org.br](mailto:biblioteca@crmpr.org.br) ou por telefone 0xx41 3240-4000.

## **ABREVIATURA**

*Arq Cons Region Med do PR*

## **FICHA CATALOGRÁFICA**

**"Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná"**

Conselho Regional de Medicina do Paraná

Curitiba, 2010;27(108):173-229

Trimestral

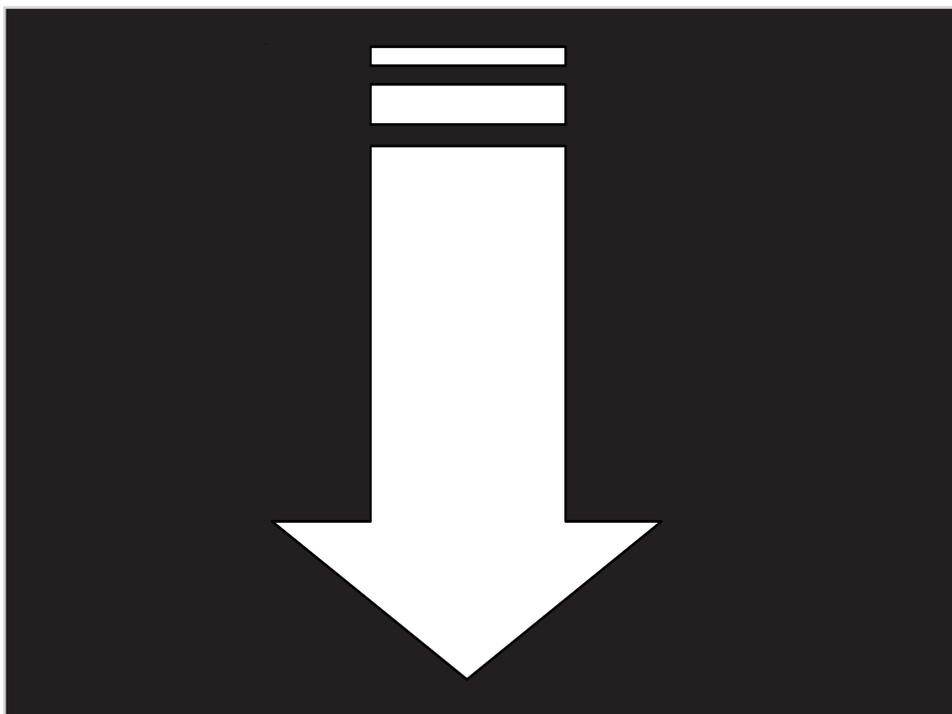
1. Ética 2. Bioética 3. Moral 4. Dever Médico 5. Direito Médico

I. Conselho Regional de Medicina do Paraná

Arq Cons Region Med do PR

ISSN 0104-7620

ABNT



SAIA DO ESCURO

LEIA

ARQUIVOS DO CONSELHO  
REGIONAL DE MEDICINA DO  
PARANÁ



# **DILEMAS ÉTICOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. A PRESENÇA DA FAMÍLIA NA REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR**

Hélcio Giffhorn\*

Palavras-chave: ética, dilema, UTI, presença familiar

## **THE PRESENCE OF THE FAMILY DURING THE CARDIOPULMONARY RESUSCITATION**

**Key words:** cardiopulmonary resuscitation, family-witnessed resuscitation, ethics, dilemma, UTI

### **RESUMO**

A presença da família na reanimação cardiopulmonar consta como prática a ser oferecida dentro das orientações de atendimento à parada cardíaca pela *American Heart Association*. Apesar disto, poucos estudos foram desenvolvidos e poucas famílias foram pesquisadas. Os resultados apresentaram-se positivamente em poucos trabalhos e com considerável incidência de distúrbios psiquiátricos (ansiedade e depressão) nos familiares. Estudos mais aprofundados serão necessários para a permissão da família na reanimação, necessitando estruturação dos serviços de emergência e de unidade de terapia intensiva a afim de possibilitar tal prática.

### **ABSTRACT**

The presence of the family during the cardiopulmonary resuscitation is a practice that is recommended inside the guidelines of attendance by the American Heart Association. But, few studies were development and fewer families were questionated. The results were in a positive avaliation in fewer works and with a signiticative incidence of psychiatric disturbances (anxiety and depression) between the parents. Studies more complexes were necessary to permit the family during the cardiopulmonary resusciation, better structured emergency and intensive care units services that could allow this pratice.

Estudos indicam que a PCR ocorre em aproximadamente 70% dos casos fora do ambiente hospitalar.<sup>1</sup> Aproximadamente 20% dos óbitos ocorrem na UTI ou logo após a sua admissão.<sup>2</sup> Deste modo, as situações de emergências são

---

\* Clínica Cardiológica Giffhorn - Curitiba-PR. Mestrado em Clínica Cirúrgica-UFPR. E-mail hgiffhorn@uol.com.br

frequentemente presenciadas por familiares tanto na população adulta como pediátrica.

Na revisão do ano 2000 nos aspectos éticos na PCR, a AHA posicionou o fato que aos familiares fossem dadas as chances de presenciarem a reanimação do paciente.<sup>3</sup>

Procedeu-se a uma revisão da literatura abordando questões ligadas à equipe de atendimento da PCR, aos familiares e ao paciente, à avaliação do comportamento em situações de estresse e aspectos médicos-legais.

## **A FAMÍLIA E A RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR**

A família presente na reanimação cardiopulmonar (RCP) deve ser isolada ou mantida durante as manobras de reanimação? É fato que a profissão médica encoraja pessoas leigas no reconhecimento e atendimento de pessoas que apresentam algum tipo de emergência e principalmente a parada cardíaco-respiratória (PCR). E, quando o atendimento inicial da PCR é realizado por leigos precocemente, observou-se melhor qualidade de vida após a alta hospitalar.<sup>4</sup> A partir de 1975, quando as manobras de suporte básico de reanimação (BLS) foram padronizadas pela *American Heart Association*, houve a possibilidade de pessoas leigas desenvolverem reanimação.<sup>5</sup> Além disso, os familiares são frequentemente os primeiros a prestar atendimento a uma pessoa que estão evoluindo a uma PCR.<sup>5</sup>

Quando avaliamos nosso próprio passado, era tradicional a presença dos pais, avós, amigos ou cônjuges, à beira do leito, para o conforto do paciente gravemente enfermo.<sup>6</sup>

A medicina evoluiu na medida em que os hospitais foram criados, as unidades especializadas de atendimento tornaram-se necessárias e o atendimento às emergências médicas evoluíram.<sup>7,8</sup> O atendimento de uma PCR extra e intra-hospitalar foi padronizado em busca de melhores resultados (sobrevivência), a partir de 1966, através dos esforços na *National Academy of Sciences*.<sup>9</sup> Desfibriladores passaram a ser recomendados para acesso ao público em áreas de grande circulação ao público.<sup>10,11,12</sup> Porém, observou-se que com o tempo, pessoas leigas que foram treinadas esqueceram o procedimento correto de atendimento numa PCR.<sup>13</sup>

Em 1987, DOYLE iniciava a participação da família na reanimação cardiopulmonar como uma opção a ser considerada. Em 30 casos (64%), constataram que a presença da família foi benéfica para o membro da família que estava falecendo.<sup>14</sup>

Diretrizes da *American Heart Association* (2000,2005) expressam que membros da equipe de reanimação deveriam ser sensíveis e oferecer a oportunidade de membros da família estarem presentes na reanimação sempre que possível.<sup>3,15</sup>

## **A PRESENÇA DA FAMÍLIA NA RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR**

Visando um adequado atendimento da família na PCR, um programa de assistência aos familiares deve ser implementado. A equipe de atendimento deve

estar ciente da possibilidade de um parente próximo estar presente durante os esforços de reanimação. Para a viabilidade do programa, um "facilitador", uma enfermeira mais experiente, um assistente social ou um capelão deveriam estar presentes a fim de auxiliar a família. Esta pessoa ficaria a cargo de auxiliar o familiar durante a RCP.<sup>16</sup>

O tempo do familiar durante a reanimação é outro ponto importante. Ele poderia permanecer na íntegra ou somente por um certo tempo.<sup>17</sup> Claramente os familiares<sup>4</sup> terão somente poucos segundos para decidir se permanecerão ou não durante a reanimação.<sup>18</sup> Importante seria posicionar-se da seguinte maneira:

" It is probably best that you leave. We will keep you informed of what is happening. You may stay if you need to. " <sup>19</sup>

Um ponto muito importante a ser analisado é o momento em que a PCR ocorre, ou seja, se em situações de catástrofe súbita ( trauma, parada cardíaca súbita ) ou em pacientes previamente enfermos , como em uma unidade de terapia intensiva ( UTI ).<sup>19,20</sup>

Os pareceres daqueles envolvidos diretamente na PCR divergem substancialmente.

Alguns são favoráveis e outros não:

1. Opinião da enfermagem - o parecer de muitos trabalhos realizados tem demonstrado que a equipe de enfermagem é mais favorável em relação à equipe médica. <sup>16,21,22</sup>
2. Opinião da equipe médica - o avanço das manobras de reanimação com manobras invasivas a serem utilizadas durante a PCR, tornam para a equipe médica a presença de familiares desconfortável.<sup>23</sup> Objeções são maiores quando médicos menos experientes são chamados ao atendimento de reanimação e à passagem de informações. <sup>24,25</sup>
3. Opinião da família - quando questionados se poderiam acompanhar a reanimação, a maior parte foi favorável: 72% e 69%.<sup>14,26</sup> Porém, os familiares foram questionados sobre o que acontecesse no processo de reanimação, observou-se que um nível baixo de entendimento ocorre, como por exemplo, que 26% dos presentes em PCR receberiam tratamento por choque elétrico e respiração boca-a-boca.<sup>26</sup>

Um resumo das principais questões envolvendo os prós e contras encontram-se definidos abaixo: <sup>25,27,28,29,30</sup>

## • BENEFÍCIOS DA PRESENÇA DO FAMILIAR

1. Aumento do conhecimento da condição médica do paciente
2. Saber todas as intervenções médicas possíveis

3. Provimento de conforto ( " o paciente não está sozinho " )
4. Redução da ansiedade
5. Permitir dizer adeus e facilitar o processo pós-morte.

#### • **PARECERES DA EQUIPE MÉDICA CONTRÁRIOS À PRESENÇA DA FAMÍLIA**

1. Familiares que poderão interferir no atendimento
2. Procedimentos traumáticos demais presenciar uma reanimação avançada
3. Interferência dos familiares na reanimação
4. Ansiedade sobre o desempenho do atendimento
5. Estresse emocional dos familiares presentes
6. Labilidade potencial dos familiares presentes

#### • **OUTROS FATORES A SEREM CONSIDERADOS**

1. Presença de familiar violento na família
2. Desacordo familiar em quem deveria estar presente na reanimação
3. Presença de familiar sob efeito de álcool ou drogas
4. Familiar que tentou vitimar o paciente antes da PCR

Indicadores de qualidade poderiam ser avaliados a fim de estudar a presença da família na PCR. Alguns domínios utilizados para pacientes terminais em UTI poderiam ser aplicados a fim de maior conhecimento sobre o assunto. <sup>2</sup>

#### **STRESS PÓS-TRAUMÁTICO**

Uma das grandes discussões acerca da permissão ou não da família durante a reanimação é a possibilidade de ocorrer sintomas de desordem de estresse pós-traumático em familiares. Ocorrem habitualmente após uma experiência de estresse não controlado em que um ou mais eventos tragam ameaça à vida. <sup>31,32</sup>

Poucos estudos abordam o assunto, mas aqueles que o fizeram, observaram que um pequeno número de familiares apresentavam efeitos psicológicos adversos.<sup>5</sup>

Observou-se, em alguns estudos em pacientes internados em UTI, que familiares que presenciavam a RCP, apresentavam menos ansiedade, depressão e a dor pela perda de um parente próximo.<sup>33</sup>

Porém, estudos de AZOULAY e col. (2005) e SIEGEL e col. (2008), demonstraram com mais freqüência sintomas de ansiedade ( 35% a 49% ) e depressão (20% a 27 % ) em familiares de pacientes internados em UTI e gravemente enfermos.<sup>34,35</sup> Outros sintomas também se fizeram presentes, mas em menor freqüência como transtornos de pânico, alterações de memória, desilusões, pesadelos e insônia.<sup>32,35,36</sup>

Fatores de risco para o desenvolvimento de problemas psiquiátricos seriam esposa(o)s internados, doença com menos de 5 anos de início, estresse aumentado após a perda e falha de suporte do médico em auxilia à família.<sup>35</sup> Sintomas psiquiátricos (um ou mais) estariam presentes até 3 a 12 meses após um evento traumático, sendo que o início de tratamento foi necessário em aproximadamente 14% dos casos.<sup>35,37</sup> Eventos de amnesia poderiam estar relacionados com quadros de síndrome pós-traumática.<sup>32</sup>

## **POTENCIAIS CONFLITOS ÉTICOS**

A partir da perda de consciência de uma pessoa, o familiar mais próximo assume o cuidado dos interesses do cliente, quando este for menor de idade. Exceto, se houver uma manifestação expressa daquele que está com perda da consciência. Muitos pacientes gostariam da presença de um membro da família se uma PCR ocorresse, mas não há um consenso.<sup>38</sup>

MITCHELL e LYNCH (1997), McCLENATHAN e col. (2002 ) relacionaram os principais problemas referentes à presença de familiares na PCR.<sup>5,39</sup> Eles seriam:

- familiares atrapalhando a reanimação
- comentários inapropriados pela equipe de reanimação
- aumento do litígio entre familiares e equipe de reanimação
- a presença na reanimação pode acelerar o processo de certificação da família do óbito
- o processo de reanimação pode ser entendido como caótico pelos familiares
- a interrupção da reanimação pode ser mais difícil
- a equipe de reanimação pode ser intimidada por familiares
- os familiares podem ficar estressados durante o processo de reanimação

Achados similares foram relacionados por Rosenczweig (1998) e em alguns estudos em reanimação de crianças, quando mais freqüentemente os familiares estão presentes.<sup>40,41</sup>

O estabelecimento de treinamento pela equipe de reanimação e programa de atendimento específico aos familiares é fundamental para que ocorram menos

problemas de interferência na PCR e psiquiátricos após o processo.<sup>14,30,42,43</sup> A complexidade do atendimento de uma PCR pode não ser compreendida por pessoas leigas.<sup>5,23</sup> Mas, nem todos familiares gostariam de estar presentes como apresentado por Mazer, quando somente 49,3% responderam positivamente à presença na reanimação.<sup>44</sup>

## CONCLUSÃO

A presença de familiares durante os procedimentos de PCR ainda não são aceitos pela maior parte dos serviços. Estudos isolados demonstraram bons resultados mas o consenso não existe.<sup>14,21,29,42</sup> Sintomas psiquiátricos se desenvolvem precocemente podendo persistir por até 12 meses após o óbito, sendo que muitos necessitam de acompanhamento médico.<sup>34,35,37</sup>

A implementação de programas de família acompanhando a PCR ainda carecem de estudos mais aprofundados sobre o assunto. Muitos resultados foram realizados alguns meses após o óbito e, entrevistas realizadas por telefone.<sup>26</sup> Quando analisados precocemente (24 horas da PCR), faltaram cuidados de atendimento da equipe mais apropriados ao oferecer este serviço.<sup>21</sup> Fatores culturais também devem ser levados em consideração antes da implementação deste atendimento.<sup>28,44,45</sup>

## REFERÊNCIAS

1. Handley AJ. Basic life support. *Br J Anaesth* 1997;79:151-158.
2. Levy MM, McBride DL. End-of-life in the intensive care unit: State of the art in 2006. *Crit Care Med* 2006;34 [ Suppl. ]S 306-S 308.
3. American Heart Association. Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation: part 2. Ethical aspects of CPR and ECC. *Circulation* 2000;102(suppl):I12-I21.
4. Stiell I, Nichol G, Wells G, De Maio V, Nesbitt L e col. Health-Related Quality of Life Is Better for Cardiac Arrest Survivors Who Received Citizen Cardiopulmonary Resuscitation. *Circulation* 2003;108:1939-1944.
5. McClenathan BM, Torrington KG, Uyehara CFT. Family Member Presence During Cardiopulmonary Resuscitation: A Survey of US and International Critical Care Professionals. *Chest* 2002;122:2204-2211.
6. Tsai E. Should Family Members Be Present During Cardiopulmonary Resuscitation? *N Engl J Med* 2002;346(13):1019-1021.
7. Chase CM and Ulatowski JA. Organization of a Neuroscience Critical Care Unit. Historical Perspectives and Vision for the Future. In: *Critical Care Neurology and Neurosurgery*. Suarez JI. Cap. 2;9-22. Ed. Humana Press Inc., 2004, Totowa, New Jersey.

8. Cooper JA, Cooper JD, Cooper JM. Cardiopulmonary Resuscitation: History, Current Practice, and Future. *Circulation* 2006;114:2839-2849.
9. Ad Hoc Committee on Cardiopulmonary Resuscitation of the Division of Medical Sciences, National Academy of Sciences-National Research Council. *JAMA* 1966;198:138-45.
10. Page RL, Joglar JA, Kowal RC, Zagrodzky JD, Nelson LL, Ramaswamy et al. Use of Automated External Defibrillators by a U.S.Airline. *N Engl J Med* 2000;343:1210-6.
11. Caffrey SL, Willoughby PJ, Pepe PE, Becker LB. Public Use of Automated External Defibrillators. *N Engl J Med* 2002;347(16):1242-7.
12. Hallstrom A and Ornato JP. Public-Access Defibrillation and Survival after Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *N Engl J Med* 2004;351:637-46.
13. Moore JE, Eisenberg MS, Cummins RO, Hallstrom A, Litwin P e col. Lay Person Use of Automatic External Defibrillation. *Ann Emerg Med* 1987;16:669-672.
14. Doyle CJ, Post H, Burney RE, Maino J, Keefe M e col. Family Participation During Resuscitation: An Option. *Ann Emerg Med* 1987;16:673-75.
15. American Heart Association . AHA 2005 CPR guidelines. *Circulation* 2005;112(Suppl):IV 1-203.
16. Twibell RS, Siela D, Riwtis C, Wheatley J, Riegle T e col. Nurses' Perceptions of Their Self-confidence and the Benefits and Risks of Family Presence During Resuscitation. *Am J Crit Care* 2008;17:101-111.
17. Hatchett R. Should relatives watch resuscitation ? No room for spectators. A Successful American Programme. *BMJ* 1994;309;406.
18. Baskett PJF. Should relatives be allowed to watch resuscitation ? Doctors need to be trained to work in public. *BMJ* 1994;308:1687.
19. Bloomfield P. Should relatives be allowed to watch resuscitation ? Good information and time with the body are more important. *BMJ* 1994;308:1687.
20. Adamowski K, Dickinson G, Weitzman B, Roessler C, Snell CC. Sudden unexpected death in the emergency department: caring for the survivors. *Can Med Assoc J* 1993;149:1445-1451.
21. Wagner JM. Lived Experience of Critically Ill Patient's Family Members During Cardiopulmonary Resuscitation. *Am J Crit Care* 2004;13:416-420.

22. Davidson JE. Family presence at resuscitation: What if ? *Crit Care Med* 2006;34:3041-3042.
23. Schilling J. Should relatives watch resuscitation? No room for spectators. *BMJ* 1994;309:406.
24. Moreau D, Toledano DG, Alberti C, Jourdain M, Adrie C e col. Junior versus Senior Physicians for Informing Families of Intensive Care Unit Patients. *Am J Resp Crit Care Med* 2004;169:512-517.
25. Mian P, Warchal S, Whitney S, Fitzmaurice J and Tancredi D. Impact of a Multifaceted Intervention on Nurses'and Physicians' Attitudes and Behaviors Toward Family Presence During Resuscitation. *Crit Care Nurse* 2007;27:52-61.
26. Barratt F, Wallis DN. Relatives in the resuscitation room: their point of view. *J Accid Emerg Med* 1998;15:109-111.
27. Mason DJ. Family Presence: Evidence Versus Tradition. *Am J Crit Care* 2003;12:190-192.
28. Twibell RS, Siela D, Riwitis C, Wheatley J, Riegler T e col. Family Presence During Cardiopulmonary Resuscitation. *Am J Crit Care* 2008;17:310.
29. Axelsson AB, Zettergren M, Axelsson C. Good and bad experiences of family presence during acute care and resuscitation. What makes the difference ? *Eur J Cardiovasc Nurs* 2005;4:161-169.
30. Halm MA. Family Presence During Resuscitation: A Critical Review of the Literature. *Am J Crit Care* 2005;14:494-511.
31. Morgan III CA , Hazlett Maj.G, Richardson EG, Schnurr P, Southwick SM. Symptoms of Dissociation in Humans Experiencing Acute, Uncontrollable Stress: A Prospective Investigation. *Am J Psychiatry* 2001;158:1239-1247.
32. Granja C, Gomes E, Amaro A, Ribeiro O, Jones e col. Understanding posttraumatic stress disorder-related symptoms after critical care: The early illness amnesia hypothesis. *Crit Care Med* 2008;36: 2801-2809.
33. Grice AS, Picton P, Deakin CDS. Study examining attitudes of staff, patients and relatives to witnessed resuscitation in adult intensive care units. *Br J Anaesth* 2003;91:820-4.
34. Azoulay E, Pochard F, Barnes NK, Chevret S, Aboba J e col. Risk of Post-traumatic Stress Symptoms in Family Members of Intensive Care Unit Patients. *Am J Respir Crit Care Med* 2005;171:987-994.

35. Siegel MD, Hayes E, Vanderwerker LC, Loseth DB, Prigerson HG. Psychiatric illness in the next of kin of patients who die in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2008;36:1722-1728.
36. Jones C, Griffiths RD, Humphris G, Psych MC, Skirrow PM. Memory, delusions, and the development of acute posttraumatic stress disorder-related symptoms after intensive care. *Crit Care Med* 2001;29:573-580.
37. Kross EK. Burden of psychological symptoms and illness in family of critically ill patients: What is the relevance for critical care clinicians ? *Crit Care Med* 2008;36:1955-1956.
38. Australian Resuscitation Council. Guideline 11.10. Legal and Ethical Issues Related to Resuscitation. [www.resus.org.au/policy/guidelines/section-11/11\\_10\\_Feb.06.pdf](http://www.resus.org.au/policy/guidelines/section-11/11_10_Feb.06.pdf); p.01-04.
39. Mitchell MH, Lynch MB. Should relatives be allowed in the resuscitation room? *J Accid Emerg Med* 1997; 14:366-369.
40. Rosenczweig C. Should relatives witness resuscitation ? Ethical issues and practical considerations. *CMAJ* 1998;158:617-20.
41. Beckman AW, Sloan BK, Moore GP, Cordell WH, Brizendine EJ e col. Should Parents Be Present during Emergency Department Procedures on Children, and Who Should Make That Decision ? A Survey of Emergency Physician and Nurse Attitudes. *Acad Emerg Med* 2002;9:154-158.
42. Robinson SM, Ross SM, Hewson GLC, Egleston CV, Prevost AT. Psychological effect of witnessed resuscitation on bereaved relatives. *Lancet* 1998;352:614-17.
43. Henderson DP, Knapp JF. Report of the National Consensus Conference on Family Presence During Pediatric Cardiopulmonary Resuscitation and Procedures. *Pediatr Emerg Care* 2005;21:787-791.
44. Mazer MA, Cox LA, Capon A. The public's attitude and perception concerning witnessed cardiopulmonary resuscitation. *Crit Care Med* 2006;34:2925-2928.
45. Crisci C. Should relatives watch resuscitation ? No room for spectators. Local factors may influence decision. *BMJ* 1994;309:406.

## **SOLIDARIEDADE MÉDICA NAS CATÁSTROFES E EPIDEMIAS: A ÉTICA DA PRESENÇA**

Sonia Wendt Nabarro\*

**RESUMO:** O tema deste estudo é a atuação médica no enfrentamento das catástrofes e epidemias que envolvem grande número de vítimas e escassez de recursos. Analisando alguns fatores que fazem parte do planejamento da medicina preventiva e de emergência, o estudo traz à reflexão e propõe adaptações na atitude médica, assim como salienta a ética que enfatiza a solidariedade como fator essencial nas situações de risco.

**Palavras chave:** medicina, ética, medicina preventiva, solidariedade médica.

### **MEDICAL SOLIDARITY IN DISASTERS AND EPIDEMIC DISEASES: THE ETHICS OF PRESENCE**

**ABSTRACT:** The theme of this study is the medical performance when facing disasters and epidemic diseases that involve a large number of victims and scarcity of resources. Analyzing factors that are part of the emergency and preventive medicine planning, the study brings to reflection and proposes changes in the medical attitude as well as ethics that emphasize solidarity as an essential factor in risk situations.

**Key words:** medicine, ethics, preventive medicine, medical solidarity.

*"A morte de qualquer homem me diminui, porque eu sou parte da humanidade; e por isso, nunca procure saber por quem os sinos doam, eles doam por ti".*

(John Donne, Meditações XVII)

### **INTRODUÇÃO**

Meditar o alcance e a falibilidade da ação humana no enfrentamento de uma situação que foge ao controle da tecnologia e da previsão; discutir as possibilidades sociais e o compromisso médico em função do desprovisionamento de recursos físicos e psicológicos mediante a fatalidade; direcionar a atitude terapêutica sob os riscos de uma realidade inesperada e de complexidade extrema; eis as propostas principais deste estudo, que adota como diretriz primeira o comprometimento ético sob todas as circunstâncias. O tema proposto compreende a discussão da atitude

---

\* Monografia apresentada à 21ª edição do concurso de "Monografia sobre Ética Médica, Bioética e Profissão Médica" do Conselho Regional de Medicina do Paraná - 2010, classificada em 2º lugar. Psiquiatra, artista plástica e escritora. Residente em Campinas (SP).

médica sob a perspectiva de um mundo em constante transformação, do ponto de vista social e ambiental, em que o peso incontrolável da tragédia desequilibra de forma agressiva e confusa a pretensa estabilidade universal do dia-a-dia.

A atual medicina minimiza, muitas vezes, a importância do profissional médico enquanto gerenciador da saúde, e defende o recurso como quesito mais importante do que o médico em si. Referindo, como ponto de partida, o envolvimento sob esse contexto social moderno, este trabalho pretende defender o papel humanitário do profissional da saúde como fator de ligação entre necessidade e possibilidade, demonstrando que, no enfrentamento de uma situação limite, a atitude médica pode se sobrepor à ausência ou escassez do recurso. A modificação da estrutura habitual e a mutação da exigência social mediante a tragédia das grandes catástrofes e epidemias clamam pela ética como fator referencial e norteador no enfrentamento dos fatores de risco, suprimindo a necessidade de um valor universal e imparcial na reconstrução da estabilidade social. A importância da discussão ética corresponde, portanto, à importância da reestruturação do bem mais caro ao indivíduo vitimado pela catástrofe - a manutenção da vida em sua autogestão e eficiência produtiva, assim como a recuperação da dignidade como fator essencial à sobrevivência.

Pressupondo situações em que os limites sejam colocados em evidência, as grandes catástrofes e epidemias perfazem o desafio iminente da estabilidade social e a questão da sobrevivência passa a se tornar o parâmetro estrutural da resistência humana. Este estudo irá expor, portanto, a inevitabilidade do risco na era atual, destacando o papel humanitário do médico como um fator diferencial na intervenção humana efetiva em situações emergenciais originadas a partir do desafio e da repercussão das grandes catástrofes. Assim como todas as manifestações que orientam a intervenção humana na prevenção, prevenção e tratamento do desastre de massa, a intervenção médica merece destaque por alcançar o coletivo através do individual. O estudo, portanto, do médico enquanto indivíduo, subentende o médico enquanto parte dessa sociedade em que atua e, portanto, vetor e receptáculo do bem comum.

A presente monografia se constituirá de tópicos que identifiquem na presença do médico o recurso básico em direção ao restabelecimento de saúde e bem-estar da população atingida pelas catástrofes e epidemias, considerando a ética como norteadora e respaldo mediante o inesperado e o incomum dessas situações de enfrentamento. Respeitando algumas regras básicas determinantes de boa atuação, posicionamento objetivo e estabelecimento de prioridades, este estudo defende que o médico pode intervir de maneira ética e humanitária em situações que fogem à realidade habitual, concentrando a qualidade de ação sobre quatro diretrizes principais: mobilização preventiva, participação imparcial e efetiva, solidariedade e respeito à dignidade humana. Através do limite aos danos e da adequação dos planos na busca de um resultado positivo, a despeito do esvaziamento de recursos e do desequilíbrio do inesperado, a proposta de um modelo médico capaz de atuar como fator diferencial mediante a tragédia pode significar um dos suportes de uma sobrevivência digna.

## **CATÁSTROFES E EPIDEMIAS: UM MUNDO EM TRANSFORMAÇÃO**

A palavra catástrofe, em seu atual sentido, corresponde a um acidente, natural ou provocado pelo homem, que resulte em um desequilíbrio entre a

capacidade do socorro e o número elevado de vítimas. Em suas origens, a palavra tem um significado mais abrangente e menos trágico; originada do francês catastrophe (1552), por sua vez derivada do latim tardio catastrophā e essa do grego katastrophē, tem entre seus significados o final feliz ou infeliz, agitação, transtorno, ruína, mudança de fortuna, solução, desfecho no fim de um poema ou de uma composição teatral (Houaiss, 2001), revelando um sentido mais condizente com mudança, seja para o bem ou para o mal.

O homem, através dos séculos, conviveu necessariamente com as mudanças climáticas, estruturais e geográficas do planeta e, nos primórdios da civilização a sua capacidade de adaptação chegava a guiá-lo através da natureza em busca de soluções viáveis, mesmo que transitórias. Entretanto, a evolução social, levada por fatores de subsistência, econômicos, políticos e de crescimento populacional, levou o homem a se estabelecer, e sua sobrevivência passou a depender de fatores locais de abastecimento e provimento de recursos. A tal ponto chegou o culto à estabilidade humana que ela se tornou um dos elementos essenciais da felicidade do homem. O nomadismo inicial deu lugar a uma sociedade estável, que exerce controle sobre os meios onde habita, e as mudanças passaram a representar a ameaça velada ao equilíbrio, de forma que os acontecimentos capazes de grandes transformações se revestiram de tragicidade.

A despeito de admitir, em parte, o ilusório controle da natureza, ao homem comum foge a percepção de que os acidentes naturais não apenas são apanágio da mutação física do planeta, mas muitas vezes são provocados pela própria forma de convivência humana, que é levada a habitar áreas geográficas de risco. As áreas reduzidas e de alto índice de concentração demográfica; a situação de miserabilidade e de alienação social; a busca de soluções imediatas em função do provimento de recursos; o assistencialismo desmedido e desprovido de objetivos dignos; a minimização dos efeitos do acúmulo e abandono de lixo; a incivilidade; a falta de planejamento e de estrutura social; a falta de convivência solidária com a natureza são, em sua maioria, fatores de risco.

Destaca-se, entre tantos, como fator de risco, o avanço incontrolável da tecnologia, que acaba criando a "tecnologia de catástrofe" (França, 1994). As grandes edificações, os transportes coletivos cada vez mais rápidos, o uso indiscriminado da energia, as substâncias nocivas, são fatores que podem trazer para o homem a possibilidade das grandes tragédias. Pode-se dizer que o homem atual vive a "era do risco" (França, 1994).

Comparadas em importância com as catástrofes, as epidemias não são doenças novas para a humanidade. Suas eclosões, além de perturbar a estabilidade social em forma de ameaça silenciosa, são vivenciadas sob o colapso das medidas de segurança, insuficientes para conter a emergência de patógenos novos ou recorrentes. O surgimento de uma epidemia, outrora restrita a determinada área de abrangência, com o advento da comunicação, a facilitação dos transportes e a troca de informações, tomou aspecto universal e passou a alcançar, quase que de imediato, o planeta em sua totalidade. Somadas às informações, às opiniões, o irreal e a fantasia encobrem o verdadeiro, e a ameaça se torna virtual, porém não menos perigosa. Os fatores contributivos da miséria, disparidade de renda, variações

climáticas, uso de produtos biológicos, degradações ambientais, além da desestrutura de saúde pública, exercem influência incontestável para o surgimento das epidemias.

A Organização Mundial de Saúde, que tem acesso privilegiado às nações, tem entre suas missões a coordenação do alerta e da resposta global às epidemias, e cabe aos países a discussão sobre as eficácias estruturais, funcionais e financeiras de saúde, envolvendo as redes globais de cooperação e informação. As catástrofes e epidemias causam alterações sociais e mudanças estruturais na sociedade, e se assemelham na medida em que fogem do controle do homem e exigem uma ação imediata e em grande proporção, sob a disparidade entre o número de vítimas e os recursos normalmente disponibilizados. As ações de contenção, que outrora eram defensivas e restritas, no sentido de proteger as fronteiras e oferecer cuidados locais, atualmente exigem uma combinação que compreende desde planos prévios de reação emergencial, até a agilização da comunicação em rede no sentido de conter rapidamente as ameaças.

## **A ÉTICA DA GESTÃO DE RECURSOS**

A despeito do grande temor diante das tragédias, a humanidade, ao longo de sua história, tem mostrado uma capacidade inerente de adaptação, vivenciada através da transformação das ameaças em oportunidades de inovação e mudança (Meireles & Sampayo, 2009). Com a aplicação dos conhecimentos adquiridos e do exercício dos seus valores, o homem encontra resposta adequada e capacitação no enfrentamento dessas mudanças, e a defesa de uma ética direcionada à gestão dos medos, inseguranças e perspectivas se torna importante para a obtenção da solidariedade e igualdade social.

Para a criação de uma ética de gestão de recursos, torna-se fundamental a compreensão da dinâmica social. Algumas questões podem oferecer elementos essenciais para a programação de ajuda em grande escala, independentemente do meio social e econômico apresentado, assim como alguns princípios se revestem de caráter universal e inquestionável na orientação das ações empreendidas com a finalidade de conter ameaças globalizadas. Mediante a emergência nos grandes acidentes, pode-se tomar como questões principais e independentes da sociedade atingida:

- Limitação de recursos
- Soluções humanitárias e solidárias
- Capacidade de contingente profissional
- Conflito e avaliação de valores culturais
- Impacto econômico, ambiental e político
- Medidas preventivas e de contenção de danos
- Políticas de saneamento e de gestão ambiental adequada

Sob as perspectivas de um desastre em grandes proporções e em função da expectativa das medidas preventivas, torna-se necessário um movimento em caráter mundial para a utilização correta e viável dos recursos, através de uma cultura voltada para a assistência recíproca nos casos de acidentes coletivos naturais ou tecnológicos.

Às entidades médicas representativas, em vista de sua participação efetiva e indispensável quando do enfrentamento desses desastres, cabe um papel de destaque ao longo de todo o preparo e prevenção em presença da ameaça global. O médico, seja na prevenção, na assistência da convivência pacífica com a natureza, ou nas medidas paliativas de conforto e atendimento de emergência, não pode permanecer à margem das decisões sociais de relevância. O interesse na prevenção justifica seu envolvimento com as políticas públicas de saneamento, habitação, alimentação, acesso à saúde e outras estratégias de contenção de danos em grande escala. O papel da medicina, e do médico como seu representante mais elementar, passa a ser, portanto, o envolvimento participativo, desde as medidas de prevenção e planejamento estratégico de recursos, até o agenciamento do recurso humano disponível, no sentido de minimizar o sofrimento físico e mental das possíveis vítimas do desastre.

O sofrimento vivenciado pela vítima se torna o referencial humano do trabalho médico em qualquer situação emergencial, e as medidas devem ser direcionadas para a contenção e controle desse sofrimento. A falta de recursos técnicos, em suas mais variadas justificativas, não constitui impedimento para que o recurso humanitário seja exercido em sua totalidade, e a presença gerenciadora do médico é a exigência mínima à promoção da assistência em saúde. "A ausência do médico - observa Nogueira (2006) - será também a ausência da medicina e, por conseqüência, da assistência à saúde da população. Portanto, a medicina na saúde pública tem na presença do médico o seu limite mínimo".

Como integrante da sociedade em constante mutação, o médico está comprometido com a comunidade em que vive, porém como suporte profissional, seu compromisso está além de seu objetivo pessoal, supera a expectativa do homem perante a tragédia e representa o comprometimento de uma escolha em função do bem comum. Considerando a importância da atenção médica nos cuidados que podem determinar precocemente as doenças que se comportam como ameaça, tais como as epidemias, e considerando de igual importância o alcance de sua especialidade curativa, não se pode excluir a relevância da participação social do médico.

Incluindo o médico entre os profissionais cuja atitude tem valor decisivo na contenção e controle da comoção que cerca as grandes tragédias, a abordagem extensiva dessa missão, em sua superação do atendimento cotidiano, compreende duas formas participativas principais: a direta e a indireta.

a) Participação indireta: através da parceria e incentivo em políticas e campanhas de caráter preventivo, no sentido de controle das conseqüências de determinadas patologias sobre a população;

b) Participação direta: através de envolvimento pessoal no socorro de vítimas de catástrofes, epidemias e outras ocorrências em grande escala.

A participação indireta compreende o zelo pela qualidade de saúde de toda uma comunidade, ultrapassando as expectativas individualizadas da consulta comum. A promoção, participação, organização e combate em campanhas preventivas de epidemias que possam ameaçar a saúde populacional; a política de alerta e informação sobre normas de segurança em todos os setores estruturais da sociedade, na prevenção de acidentes; a vigilância e os critérios educacionais sobre segurança alimentar; o engajamento nas políticas de preservação do planeta, sob a

consciência de o meio-ambiente ter influência sobre a qualidade de vida e, portanto, sobre a saúde da população; são todos meios indiretos de participação, através da parceria entre a promoção de saúde e a sociedade como um todo. Tais casos exigem uma ética voltada à conscientização, ao caráter informativo e despido de preconceitos, ao enfrentamento de barreiras econômicas e culturais e, muitas vezes, ao desafio do questionamento entre mito e verdade.

A participação direta compreende a disponibilidade no envolvimento direto no socorro às vítimas de uma tragédia, sob a precariedade de recursos em situações cruciais, quando resta pouco para resgatar e há a necessidade do presencial, num reconhecimento das prioridades e da recuperação humana. Tais situações exigem abnegação e conscientização do limite, e o atendimento pode ficar restrito apenas à presença, o que vai exigir do médico um envolvimento ético capaz de superar as barreiras do atendimento tradicional. Os recursos passam a exigir uma habilidade de manejo e de adaptação, e clamam pelo humanitário, pela solidariedade como valor de reorganização da dignidade humana e da sobrevivência.

### **SOLIDARIEDADE MÉDICA: A ÉTICA DA PRESENÇA**

A transição entre o século XX e XXI foi marcada pela presença de grandes transformações estruturais, em vários aspectos. Os desastres, sejam naturais, decorrentes da inventiva humana, ou ainda por causas políticas e sociais, contribuem, em parte, para modificar a estrutura social. A transformação estrutural da sociedade guarda uma estreita relação com as grandes catástrofes e epidemias, pois na medida em que tais desastres são decorrentes, direta ou indiretamente, dessas transformações, também as transformações são decorrentes, muitas vezes, desses desastres de grande porte. A despeito dessa relação, a mudança estrutural é cada vez mais estranha e dolorosa ao homem atual, pela propagação da estabilidade como bem adquirido.

Ao vivenciar a condição humana de impotência perante um desastre de grandes proporções, os indivíduos passam a conhecer o paradoxo da sociedade contemporânea, em que as diferentes classes sociais vivenciam de forma igual a desesperança e desamparo, expondo a questão primordial do vazio existencial, "condição em que a vida pode passar a ser compreendida como simples "processo?", sem pertinência e/ou visibilidade" (Thomé, 2009). Daí a importância do respeito à dignidade, único valor que, além da vida em si mesma, pode estar aos sobreviventes.

As situações emergenciais de grande proporção, que hão de se tornar cada vez mais comuns em nossa era, demandam um médico preparado não apenas no aspecto de formação clínica, mas também no aspecto humanitário; um médico mais atento aos desígnios da medicina, mais humano e sensível às causas sociais. A ascensão de manifestações práticas da medicina solidária, em que o direcionamento se modifica em função do preenchimento de requisitos humanitários de envolvimento médico, tem sido um atributo da atual sociedade, sobressaltada pelo risco e pela ameaça contínua da estabilidade. Uma atitude mais participativa tem sido cobrada ao médico, como diretriz primeira de sua atuação junto à população. Já não é possível ao médico manter uma atitude estática e distanciada, nem ignorar as necessidades da sociedade em que atua.

Alguns exemplos de modificação da amplitude médica têm se tornado cada vez mais evidentes, mediante as grandes mudanças que o final do século XX e o início do XXI apresentaram, decorrentes quase sempre da própria forma de organização econômica, política e social adotada pelo processo de desenvolvimento do planeta. As transformações do meio-ambiente, a superpopulação desordenada, os critérios do desenvolvimento econômico, o distanciamento cultural, os enfrentamentos e insatisfações políticos e religiosos afetam, direta ou indiretamente, a estrutura do planeta, tanto no aspecto físico quanto no sócio-cultural. Tais transformações resultam, em sua desordenada escalada, em conseqüências que fogem à previsibilidade e ao controle da sociedade.

Notadamente, nas catástrofes e epidemias, além dos problemas da resolução clínica das lesões e da sintomatologia, dos aspectos médico-legais de identificação dos mortos e regularização dos óbitos, das questões políticas e culturais envolvidas, há uma exigência de procedimentos éticos concernentes ao afeto, dignidade humana e atenção ao clamor da comoção pública. Tais aspectos envolvem a essencialidade dos direitos humanos, e ficam susceptíveis tanto os atingidos pelo flagelo, quanto as pessoas que participam indiretamente, incluindo os espectadores que se envolvem à distância, através dos veículos de comunicação.

"Estudos realizados pela Seção sobre Intervenções em Desastres e Catástrofes da Associação Mundial de Psiquiatria e pela Comissão de Saúde Mental das Nações Unidas, revelam que até 20% das populações expostas a situações limite, desenvolvem algum tipo de patologia relacionada à saúde mental nos anos posteriores aos acontecimentos" (Thomé, 2009). Pode-se presumir, através de pesquisas e observações, que a exposição de indivíduos saudáveis a acontecimentos desorganizadores constitui condição prévia de adoecimento físico ou psíquico. Daí a importância do atendimento humanitário, que num primeiro momento supera todas as perdas de bens econômicos e de consumo, na medida em que recupera a capacidade humana de enfrentamento da dor e da esperança de reconstrução.

Organizações tais como "Médicos Sem Fronteiras", ONG criada em 1971 por um grupo de jovens médicos e jornalistas para superar as limitações da ajuda humanitária internacional e a inoperância de governos em socorrer às populações vitimadas ao redor do mundo; ou a "Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), os Expedicionários da Saúde", um grupo de médicos organizados para a participação em catástrofes e tragédias, representam mobilizações médicas no sentido de mudar a visão da medicina, transformá-la em parceira da reconstrução social.

Quando inquirido, Ricardo Affonso Ferreira, um dos médicos da OSCIP, que prestou atendimento às vítimas do terremoto de 2010, no Haiti, em que 300 mil pessoas morreram, sobre qual era o maior desafio em prestar atendimento em situações de catástrofe, a resposta envolveu o conceito pleno da solidariedade: "a tristeza de ver tanta gente machucada, sofrendo, chorando e a falta de perspectivas. Todos os que integraram a expedição ao Haiti voltaram diferentes, mais humanos" (Ferreira, 2010). De certa forma, a sociedade resultante das grandes transformações está envolvida e compromissada com as causas de sua transformação, e reage de maneira solidária em presença dos grandes desastres vivenciados. Haja vista a grande

parcela de ajuda que é mobilizada quando há o surgimento de uma tragédia em grandes proporções. Ferreira defende também, que "solidariedade não é uma questão de altruísmo, mas de sobrevivência", e constata "Nem sempre conseguimos tudo, mas se partirmos do princípio "dê o melhor de si", vamos chegar em algum lugar" (Ferreira, 2010).

Observa-se, portanto, no enfrentamento das catástrofes e epidemias, que a invisibilidade mediante a enormidade da tragédia descaracteriza o essencial, o qual precisa ser buscado através do individual, na devolução da autodeterminação e da auto-estima, de forma que a unicidade de cada sobrevivente determine o valor do esforço compreendido em prol de todos.

## **A ÉTICA DA PREVENÇÃO**

"O alvo de toda atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional". Esse princípio, um dos fundamentais do Código de Ética Médica, demonstra a importância do compromisso social do médico.

Entende-se que a responsabilidade pelas atividades de prevenção e de mobilização, objetivando a resolução e contenção dos danos produzidos em acidentes catastróficos e epidêmicos, é da sociedade como um todo. Através das organizações de proteção civil e da participação comunitária em organizar e dirigir estrategicamente um conjunto de ações emergenciais, com a utilização de recursos materiais e humanos capazes de agir em favor da coletividade, o indivíduo é participante ativo da sua própria transformação. Cabe, porém, ao médico, responsável direto pelo zelo e manutenção da saúde populacional, assim como às suas representações de classe, o papel da promoção de atividades no sentido de envolver a atenção das entidades de saúde nas questões preventivas, objetivando o alcance de toda a sociedade. O recurso da informação científica e profissional, através dos meios de comunicação, em parceria com entidades representativas e com o Estado, permite uma abrangência maior no enfrentamento das epidemias e uma participação mais ativa e efetiva da população atingida.

O pânico gerado ante a possibilidade de uma epidemia ultrapassar suas fronteiras previstas e dizimar um grande contingente populacional levanta questões éticas em vários setores sociais. Tal questão abrange o âmbito coletivo, em função da necessidade de estabelecer condutas governamentais, de oferecer informação adequada e do incentivo à manutenção do equilíbrio, e o âmbito individual, quando cada um se torna responsável e faz sua parte no controle dos fatores de risco. Ao médico, enquanto representante individual dos cuidados em saúde, e ao mesmo tempo membro ativo das atividades coletivas de prevenção e manutenção dessa saúde, cabe a atitude preventiva e participativa adequada a cada situação.

O objetivo maior das campanhas preventivas é o alerta, a participação dos meios de comunicação e da população ao lado dos profissionais da saúde no sentido de entender e, por consequência, evitar os fatores que possibilitem o alastramento das epidemias. A importância do respeito aos valores, possibilidades e capacidade de assimilação das informações pela população em risco não deve ser jamais

subestimada, mas sim deve ser utilizada como respaldo ético e instrumento de melhoria de promoção de saúde e qualidade de vida. As mobilizações médicas efetivas buscam, necessariamente, não apenas se ater à promoção da informação e do alcance ao tratamento, mas também se estender à manutenção do cuidado, no sentido de a população permanecer alerta e participativa das campanhas de prevenção. O cuidado pode ser caracterizado como um fator ético de compromisso, de preocupação de atingir o coletivo através do individual e vice-versa. E tal cuidado sugere a parceria entre o médico, enquanto indivíduo de uma coletividade, e cada membro pertencente a essa mesma coletividade.

Há, ainda, falhas atuais nas mobilizações preventivas, mediante a variedade de estruturas e de mudanças experimentadas pela sociedade de consumo diante da modernidade, de forma que a vigilância passa a ser uma das prioridades na qualidade de vida de uma população. Assuntos da atualidade, tais como alimentação, estilo de vida saudável, uso de agrotóxicos, utilização de produtos químicos, tratamento do lixo, exigem, além de campanhas imediatas, mudanças estratégicas de prevenção em longo prazo, comprometidas com a cultura popular e a educação. Ao se tratar de alimentação, por exemplo, ao se referir ao Brasil, percebe-se que "não há sistemas de vigilância epidemiológica que revelem o impacto dos alimentos contaminados na saúde da população" (Paz, 2003). Uma educação alimentar que tivesse início na infância poderia repercutir de maneira efetiva na mudança do hábito e na melhoria da qualidade de vida da população, e estratégias ligadas à alimentação adequada poderiam ser associadas a programas educacionais escolares, além de veiculação através da mídia.

Ao lado das campanhas educativas para a busca do hábito alimentar adequado, o incentivo ao estilo de vida saudável, a participação e cooperação nas políticas de tratamento do lixo doméstico, e o respeito ao meio-ambiente agregam a participação da população em políticas preventivas. O médico tem, de forma direta ou indireta, responsabilidade ética sobre a qualidade de vida da comunidade onde vive, haja vista ser parte dessa comunidade e ser o representante da saúde local. Da mesma forma, compete às políticas preventivas a exigência da utilização saudável dos recursos naturais e o respeito ao meio-ambiente. Há uma necessidade crescente do engajamento de todos na preservação do planeta, independentemente da classe social, no sentido de estabelecer critérios de risco.

As catástrofes e epidemias, em sua concepção de desequilíbrio entre a capacidade do socorro e o número elevado de vítimas, não são apenas fatalidades isoladas e aleatórias. Os efeitos devastadores podem resultar não apenas da casualidade natural, mas tem ligação íntima com a forma de convivência humana. A desestrutura social, a qual leva uma população a habitar áreas de risco; as agressões ambientais, através do abandono do lixo e da utilização de agrotóxicos; a convivência pouco solidária com a natureza, resultando no descaso com a estrutura ambiental, pode repercutir no meio-ambiente de forma persistente e indiscriminada, resultando dessa combinação os fatores de risco que possibilitam a tragédia.

Do entrelaçamento de fatores que contribuem para a construção dos desastres de grande e média proporção que possam assolar a humanidade, origina-se a necessidade de uma ética ambiental participativa. Como elemento primordial e

profissional envolvido diretamente na resultante de todo esse processo, ao médico cabe a responsabilidade da conscientização e alerta, através dos recursos políticos e participativos disponíveis, das lutas de classe e das campanhas elucidativas. Campanhas que visem à conscientização da produtividade industrial, ao uso correto dos fatores ambientais, à responsabilidade de cada cidadão no cuidado com o meio onde vive, fazem parte das atribuições médicas na medida em que sugerem um aprimoramento do fator saúde e repercutem diretamente na qualidade de vida da população.

## **A ÉTICA DIANTE DA PANDEMIA: COMPROMISSO GLOBAL**

O fim do século XX e o início do XXI caracterizaram-se pelo surgimento de algumas epidemias e exacerbação de outras. O Ebola, descoberto em 1976 na África, e a AIDS, em 1981, marcaram de forma indelével o fim do milênio; a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS), em 2003, surgiu como a primeira grande doença do século, alastrando-se da Ásia para a América, e a Gripe Aviária, pelo H5N1, no final de 2005, causou pânico pelo seu surgimento na Ásia. Em janeiro de 2006, a OMS passou a alertar o mundo sobre a necessidade de se preparar para uma pandemia da Gripe Aviária.

A ameaça mais recente à estabilidade e manutenção da saúde, a pandemia da Influenza A, causada pelo H1N1, provocou um alerta global, e o aspecto informativo, decorrente do avanço crescente da comunicação, alcançou e mobilizou a população de forma nunca antes presenciada, atingindo níveis de proporção global. Inicialmente detectada em abril de 2009, o desafio do enfrentamento da Influenza A exigiu compromisso e grandeza da classe médica, mediante a avalanche de informações veiculadas através da mídia, muitas vezes de forma desconhecida, assim como à pressão exercida por uma população em pânico.

O envolvimento dos governos estadual e federal, a proximidade das instituições públicas e da área médica, somando esforços para a experiência da contenção, teve seu exemplo participativo durante o transcorrer da pandemia. A mobilização alcançou níveis específicos dentro da sociedade, envolvendo os mais diversos setores da comunicação e da representação médica e científica, atingindo a população de forma eficiente, promovendo uma campanha de abrangência e de resultados inéditos. Desde o acesso facilitado aos serviços de saúde, a diagnósticos e tratamentos precoces, até orientações através da mídia, boletins freqüentes, informações detalhadas, todos foram aspectos utilizados no processo de contenção da pandemia.

Para o médico, uma série de condutas caracteriza o envolvimento ético diante de uma pandemia, entre elas:

- A atitude correta perante os casos suspeitos, com investigação detalhada;
- A contribuição e participação nas medidas tomadas pelas autoridades sanitárias;
- A contribuição com a vigilância epidemiológica;
- A contribuição e participação da organização dos serviços;
- A participação no esclarecimento da população;
- A utilização da conduta terapêutica adequada

A participação médica nas campanhas preventivas, seja de forma coletiva, através da elaboração e organização de políticas de contenção e de educação, seja de forma individual, através da pesquisa diagnóstica e da

terapêutica, tem sido a chave do processo de saúde no final do século XX e início do XIX. Sem a participação solidária e cuidadosa do médico, não seria possível promover campanhas de prevenção efetivas e abrangentes.

Para exemplificar a importância do aspecto participativo, nas campanhas sistematicamente empreendidas pelos setores de saúde contra a Dengue, à atenção da população vigilante, se soma o comprometimento das categorias que assistem o doente, no sentido de reconhecimento dos casos que poderiam alterar a letalidade. Segundo a OMS, dois bilhões e meio de pessoas estão sob ameaça de contrair a dengue, e entre 50 a 100 milhões de pessoas são infectadas pela doença anualmente (Cremesp, 2007). Desde 1986, há registros de casos no Brasil todos os anos, e o diagnóstico ainda é um problema a ser enfrentado.

Obviamente é primordial o papel dos órgãos governamentais e da população no combate ao vetor, mas há a necessidade de ser preconizada a adoção de protocolo de condutas clínicas mediante a suspeita de dengue. A infecção pode incluir desde formas brandas, até quadros graves, com possibilidade de óbito, daí a importância de uma abordagem cuidadosa, reconhecendo os casos onde a intervenção médica é crucial. Para reduzir a incidência da doença e sua letalidade é essencial, portanto, a participação da comunidade médica, pois a identificação de suspeitos é clínica (Aranda & Ribeiro, 2008). A anamnese detalhada, a investigação cronológica dos sinais e sintomas, e as medidas terapêuticas adequadas, perfazem a atitude ética mediante os casos suspeitos, podendo significar a redução da letalidade.

Da mesma forma, campanhas empreendidas contra a Febre Maculosa exigiram sempre atenção médica especial e medidas preventivas no sentido de divulgação de medidas profiláticas, além da notificação de todos os casos. Observe-se que a notificação é, em si, um aspecto ético de prevenção e respeito à coletividade. As campanhas para o controle de doenças de contágio como a Hepatite C, Rubéola, Tuberculose, têm mobilizado as classes médicas, sobretudo pela importância da parceria popular no controle da transmissão.

A Hepatite C infecta cerca de 170 milhões de pessoas no mundo e estima-se, atualmente, que 3 milhões de brasileiros estejam infectados. Desses, 85% irão desenvolver doença crônica, 20% desenvolverão cirrose e 5% a cada ano desenvolverão carcinoma hepatocelular (Rosenthal, 2007). O

apelado médico e popular contribuiu para a Lei 11.255/05, sancionada pelo Presidente Lula em 27 de dezembro de 2006, que criou diretrizes para prevenção e tratamento dos vários tipos de hepatite.

No caso da Tuberculose, têm se desenvolvido "Campanha de Ações Educativas e Ativas na Luta contra a Tuberculose", visando à conscientização da população (CREMESP, 2007). Na Rubéola, a participação do médico é fator determinante para o sucesso da campanha de vacinação. O "Programa de Controle da Rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita" (SCR) foi implantado em 1992, e a eliminação da doença é meta definida pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (Cremesp, 2008).

Observa-se, portanto, em todas as campanhas a importância da atitude médica. "Em situações emergenciais de interesse público, quando o problema não se limita ao indivíduo, mas atinge toda a coletividade, a responsabilidade do médico é redobrada e se reveste da maior importância, pois o dever humanitário e a necessidade social se sobrepõem a outros direitos e obrigações" (Gonçalves, 2009).

## **CATÁSTROFE: A QUEBRA INESPERADA DA ESTABILIDADE**

O desastre, seja ele por causas naturais ou originadas da inventiva humana, é sempre inesperado e aterrador, e o clima de pânico instalado em suas imediações temporais e espaciais é de desespero e impotência. A quebra da estabilidade, o desafio dos limites humanos e a luta incessante pela sobrevivência são questões que evidenciam uma espécie de solidariedade que só se observa nas situações extremas de ameaça coletiva. O alcance da catástrofe, mediante um mundo interligado pela comunicação imediata, é a casa de cada indivíduo, é o seu dia-a-dia ameaçado e colocado à prova, e a resposta se projeta através da identificação. O mundo sobressaltado pela catástrofe refaz seus valores, reage de forma emocional e direciona o seu individual para a coletividade.

Ao médico cabe repensar o humanitário. As situações de enfrentamento passam a exigir uma atitude médica imparcial e dura, no sentido de estabelecer uma ordem de prioridades e de organizar os recursos disponíveis, mas ao mesmo tempo abnegada e sensível, voltada àquele que, de forma particular e única, agoniza. A escolha da atenção, conflitante e implacável, pode ser decisiva e quase sempre irreversível, e a identificação das prioridades vai além da tendência e do critério pessoal.

Mediante um número crescente de acidentes e de catástrofes resultantes da convivência humana entre si e com a natureza, a cada dia se torna mais necessário o planejamento de uma medicina voltada às catástrofes, centrada na estruturação de ações necessárias em situações emergenciais adversas. Não apenas a emergência em si passaria a ser considerada, mas sim a somatória da emergência, mais o desconforto da escassez de recursos, além da pressão situacional, essa última determinada pelos fatores de comoção social. Em decorrência da precariedade de recursos, a postura ética se evidencia como fator diferencial no atendimento médico adequado, não apenas no sentido de estabelecer prioridades, mas também de transcender ao médico a maturidade e o respaldo psicológico necessários para exercer sua profissão com segurança numa situação tão insegura.

Não há, ainda, consenso quanto aos critérios que devam ser utilizados para a prevenção, condução e atenção das vítimas nos desastres. Enquanto alguns defendem a idéia de que devem ser atendidos primeiro aqueles que apresentam possibilidades de se salvar (princípio da prioridade terapêutica) ou aqueles que primeiro se encontram (princípio da prioridade temporal), outros defendem que sejam atendidos em primeiro lugar aqueles que apresentam maior risco de vida ou maior grau de sofrimento (princípio da prioridade do risco) (França, 1994).

Ao lado da instabilidade dos critérios de atendimento e priorização, somam-se os critérios que são os dificultadores nos grandes acidentes, portanto não menos importantes, ao se considerar a atitude preventiva como um processo lento de

salvaguardar os elementos favoráveis no enfrentamento de situações-limite. Destacam-se como alguns fatores dificultadores nos grandes acidentes (Cremesp, 2009):

- Protocolos de atendimento improvisados, devido à emergência e ao inusitado da situação;
- Necessidade de respostas rápidas à sociedade e às famílias envolvidas;
- Questões de segurança nacional, mediante o número de autoridades que comparecem ao local;
- Medos infundados, apego aos mitos e informações desencontradas;
- Diferenças culturais;
- Assédio da Imprensa;
- Grande comoção social;
- Pressão para identificação: a demora, os enganos pela tentativa de reconhecimento visual, a impossibilidade de reconhecimento pleno são fatores que atrasam o processo de identificação.

A necessidade de protocolos internacionais de atendimento nas emergências envolvendo muitas vítimas tem sido debatida e tem preocupado os grupos ligados aos direitos humanos. Os meios de comunicação, a despeito do interesse sensacionalista no fato, dão pouca importância às implicações afetivas e sociais das vítimas, em especial àquelas de natureza ética e humanitária. Para que o respeito incondicional à dignidade das pessoas passe a ser cultivado na motivação da mídia em apresentar a tragédia em suas reais proporções, existe já uma consciência social voltada à priorização da ética como fator diferenciador no enfrentamento dos desastres.

Atualmente, através da previsão e das possíveis prevenções, já se tem consciência de que um desastre dessa ordem não é tão imprevisível e inevitável, e que há a possibilidade de se evitar conseqüências mais graves sobre as vidas e os bens coletivos, em especial quando essas catástrofes decorrem dos fenômenos atmosféricos. Portanto, um desastre terá seus resultados proporcionalmente à maior ou menor capacidade de prevenção e organização coletiva para o enfrentamento dos possíveis prejuízos.

Fenômenos naturais, como a Tsunami ocorrida em 2004, na Tailândia, em que a estrutura local não estava preparada para o socorro rápido às vítimas, testemunharam no imprevisto a árdua tarefa do enfrentamento. Derek Forest (2004), um especialista forense britânico que atuava no local, revelou na ocasião suas principais preocupações como as de natureza ética: "Queria que as pessoas mortas e suas famílias, provenientes de diferentes países, fossem tratadas igualmente e de forma justa, cada qual de acordo com sua fé e costumes". Forest destaca, entre as lições que aprendeu com a situação inusitada, a necessidade de ter um plano de recuperação, de tentar obter um controle rápido da situação, fazendo uma avaliação inicial do tamanho do problema e da necessária estrutura; de pensar grande, disponibilizando material; e de encontrar estrutura emocional para lidar com pressões de diversos níveis, como as exercidas por parentes, embaixadas e imprensa (Cremesp, 2009).

Mais recentemente, o terremoto no Haiti, no início de 2010, causou a morte de 300 mil pessoas, desencadeando a mobilização de diversos grupos ao

redor do mundo, interessados em ajudar os afetados pela catástrofe. Do Brasil, um grupo de médicos liderado pela "Organização da Sociedade Civil de Interesse Público", participou solidariamente do atendimento, e entre eles, Ricardo Affonso Ferreira resume: "Nem sempre conseguimos tudo, mas se partirmos do princípio "dê o melhor de si", vamos chegar em algum lugar" (Ferreira, 2010).

## **AS CONSEQUÊNCIAS SOCIO-AMBIENTAIS DA TRANSFORMAÇÃO**

O século XX e o início do XIX foram marcados por grandes transformações através do planeta. Não apenas as catástrofes naturais e as epidemias tomaram proporções globais devido ao grande número de vítimas, mas também os acidentes, decorrentes do desenvolvimento tecnológico, e os atos de violência, resultantes das instabilidades sociais e políticas que caracterizam a humanidade.

Não há como deixar de usufruir os bens de uma sociedade em desenvolvimento ou cercear suas conquistas. Habitante de um mundo agitado pela transformação, o homem cria meios de transporte cada vez mais eficazes e rápidos para a locomoção. Apesar da utilidade inquestionável de tais meios, a possibilidade de se transformarem em causa de grandes acidentes não pode ser desprezada, em particular pela inevitabilidade da tragédia, pelo grande número de pessoas envolvidas e pelo referencial aproximado de cada indivíduo. Acidentes mais recentes, como o que ocorreu no Brasil em julho de 2007, quando um avião se chocou contra um prédio da própria companhia, causando a morte de 199 pessoas, destacam a importância de uma medicina essencialmente voltada para acidentes e catástrofes, que possa intervir nesses momentos extremos.

Alguns fatores podem se destacar como medidas básicas e éticas de enfrentamento coletivo dos acidentes, como a identificação de riscos potenciais, as medidas preventivas, a adoção de um plano de assistência imediata, além de medidas sanitárias, no sentido de minimizar os problemas surgidos na vida em comum das pessoas envolvidas. No âmbito individual, medidas como o funcionamento adequado dos serviços especializados, o atendimento às ocorrências individuais de urgência e a organização das urgências médicas perfazem o planejamento estratégico de primeiros cuidados.

Além dos acidentes, ligados à inventiva humana estão também os atos de violência, em especial quando assumem grandes proporções e atingem o coletivo. Atos de terrorismo, como o ataque ao World Trade Center em 11 de setembro de 2001, com a morte de 2993 pessoas; o atentado à Estação de Atocha, em Madrid, a 11 de março de 2004, com a morte de 191 pessoas e 1.700 feridos; e episódios violentos mais próximos da realidade brasileira, como os "Crimes de Maio" (Cremesp, 2007), ocorridos em São Paulo entre 12 e 20 de maio de 2006, com 493 mortos pelo crime organizado e pelo contra-ataque da polícia; têm mobilizado a sociedade. A classe médica, por considerar, entre suas principais metas, a preservação do Estado de Direito e dos direitos fundamentais do cidadão, tem idealizado como protocolo de conduta o zelo e o compromisso com a ética e com a verdade.

Durante a incidência constante e repetida dos acidentes e dos atos de violência coletiva, algumas metas foram sendo aos poucos determinadas, tais como

o manejo correto e digno dos restos mortais e a minimização do sofrimento das famílias atingidas. A atenção ao direito dos familiares em conhecer o paradeiro de seus entes queridos, assim como a garantia do direito de identificação de todo indivíduo após a morte, direito esse estabelecido pela Interpol, caracterizam-se como medidas de conduta ética de uma medicina de urgência. O levantamento e o processamento das perícias médicas realizadas por ocasião de tais eventos ultrapassam o âmbito da medicina e passam a ser de interesse público, na medida em que atingem um número elevado de vítimas e de familiares e, por conseguinte, atingem indiretamente a sociedade em suas preocupações mais comuns.

A abordagem médica de natureza preventiva, através de congressos e conferências, assim como a prática de Atos Públicos organizados pelas representações médicas, em que há uma observância sobre o alcance e a ameaça aos direitos humanos, caracterizam-se como instrumentos éticos de combate à violência e à banalização da morte. Para que uma sociedade não esqueça suas fragilidades e saiba se fortalecer no enfrentamento de situações inesperadas de violência, a classe médica tem papel participativo direto e efetivo no processo de saúde física e mental da população. Os "Crimes de Maio" de 2006 têm se tornado, como exemplo, uma constante nos atos públicos convocados por entidades médicas e de direitos humanos (Callegari, 2007), na tentativa de alerta à população e atualização das prioridades sociais.

Além dos incidentes e acidentes passíveis de tragédias em grandes proporções, também a situação social, em casos limites de violência e miséria, pode ser entendida como fator de risco e causa de incidentes com envolvimento de grande número de vítimas. Observa-se, na história do desenvolvimento humano, que as situações em que há a condição da adversidade limite, o equilíbrio emocional dos indivíduos envolvidos tende à fragilização e desestabilização, comprometendo o psiquismo de forma subsequente ou mesmo permanente. Em "A dinâmica psicológica da catástrofe", José Toufic Thomé (2009), coordenador da Comissão Técnica de Intervenção em Desastres e Catástrofes da ABP, pertinentemente defende o conceito de Ecobioética como o confronto do relacionamento do homem com o próprio homem, assim como com o meio-ambiente, na promoção de um desenvolvimento saudável e sustentável. A Ecobioética, em seus objetivos, iria além da medicina e do direito, integrando as diversas estruturas que participam da vida do homem.

De uma forma geral, todos os fatores que predisõem a grandes e inesperadas transformações sugerem a postura adequada e preparada em todos os setores do convívio humano, e a dinâmica médica, preponderante no enfrentamento das ameaças à saúde física e mental do homem, exige a adaptabilidade necessária a cada nova situação. Respalado pela ética como valor referencial em suas atitudes, o médico pode dispor de meios pessoais para o enfrentamento das situações em que a precariedade de recursos o exponha à escassez de meios técnicos, utilizando a solidariedade e o bom-senso em função da humanização dos objetivos.

## **CONCLUSÃO**

O objetivo principal em defender a ética como fator inquestionável no enfrentamento das catástrofes e epidemias em suas mais diversas manifestações, é a

tentativa de oferecer um valor referencial que se pretende intrínseco e comum a todas as sociedades que compõem a humanidade. As diferenças culturais e tecnológicas se evidenciam de forma mais avassaladora quando uma mudança estrutural, inesperada e de grande dimensão, sobrepõe-se à estabilidade pré-existente, fazendo surgir dessa diferenciação a escassez e a fragilidade dos meios de enfrentamento. Surge dessa dissociação entre recurso e necessidade a importância de um valor de caráter universal e imparcial, na visão equânime do individual como parte do coletivo. Na medida em que a sociedade é concebida a partir de cada indivíduo, esse indivíduo em si tem valor de forma plena e inteira, e deixa de ser apenas uma parte da sociedade, tornando-se, através do humanismo, a finalidade primeira da ética social. Todo indivíduo tem direito, assim, à proteção de sua saúde, e sua integridade física não deve ser colocada em risco, "salvo em missão de salvaguardar o seu mais supremo bem, que é a sua própria vida" (Sgreccia & Fasanella, 1933).

A experiência é um recurso do homem em seu aprendizado. Nem sempre é possível, entretanto, experimentar plenamente todas as situações, e a possibilidade deve sempre ser inquirida em toda a sua abrangência. Romero Bandeira (2008) defende que "A história é um verdadeiro laboratório da medicina de catástrofe. Ninguém vai ensaiar uma catástrofe ao vivo. Portanto temos que estudar o que se passou para podermos analisar, tirar daí ilações e adequar ao presente".

O médico tem na experimentação um recurso inquestionável, e a previsibilidade de resultados se torna um instrumento de sua boa atuação. Num mundo em constante mutação, porém, não há mais a possibilidade de uma medicina puramente estática e curativa, mas sim de uma medicina abrangente, propensa a se mover e adaptar. A medicina em transformação, ao mesmo tempo em que se ocupa da prevenção e da educação para a saúde, carece de reflexão e solidariedade, e o imprevisível passa a fazer parte do cotidiano.

As novas tecnologias, a desigualdade social, a imperfeição dos sistemas de saúde, a pressão da mídia, o inesperado das situações incidentais cada vez mais freqüentes e em maiores proporções, enfim, todos os caminhos sugerem uma medicina de reflexão. Ao médico, instrumento da moderna medicina, já não basta o uso correto das tecnologias e terapêuticas ao seu alcance, e sim repensar o humanitário. Só a presença médica, em sua amplitude de solidariedade, adaptabilidade e ética, pode transcender a dor em toda a sua extensão e assinalar o diferencial na qualidade da saúde de uma sociedade.

## **BIBLIOGRAFIA**

A GRIPE, via aérea. *Jornal do Cremesp*, São Paulo, out. de 2006, n. 230. Atualização, p. 10.

ALGUNS identificadores em grandes acidentes. *Jornal do Cremesp*, São Paulo, nov. de 2009, n. 265. *Medicina Legal*, p. 9.

ANDRADE NETO, J. L.; DREHMER, V. G. A dengue no cotidiano do médico paranaense. *Jornal do CRMPR*, Curitiba, ago. - dez. de 2007, n. 77. *Mobilização*, p. 16.

- ARANDA, C. M. S. S.; RIBEIRO, A. F. Epidemia, A participação da comunidade médica é urgente no combate à dengue. *Jornal do Cremesp*, São Paulo, jan. de 2008, n. 244. Geral, p. 11.
- ATO público no Cremesp relembra os Crimes de Maio e seus impactos. *Jornal do Cremesp*, São Paulo, maio de 2009, n. 259. Atividades do Cremesp, p. 5.
- BANDEIRA, R. *Medicina de Catástrofe - Da exemplificação histórica à iatroéctica*. Porto: Editora da Universidade do Porto, 2008, 418 p. Série Do Saber, n. 5.
- CALLEGARI, D. C. Tragédia de maio, um ano depois. *Jornal do Cremesp*, São Paulo, maio de 2007. Editorial, p. 2.
- CHARÃO, A. Médicos Sem fronteiras, Medicina solidária. *Jornal do Cremesp*, São Paulo, maio de 2007, n. 237. Entrevista, p. 3.
- DIA Mundial de Combate à Tuberculose. *Jornal do Cremesp*, São Paulo, abr. de 2007, n. 236. Geral, p. 12.
- FEBRE Maculosa. *Jornal do Cremesp*, São Paulo, nov. de 2005, n. 219. Alerta aos médicos, p. 16.
- FERREIRA, R. A. Solidariedade é uma questão de sobrevivência. *Jornal do Cremesp*, São Paulo, mar. de 2010, n. 268. Médicos brasileiros no Haiti, p. 3.
- FRANÇA, G. V. Desastres de Massa - Sugestões para um Itinerário Correto de Auxílios. *Revista Bioética*, v. 2, n. 2., 1994. Portal Médico [on line]. João Pessoa, Paraíba: Universidade Federal da Paraíba. Disponível em <<http://www.portalmedico.org.br/revista/bio2v2/desastres.html>> [consulta: 30/04/10].
- GONÇALVES, H. C. A Influenza e o compromisso dos médicos. *Jornal do Cremesp*, São Paulo, jul. de 2009, n. 261. Editorial, p. 2.
- GRIPE A se mostrou como um dos grandes desafios de 2009. *Jornal do CRMPR*, Curitiba, dez. de 2009, n. 81. Prevenção, p. 31.
- IDENTIFICAÇÃO humana em catástrofes: aspectos éticos e técnicos. *Jornal do Cremesp*, São Paulo, nov. de 2009, n. 265. Medicina Legal, p. 8.
- INDIGNAÇÃO marca balanço da tragédia de maio. *Jornal do Cremesp*, São Paulo, maio de 2007, n. 237. Atividades do Cremesp, p. 5.
- INFLUENZA A, Centro de Vigilância Epidemiológica divulga orientações para os médicos. *Jornal do Cremesp*, São Paulo, maio de 2009, n. 259, p. 16.
- INFLUENZA A, Cremesp divulga orientação técnica do CVS/CVE para o médico. *Jornal do Cremesp*, São Paulo, jul. de 2009, n. 261. Geral, p. 6 -7.
- INFLUENZA A (H1N1). *Jornal do Cremesp*, São Paulo, ago. de 2009, n. 262, p. 11.

- LEI torna obrigatório tratamento e prevenção. *Jornal do Cremesp*, São Paulo, jan. de 2006, n. 221. Geral, hepatites, p. 10.
- LIÇÕES da Operação Tsunami. *Jornal do Cremesp*, São Paulo, nov. de 2009, n. 265. *Medicina Legal*, p. 9.
- MANEJO no atentado à Estação de Atocha. *Jornal do Cremesp*, São Paulo, nov. de 2009, n. 265. *Medicina Legal*, p. 9.
- MEIRELES, A. C.; SAMPAYO, M. Resposta Social à Ameaça da Gripe Pandémica - Ética e Valores [on line], Universidade Nova de Lisboa, 2009. Disponível em <[www.porto.ucp.pt/lusobrasileiro/actas/Catarina%20Meireles.pdf](http://www.porto.ucp.pt/lusobrasileiro/actas/Catarina%20Meireles.pdf)> [consulta: 15/05/10]
- OMS: Alerta e Resposta Global às Epidemias - SARS [on line]. Publicação 18/05/04. Disponível em <<http://www.universia.com.br/>> [consulta: 30/04/10].
- PAZ, S. Segurança alimentar: o papel dos consumidores. *Jornal do Cremesp*, São Paulo, abr. de 2003, n. 188. *Artigos*, p. 4.
- ROSENTHAL, C. Hepatite C, a epidemia oculta. *Jornal do Cremesp*, São Paulo, abr. de 2007, n. 236. *Atualização*, p. 10.
- SÃO PAULO se prepara para eventual epidemia. *Jornal do Cremesp*, São Paulo, jan. de 2006, n. 221. *Iniciativas*, Gripe aviária, p. 12.
- SGRECCIA, E; FASANELLA, G. Bioética y medicina de las catástrofes. *Medicina y Ética*. 1933. Apud FRANÇA, G. V. *Desastres de Massa - Sugestões para um Itinerário Correto de Auxílios*. *Revista Bioética*, CFM, v. 2, n. 2., 1994 [on line]. Disponível em <<http://www.portalmedico.org.br/revista/bio2v2/desastres.html>> [consulta: 30/04/10].
- SOARES, R. D. A Pandemia da Influenza A e o médico. *Jornal do Cremesp*, São Paulo, ago. de 2009, n. 262. *Opinião de Conselheiro*, p. 12.
- STEINER, G. *A Ideia de Europa*. Lisboa: Editora Gradiva, 2005. 64 p.
- SURTOS de dengue preocupam país. *Jornal do Cremesp*, São Paulo, fev. de 2007, n. 234. *Atualização*, p. 11.
- THOMÉ, J. T. A dinâmica psicológica da catástrofe. *Debates*, ABP, n. 1, jan. - fev. de 2009, *Jornal Psiquiatria Hoje*, Ano XXX, n 6. Artigo [on line]. Disponível em <<http://www.josethome.med.br/JoseTHOME/thomewpress/?p=136>> [consulta: 30/04/10].
- TRAGÉDIA de maio, ato público lembrará onda de violência. *Jornal do Cremesp*, São Paulo, abr. de 2007, n. 236. *Atividades do Cremesp*, p. 6.
- VIGILÂNCIA Epidemiológica solicita colaboração dos médicos na campanha contra a rubéola. *Jornal do Cremesp*, São Paulo, ago. de 2008, n. 251. *Geral*, p. 13.

## **O PAPEL DA ÉTICA NO ENFRENTAMENTO DAS GRANDES EPIDEMIAS E DESASTRES NATURAIS POR PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

Emerson Wander Silva Soares\*

*... dicendo niuna altra medicina essere contro alle pestilenze migliore né così buona come il fuggir loro davanti; e da questo argomento mossi, non curando d'alcuna cosa se non di sé, assai e uomini e donne abbandonarono la própria città, le proprie case, i lor luoghi e i lor parenti e le lor cose, e cercarono l'altrui o almeno il lor contado...*

[... diziam que não havia nenhum outro medicamento contra a praga que fosse melhor ou tão bom quanto fugir o quanto antes; seguindo esta orientação, uma multidão de homens e mulheres, sem carregar nada que não a si mesmos, abandonaram suas cidades, suas casas, seu país, seus parentes, seus bens, e iniciaram um exílio voluntário...]

Giovanni Boccaccio (1313 - 1375)

Decameron

## **HEALTH CARE PROFESSIONALS AND THE ROLE OF ETHICS WHEN FACING LARGE PROPORTION EPIDEMICS AND NATURAL DISASTERS**

### **RESUMO**

Tragédias humanas causadas por grandes epidemias e desastres naturais são cada vez mais frequentes, resultam em milhares de mortos, feridos, desabrigados e geram grande comoção pública. Por outro lado, despertam um forte sentimento de solidariedade. Nestas situações de emergência, profissionais da saúde precisam atuar em condições improvisadas, desfavoráveis e com recursos, muitas vezes, insuficientes. Os valores éticos em cena também são incomuns. Neste estudo são analisados os principais questionamentos éticos inerentes à atuação dos profissionais da saúde nestas situações extremas, como o dever de atender e os limites do altruísmo, os critérios para estabelecer as prioridades de atendimento, o conflito entre a liberdade individual e os interesses coletivos, e o dilema entre acatar ou discordar das medidas implantadas

---

\* Monografia apresentada à 21.ª edição do Concurso de Monografia sobre Ética Médica, Bioética e Profissão Médica do Conselho Regional de Medicina do Paraná, 2010, classificada em 1º lugar. Cancerologista residente em Cascavel-PR.

pelos gestores da saúde pública. Com isso, pretende-se dar suporte para decisões e posicionamentos corretos, do ponto de vista ético, aos que se dispõem a arriscar a vida em benefício ao próximo.

**Palavras-chave:** grandes epidemias, desastres naturais, papel da ética, enfrentamento, profissionais da saúde.

## **ABSTRACT**

Human tragedies caused by major epidemics and natural disasters are increasingly frequent and result in thousands of dead, injured, homeless and generate great public outcry. On the other hand, evoke a strong sense of solidarity. In these emergency situations, health professionals need to work in improvised and inadequate conditions, and with resources, often insufficient. Ethical values in the scene are also uncommon. In this study are analyzed the key ethical questions inherent in the performance of health professionals in these extreme situations, such as the duty to care and the limits of altruism, the criteria for establishing priorities of care, the conflict between individual liberty and collective interests, and the dilemma between accept or disagree with the measures implemented by public health officials. Therefore, this study intends to provide support for correct positioning and decisions, from an ethical point of view, for those who accept to risk their lives in service to others.

**Key words:** large epidemics, natural disasters, ethics role, facing, health care professionals

## **SUMÁRIO**

1 INTRODUÇÃO .....	6
2 O DEVER DE ATENDER .....	9
2.1 OS LIMITES DO ALTRUIZMO .....	11
2.1.1 Condições de atendimento .....	11
2.1.2 Respeito às leis e normas de conduta .....	12
2.1.3 As situações de exceção e excesso .....	13
3 CRITÉRIOS PARA TRIAGEM E PRIORIDADE DE ATENDIMENTO .....	13
3.1 ÉTICA NA TRIAGEM .....	14
3.2 PRIORIDADE DE ATENDIMENTO .....	15
3.2.1 Escassez de recursos .....	15
4 VALORES INDIVIDUAIS E COLETIVOS .....	16
4.1 SOLICITAÇÃO POR MEDIDAS NÃO RECOMENDADAS .....	17
4.2 RECUSA EM ACEITAR MEDIDAS COMPULSÓRIAS .....	18
5 TRABALHO EM EQUIPE .....	19
6 CONCLUSÃO .....	20
REFERÊNCIAS .....	21
DOCUMENTOS CONSULTADOS .....	25

## **1 INTRODUÇÃO**

Tanto as grandes epidemias quanto os desastres naturais chocam e assustam pela quantidade de vítimas e o sofrimento que causam. Mais do que isso, amedrontam

pela forma inesperada que surgem e a sensação inicial de impotência e insegurança que provocam. Com a rapidez atual dos meios de transporte, um surto de doença infecciosa, inicialmente restrito a uma região específica (epidemia), pode se espalhar por todo o planeta (pandemia) em poucos dias, como, por exemplo, o surto da gripe causada pelo vírus influenza A, subtipo H1N1, que começou no México, em março de 2009, alastrou-se por todos os continentes e, um ano depois, resultou em 17,4 mil mortos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010). Epidemias fazem parte da história da humanidade e estão diretamente relacionadas à aglomeração de pessoas e condições sanitárias inadequadas (FIGURA 1).



FIGURA 1 - Triunfo da morte (1562), de Pieter Bruegel, retrata a peste negra que dizimou um quarto da população da Europa (25 milhões de pessoas) no séc. XIV.

FONTE: Museu Nacional do Prado - Galeria online.

Embora, antes de 20 mil a.C., a reunião de, ao menos, 500 pessoas em um mesmo local fosse um acontecimento improvável (BLAINEY, 2007), aos poucos surgiram as civilizações, as cidades e as devastadoras "pragas". A praga de Atenas, por exemplo, em 430 a.C., supostamente provocada por um surto de febre tifóide, matou um terço (aproximadamente 150 mil pessoas) da população desta cidade e, entre elas, Péricles, o líder político e militar de Atenas na época (BAKER, 2006). Em 2008, a proporção da população mundial que vive em áreas urbanas ultrapassou os 50%. O aumento da densidade populacional nas grandes cidades ocorre de forma caótica e desorganizada. Em geral, por pessoas pobres, em busca de emprego, que

se instalam na periferia, em regiões insalubres, sem suporte adequado de água tratada e saneamento (PATEL; BURKE, 2009). Portanto, o risco de novas epidemias é iminente, com a possibilidade de afetar milhões de pessoas vulneráveis aos seus malefícios.

Desastres naturais, que incluem terremotos, maremotos, furacões, inundações, nevascas, entre outras catástrofes provocadas pela natureza, são cada vez mais frequentes e atingem todas as regiões do planeta, inclusive o Brasil, onde enchentes, deslizamentos e inundações provocaram centenas de mortes e deixaram milhares de desabrigados nos últimos anos. Uma explicação para este fato está nas mudanças climáticas globais. A temperatura global aumentou, na última década, mais rápido do que em qualquer outra época desde que começou a ser registrada em 1850. A expectativa é que esta elevação continue (de 1,8 a 5,8 °C) até o final deste século (SHUMAN, 2010). O aumento da temperatura resulta em mais chuvas e inundações. Estas, por sua vez, facilitam o aumento de doenças infecciosas transmitidas por insetos que proliferam em água contaminada, como é o caso da dengue, da cólera, da malária, entre outras. Estimativas da Organização Mundial da Saúde (2009) dão conta que em 2030 o aumento da temperatura global resultará em 10% a mais de doenças infecciosas que causam diarreia e afetam principalmente crianças.

Estas situações de calamidade pública exigem a atenção dos profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, auxiliares, entre outros) que atuam em condições desfavoráveis, com recursos, quase sempre, insuficientes para uma demanda emergencial e de grandes proporções. Além disso, em geral, a integridade física de quem presta o atendimento, o socorro às vítimas, também fica em situação de risco. Portanto, o enfrentamento de epidemias e desastres naturais apresenta questões éticas diferentes das do dia a dia, respondidas, muitas vezes, sem o devido raciocínio crítico prévio e sob forte influência emocional que as situações emergenciais ocasionam.

O objetivo desta monografia é considerar, analisar e argumentar sobre as principais situações éticas inerentes ao atendimento de vítimas de epidemias e grandes catástrofes naturais, agrupadas nos tópicos:

- a) o dever e a responsabilidade profissional de atender e os limites do altruísmo;
- b) os critérios de triagem e de prioridades;
- c) o conflito entre o respeito à liberdade e autonomia do indivíduo e o dever com a segurança pública;
- d) o dilema entre aceitar ou discordar das medidas implantadas pelos gestores da saúde pública.

## **2 O DEVER DE ATENDER**

O artigo 21 do Novo Código de Ética Médica (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009, p. 90) traz: "É vedado ao médico deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação pertinente". O artigo 135 do Código Penal Brasileiro (1940, p. 23911), que trata da periclitacão da vida e da saúde, considera crime passível de detenção de um a seis meses:

*Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública.*

Sobre este tema, Coutinho (1994, p. 49) complementa que ao médico e pessoal auxiliar não se aplica a ressalva "quando possível fazê-lo sem risco pessoal", pois "... não é lícito deixar de atender paciente por ser ele portador de doença infecto-contagiosa, já que, pela profissão que exerce, é seu dever enfrentar o risco." Consta no Código Internacional de Ética Médica (WORLD MEDICAL ASSOCIATION, 1949) que é dever do médico "Prestar cuidados de emergência como um dever humanitário, a menos que ele/ela tenha certeza de que outros estão dispostos e aptos a prestarem esses cuidados". Portanto, em uma análise genérica, é consensual que todo ser humano tem o dever moral de ajudar, de ser solidário com quem está em dificuldades. Segundo Fleck (2003, p. 4):

*O risco faz parte da profissão dos que se dedicam a cuidar de doentes, assim como dos que optaram por ser soldado, policial ou bombeiro. Ninguém é obrigado a exercer tais profissões. No entanto, uma vez escolhidas, a sociedade tem a expectativa, moralmente legítima, que estes enfrentem tais riscos.*

Não obstante, o dever de tratar pode significar mudanças radicais em como, onde, quando e a quem os profissionais da saúde irão prestar atendimento, assim como mudanças drásticas no risco à própria saúde na prestação deste atendimento. Quando a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) surgiu na província de Guangdong, na República Popular da China, em novembro de 2002 e se espalhou, sobretudo, para partes do leste e sudeste da Ásia, bem como para Toronto, no Canadá, desconhecia-se o patógeno, meios de transmissão ou tratamento. A mortalidade inicial foi de 15% dos casos. Carlo Urbani, médico especialista em doenças infecciosas, e mais cinco profissionais da saúde que trabalharam com ele em Hanoi, no Vietnã, nas investigações iniciais da Organização Mundial da Saúde (OMS) na epidemia da SARS, morreram após adquirir a doença (REILLEY et al., 2003). Metade dos 182 casos notificados em Toronto ocorreu em profissionais da saúde, dos quais três morreram em decorrência da doença (CANADA COMMUNICABLE DISEASE REPORT, 2003).

Antes disso, em 1981, quando os primeiros casos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) foram diagnosticados e pouco se conhecia sobre a doença, profissionais da saúde, embora cientes do risco de se contaminarem com o vírus, prestaram atendimento aos pacientes portadores da SIDA. Na ocasião, Molly Cooke, uma médica de San Francisco, nos Estados Unidos da América (EUA), então grávida do seu primeiro filho e responsável por um centro de tratamento de pacientes com SIDA, justificou sua decisão em cuidar destes pacientes com dois questionamentos: "Se não nós, quem?" e "Qual seria a justificativa para delegar a outros esta tarefa?" (BAYER; OPPENHEIMER, 2006, p. 2274).

Da mesma forma, desastres naturais de proporções apocalípticas, como o terremoto que atingiu Porto Príncipe, no Haiti, às 16h53 de 12 de janeiro de 2010 e provocou, aproximadamente, 75 mil mortes e 250 mil feridos, criam um cenário de horror e devastação. Segundo relato do médico Pape et al. (2010), que estavam em Porto Príncipe no momento da tragédia, os dias que sucederam o terremoto foram caóticos, com colegas de profissão entre os mortos e feridos. Hospitais, prefeitura, delegacia, bancos e escolas destruídas. Corpos abandonados pelas ruas e centenas de feridos em busca de atendimento em lugares abertos como parques e campos de futebol.

Em razão da morbidade e violência dos fatos relatados, é compreensível, embora moralmente inaceitável, que entre os que teriam o dever de atender, surjam os desertores. Os que permanecem, embora dignos do respeito e admiração da sociedade, continuam sujeitos ao rigor da lei, às normas de conduta e subordinados ao espírito de trabalho em equipe.

## **2.1 OS LIMITES DO ALTRUÍSMO**

Em geral, os limites do dever dos profissionais da saúde não estão relegados a uma decisão individual. Eles são determinados pelas políticas de saúde pública, juntamente com as instituições que participam no enfrentamento da situação emergencial (BENSIMON et al., 2007).

### **2.1.1 Condições de atendimento**

Cabe aos coordenadores da saúde pública fornecer informações, treinamento e equipamentos aos profissionais designados (ou voluntários) para atender os feridos, doentes e necessitados em uma epidemia ou catástrofe. Equipamentos como luvas, máscaras, antissépticos, que limitem ou minimizem o risco de contaminação dos que prestam atendimento são essenciais (MALM et al., 2008). Em um ambiente de desordem e calamidade como, por exemplo, o que se formou após o terremoto de janeiro de 2010 em Porto Príncipe, com centenas de pessoas aguardando por atendimento médico, com membros amputados ou esmagados, fraturas expostas e infectadas, síndromes compartimentais, choque hemorrágico, entre outras situações de emergência, a ação dos profissionais da saúde pode ser impossível caso não exista quem estabeleça o mínimo de segurança e mantenha a ordem no perímetro de atendimento aos feridos, conforme relatam Auerbach et al. (2010) que lá estiveram. Segundo eles, a presença de soldados que auxiliem na transferência de feridos para outros centros de atendimento, restrinjam a presença de acompanhantes e permitam o suprimento da equipe de atendimento com comida, água e medicamentos, é fundamental no enfrentamento dos grandes desastres naturais.

### **2.1.2 Respeito às leis e normas de conduta**

Por mais que os profissionais da saúde decidam arriscar a própria vida, trabalhem em condições inadequadas, sob forte tensão emocional e em longas jornadas, ainda assim estão sujeitos às sanções da lei e normas de conduta da classe.

Ao médico, por exemplo, é vedado "Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência", conforme descrito no artigo 1º do Novo Código de Ética Médica (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009, p. 90). Desta forma, o ato de heroísmo no momento da tragédia, caso não logre êxito, transforma-se no ato de imperícia ou imprudência quando a vida retorna ao normal. Em 2005, a inundação provocada pelo furacão Katrina em New Orleans (EUA), gerou uma situação melindrosa de atendimento aos profissionais da saúde que trabalhavam nos hospitais da cidade. Durante quatro dias, enquanto aguardavam por resgate, um pequeno grupo de profissionais da saúde que permaneceram no Memorial Medical Center e prestaram atendimento à pacientes em estado grave, trabalharam no escuro (pois não havia energia elétrica), com o primeiro andar do prédio alagado, o sistema sanitário e o fornecimento de água interrompidos e uma temperatura ambiente de 38 °C. Neste período, 34 pacientes morreram e os demais foram resgatados. Após a tempestade, a dr.a Anna Maria Pou, uma médica-cirurgiã, oncologista, que permaneceu nas dependências do hospital, cumprindo com o dever de atender, juntamente com duas enfermeiras, foram presas e acusadas de terem administrado morfina e midazolam com a intenção de matar (e que - de fato - resultou na morte) quatro pacientes em estado grave (com indicação de não ressuscitação), que estavam internados no sétimo andar do hospital (OKIE, 2008, p. 1). Por sua vez, a dr.a Pou negou a acusação, dizendo que "... não havia matado ninguém, que não acreditava em eutanásia e que havia aplicado a medicação com o propósito de aliviar o sofrimento dos pacientes." Muitos saíram em defesa da acusada, inclusive a considerando uma heroína por ter permanecido no hospital, enquanto outros médicos haviam fugido. Por fim, o grande júri recusou-se a indiciá-la, mas a mesma ainda enfrenta três processos movidos por parentes dos pacientes que morreram sob seus cuidados naquela ocasião. Talvez, esta situação fosse evitada, caso estabelecido um planejamento de cuidados e transferência dos doentes internados e este compreendido por todos que permaneceram no atendimento dos pacientes. Por outro lado, é o exemplo claro das consequências da falta de transparência na tomada de decisões, coletivas ou individuais.

### **2.1.3 As situações de exceção e excesso**

Epidemias implicam em grupos de risco. A gripe provocada pelo vírus influenza H1N1 em 2009, por exemplo, mostrou-se particularmente grave nas gestantes (CREANGA et al., 2010). Profissionais da saúde que façam parte dos grupos de risco não precisam ser voluntários para a linha de frente de atendimento, sob pena de passarem rapidamente de atendentes a doentes. Da mesma forma que, em grandes desastres, com condições precárias de atendimento, não parece razoável que gestantes, idosos, imunossuprimidos, portadores de condições especiais, se ofereçam ou sejam chamados para atuar. Mesmo situações emergenciais podem prescindir de mártires. Conforme exemplos sugeridos por Malm et al. (2008, p. 6), "... um salva-vidas não é obrigado a tentar resgatar um banhista da boca de um grande tubarão branco", assim como "paramédicos e bombeiros não são obrigados a entrar em construções em risco iminente de desabamento, para resgatar pessoas que lá se encontrem."

### **3 CRITÉRIOS PARA TRIAGEM E PRIORIDADE DE ATENDIMENTO**

Em eventos chamados desastres de massa - que envolvem um grande número de vítimas - como grandes epidemias e catástrofes naturais, o habitual é que os recursos disponíveis (medicamentos, vacinas, leitos, salas de cirurgia, profissionais da saúde) sejam insuficientes para atender a todos. Neste caso, é preciso definir quem será atendido in loco e quem será transferido, encaminhado para diante. Além disso, é necessário decidir quem possui prioridade no atendimento. Portanto, a decisão não é "quem vai viver e quem vai morrer" ou "quem vale a pena salvar", como acontece no livro "A escolha de Sofia", de Willian Styron (1979), em que uma prisioneira de guerra, na prisão de Auschwitz (Polônia), é obrigada a escolher, entre seus dois filhos, qual vai ser executado e qual permanecerá vivo. Segundo o princípio ético da "equidade", que prevalece nestas situações, toda pessoa deve ter a "oportunidade" de sobreviver e todas as vidas possuem um valor intrínseco inestimável e igual (CHRISTIAN et al., 2006).

#### **3.1 ÉTICA NA TRIAGEM**

Em desastres naturais, com grande número de vítimas, o critério mais aceito na alocação de recursos insuficientes segue a doutrina "utilitarista" cujo princípio é "atender o máximo de pessoas e salvar o maior número de vidas possíveis" (WHITE et al., 2009). Um exemplo recente desta realidade foi descrito por Merin et al. (2010) no atendimento dos feridos pelo terremoto que abalou Porto Príncipe em janeiro de 2010. Em um hospital de campanha, com 60 leitos e uma sala de cirurgia, foram atendidos 1,1 mil pacientes em 10 dias. Na impossibilidade de atender a todos que precisavam de cuidados, estabeleceu-se um algoritmo com três questões para definir os critérios de triagem: "Qual a urgência de atendimento?"; "Há recursos para prestar o atendimento específico que o paciente necessita?" e "Se o paciente for atendido de forma adequada, há chances reais de sobrevivência?" Merin et al. (2010) ressaltam que nem sempre foi possível responder a última pergunta. Pacientes que apresentavam, por exemplo, lesões extensas por esmagamento, com rabdomiólise grave, evoluiriam, muito provavelmente, para insuficiência renal em um ambiente sem a possibilidade de diálise. Portanto, com poucas chances de sobrevivência e sem indicação de cirurgia. Como neste hospital de campanha, montado pelo governo de Israel, não havia neurologista nem aparelho para realização de tomografia computadorizada, pacientes que chegavam com trauma crânio-encefálico, lesões medulares e escore baixo na Escala de Coma de Glasgow, assim como os que tinham poucas chances de sobrevivência, eram encaminhados para outros locais de atendimento.

#### **3.2 PRIORIDADE DE ATENDIMENTO**

Em relação à prioridade de atendimento, não há uma regra única que se adapte a todas as ocasiões. Em algumas situações como, por exemplo, para o uso de ventiladores mecânicos e leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), prevalece o princípio do "quem chegou primeiro" (WHITE et al., 2009). Uma vez preenchidos

todos os leitos e ocupados todos os ventiladores, os próximos serão encaminhados ou tratados em locais improvisados. Em outras situações, utiliza-se da regra do "efeito multiplicador" (PESIK; KEIM; ISERSON, 2001), como na preferência dos profissionais da saúde para receberem imunização com vacinas em epidemias. Estes profissionais, por sua vez, no exercício da profissão, ajudam a salvar mais vidas. Este princípio clássico de vacinação em pandemias foi utilizado por ocasião do surto de gripe influenza H1N1 pelo Ministério da Saúde (2010).

### **3.2.1 Escassez de recursos**

Em janeiro de 2010, o Ministério da Saúde informou que havia comprado 83 milhões de doses da vacina contra a gripe A. Logo após, este número aumentou para 113 milhões de doses. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) a população brasileira é de 192,8 milhões de pessoas. Então, em março de 2010 foi divulgado o calendário de vacinação que não contemplou todos os brasileiros. A inclusão foi feita segundo "recomendações das sociedades médicas e científicas internacionais, para reduzir ao máximo o número de casos entre a população". Assim, grupos sociais menos vulneráveis à gripe foram excluídos. Neste caso, a aquisição de 113 milhões de doses refletiu a escassez de vacinas para venda. Então, em 13 de abril de 2010, os principais jornais do Paraná trouxeram na primeira página manchetes como "Justiça ordena vacinação em massa contra a gripe A no PR" (SILVA, 2010) ou "Ordem da Justiça - Gripe A: vacina para todos" (LIOTO, 2010). Em atenção a uma Ação Civil Pública proposta pelo Ministério Público Federal no Paraná, a Justiça Federal paranaense concedeu liminar obrigando a União e o Estado a vacinarem todos os moradores do estado contra a gripe H1N1. Enquanto isso, no outro extremo do país, o estado do Pará registrava 29 óbitos provocados pela gripe influenza A em 2010, o que correspondia a mais de 50% de todos os óbitos registrados no país até então, no ano vigente (SECRETARIA DE ESTADO E SAÚDE PÚBLICA DO PARÁ, 2010). Divergências nas orientações, como os exemplos citados, tendem a despertar o sentimento de desconfiança da população em relação às medidas adotadas. O ideal seria que todo brasileiro que desejasse receber a vacina fosse vacinado, caso houvesse a vacina para todos. É aceitável que políticos, por exemplo, por serem leigos na matéria, mantenham seu *modus operandi* e defendam a prioridade de atenção para sua região. Entretanto, profissionais da saúde, que são os maiores influenciadores de opinião nestas ocasiões, com quem a sociedade busca se aconselhar antes de tomar posição sobre o tema, não poderão alegar "que nada sabiam", caso prestem informações improcedentes. Os valores fundamentais que devem nortear-lhes a conduta no enfrentamento às epidemias são: solidariedade (entre indivíduos, instituições, governos e nações), confiança (da população com o sistema de saúde), equidade (no atendimento e tratamento), reciprocidade (com os que mais se arriscam na prestação do atendimento) e proporcionalidade (entre as medidas de proteção da saúde coletiva e restrição da liberdade individual) (UNIVERSITY OF TORONTO, 2005). Recomenda-se aos profissionais da saúde que atuem com prudência, cautela, e tenham a "ética da responsabilidade" ao se expressarem, para evitar a ratificação de orientações simplistas e improficuas.

## 4 VALORES INDIVIDUAIS E COLETIVOS

Em um país como o Brasil, em que vigora o estado democrático de direito, que respeita a liberdade civil dos seus cidadãos, situações de calamidade pública, em razão de epidemias ou grandes desastres naturais, podem abalar, mesmo que temporariamente, estas garantias individuais em benefício ao bem da coletividade. De forma que medidas restritivas, como isolamento, quarentena, confisco e racionamento de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares podem ser tomadas. Este abalo na autonomia e liberdade, tanto do profissional da saúde quanto das pessoas que necessitam de atendimento, gera alguns embaraços na relação entre as partes. Dois dilemas éticos principais podem ocorrer nestas situações, segundo Lo e Katz (2005):

- a) o paciente solicita ao médico a prescrição de medicações inadequadas ou vacinas não recomendadas para o seu perfil pelas diretrizes estabelecidas;
- b) o pacientes não concorda com medidas restritivas (isolamento, quarentena) ou invasivas (testes laboratoriais, vacinação) adotadas pela saúde pública.

### 4.1 SOLICITAÇÃO POR MEDIDAS NÃO RECOMENDADAS

Por ocasião do surto de gripe H1N1 que atingiu o Brasil em 2009, o medicamento oseltamivir (tamiflu) foi confiscado das prateleiras das farmácias e distribuído pelo governo às pessoas com indicação médica para usá-lo. Esta medida foi considerada, por muitos, desnecessária. Entretanto, evitou que acontecesse aqui, a corrida pelo medicamento como aconteceu em 2005, em países da Europa, Canadá, EUA, entre outros, em que as pessoas solicitavam aos seus médicos que prescrevessem o tamiflu para que pudessem estocá-lo para o uso em uma possível pandemia de gripe aviária (BRETT; ZUGER, 2005) que acabou por não se confirmar nestes países.

Em março de 2010, o governo estabeleceu uma ordem cronológica de vacinação contra a influenza H1N1. Neste calendário, entre outros critérios, pessoas com doenças crônicas tiveram prioridade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Isto gerou a possibilidade eventual que as que não se enquadravam nos perfis estabelecidos para vacinação, solicitassem ao médico atestado de doença crônica para que pudessem receber a vacina. Felizmente, o ministro da saúde, o dr. José Gomes Temporão, veio a público dizer que não era necessário apresentar atestado de doença crônica (verdadeiro ou falso) para receber a vacina.

Nestas situações, concordar com o paciente significa colocar em risco a saúde de todos, já que pode resultar na falta medicamentos para as pessoas que realmente precisam ou de vacinas para as que fazem parte dos grupos de risco.

Além disso, enfraquece a confiança, o apoio da população, a percepção de justiça, nas medidas adotadas. Ao médico, resta ouvir e compreender as reações naturais que uma pessoa pode apresentar em situações de emergência, como ansiedade, medo, sensação de impotência e perda de controle. Em seguida, prestar esclarecimentos, orientações, sobre medidas de segurança individuais e coletivas que podem minimizar o risco de contaminação. Por fim, estabelecer limites éticos claros do que é lícito fazer em benefício ao paciente sem o prejuízo da saúde pública (LO; KATZ, 2005).

## 4.2 RECUSA EM ACEITAR MEDIDAS COMPULSÓRIAS

Em uma sociedade democrática, a liberdade individual é considerada um direito. Contudo, em situações de emergência aplica-se o "princípio da razoabilidade", em que a restrição da liberdade do indivíduo é feita em nome do bem comum (JANSEN, 2004). Mesmo John Stuart Mill, memorável filósofo inglês do século XIX, que defendeu a liberdade moral e econômica dos indivíduos em relação à "tirania do estado" concordava que "o único propósito para o qual o poder do estado pode ser exercido sobre o direito de liberdade de um membro de uma comunidade civilizada é para prevenir danos aos outros" (SIMÕES, 2008). Portanto, medidas como áreas de isolamento em hospitais, quarentena para indivíduos contaminados, restrição de encontros sociais ou religiosos, fechamento de creches e escolas, cancelamento de viagens, podem ser necessárias (TORDA, 2006). O médico deve discorrer sobre estas mudanças de valores ao paciente e informá-lo que a autonomia individual de ambos não é mais soberana nesta situação. Além disso, ressaltar sua obrigação, como médico, de notificar às autoridades a doença em questão. Por outro lado, o profissional da saúde deve ter conhecimento das consequências que medidas de isolamento e quarentena geram, como perdas financeiras, perda do contato com a família, ansiedade, depressão, entre outros. Portanto, também faz parte do dever ético, neste caso, ser solidário, agir com transparência e explicar ao paciente que medidas como essas permitiram, por exemplo, que a SARS fosse controlada em 2003. Naquela ocasião, para cada paciente contaminado, havia aproximadamente 10 pacientes suspeitos, 100 pessoas que haviam tido contato com portadores da SARS e 1,4 mil pessoas saudáveis, mas preocupadas com a doença (WEINSTEIN, 2004). Quando alguém reluta em obedecer orientação de quarentena, ele não o faz, por evidente, com objetivo de contaminar outras pessoas. No entanto, por agir com imprudência, assume o risco de fazê-lo. Cabe, então, ao profissional da saúde alertá-lo que essa insistência em continuar na ativa, poderá, por exemplo, contaminar seus colegas de trabalho e clientes, o que só prejudicaria sobremaneira sua reputação e a da empresa onde trabalha.

## 5 TRABALHO EM EQUIPE

O enfrentamento de epidemias e desastres naturais começa pela definição de regras que determinem "quem vai fazer o quê". Esta coordenação de tarefas, em princípio, é obrigação dos gestores do Ministério da Saúde, que orientam os secretários estaduais da saúde e estes, por sua vez, transmitem as diretrizes aos secretários municipais. As instituições de saúde fornecem os equipamentos e condições de implantação das orientações. Por fim, os que atuam na linha de frente, anônimos e expostos ao maior risco, executam o que foi planejado, como: aplicação de vacinas e triagem de doentes (nas epidemias); desbridamento e curativo de feridas; fixação de fraturas; hidratação; alimentação e prestação de primeiros socorros às vítimas de catástrofes naturais. Nesta hierarquia de tarefas, cada componente da equipe deve estar consciente da importância do seu papel e de acordo com sua função, preparado para agir de forma diferente da habitual, focado no melhor para a saúde da população e não na de um paciente em particular (CHILDRESS et al., 2002).

Nestas situações de tragédia humana há um aumento considerável do interesse da população e dos meios de comunicação pelo serviço prestado por profissionais da saúde. Isto aumenta a responsabilidade com relação a declarações e orientações ao público, principalmente se forem divergentes das oficiais. Informações desencontradas, questionamentos públicos às recomendações para enfrentamento de catástrofes, transformam-se em manchetes de jornais e só fazem aumentar a sensação de insegurança, gerar descrédito nas informações e diminuir a aderência e colaboração da população às medidas adotadas. Por outro lado, o profissional da saúde tem o direito de discordar de eventuais orientações que considere inadequadas ou não efetivas. Neste caso, deve informar às autoridades competentes sobre as particularidades da sua região, para que eventuais ajustes sejam realizados. Nada pode ser mais danoso à confiabilidade da opinião pública do que a falta de transparência, informações distorcidas, sensação de injustiça e desigualdade ou desproporcionalidade na restrição da liberdade. Todos devem ser penalizados e protegidos na mesma proporção (TORDA, 2006).

## 6 CONCLUSÃO

Enquanto não se chega a um consenso sobre os limites éticos entre a agressão ao meio ambiente e o crescimento econômico, como aconteceu na Conferência sobre Mudanças Climáticas das Nações Unidas de 2009, em Copenhague, na Dinamarca, em que pouco se resolveu, novas epidemias e desastres naturais são inevitáveis. Resta saber quando e onde acontecerão. Quando acontecerem, produzirão uma situação de calamidade, pânico e reuniões de emergência para decidir o que deve ser feito. Neste momento de comoção, o profissional da saúde será chamado a atuar. Este deverá estar ciente que:

- a) tem o dever de atender e o direito de permanecer vivo;
- b) deve beneficiar o maior número de pessoas possíveis com os recursos disponíveis;
- c) as regras éticas são com a coletividade e não com o indivíduo;
- d) tem o dever de acatar e seguir as resoluções dos gestores da saúde pública, assim como apontar falhas e sugerir modificações aos órgãos competentes.

## REFERÊNCIAS

- AUERBACH, P. S. et al. Civil-military collaboration in the initial medical response to the earthquake in Haiti. *N. Engl. J. Med.*, Boston, v. 362, n. 10, e. 32, 2010. Publicação eletrônica.
- BAKER, R. Medical Ethics and Epidemics: A historical perspective. In: BAKER, R. *Advances in Bioethics*. Maryland Heights: Elsevier, 2006. p. 93-133.
- BAYER, R.; OPPENHEIMER, G. M. Pioneers in AIDS care - reflections on the epidemic's early years. *N. Engl. J. Med.*, Boston, v. 355, n. 22, p. 2273-2275, 2006.
- BENSIMON, C. M. et al. A qualitative study of the duty to care in communicable disease outbreaks. *Soc. Sci. Med.*, Oxford, v. 65, n. 12, p. 2566-2575, 2007.

- BLAINEY, G. Uma breve história do mundo. São Paulo: Editora Fundamento Educacional, 2007.
- BRASIL. Decreto-lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Rio de Janeiro, RJ, 31 dez. 1940. p. 23911. Retificação em 3 jan. 1940. p. 61.
- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Novo Código de Ética Médica, de 17 de setembro de 2009. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 set. 2009. Seção I, p. 90. Retificação em 13 out. 2009. Seção I, p. 173.
- BRETT, A. S.; ZUGER, A. The run on tamiflu - Should physicians prescribe on demand? N. Engl. J. Med., Boston, v. 353, n. 25, p. 2636-2637, 2005.
- BRUEGEL, P. Triunfo da morte. 1562. 1 original de arte, óleo sobre tela, color., 117 x 162 cm. Museu do Prado, Madri. Disponível em: <<http://www.museodelprado.es/coleccion/galeria-on-line/galeria-on-line/zoom/1/obra/el-triunfo-de-la-muerte/oimg/0/>>. Acesso em: 9/4/2010.
- CANADA COMMUNICABLE DISEASE REPORT (CCDR). Cluster of severe acute respiratory syndrome cases among protected health care workers - Toronto, april, 2003. Ottawa: Scientific Publication and Multimedia Services, 2003.
- CHILDRESS, J. F. et al. Public health ethics: mapping the terrain. J. Law Med. Ethics, Boston, v. 30, n. 2, p. 170-178, 2002.
- CHRISTIAN, M. D. et al. Development of a triage protocol for critical care during an influenza pandemic. CMAJ, Ottawa, v. 175, n. 11, p. 1377-1381, 2006.
- COUTINHO, L. M. Código de Ética Médica Comentado. 2. Ed. São Paulo: Saraiva, 1994.
- CREANGA, A. A. et al. Severity of 2009 pandemic influenza A (H1N1) virus infection in pregnant women. Obstet. Gynecol., New York, v. 115, n. 4, p. 717-726, 2010.
- FLECK, L. Are there moral obligations to treat SARS patients? Medical Humanities Report, East Lansing, v. 25, n. 1, p. 3-5, 2003. Disponível em: <[http://www.bioethics.msu.edu/images/stories/file/MHR/03F\\_MHR/f03\\_fleck.pdf](http://www.bioethics.msu.edu/images/stories/file/MHR/03F_MHR/f03_fleck.pdf)>. Acesso em: 9/4/2010.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Estimativas da população. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/dissemnacao/online/popclock/popclock.php>>. Acesso em: 22/4/2010.
- JANSEN, E. P. M. O devido processo legal. Jus Navigandi, Teresina, ano 8, n. 202, 2004. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=4749>>. Acesso em: 11/4/2010.
- LIOTO, M. Justiça determina - Vacina deverá ser para todos. Gazeta do Paraná, Cascavel, 13 abr. 2010.

- LO, B.; KATZ, M. Clinical decision making during public health emergencies: ethical considerations. *Ann. Intern. Med.*, Philadelphia, v. 143, n. 7, p. 493-498, 2005.
- MALM et al. Ethics, Pandemic, and the duty to treat. *Am. J. Bioeth.*, London, v. 8, n. 8, p. 4-19, 2008.
- MERIN, O. et al. The Israeli field hospital in Haiti - ethical dilemmas in early disaster response. *N. Engl. J. Med.*, Boston, v. 362, n. 11, e. 38, 2010. Publicação eletrônica.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Influenza H1N1 - calendário de vacinação. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.vacinacaoinfluenza.com.br/site/conteudo/index.asp>>. Acesso em: 11/4/2010.
- OKIE, S. Dr. Pou and the Hurricane - implications for the patient care during disasters. *N. Engl. J. Med.*, Boston, v. 358, n. 1, p. 1-5, 2008.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Climate change and human health. Geneva, 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/globalchange/en>>. Acesso em: 7/4/2010.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Pandemic (H1N1) 2009 - update 94. Geneva, 2010. Disponível em: <[http://www.who.int/csr/don/2010\\_04\\_01/en/print.html](http://www.who.int/csr/don/2010_04_01/en/print.html)>. Acesso em: 7/4/2010.
- PAPE, J.W. et al. The earthquake in Haiti - dispatch from Port-au-prince. *N. Engl. J. Med.*, Boston, v. 362, n. 7, p. 575-577, 2010.
- PATEL, R. B.; BURKE, T. F. Urbanization - an emerging humanitarian disaster. *N. Engl. J. Med.*, Boston, v. 361, n. 8, p. 741-743, 2009.
- PESIK, N.; KEIM, M. E.; ISERSON, K. V. Terrorism and the ethics of emergency medical care. *Ann. Emerg. Med.*, St. Louis, v. 37, n. 6, p. 642-646, 2001.
- REILLEY, B. et al. SARS and Carlo Urbani. *N. Engl. J. Med.*, Boston, v. 348, n. 20, p. 1951-1952, 2003.
- SECRETARIA DE ESTADO E SAÚDE PÚBLICA DO PARÁ (SESPA). Campanha de vacinação do idoso começa neste sábado. Belém, 2010. Disponível em: <<http://www.sespa.pa.gov.br/component/content/article/43-mais-noticias/622-campanha-de-vacinacao-do-idoso-comeca-neste-sabado.html>>. Acesso em: 23/4/2010.
- SHUMAN, E. K. Global climate change and infectious diseases. *N. Engl. J. Med.*, Boston, v. 362, n. 12, p. 1061-1063, 2010.
- SILVA, R. K. Paraná deve vacinar 100%, diz juíza. *Gazeta do Povo*, Curitiba, 13 abr. 2010.
- SIMÕES, M. C. *Jonh Stuart Mill e a liberdade*. Rio de Janeiro. Zahar, 2008.
- STYRON, W. *A escolha de Sofia*. Rio de Janeiro: Record, 1979.

- TORDA, A. Ethical issues in pandemic planning. *Med. J. Aust., Sydney*, v. 185, p. 73-76, 2006. Suplemento 10.
- UNIVERSITY OF TORONTO. Stand on guard for thee: Ethical considerations in preparedness planning for pandemic influenza. Toronto: 2005. Disponível em: <[http://www.jointcentreforbioethics.ca/publications/documents/stand\\_on\\_guard.pdf](http://www.jointcentreforbioethics.ca/publications/documents/stand_on_guard.pdf)>. Acesso em: 15/4/2010.
- WEINSTEIN, R. A. Planning for epidemics - the lessons of SARS. *N. Engl. J. Med., Boston*, v. 350, n. 23, p. 2332-2334, 2004.
- WHITE, D. B. et al. Who should receive life support during a public health emergency? Using ethical principles to improve allocation decisions. *Ann. Intern. Med., Philadelphia*, v. 150, n. 2, p. 132-139, 2009.
- WORLD MEDICAL ASSOCIATION (WMA). International code of medical ethics. London, 1949. Disponível em: <<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/c8/index.html>>. Acesso em: 4/4/2010.

## **DOCUMENTOS CONSULTADOS**

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6028: Informação e documentação: resumo - apresentação. Rio de Janeiro, 2003.
- BECHARA, E. O que muda com o novo acordo ortográfico. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2008.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Sistema de Bibliotecas. Citações e notas de rodapé. 2. ed. Curitiba: Editora UFPR, 2007. (Normas para apresentação de documentos científicos, 3).
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Sistema de Bibliotecas. Redação e editoração. 2. ed. Curitiba: Editora UFPR, 2007. (Normas para apresentação de documentos científicos, 9).
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Sistema de Bibliotecas. Referências. 2. ed. Curitiba: Editora UFPR, 2007. (Normas para apresentação de documentos científicos, 4).
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Sistema de Bibliotecas. Teses, dissertações, monografias e outros trabalhos acadêmicos. 2. ed. Curitiba: Editora UFPR, 2007. (Normas para apresentação de documentos científicos, 2).

Ofício n.º 150/2010/GERPS/GGISE/DIDES/ANSProcesso nº 33902.048816/2010-90  
(mencionar este número em correspondência à ANS)Rio de Janeiro, 9 de dezembro de 2010.A Sua Senhoria o Senhor  
Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho  
CONSELHEIRO  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ  
Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre  
Curitiba, PR - CEP: 80810-340**Assunto: Solicitação de procedimentos por médico não pertencente à rede própria ou credenciada da operadora**

Senhor Conselheiro

Acusamos o recebimento do Ofício 223/2009 – DIR deste Regional, recebido em 23/06/2009, em que o Sr. indaga sobre a obrigatoriedade das operadoras em autorizar a realização de procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos solicitados por médicos não referenciados ou credenciados, tendo advindo dúvidas quanto à redação dada pela Resolução CONSU nº 15/1999 ao inciso VI, art. 2º, da Resolução CONSU nº 8/1998.

Inicialmente nos desculpamos pelos transtornos causados pela longa demora da resposta ao citado Ofício, que foi motivado por extravio nas dependências dessa Agência. No entanto, felizmente, o documento foi ao final recuperado.

Esclarecendo as dúvidas suscitadas pela nova redação do inciso VI, art. 2º da mencionada Resolução, afirmamos que **todas as modalidades de operadora** devem cumprir obrigatoriamente o disposto neste inciso, abstando-se de negar autorização para realização de procedimentos exclusivamente em razão do profissional solicitante não pertencer à rede própria ou credenciada da operadora.

Em relação ao profissional cooperado, a Resolução RDC nº 39, de 27 de outubro de 2000, o vincula, bem como o profissional assalariado, à rede própria da operadora. Portanto, a norma posterior (RDC nº 39) elucidou a anterior (CONSU nº 8/15), ao definir o conceito de rede própria, não restando dúvida de que médicos cooperados e assalariados podem solicitar procedimentos para pacientes não vinculados às operadoras com as quais mantêm vínculo. Do mesmo modo, as cooperativas e as operadoras cuja rede de profissionais médicos e assalariada não podem negar autorização para realização de procedimentos exclusivamente em razão de o médico solicitante não pertencer à sua rede própria (cooperado ou assalariado).

Quanto à dúvida suscitada pela cobrança de honorários médicos por procedimentos terapêuticos, o ofício não deixa claro se o profissional não pertencente à rede própria ou credenciada da operadora trata-se do médico solicitante ou do executante do procedimento. A redação dada pela Resolução CONSU nº 15/1999 ao inciso VI, art. 2º, da Resolução CONSU nº 8/1998, faz clara referência ao profissional solicitante (médico assistente no contexto dos planos médico-hospitalares). Tomemos como exemplo a “transfusão ambulatorial”, um dos procedimentos do Capítulo de “Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos” do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde estabelecido pela Resolução Normativa nº 211/2010, e, portanto, de cobertura obrigatória para os planos ambulatoriais e hospitalares contratados a partir de 1º de janeiro de 1999. Qualquer médico assistente, vinculado ou não à operadora, poderá **solicitar** para seu paciente a realização de transfusão ambulatorial. Contudo, a **realização** do procedimento deverá ser feita em serviço de hemoterapia próprio, contratado, credenciado ou referenciado pela operadora, excluindo-se as situações de urgência ou emergência (art. 12, inciso VI da Lei 9656/1998).

Na ausência de prestadores credenciados que ofereçam o atendimento no município onde o serviço ou o procedimento for demandado, a operadora deverá conceder autorização para atendimento em prestador escolhido pelo beneficiário no mesmo município, em até 5 (cinco) dias após a solicitação (§ 2º, art. 7º, Instrução Normativa – IN nº 23/2009, redação dada pela IN nº 28/2010, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos). Excluem-se deste parágrafo os casos de urgência e emergência (como já mencionado) e os planos de saúde com acesso a livre escolha de prestadores.

Cabe-nos ressaltar que esta Agência tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, e de acordo com a Lei nº 9.961/2000, deve exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados aos beneficiários, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Sem mais para o momento, renovamos nossos protestos de elevada estima e consideração e colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos que se façam necessários.

Atenciosamente,

  
Antônio Carlos Ehrlich  
Gerente-Geral de Integração Setorial

## **OPERADORAS ESTÃO OBRIGADAS A AUTORIZAR PROCEDIMENTO POR MÉDICO NÃO CREDENCIADO**

CRM-PR\*

---

---

### **Atenção Médicos**

---

---

Todas as modalidades de operadora de saúde estão obrigadas a autorizar a realização de procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos solicitados por médico não referenciados ou credenciados. Esta é a essência da resposta dada na primeira quinzena de dezembro pelo Gerente-Geral de Integração Setorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar, Antonio Carlos Endrigo, ante ao questionamento feito por ofício pelo Conselho de Medicina do Paraná, que apontou dúvidas quanto à redação dada pela Resolução CONSU nº 15/1999 ao inciso VI, art. 2º, da Resolução CONSU nº 8/1998.

“Afirmamos que todas as modalidades de operadora devem cumprir obrigatoriamente o disposto neste inciso, abstendo-se de negar autorização para realização de procedimentos exclusivamente em razão do profissional solicitante não pertencer à rede própria ou credenciada da operadora”, diz um trecho do documento oficial da ANS, que assevera a sua finalidade institucional de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde. De acordo com a Lei nº 9.961/2000, a Agência deve exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados aos beneficiários, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Explica o representante da ANS que, em relação ao profissional cooperado, “a Resolução nº RDC 39, de 27 de outubro de 2000, o vincula, bem como o profissional assalariado, à rede própria da operadora. Portanto, a norma posterior (RDC nº 39) elucidou a anterior (CONSU nº 8 e 15), ao definir o conceito de rede própria, não restando dúvida de que médicos cooperados e assalariados podem solicitar procedimentos para pacientes não vinculados às operadoras com as quais mantêm vínculo. Do mesmo modo, as cooperativas e as operadoras cuja rede de profissionais médicos é assalariada não podem negar autorização para realização de procedimentos exclusivamente em razão de o médico solicitante não pertencer à sua rede própria (cooperado ou assalariado).

Ainda sob o questionamento sobre a cobrança de honorários médicos, a ANS posiciona que a redação dada pela Resolução nº 15 ao inciso VI do artigo 2º da norma anterior, faz clara referência ao profissional solicitante (médico assistente no contexto dos planos médico-hospitalares. Antonio Carlos Endrigo diz: “Tomemos como exemplo a ‘transfusão ambulatorial’, um dos procedimentos do capítulo de *procedimentos diagnósticos e terapêuticos* do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde estabelecidos pela Resolução Normativa nº 211/2010 e, portanto, de cobertura obrigatória para os planos ambulatoriais e hospitalares contratados a partir de 1º de janeiro de 1999. Qualquer médico assistente, vinculado ou não à operadora, poderá solicitar para seu paciente a realização da transfusão ambulatorial. Contudo, a realização do procedimento deverá ser feita em serviço de hemoterapia próprio, contratado, credenciado ou referenciado pela operadora, excluindo-se as situações de urgência e emergência”.

Esclarece ainda a ANS ue na ausência de prestadores credenciados que ofereçam o atendimento no município onde o serviço ou o procedimento for demandado, a operadora deverá conceder autorização para atendimento em prestador escolhido pelo beneficiário no mesmo município, em até cinco dias após a solicitação (parágrafo 2º,

art. 7º, Instrução Normativa - IN nº 23/2009, redação dada pela IN nº 28/2010, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos). São excluídos, do mesmo modo, os casos de urgência e emergência e os planos de saúde com acesso à livre escolha de prestadores.

\* Conselho Regional de Medicina do Paraná

**ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ  
ÍNDICE REMISSIVO POR ORDEM ALFABÉTICA DE ASSUNTOS E AUTORES.  
NÚMEROS 105 A 108/2010**

**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 à biblioteca;
- 7 - Índice remissivo dos nºs 1 a 56 estão à 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.

<b>Assunto</b>	<b>Nº</b>	<b>Pág.</b>	<b>Vol.</b>	<b>Ano</b>	<b>Assunto</b>	<b>Nº</b>	<b>Pág.</b>	<b>Vol.</b>	<b>Ano</b>
Aborto					Anestesia em pediatria				
Anencefalia MG	107	119	27	2010	A indução e recuperação	106	93	27	2010
Acesso					Acompanhamento em cirurgia	106	93	27	2010
Autorização	106	76	27	2010	Ansiedade e medo	106	93	27	2010
Direito	106	76	27	2010	Avaliação pré anestésica	106	93	27	2010
Fisioterapeuta	106	76	27	2010	Crianças	106	93	27	2010
Parecer CRMPR nº 2117/09	106	76	27	2010	Direito	106	93	27	2010
Parecer CRMPR nº 2112/09	106	76	27	2010	Estatuto da Criança e Adolescente	106	93	27	2010
Prontuário médico	106	76	27	2010	Presença dos pais	106	93	27	2010
Resolução CFM nº 1605/00	106	76	27	2010	Anestesiologia				
Trabalhador	106	76	27	2010	Descrição	106	96	27	2010
Acne					Equipamento	106	96	27	2010
Dermatologia	107	155	27	2010	Ficha de anestesia	106	96	27	2010
Retratamento	107	155	27	2010	Prontuário	106	96	27	2010
Seguro/efeitos colaterais	107	155	27	2010	Técnica	106	96	27	2010
Tratamento	107	155	27	2010	Ver anestesia em pediatria	00	00	00	00
Afastamento do trabalho					Ansiedade				
Atestado médico	105	42	27	2010	Acompanhamento	106	93	27	2010
Declaração médica	105	42	27	2010	Anestesia	106	93	27	2010
Recusa	105	42	27	2010	Cirurgia	106	93	27	2010
Veracidade	105	42	27	2010	Medo	106	93	27	2010
Agradecimento					Pediatria	106	93	27	2010
Maurício Carvalho	106	86	27	2010	Antonio Celso Nunes Nassif				
Versão para inglês de trabalho	106	86	27	2010	Artigo	106	61	27	2010
Alcoolismo					Anvisa				
Alta	105	29	27	2010	Odontologia	105	38	27	2010
Alexandre Gustavo Bley					Prescrição	105	38	27	2010
Artigo	107	162	27	2010	Portaria nº 344/98	105	38	27	2010
Alta médica					Assistente técnico em perícia				
Administrativa	105	33	27	2010	Médico do trabalho	106	103	27	2010
Agressão	105	33	27	2010	Próprio paciente	106	103	27	2010
Alcoolismo	105	33	27	2010	Resol. CFM nº 1488/98	106	103	27	2010
Alta preventiva	105	33	27	2010	Atendimento				
Artigo 70	105	33	27	2010	Alta médica	105	33	27	2010
Conceito	105	33	27	2010	Catástrofe e epidemia	108	200	27	2010
Continuidade de tratamento	105	33	27	2010	Código	105	53	27	2010
Cremerg 162/05	105	33	27	2010	Contratos	105	53	27	2010
Função de diretor	105	33	27	2010	Dilema e conflito	108	200	27	2010
Indisciplina	105	33	27	2010	Ética	108	200	27	2010
Risco	105	33	27	2010	Gestor público	108	200	27	2010
Toxicomania	105	33	27	2010	Igualdade	105	53	27	2010
Anencefalia					Monografia CRMPR 2010	108	200	27	2010
Aborto	107	119	27	2010	Prioridade	108	200	27	2010

<b>Assunto</b>	<b>Nº</b>	<b>Pág.</b>	<b>Vol.</b>	<b>Ano</b>	<b>Assunto</b>	<b>Nº</b>	<b>Pág.</b>	<b>Vol.</b>	<b>Ano</b>
Planos de saúde	105	53	27	2010	Bertol, Romeu				
Resol. ANS nº 167	105	53	27	2010	Artigo	106	84	27	2010
Solidariedade médica	108	200	27	2010	Bessa, Marco Antonio S. M. Ribeiro				
Vagas em UTI ("Vaga zero")	107	165	27	2010	Artigo	107	122	27	2010
Atendimento à gestante					Bley, Alexandre Gustavo				
Ambulatório	106	90	27	2010	Artigo	107	162	27	2010
Emergência/urgência	106	90	27	2010	Boletim de ocorrência				
Escala de plantão	106	90	27	2010	Conduta	107	132	27	2010
Pré natal	106	90	27	2010	Furto, roubo, extravio	107	132	27	2010
Atendimento de emergência					Novo registros	107	132	27	2010
Resol. CFM nº 1451/95	105	38	27	2010	Parecer CRMPR nº 2041/09	107	132	27	2010
Atendimento médico					Perda de prontuário	107	132	27	2010
À colegas de serviço	106	84	27	2010	Carvalho, Maurício				
Autonomia	106	84	27	2010	Agradecimento por versão de inglês	106	86	27	2010
Medicina do trabalho	106	84	27	2010	Casa de parto				
Relação médico-paciente	106	84	27	2010	Pedro Pablo Magalhães Chacel	105	17	27	2010
Atendimento negado					Sem ginecologista	105	17	27	2010
Tempo para iniciar consulta	107	138	27	2010	Unidade de saúde	105	17	27	2010
Médico descredenciado	107	138	27	2010	Médico obstetra	105	17	27	2010
Paciente antigo	107	138	27	2010	Parteira/conceito/solução	105	17	27	2010
Atendimento por clínico generalista					Decreto Lei nº 8778/46	105	17	27	2010
Autonomia do paciente	106	88	27	2010	Enfermeira obstetrix	105	17	27	2010
Direito do paciente	106	88	27	2010	Portaria GM/MS 985/99	105	17	27	2010
Escala de plantão	106	88	27	2010	Recursos humanos	105	17	27	2010
Especialidade	106	88	27	2010	Equipe mínima	105	17	27	2010
Parto/pré-parto	106	88	27	2010	Lei nº 7498/86	105	17	27	2010
Responsabilidade	106	88	27	2010	Resol. CFM nº 07/2008	105	17	27	2010
Atestado médico					Resol. COFEN nº 308/06	105	17	27	2010
Avaliação de veracidade	105	42	27	2010	Catástrofe				
Código de Ética Médica, art. 102	105	42	27	2010	Consequência	108	182	27	2010
Contestação	105	42	27	2010	Ética da gestão de recurso	108	182	27	2010
Ética	105	42	27	2010	Experiência	108	182	27	2010
Hierarquia médica	105	42	27	2010	Mundo em transformação	108	182	27	2010
Odontologia	105	42	27	2010	Prevenção	108	182	27	2010
Parecer CFM nº 33/99	105	42	27	2010	Recurso	108	182	27	2010
Parecer CFM nº 49/02	105	42	27	2010	Solidariedade humana	108	182	27	2010
Portaria MPAS nº 3291/84	105	42	27	2010	Vítima	108	182	27	2010
Recusa	105	42	27	2010	Catástrofe e epidemia				
Relação causa/efeito	105	42	27	2010	Conflito e dilema	108	182	27	2010
Ato médico					Desastre natural	108	182	27	2010
Interação com estabelecimentos					Gestor de saúde pública	108	182	27	2010
de estética e congêneres	107	120	27	2010	Grupo de risco	108	182	27	2010
Resolução CFM nº 180/2010	107	120	27	2010	Legislação	108	182	27	2010
Troca de vantagens de qualquer natureza	107	120	27	2010	Limite	108	182	27	2010
Vinculação de estabelecimento de beleza	107	120	27	2010	Organização Mundial de Saúde	108	182	27	2010
Atribuição					Situações éticas	108	182	27	2010
CFM	107	117	27	2010	Solidariedade médica	108	182	27	2010
Diretor clínico	107	117	27	2010	Certificação digital				
Diretor técnico	107	117	27	2010	Manual	106	80	27	2010
Eleição	107	117	27	2010	CHBPM				
Revogação CFM nº 1352/92	107	117	27	2010	Consultório	106	61	27	2010
Resolução CFM nº 1342/91	107	117	27	2010	Convênio	106	61	27	2010
Substituição	107	117	27	2010	Custo de consulta	106	61	27	2010
Autonomia					Honorário	106	61	27	2010
Atendimento médico	106	84	27	2010	Plano de saúde	106	61	27	2010
Medicina do trabalho	106	84	27	2010	Receita / despesa	106	61	27	2010
Paciente	106	88	27	2010	Rendimento	106	61	27	2010
Relação médico-paciente	106	84	27	2010	Resol. CFM nº 1931/2009	106	61	27	2010
Autorização					Chacel, Pedro Pablo Magalhães				
Acesso ao prontuário	106	76	27	2010	Artigo	105	17	27	2010
Cópia de prontuário	106	64	27	2010	Chave				
Direito	106	76	27	2010	De Garegeot	105	17	27	2010
Ficha medica	106	64	27	2010	Clínico generalista				
Parecer CRMPR nº 2112/09	106	76	27	2010	Autonomia do paciente	106	88	27	2010
Prontuário médico	106	64	27	2010	Direito do paciente	106	88	27	2010
Resolução CFM nº 22/2000	106	64	27	2010	Escala de plantão	106	88	27	2010
Resolução CFM nº 1605/00	106	76	27	2010	Especialidade	106	88	27	2010
Sigilo	106	64	27	2010	Parto / pré parto	106	88	27	2010
Solicitação	106	64	27	2010	Responsabilidade	106	88	27	2010
Beleza e estética					Clóvis Marcelo Corso				
Proibida vinculação ou interação de médicos	107	120	27	2010	Artigo	106	93	27	2010
					Código de procedimento				
					Contratos antigos	105	53	27	2010
					Igualdade de valor	105	53	27	2010

<b>Assunto</b>	<b>Nº</b>	<b>Pág.</b>	<b>Vol.</b>	<b>Ano</b>	<b>Assunto</b>	<b>Nº</b>	<b>Pág.</b>	<b>Vol.</b>	<b>Ano</b>
Lei nº 9656/98 art. 10	105	53	27	2010	Redução do pagamento	107	159	27	2010
Recusa de atendimento	105	53	27	2010	Tempo	107	161	27	2010
Resol. ANS nº 167	105	53	27	2010	Valor	107	159	27	2010
Tabelas	105	53	27	2010	Consultório				
Todos os planos de saúde	105	53	27	2010	CHBPM	106	61	27	2010
Coito programado					Consultório	106	61	27	2010
ANS	106	74	27	2010	Convênio	106	61	27	2010
Esterilização conjugal	106	74	27	2010	Custo de consulta	106	61	27	2010
Fertilização	106	74	27	2010	Honorário	106	61	27	2010
Honorário	106	74	27	2010	Plano de saúde	106	61	27	2010
Operadora de saúde	106	74	27	2010	Receita / despesa	106	61	27	2010
Comissão de Ética Médica (CEM)					Rendimento	106	61	27	2010
Definição	107	135	27	2010	Resol. CFM nº 1931/2009	106	61	27	2010
Parecer CRMPR nº 2187/2010	107	135	27	2010	Contestação				
Portaria MS nº 2600/09	107	135	27	2010	Atestado médico	105	42	27	2010
Vinculação ao CRM	107	135	27	2010	Parecer CFM nº 49/02	105	42	27	2010
Comissão de normas	106	96	27	2010	Portaria MPAS nº 3291/84	105	42	27	2010
Documento	106	96	27	2010	Recusa	105	42	27	2010
Ficha de anestesia	106	96	27	2010	Veracidade	105	42	27	2010
Modelo	106	96	27	2010	Convênio				
Obrigações	106	96	27	2010	Custo de consulta	106	61	27	2010
Comissão de prontuário médico					Receita/despesa	106	61	27	2010
Diretor médico (clínico)	105	24	27	2010	Cooperado				
Diretor técnico	105	24	27	2010	ANS - CONSU nº 8/1998	107	144	27	2010
Regimento de corpo médico	105	24	27	2010	Exame de sangue	107	144	27	2010
Regulamento hospitalar	105	24	27	2010	Lei dos planos de saúde (9656/98)	107	144	27	2010
Resol. CFM nº 1638/02	105	24	27	2010	Parecer CRMSP nº 53530/01	107	144	27	2010
Resol. CFM nº 1821/07	105	24	27	2010	Parecer CRMPR nº 1870/07	107	144	27	2010
Compartilhada					Responsabilidades	107	144	27	2010
Equipe	105	01	27	2010	Cópia				
Medicina	105	01	27	2010	Ato administrativo	107	128	27	2010
Modelo	105	01	27	2010	Descrição cirúrgica	107	128	27	2010
Conceito					Gráfico de anestesia	107	128	27	2010
Alta médica por indisciplina	105	33	27	2010	Pedido de operadora	107	128	27	2010
Urgência e emergência (Resol. CFM nº 1451/95)	105	38	27	2010	Prontuário	107	128	27	2010
Concordância familiar					Sigilo	107	128	27	2010
Critério de morte encefálica	105	22	27	2010	Cópia de prontuário				
Doação de órgãos	105	22	27	2010	Autorização	106	64	27	2010
Ética e legalidade	105	22	27	2010	Ficha médica	106	64	27	2010
Resol. CFM nº 1480/97	105	22	27	2010	Prontuário médico	106	64	27	2010
Suspender suporte terapêutico	105	22	27	2010	Resolução CFM nº 22/2000	106	64	27	2010
Transplante	105	22	27	2010	Solicitação	106	64	27	2010
Conflito					Corso, Clóvis Marcelo				
Catástrofe, epidemias	108	182	27	2010	Artigo	106	93	27	2010
Consequência	108	182	27	2010	Costa, Mario Lobato da				
Ética da presença	108	182	27	2010	Artigo	107	165	27	2010
Gestão de recurso	108	182	27	2010	Credenciamento				
Prevenção	108	182	27	2010	Ambulatório	106	90	27	2010
Recurso	108	182	27	2010	Emergência/urgência	106	90	27	2010
Vítima	108	182	27	2010	Escalas	106	90	27	2010
Consenso					Gestante	106	90	27	2010
Dilema ético	108	173	27	2010	Plantão	106	90	27	2010
Equipe médica	108	173	27	2010	Pré natal	106	90	27	2010
Óbito	108	173	27	2010	Referência/contra referência	106	90	27	2010
Opinião	108	173	27	2010	Critério de morte encefálica				
Reanimação cardiopulmonar	108	173	27	2010	Concordância familiar	105	22	27	2010
UTI	108	173	27	2010	Diretor médico (clínico)	105	22	27	2010
Consentimento					Diretor técnico	105	22	27	2010
Cópia	106	64	27	2010	Doação de órgãos	105	22	27	2010
Divulgação	106	64	27	2010	Doador de órgãos	105	22	27	2010
Ficha médica	106	64	27	2010	Ética e legalidade	105	22	27	2010
Prontuário médico	106	64	27	2010	Maurício Marcondes Ribas	105	22	27	2010
Resolução CFM nº 22/2000	106	64	27	2010	Resol. CFM nº 1480/97	105	22	27	2010
Consulta					Suspender suporte terapêutico	105	22	27	2010
Aspecto trabalhista	107	159	27	2010	Suspensão do suporte terapêutico	105	22	27	2010
Autonomia médica	107	161	27	2010	Transplante	105	22	27	2010
CEM art. III	107	159	27	2010	Cuspideira				
Cooperativa	107	159	27	2010	Escarradeira	107	172	27	2010
Gasto	107	159	27	2010	Museu de medicina	107	172	27	2010
Jornada de trabalho	107	161	27	2010	Custo global de consulta				
Número de consulta	107	161	27	2010	CHBPM	106	61	27	2010
Pagamento	107	159	27	2010	Consultório	106	61	27	2010
Programa de saúde familiar	107	161	27	2010	Convênio	106	61	27	2010
					Honorário	106	61	27	2010

Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano	Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano
Plano de saúde	106	61	27	2010	Ecodoplercardiograma transtorácico				
Receita / despesa	106	61	27	2010	Área de atuação	107	148	27	2010
Rendimento	106	61	27	2010	Sem título em especialidade	107	148	27	2010
Resol. CFM nº 1931/2009	106	61	27	2010	Ehrenfried Othmar Wittig				
Vantagem enganosa	106	61	27	2010	Artigo	105	60	27	2010
Declaração confidencialidade e sigilo					Artigo	106	116	27	2010
Certificação do aplicativo	106	80	27	2010	Artigo	107	172	27	2010
Código de Ética Médica art. 6º	106	80	27	2010	Artigo	108	228	27	2010
Registro eletrônico em saúde	106	80	27	2010	Eletrônico				
Resol. CFM nº 1638/02 art. 3º	106	80	27	2010	Diretor técnico	105	24	27	2010
Resol. CFM nº 1821/07 art. 3º	106	80	27	2010	Prontuário médico	105	24	27	2010
Dentista					Resol. CFM nº 1638/02	105	24	27	2010
Portaria Anvisa nº 344/98	105	44	27	2010	Resol. CFM nº 1821/07	105	24	27	2010
Prescrição medicamentosa	105	44	27	2010	Emed, Luiz Sallim				
Despesa					Artigo	107	128	27	2010
Consulta/reconsulta	106	61	27	2010	Emergência médica				
Consultório	106	61	27	2010	Atendimento	105	38	27	2010
Convênio	106	61	27	2010	Conceito de emergência e urgência	105	38	27	2010
Custo de consulta	106	61	27	2010	Julgar e decidir	105	38	27	2010
Honorário	106	61	27	2010	Regulação médica	105	38	27	2010
Operadora de saúde	106	61	27	2010	Resol. CFM nº 1451/95	105	38	27	2010
Plano de saúde	106	61	27	2010	Resol. CFM nº 1671/03	105	38	27	2010
Receita mensal	106	61	27	2010	Tempo para atendimento inicial	105	38	27	2010
Rendimento	106	61	27	2010	Emergência/urgência				
Vantagem enganosa	106	61	27	2010	Ambulatório	106	90	27	2010
Digital					Credenciamento	106	90	27	2010
Assinatura	106	80	27	2010	Gestante	106	90	27	2010
Dilema Ético					Plantão	106	90	27	2010
Associação Americana de Cardiologia	108	173	27	2010	Pré natal	106	90	27	2010
Estruturação técnica	108	173	27	2010	Emerson Wander Silva Soares				
Óbitos	108	173	27	2010	Artigo	108	200	27	2010
Opinião da enfermagem	108	173	27	2010	Empregador				
Presença familiar	108	173	27	2010	Direito	106	78	27	2010
Reanimação cardiopulmonar	108	173	27	2010	Informação	106	78	27	2010
Suporte básico de reanimação	108	173	27	2010	Parecer CRM/PR nº 2118/09	106	78	27	2010
UTI	108	173	27	2010	Recursos humanos	106	78	27	2010
Direito					Segredo	106	78	27	2010
Acesso	106	76	27	2010	Trabalhador	106	78	27	2010
Autorização	106	76	27	2010	Ver trabalhador	00	00	00	00
Fisioterapia	106	76	27	2010	Enfermagem				
Prontuário médico	106	76	27	2010	Casa de parto	105	17	27	2010
Trabalhador	106	76	27	2010	Dilema ético	108	173	27	2010
Diretor clínico (médico)					Lei nº 7498/86	105	17	27	2010
Diretor médico	105	24	27	2010	Óbito	108	173	27	2010
Prontuário médico	105	24	27	2010	Opinião	108	173	27	2010
Diretor médico					Reanimação cardiopulmonar	108	173	27	2010
Alta administrativa	105	33	27	2010	Suporte básico de reanimação	108	173	27	2010
Alta por disciplina	105	33	27	2010	UTI	108	173	27	2010
Diretor técnico					Escaradeira				
Atribuição	107	117	27	2010	Cuspeira	107	172	27	2010
CFM	107	117	27	2010	Museu de história	107	172	27	2010
Diretor clínico	107	117	27	2010	Espirometria ocupacional				
Diretor clínico (médico)	105	24	27	2010	Especialidade registrada	105	29	27	2010
Eleição	107	117	27	2010	Lei nº 3268/57	105	29	27	2010
Guarda e preenchimento de prontuário	105	24	27	2010	Médico do trabalho	105	29	27	2010
Recusa hospitalar de atendimento	106	66	27	2010	Parecer nº 1813/07	105	29	27	2010
Resolução CFM nº 1342/91	107	117	27	2010	Sociedade de pneumologia	105	29	27	2010
Responsabilidade	106	66	27	2010	Técnico em espirometria	105	29	27	2010
Revogação CFM nº 1352/92	107	117	27	2010	Tipos e funções	105	29	27	2010
Substituição	107	117	27	2010	Estabelecimento de beleza e estética				
Urgência/emergência	106	66	27	2010	Resolução CFM nº 180/2010	107	120	27	2010
Doação de órgãos					Esterilização de material				
Concordância familiar	105	22	27	2010	Empresa tercerizada	107	171	27	2010
Resol. CFM nº 1480/97	105	22	27	2010	Médico hospitalar	107	171	27	2010
Suspender suporte terapêutico	105	22	27	2010	Óxido de etileno	107	171	27	2010
Transplante	105	22	27	2010	Responsável médico	107	171	27	2010
Donizetti Dimer Giamberardino Fº.					Ética				
Artigo	105	24	27	2010	Aspecto trabalhista	107	159	27	2010
Artigo	107	125	27	2010	Catástrofe e epidemia	108	200	27	2010
Artigo	107	171	27	2010	Conflito e dilema	108	200	27	2010
					Cooperativa	107	159	27	2010
					Redução de valor da consulta	107	159	27	2010

Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano	Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano
Solidariedade médica	108	200	27	2010	Ficha médica				
Suspensão de pagamento	107	159	27	2010	Acesso	106	76	27	2010
Ética em consulta					Autorização	106	76	27	2010
Autonomia médica	107	162	27	2010	Autorização/solicitação	106	64	27	2010
CRMPR nº 1999/08	107	162	27	2010	Código Penal art. 269	106	64	27	2010
Jornada de trabalho	107	162	27	2010	Cópia	106	64	27	2010
Parecer CRMPR nº 2225/10	107	162	27	2010	Direito	106	76	27	2010
Tempo e número de consultas	107	162	27	2010	Divulgação	106	64	27	2010
Exame					Fisioterapeuta	106	76	27	2010
Cooperativa e autonomia administrativa	107	144	27	2010	Normas	106	64	27	2010
Problema administrativo	107	144	27	2010	Paciente	106	76	27	2010
Solicitação de médico não cooperado	107	144	27	2010	Parecer CRMPR nº 2117/09	106	76	27	2010
Exame de imagem					Prontuário médico	106	64	27	2010
Arquivo	105	51	27	2010	Prontuário médico	106	76	27	2010
Decreto nº 1799/96					Resolução CFM nº 1605/00	106	76	27	2010
Lei nº 8159/91	105	51	27	2010	Revelar conteúdo	106	64	27	2010
Lei nº 5433/98	105	51	27	2010	Sigilo/autorização	106	64	27	2010
Microfilmagem	105	51	27	2010	Ver prontuário médico	00	00	00	00
Prontuário médico	105	51	27	2010	Fisioterapeuta				
Resol. CFM nº 1821/07	105	51	27	2010	Acesso	106	76	27	2010
Tempo de guarda	105	51	27	2010	Autorização	106	76	27	2010
Validade jurídica	105	51	27	2010	Direito	106	76	27	2010
Exame laboratorial sem pedido médico					Decreto-Lei nº 938/69	106	76	27	2010
Auto solicitação	105	56	27	2010	Ficha médica	106	76	27	2010
Impropriedade de ato	105	56	27	2010	Paciente	106	76	27	2010
Parecer consulta CFM nº 46/99	105	56	27	2010	Parecer CRMPR nº 2117/09	106	76	27	2010
Parecer consulta CFM nº 53/99	105	56	27	2010	Prontuário médico	106	76	27	2010
Pedido médico	105	56	27	2010	Resolução CFM nº 1605/00	106	76	27	2010
Exames de laboratório					Florenço, Roseni Teresinha				
Competência legal	106	105	27	2010	Artigo	105	29	27	2010
Emergência	105	26	27	2010	Artigo	106	66	27	2010
Lei nº 8234/91	106	105	27	2010	Formação				
Nutricionista	106	105	27	2010	Médica	105	01	27	2010
Parecer CRMPR nº 1115/98	106	105	27	2010	Gerson Zafalon Martins				
Parecer CRMPR nº 1038/98	106	105	27	2010	Artigo	107	132	27	2010
Parecer CRMPR nº 2019/08	106	105	27	2010	Gestão de recursos				
Portaria 2048/CM	105	26	27	2010	Catástrofe, epidemias	108	182	27	2010
Processo consulta CFM 6797/98	106	105	27	2010	Conflito, impacto	108	182	27	2010
Responsabilidade	105	26	27	2010	Consequência	108	182	27	2010
Transporte	105	26	27	2010	Ética	108	182	27	2010
Exercer					Experiência	108	182	27	2010
Dois serviços simultâneos	105	46	27	2010	Prevenção	108	182	27	2010
Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke					Recurso	108	182	27	2010
Artigo	105	38	27	2010	Solidariedade médica	108	182	27	2010
Artigo	107	155	27	2010	Vítima	108	182	27	2010
Falta de leito em UTI					Gestante				
Conceito	107	153	27	2010	Ambulatório	106	90	27	2010
Médico plantonista	107	153	27	2010	Atendimento	106	90	27	2010
Médico regulador gestor	107	153	27	2010	Clínico generalista	106	90	27	2010
Parecer CRMPR nº 1232/00	107	153	27	2010	Emergência/urgência	106	90	27	2010
Parecer CRMPR nº 1755/06	107	153	27	2010	Escala de plantão	106	90	27	2010
Parecer CRMPR nº 2189/10	107	153	27	2010	Pré natal	106	90	27	2010
Responsabilidade	107	153	27	2010	Referência/contra referência	106	90	27	2010
Siate	107	153	27	2010	Giamberardino F <sup>o</sup> , Donizetti Dimer				
Suspender suporte	107	153	27	2010	Artigo	105	24	27	2010
Vaga zero	107	153	27	2010	Artigo	107	125	27	2010
Fertilização					Artigo	107	171	27	2010
ANS	106	74	27	2010	Giffhorn, Hécio				
Coito programado	106	74	27	2010	Artigo	108	173	27	2010
Convênio	106	74	27	2010	Ginecologista				
Esterilidade conjugal	106	74	27	2010	Casa de parto	105	17	27	2010
Honorário médico	106	74	27	2010	Enfermeira obstetrix	105	17	27	2010
Operadora de saúde	106	74	27	2010	Portaria GM/MS 985/99	105	17	27	2010
Ficha de anestesia					Graf, Joachim				
CFM	106	96	27	2010	Artigo	107	159	27	2010
Comissão de normas	106	96	27	2010	Gráfico de anestesia				
Documento	106	96	27	2010	Ato administrativo	107	128	27	2010
Modelo	106	96	27	2010	Prontuário	107	128	27	2010
Padronização	106	96	27	2010	Sigilo	107	128	27	2010
Pré anestesia	106	96	27	2010	Solicitação de operadora de saúde	107	128	27	2010
Recuperação pós anestesia	106	96	27	2010	Grandes epidemias e catástrofes				
					Conflito e dilema	108	182	27	2010
					Conflito e dilema	108	200	27	2010
					Gestor público	108	182	27	2010

<b>Assunto</b>	<b>Nº</b>	<b>Pág.</b>	<b>Vol.</b>	<b>Ano</b>	<b>Assunto</b>	<b>Nº</b>	<b>Pág.</b>	<b>Vol.</b>	<b>Ano</b>
Legislação	108	182	27	2010	Joachim Graf				
Legislação	108	200	27	2010	Artigo	107	159	27	2010
Monografia CRMPR 2010	108	200	27	2010	Jornada de trabalho				
Prioridade de atendimento	108	182	27	2010	Autonomia médica	107	161	27	2010
Prioridade e triagem	108	200	27	2010	Ética	107	161	27	2010
Recurso e limite	108	182	27	2010	Não cabe decisão do gestor	107	161	27	2010
Solidariedade médica	108	182	27	2010	Número de consultas	107	161	27	2010
Solidariedade médica	108	200	27	2010	Parecer CRMPR nº 1800/06	107	161	27	2010
Tragédia e desastre	108	182	27	2010	Parecer CRMPR nº 1999/08	107	161	27	2010
Guimarães, Wilmar Mendonça					Parecer CRMPR nº 2225/10	107	161	27	2010
Artigo	107	130	27	2010	Prefeitura	107	161	27	2010
Hélcio Bertolozzi Soares					Resolução CREMEP 01/2005	107	161	27	2010
Artigo	106	74	27	2010	Tempo de consulta	107	161	27	2010
Artigo	106	88	27	2010	Unidade de saúde	107	161	27	2010
Artigo	106	90	27	2010	José Clemente Linhares				
Artigo	107	127	27	2010	Artigo	107	135	27	2010
Hélcio Giffhorn					Artigo	107	150	27	2010
Artigo	108	173	27	2010	Julgado/decidir				
História da Medicina					Urgência e emergência	105	38	27	2010
Chave Odontológica de Garegeot	108	228	27	2010	Kastrup, Monica De Biase Wright				
Escarradeira/Cuspideira	107	172	27	2010	Artigo	105	44	27	2010
Hospital Militar de Curitiba	105	60	27	2010	Artigo	105	56	27	2010
Mata borrão	106	116	27	2010	Artigo	106	105	27	2010
Honorário					Artigo				
Adolescente	107	169	27	2010	Keti Stylianos Patsis				
Consulta acompanhada	107	169	27	2010	Artigo	105	42	27	2010
Cobrança	107	169	27	2010	Artigo	105	58	27	2010
ONG	107	169	27	2010	Artigo	106	76	27	2010
Qualidade	107	169	27	2010	Artigo	106	78	27	2010
Resolução CFM nº 1931/09	107	169	27	2010	Artigo	106	86	27	2010
SINAN	107	169	27	2010	Artigo	106	103	27	2010
Tempo de consulta	107	169	27	2010	Laboratório				
Valor da consulta	107	169	27	2010	Competência legal	106	105	27	2010
Honorário médico					Emergência	105	26	27	2010
ANS	106	74	27	2010	Exame	105	26	27	2010
Cobrança/valor	106	74	27	2010	Exame	106	105	27	2010
Coito programado	106	74	27	2010	Lei nº 8234/91	106	105	27	2010
Colocar dispositivo intrauterino	107	127	27	2010	Móvel	105	26	27	2010
Convênio	106	74	27	2010	Nutricionista	106	105	27	2010
Esterilidade conjugal	106	74	27	2010	Parecer CRMPR nº 1115/98	106	105	27	2010
Fertilização	106	74	27	2010	Parecer CRMPR nº 1038/98	106	105	27	2010
Operadora de saúde	106	74	27	2010	Parecer CRMPR nº 2019/08	106	105	27	2010
Resol. Normativa RN ANS 167/08	107	127	27	2010	Portaria 2048/CM	105	26	27	2010
Hospital Militar de Curitiba					Processo consulta CFM 6797/98	106	105	27	2010
História da Medicina	105	60	27	2010	Responsabilidade	105	26	27	2010
Museu de Medicina	105	60	27	2010	Samu	105	26	27	2010
Humanização					Transporte	105	26	27	2010
Casa de parto	105	17	27	2010	Laudos médico pericial				
Médica	105	01	27	2010	Autorização do paciente	106	86	27	2010
Identificação					Cópia	106	86	27	2010
Documento	106	96	27	2010	Entrega a procuradoria do INSS	106	86	27	2010
Ficha de anestesia	106	96	27	2010	Entrega à terceiro	106	86	27	2010
Modelo	106	96	27	2010	Processo eletrônico	106	86	27	2010
Obrigaçao	106	96	27	2010	Laudos de tomografia				
Paciente	106	96	27	2010	Da própria especialidade	107	122	27	2010
Padronização	106	96	27	2010	Lei nº 3268/57	107	122	27	2010
Indisciplina					Parecer CRMPR nº 1715/06	107	122	27	2010
Alta médica	105	38	27	2010	Por neurologista	107	122	27	2010
Artigo 70	105	38	27	2010	Responsabilidade	107	122	27	2010
Indução e recuperação anestésica					Lei nº 7498/1986				
Acompanhamento dos pais	106	93	27	2010	Auxiliar de enfermagem	105	17	27	2010
Ansiedade e medo	106	93	27	2010	Linhares, José Clemente				
Pediatria	106	93	27	2010	Artigo	107	135	27	2010
Informação à outro médico					Artigo	107	150	27	2010
Esclarecimento	105	58	27	2010	Luiz Sallim Emed				
Notificação do texto	105	58	27	2010	Artigo	107	128	27	2010
Resol. nº 1658/02	105	58	27	2010	Lutero Marques de Oliveira				
Resol. modif. nº 1851/08	105	58	27	2010	Artigo	105	51	27	2010
Sobre paciente	105	58	27	2010	Artigo	106	80	27	2010
Interconsulta de especialidade					Artigo	107	148	27	2010
Atuação de residente	107	142	27	2010	Manual de Certificação Digital				
Hospital universitário	107	142	27	2010	Informatização de prontuário	106	80	27	2010
Pedido de consulta	107	142	27	2010					
Sistêmica de atendimento	107	142	27	2010					

<b>Assunto</b>	<b>Nº</b>	<b>Pág.</b>	<b>Vol.</b>	<b>Ano</b>	<b>Assunto</b>	<b>Nº</b>	<b>Pág.</b>	<b>Vol.</b>	<b>Ano</b>
Marco Antonio S. M. Ribeiro Bessa					Resolução CFM nº 1480/97	107	150	27	2010
Artigo	107	122	27	2010	Resolução CFM nº 1826/07	107	150	27	2010
Mario Lobato da Costa					Resolução CRMPR nº 82/99	107	150	27	2010
Artigo	107	165	27	2010	Resolução CRMPR nº 85/00	107	150	27	2010
Martins, Gerson Zafalon					Resolução CRMPR nº 2101/09	107	150	27	2010
Artigo	107	132	27	2010	Suspensão de procedimentos	107	150	27	2010
Mata Borrão					Suspensão suporte ventilatório	107	150	27	2010
Museu de História da Medicina	106	116	27	2010	SUS	107	150	27	2010
Maurício Marcondes Ribas					Transplante	107	150	27	2010
Artigo	105	22	27	2010	Ventilação mecânica	107	150	27	2010
Artigo	107	153	27	2010	Museu de História da Medicina				
Artigo	107	169	27	2010	Chave Odontológica de Garengot	108	228	27	2010
Medicamento					Escarradeira/Cuspideira	107	172	27	2010
Anvisa portaria nº 344/98	105	44	27	2010	Hospital Militar de Curitiba	105	60	27	2010
Notificação de receita	105	44	27	2010	Mata borrão	106	116	27	2010
Prescrição por dentista	105	44	27	2010	Nabarro, Sônia Wendt				
Médico					Artigo	105	01	27	2010
Assistência médica	105	01	27	2010	Artigo	108	182	27	2010
Compromisso social	105	01	27	2010	Nassif, Antonio Celso Nunes				
Consulta	106	61	27	2010	Artigo	106	61	27	2010
Despesas	106	61	27	2010	Negar atendimento				
Monografia premiada	105	01	27	2010	Antigo paciente	107	138	27	2010
Reconsulta	106	61	27	2010	Médico descredenciado	107	138	27	2010
Relação médico-paciente	105	01	27	2010	Relação médico-paciente	107	138	27	2010
Rendimento	106	61	27	2010	Resol. CFM nº 1246/88	107	138	27	2010
Responsabilidade compartilhada	105	01	27	2010	Nutricionista				
Século XXI	105	01	27	2010	Competência legal	106	105	27	2010
Sônia Wendt Nabarro	105	01	27	2010	Laboratório	106	105	27	2010
Médico pode ser diretor clínico/médico					Lei nº 8234/91	106	105	27	2010
Secretaria Municipal de Saúde	105	46	27	2010	Lei nº 8913/94	106	105	27	2010
Permitido 2 serviços médicos	105	46	27	2010	Parecer CRMPR nº 1115/98	106	105	27	2010
Resol. CFM nº 1352/92	105	46	27	2010	Parecer CRMPR nº 1038/98	106	105	27	2010
Médico regulador gestor					Parecer CRMPR nº 2019/08	106	105	27	2010
Ausência de leito em UTI	107	153	27	2010	Parecer CFM nº 48/99	106	105	27	2010
Parecer	107	153	27	2010	Solicitação de exame	106	105	27	2010
Responsabilidade	107	153	27	2010	Óbito				
Vaga zero	107	153	27	2010	Dilema ético	108	173	27	2010
Medida administrativa					Estruturação técnica	108	173	27	2010
Autonomia	107	125	27	2010	Opinião da enfermagem	108	173	27	2010
Honorário	107	125	27	2010	Presença familiar	108	173	27	2010
Preceitos dos conselhos éticos	107	125	27	2010	Reanimação cardiopulmonar	108	173	27	2010
Parecer CRMPR 111/2008	107	125	27	2010	Suporte básico de reanimação	108	173	27	2010
Parecer CRMPR 1847/07	107	125	27	2010	UTI	108	173	27	2010
Resolução CFM nº 1642/02	107	125	27	2010	Obrigatoriedade				
Resolução CFM nº 1673/03	107	125	27	2010	Gestor	107	165	27	2010
Monica De Biase Wright Kastrup					Parecer CRMPR nº 0764/96	107	165	27	2010
Artigo	105	44	27	2010	Responsabilidade	107	165	27	2010
Artigo	105	56	27	2010	Siate	107	165	27	2010
Artigo	106	105	27	2010	Obstetra				
Monografia CRMPR					Casa de parto	105	17	27	2010
Prêmio 2010	105	01	27	2010	Enfermeira obstetrix	105	17	27	2010
Prêmio 2010	108	173	27	2010	Portaria GM/MS 985/99	105	17	27	2010
Prêmio 2010	108	182	27	2010	Odontologia				
Prêmio 2010	108	200	27	2010	Portaria Anvisa nº 344/98	105	44	27	2010
Monografia CRMPR 2010					Prescrição medicamentosa	105	44	27	2010
Catástrofe e epidemia	108	182	27	2010	Oliveira, Luterio Marques				
Catástrofe e epidemia	108	200	27	2010	Artigo	105	51	27	2010
Classificação em 2º lugar	108	200	27	2010	Artigo	106	80	27	2010
Emerson Wander Silva Soares	108	200	27	2010	Artigo	107	148	27	2010
Ética da presença	108	182	27	2010	Operadora de saúde				
O Médico do Século XXI:					Ato administrativo	107	128	27	2010
Compromisso Social e					Cópia de gráfico anestésico	107	128	27	2010
Responsab. Compartilhada	105	01	27	2010	Descrição cirúrgica	107	128	27	2010
Papel da ética	108	200	27	2010	Prontuário	107	128	27	2010
Primeira classificação	108	182	27	2010	Sigilo	107	128	27	2010
Solidariedade médica	108	182	27	2010	Operadoras estão obrigadas				
Solidariedade médica	108	200	27	2010	a autorizar procedimento por				
Sônia Wendt Nabarro	108	182	27	2010	médico não credenciado	108	215	27	2010
Tragédias	108	200	27	2010	Opinião				
Morte encefálica					Dilema ético	108	173	27	2010
Assistência	107	150	27	2010	Óbito	108	173	27	2010
Crítérios	107	150	27	2010	Reanimação cardiopulmonar	108	173	27	2010
Legalidade do diagnóstico	107	150	27	2010	UTI	108	173	27	2010
Portaria MS nº 2600/2009	107	150	27	2010					

Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano	Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano
Organização Não Governamental-ONG					Plano de saúde				
AMB - AMP	107	169	27	2010	CHBPM	106	61	27	2010
Cobrança de consulta	107	169	27	2010	Consultório	106	61	27	2010
Paciente politraumatizado					Convênio	106	61	27	2010
Emergência/urgência	107	134	27	2010	Custo de consulta	106	61	27	2010
Encaminhamento hospitalar	107	134	27	2010	Honorário	106	61	27	2010
Equipe de especialista	107	134	27	2010	Igualdade	105	53	27	2010
Escala	107	134	27	2010	Lei nº 9656/98 art. 10	105	53	27	2010
Internação	107	134	27	2010	Procedimentos	105	53	27	2010
Plantonista	107	134	27	2010	Receita/despesa	106	61	27	2010
Pronto socorro	107	134	27	2010	Rendimento	106	61	27	2010
Transferência	107	134	27	2010	Resol. ANS nº 167	105	53	27	2010
Padronização					Tabelas	105	53	27	2010
Comissão de normas	106	96	27	2010	Plantão				
Documento	106	96	27	2010	Ambulatório	106	90	27	2010
Ficha anestésica	106	96	27	2010	Atendimento	107	130	27	2010
Modelo	106	96	27	2010	Credenciamento	106	90	27	2010
Obrigação	106	96	27	2010	Disciplina	106	104	27	2010
Pré anestesia	106	96	27	2010	Emergência / urgência	106	90	27	2010
Recuperação pós anestesia	106	96	27	2010	Especificação de convênio	107	130	27	2010
Padronização de anestesia					Gestante	106	90	27	2010
Descrição	106	96	27	2010	Honorário	107	130	27	2010
Ficha em pediatria	106	96	27	2010	Liberdade	106	104	27	2010
Modelo	106	96	27	2010	Negativa de atendimento	107	165	27	2010
Normas completas	106	96	27	2010	Parecer CRMPR nº 0764/96	107	165	27	2010
Obrigação	106	96	27	2010	Pré natal	106	90	27	2010
Pré e pós anestesia	106	96	27	2010	Responsabilidade	107	165	27	2010
Pagamento de consulta					Siate	107	165	27	2010
Cooperativa	107	159	27	2010	UTI	107	165	27	2010
Gasto	107	159	27	2010	Vaga zero	107	165	27	2010
Redução do preço	107	159	27	2010	Plantão médico				
Valor	107	159	27	2010	Atendimento pré-hospitalar	106	66	27	2010
Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi					Imperícia, imprudência, negligência	106	66	27	2010
Artigo	107	138	27	2010	Processo consulta CRMPR nº 56/2008	106	66	27	2010
Parecer CRMPR nº 2113/2008	106	66	27	2010	Urgência/emergência	106	66	27	2010
Parteira					Portaria MS 2600/2009				
Casa de parto	105	17	27	2010	Artigo 50	107	135	27	2010
Conceito	105	17	27	2010	Não aparentado	107	135	27	2010
Decreto Lei nº 8778/46	105	17	27	2010	Transplante intervivo	107	135	27	2010
Enfermeira obstetrix	105	17	27	2010	Pré anestesia				
Portaria GM/MS 985/99	105	17	27	2010	Documento	106	96	27	2010
Resol. CFM nº 07/2008	105	17	27	2010	Ficha de anestesia	106	96	27	2010
Resol. COFEN nº 308/06	105	17	27	2010	Modelo	106	96	27	2010
Patsis, Keti Stylianos					Padronização	106	96	27	2010
Artigo	105	42	27	2010	Preceito ético oficial				
Artigo	105	58	27	2010	Conselho de Medicina	107	125	27	2010
Artigo	106	76	27	2010	Parecer CRMPR 111/2008	107	125	27	2010
Artigo	106	78	27	2010	Parecer CRMPR 1847/07	107	125	27	2010
Artigo	106	86	27	2010	Resolução CFM nº 1642/02	107	125	27	2010
Artigo	106	103	27	2010	Resolução CFM nº 1673/03	107	125	27	2010
Pediatria anestesia					Pré-natal				
Acompanhamento dos pais	106	93	27	2010	Ambulatório	106	90	27	2010
Anestesia	106	93	27	2010	Credenciamento	106	90	27	2010
Indução e recuperação	106	93	27	2010	Emergência / urgência	106	90	27	2010
Pedido					Escalas	106	90	27	2010
De exame laboratorial	105	56	27	2010	Gestante	106	90	27	2010
Pedro Pablo Magalhães Chacel					Hospital	106	90	27	2010
Artigo	105	17	27	2010	Plantão	106	90	27	2010
Pedruzzi, Paola Andrea Galbiatti					Prescrição medicamentosa por dentista				
Artigo	107	138	27	2010	Notificação de receita	105	44	27	2010
Perda de prontuário					Portaria Anvisa nº 344/98	105	44	27	2010
Boletim de ocorrência	107	132	27	2010	Presença da família				
Conduta	107	132	27	2010	Dilema ético	108	173	27	2010
Extravio/roubo	107	132	27	2010	Óbito	108	173	27	2010
Novo registro	107	132	27	2010	Opinião	108	173	27	2010
Parecer CRMPR nº 2041/09	107	132	27	2010	Reanimação cardiopulmonar	108	173	27	2010
Situação judicial	107	132	27	2010	Suporte básico de reanimação	108	173	27	2010
Perícia					UTI	108	173	27	2010
Assistente técnico	106	103	27	2010	Prevenção				
Atuação	106	103	27	2010	Catástrofe, epidemias	108	182	27	2010
Próprio paciente	106	103	27	2010	Compromisso global	108	182	27	2010
					Conflito, impacto	108	182	27	2010
					Consequência sócio-ambientais	108	182	27	2010
					Ética	108	182	27	2010

<b>Assunto</b>	<b>Nº</b>	<b>Pág.</b>	<b>Vol.</b>	<b>Ano</b>	<b>Assunto</b>	<b>Nº</b>	<b>Pág.</b>	<b>Vol.</b>	<b>Ano</b>
Gestão de recurso	108	182	27	2010	Presença familiar	108	173	27	2010
Prevenção	108	182	27	2010	Suporte básico de reanimação	108	173	27	2010
Recurso	108	182	27	2010	UTI	108	173	27	2010
Solidariedade médica	108	182	27	2010	Reconsulta médica				
Vítima	108	182	27	2010	CHBPM	106	61	27	2010
Prontuário eletrônico					Consulta	106	61	27	2010
Ato médico	105	46	27	2010	Consultório	106	61	27	2010
Prescrição - médico	105	46	27	2010	Convênio	106	61	27	2010
Prescrição pelo médico assistente	105	46	27	2010	Custo de consulta	106	61	27	2010
Resol. CFM nº 1821/07	105	46	27	2010	Honorário	106	61	27	2010
Prontuário médico					Operadora de saúde	106	61	27	2010
Acesso	106	76	27	2010	Plano de saúde	106	61	27	2010
Acesso	106	78	27	2010	Receita/despesa mensal	106	61	27	2010
Arquivo	105	51	27	2010	Rendimento	106	61	27	2010
Arquivo médico	106	80	27	2010	Vantagem enganosa	106	61	27	2010
Autorização	106	76	27	2010	Recuperação pós anestesia				
Código civil art. 104, 212, 225	105	51	27	2010	Documento	106	96	27	2010
Código processo civil art. 332, 383, 385	105	51	27	2010	Ficha de anestesia	106	96	27	2010
Código Penal art. 269	106	64	27	2010	Modelo	106	96	27	2010
Cópia	106	64	27	2010	Obrigações	106	96	27	2010
Digitalização	106	80	27	2010	Padronização	106	96	27	2010
Direito	106	76	27	2010	Recurso				
Direito	106	78	27	2010	Catástrofe, epidemias	108	182	27	2010
Divulgação	106	64	27	2010	Ética da presença	108	182	27	2010
Documento	106	96	27	2010	Gestão	108	182	27	2010
Eletrônico	105	46	27	2010	Prevenção	108	182	27	2010
Eletrônico	106	80	27	2010	Solidariedade médica	108	182	27	2010
Empregador	106	76	27	2010	Recusa				
Empregador	106	78	27	2010	Atestado médico	105	42	27	2010
Exame médico	105	51	27	2010	Recusa de atestado médico				
Ficha de anestesia	106	96	27	2010	Trabalho	105	42	27	2010
Ficha médica	106	64	27	2010	Recusa hospitalar de atendimento				
Fisioterapeuta	106	76	27	2010	Atendimento pré hospitalar	106	66	27	2010
Informação	106	78	27	2010	Constituição artigo 196	106	66	27	2010
Lei nº 8159/91	105	51	27	2010	Imprudência, imperícia, negligência	106	66	27	2010
Lei nº 5433/98	105	51	27	2010	Parecer CRMPR nº 2007/2008	106	66	27	2010
Manual de certificação digital	106	80	27	2010	Parecer CRMPR nº 2037/2009	106	66	27	2010
Normas	106	64	27	2010	Plantão médico	106	66	27	2010
Obrigações	106	96	27	2010	Princípios éticos	106	66	27	2010
Paciente	106	76	27	2010	Processo consulta CRMPR nº 56/2008	106	66	27	2010
Parecer CRMPR nº 2117/09	106	76	27	2010	Responsabilidade	106	66	27	2010
Parecer CRMPR nº 2118/09	106	78	27	2010	Transporte	106	66	27	2010
Pediatria	106	96	27	2010	Urgência/emergência	106	66	27	2010
Prescrição	105	46	27	2010	Referência/contra referência				
Processo consulta CFM 14/04/02	106	80	27	2010	Ambulatório	106	90	27	2010
Processo consulta Cremec 2249/99	106	80	27	2010	Credenciamento				
Recurso humano	106	78	27	2010	Emergência/urgência	106	90	27	2010
Resol. CFM nº 1821/07	105	46	27	2010	Escalas	106	90	27	2010
Resol. CFM nº 1638/02	105	51	27	2010	Gestante	106	90	27	2010
Resol. CFM nº 1821/07	105	51	27	2010	Hospital	106	90	27	2010
Resolução CFM nº 22/2000	106	64	27	2010	Plantão	106	90	27	2010
Resolução CFM nº 1605/00	106	76	27	2010	Regime do plantão				
Resolução CFM nº 1639/02	106	80	27	2010	Atendimento misto (partic. x convênio)	107	130	27	2010
Responsabilidade	106	80	27	2010	Especificação do convênio	107	130	27	2010
Revelar conteúdo	106	64	27	2010	Honorário	107	130	27	2010
Segredo	106	78	27	2010	Resol. CFM nº 1642/2002	107	130	27	2010
Sigilo/autorização	106	64	27	2010	Vínculo	107	130	27	2010
Sigilo médico	106	80	27	2010	Regulação médica				
Tempo de guarda de exame de imagem	105	51	27	2010	Emergência	105	38	27	2010
Trabalhador	106	76	27	2010	Reinvenção médica				
Trabalhador	106	78	27	2010	Compreensão	105	01	27	2010
Prontuário médico eletrônico					Humanização	105	01	27	2010
Comissão de prontuário médico	105	24	27	2010	Relação médico-paciente	105	01	27	2010
Diretor técnico	105	24	27	2010	Autonomia	106	84	27	2010
Resol. CFM nº 1638/02	105	24	27	2010	Compreensão	105	01	27	2010
Resol. CFM nº 1821/07	105	24	27	2010	Humanização	105	01	27	2010
Reanimação cardiopulmonar					Medicina do trabalho	106	84	27	2010
Associação Americana de Cardiologia	108	173	27	2010	Rendimento				
Dilema ético	108	173	27	2010	CHBPM	106	61	27	2010
Estruturação técnica	108	173	27	2010	Consulta/reconsulta	106	61	27	2010
Óbito	108	173	27	2010	Convênio	106	61	27	2010
Opinião da enfermagem	108	173	27	2010	Custo de consulta	106	61	27	2010
					Operadora de saúde	106	61	27	2010

<b>Assunto</b>	<b>Nº</b>	<b>Pág.</b>	<b>Vol.</b>	<b>Ano</b>	<b>Assunto</b>	<b>Nº</b>	<b>Pág.</b>	<b>Vol.</b>	<b>Ano</b>
Plano de saúde	106	61	27	2010	Empregado	106	78	27	2010
Receita / despesa	106	61	27	2010	Prontuário médico	106	76	27	2010
Vantagem enganosa	106	61	27	2010	Prontuário médico	106	78	27	2010
Residente médico					Trabalhador	106	76	27	2010
Atuação	107	142	27	2010	Trabalhador	106	78	27	2010
Hospital universitário	107	142	27	2010	Seguro				
Pedido de consulta	107	142	27	2010	Parecer CRMPR nº 2194/10	107	155	27	2010
Sistemática de atendimento	107	142	27	2010	Tratamento de acne	107	155	27	2010
Resol. CFM nº 22/2000					Siate				
Prontuário médico	106	64	27	2010	Gestor do SUS	107	165	27	2010
Resol. CFM nº 1821/2007					Parecer CRMPR nº 0764/96	107	165	27	2010
Digitalização	106	80	27	2010	Responsabilidade	107	165	27	2010
Guarda de prontuário	106	80	27	2010	Suspender suporte	107	153	27	2010
Resol. CFM nº 1638/2002					Vaga de leito	107	165	27	2010
Comissão de revisão de prontuários	106	80	27	2010	Vaga zero	107	153	27	2010
Resol. CFM nº 1488/98					SINAM				
Assistente técnico	106	103	27	2010	Cobrança de consulta	107	169	27	2010
Médico do Trabalho	106	103	27	2010	ONG	107	169	27	2010
Resol. CFM nº 1342/1991					Sistema integrado de atendimento ao trauma e emergência - SIATE				
Atribuições Diretor técnico e clínico	107	117	27	2010	Gestor SUS	107	165	27	2010
Resol. CFM nº 180/2010					Parecer CRMPR nº 0764/96	107	165	27	2010
Vinculação e/ou interação	107	120	27	2010	Plantão	107	165	27	2010
Resol. Normativa RN ANS 167/08					Responsabilidade	107	165	27	2010
Dispositivo intrauterino	107	127	27	2010	Vaga de leito	107	165	27	2010
Responsabilidade					Sistema Nacional de Atendimento				
Atendimento	107	165	27	2010	AMB - AMP	107	169	27	2010
Digitalização	106	80	27	2010	Médico - SINAM	107	169	27	2010
Empresa tercerizada	107	171	27	2010	Soares, Emerson Wander Silva				
Esterilização de materiais	107	171	27	2010	Artigo	108	200	27	2010
Laudo de exame em neurologia	107	122	27	2010	Soares, Hélcio Bertolozzi				
Médico cooperado	107	144	27	2010	Artigo	106	88	27	2010
Médico generalista	106	88	27	2010	Artigo	106	90	27	2010
Médico regulador gestor	107	153	27	2010	Artigo	106	74	27	2010
Parecer CRMPR nº 0764/96	107	165	27	2010	Artigo	107	127	27	2010
Parecer CRMPR nº 1715/06	107	122	27	2010	Solicitação				
Parecer CRMPR nº 1848/07	107	153	27	2010	Cópia	106	64	27	2010
Prontuário médico	106	80	27	2010	Ficha médica	106	64	27	2010
Prontuário médico	106	88	27	2010	Normas	106	64	27	2010
Responsável médico	107	171	27	2010	Prontuário médico	106	64	27	2010
Siate	107	165	27	2010	Resolução CFM nº 22/2000	106	64	27	2010
Suspensão de suporte	107	153	27	2010	Sigilo	106	64	27	2010
Vaga em UTI ("Vaga zero")	107	165	27	2010	Solicitação de exame				
Ribas, Mauricio Marcondes					Autonomia administrativa	107	144	27	2010
Artigo	105	22	27	2010	Competência	106	105	27	2010
Artigo	107	153	27	2010	Laboratório	106	105	27	2010
Artigo	107	169	27	2010	Lei nº 8234/91	106	105	27	2010
Roberto Issamu Yosida					Limitação	107	144	27	2010
Artigo	105	46	27	2010	Médico não cooperado	107	144	27	2010
Artigo	105	53	27	2010	Nutricionista	106	105	27	2010
Artigo	107	144	27	2010	Parecer CRMPR nº 1115/98	106	105	27	2010
Romeu Bertol					Parecer CRMPR nº 1038/98	106	105	27	2010
Artigo	106	84	27	2010	Parecer CRMPR nº 2019/08	106	105	27	2010
Roseni Teresinha Florencio					Parecer CRMSP nº 53530/01	107	144	27	2010
Artigo	105	29	27	2010	Parecer CRMPR nº 1870/07	107	144	27	2010
Artigo	106	66	27	2010	Processo consulta CFM 6797/98	106	105	27	2010
Samu					Responsabilidades	107	144	27	2010
Emergência	105	26	27	2010	Solidariedade médica				
Laboratório	105	26	27	2010	Catástrofe	108	182	27	2010
Portaria 2048/CM	105	26	27	2010	Condição técnica	108	182	27	2010
Responsabilidade	105	26	27	2010	Conflito e dilema	108	182	27	2010
Tempo de atendimento	105	38	27	2010	Consequência	108	182	27	2010
Saúde é direito					Desastre natural	108	182	27	2010
Atendimento	106	66	27	2010	Epidemia	108	182	27	2010
Atendimento pré hospitalar	106	66	27	2010	Equipe	108	182	27	2010
Constituição Artigo 196	106	66	27	2010	Ética da presença	108	182	27	2010
Imperícia, imprudência, negligência	106	66	27	2010	Experiência	108	182	27	2010
Parecer CRMPR nº 2007/2008	106	66	27	2010	Gestor público	108	182	27	2010
Parecer CRMPR nº 2037/2009	106	66	27	2010	Grupo de risco	108	182	27	2010
Princípios éticos	106	66	27	2010	Legislação	108	182	27	2010
Recusa hospitalar	106	66	27	2010	Limite e critério	108	182	27	2010
Responsabilidade	106	66	27	2010	Prevenção	108	182	27	2010
Urgência/emergência	106	66	27	2010	Prioridade de triagem e atendimento	108	182	27	2010
Segredo médico					Recurso	108	182	27	2010
Empregado	106	76	27	2010					



### Chave Odontológica de Garegeot

“Chave de Garegeot” é um instrumento destinado a extração de dentes.

Atribuída a invenção ao cirurgião francês Rene Garegeot em torno de 1740 ou pelo menos seu aperfeiçoamento, embora para outros poderia o verdadeiro inventor ser Hermane Come (1735).

Semelhante instrumento os dentistas ingleses já utilizavam com o nome de “chave inglesa” (1771), mas era conhecida já na Inglaterra como “chave alemã”. Modelos antes e após Garegeot foram desenvolvidos.

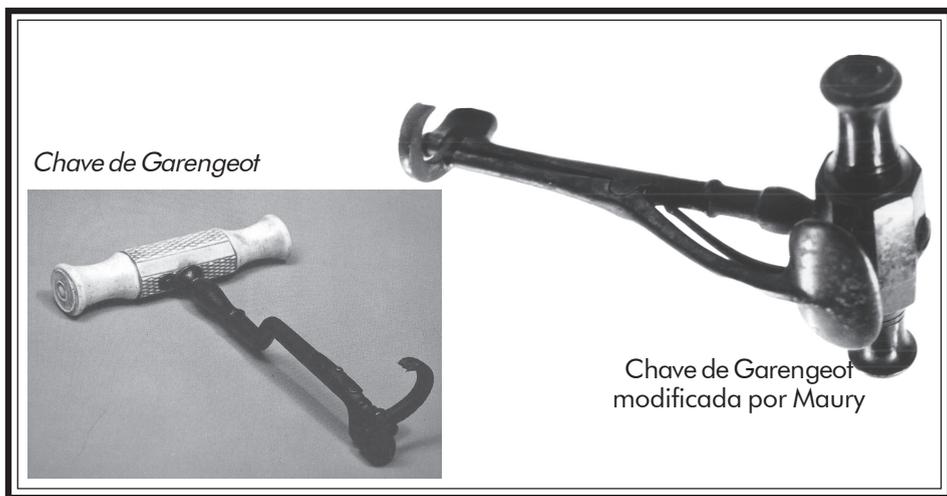
O objeto tem uma haste longa com aproximadamente 13 cm de comprimento e com um cabo ou manche transversal metálico ou óseo. Na outra extremidade da haste longa há uma pequena peça móvel como um semigancho, também metálico com um pequeno entalhe aberto para encaixe do dente que se quer extrair, especialmente os multirradiculares.

A pequena peça curva é colocada sobre a porção dentária mais próxima a gengiva e com um movimento forte de bascula se luxa o dente, que é extraído com uma pinça.

O modelo modificado por Maury já publicamos com texto na Rev Assoc Med do Paraná no número de Jan/Jun de 1995, pág. 28.

**Palavras-chave** - Museu de medicina, História da medicina, chave odontológica de Garegeot

**Key-words** - Medicine history, Medicine Museum, odontological Garegeot key



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

Prof. Adjunto de Neurologia (apos.) do Curso de Medicina no Hospital de Clínicas, da Universidade Federal do Paraná – UFPR.

**Para doações e correspondência:** Secretaria: Fone 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](http://www.amp.org.br)

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ  
COMISSÕES DE TRABALHO - GESTÃO 2008/2013  
DELEGADOS REGIONAIS 2008-2013

**1 - Depto. de Fiscalização do Exercício Profissional (DEFEP)**

Cons. Donizetti Dimer Giamberardino Filho  
E-mail: defep@crmpr.org.br

**2 - Depto. de Divulgação de Assuntos Médicos (CODAME)**

Consª. Keti Stylanos Patsis (coordenadora), Mario Teruo Sato e  
Paola Andrea Galbiatti Peduzzi  
E-mail: codame@crmpr.org.br

**3 - Comissão de Qualificação Profissional**

Cons. Zacarias Alves de Souza Filho (coordenador),  
Joachim Graf e Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho  
E-mail: cqp@crmpr.org.br

**4 - Comissão de Tomada de Contas**

Conselheiros Mauricio Marcondes Ribas (coordenador),  
Clóvis Marcelo Corso e Gustavo Justo Schulz  
E-mail: cmpr@crmpr.org.br

**5 - Comissão de Licitação**

Adv. Afonso Proença Branco Filho e funcionários Bruno Roberto Michna  
e Maria Arminde de Souza  
E-mail: protocolo@crmpr.org.br

**6 - Comissão de Ensino Médico**

Cons. Joachim Graf e Hélio Bertolozzi Soares  
E-mail: cmpr@crmpr.org.br

**7 - Comissão de Saúde do Médico**

Cons. Marco Antonio do Socorro M. R. Bessa (coordenador), Roseni  
Teresinha Florencio, Wilmar Mendonça Guimarães e Romeu Bertol  
E-mail: saudedomedicor@crmpr.org.br

**8 - Comissão de Comunicação**

Conselheiros Ehrenfried Othmar Wittig (coordenador), Carlos Roberto  
Goytacaz Rocha, Donizetti Dimer Giamberardino Filho,  
Gerson Zafalon Martins, Hélio Bertolozzi Soares,  
Luiz Sallim Emed e Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho,  
Dr. João Manuel Cardoso Martins e jornalista Hernani Vieira.  
E-mail: imprensa@crmpr.org.br

**9 - Comissão Parlamentar**

Conselheiros Luiz Sallim Emed (coordenador), Carlos Roberto Goytacaz  
Rocha, Donizetti Dimer Giamberardino Filho, Hélio Bertolozzi Soares,  
Gerson Zafalon Martins e Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho.  
E-mail: cmpr@crmpr.org.br

**10 - Comissão de Patrimônio**

Conselheiros Monica De Biase Wright Kastrup, Ewalda Von Rosend Seeling  
Stahike, Darley Rugeri Wollmann Júnior e funcion. Maria Arminde de Souza.  
E-mail: cmpr@crmpr.org.br

**11 - Comissão Estadual de Honorários Médicos**

Conselheiros Carlos Roberto Goytacaz Rocha, Hélio Bertolozzi Soares,  
Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho e Sérgio Maciel Molteni.  
E-mail: cmpr@crmpr.org.br

**12 - Comissão Estadual de Defesa do Ato Médico**

Cons. Sérgio Maciel Molteni (coordenador), Alexandre Gustavo Bley, Miguel  
Ibraim Abboud Hanna Sobrinho, Luiz Sallim Emed e Roseni Teresinha  
Florencio.  
E-mail: cmpr@crmpr.org.br

**13 - Comissão de Cooperativismo Médico**

Cons. José Clemente Linhares (coordenador), Sérgio Maciel Molteni,  
Gustavo Justo Schultz e Roberto Issamu Yosida.  
E-mail: cmpr@crmpr.org.br

**Delegacia do CRMPR em Apucarana**

Dr. Adalberto Rocha Lobo  
Dr. Ângelo Yassushi Hayashi  
Dr. Artur Palu Neto  
Dr. Hélio Kiyoshi Hossaka  
Dr. Jaime de Barros Silva Júnior  
Dr. Leonardo Marchi  
Dr. Pedro Elias Batista Gonçalves  
Dr. Pieker Fernando Migliorini

**Delegacia do CRMPR em Campo Mourão**

Dr. Antônio Carlos Cardoso  
Dr. Carlos Roberto Henrique  
Dr. Dairton Luiz Legnani  
Dr. Fábio Sinisgalli Romanelo Campos  
Dr. Fernando Duglosz  
Dr. Homero César Cordeiro  
Dr. Manuel da Conceição Gameiro  
Dr. Marcos Antônio Corpa  
Dr. Rodrigo Seiga Romildo  
Dr. Romildo Joaquim Souza

**Delegacia do CRMPR em Cascavel**

Dr. Amauri Cesar Jorge  
Dr. André Pinto Montenegro  
Dr. Cláudio Jundi Kimura  
Dr. Hi Kyung Ann  
Dr. Keith de Jesus Fontes  
Dr. Miguel José Elvira  
Dr. Paulo César Militão da Silva  
Dr. Tomaz Massayuki Tanaka

**Delegacia do CRMPR em Foz do Iguaçu**

Dr. Alexandre Antônio de Camargo  
Drª. Francine Sberni  
Dr. Isidoro Antônio Villamayor Alvarez  
Drª. Jacilene de Souza Costa  
Dr. José Fernando Ferreira Alves  
Dr. Luiz Fernando Zaions  
Dr. Marco Aurélio Farinazzo  
Dr. Michel Cottati Júnior  
Dr. Rodrigo Lucas de Castilho Vieira  
Dr. Tomas Edson Andrade da Cunha

**Delegacia do CRMPR em Guarapuava**

Dr. Ângelo Henrique França  
Dr. Antônio Marcos Cabrera Garcia

Dr. Arnaldo Tomiô Aoki  
Dr. Cicero Antônio Vicentin  
Dr. Francisco José Fernandes Alves  
Dr. Frederico Eduardo Warpechowski Virmond  
Dr. Jean Boutros Sater  
Dr. Lineu Domingos Carleto Júnior  
Dr. Marcos Hernandes Tendório Gomes  
Drª. Rita de Cássia Ribeiro Penha Arruda

**Delegacia do CRMPR em Londrina**

Dr. Alvaro Luiz de Oliveira  
Drª. Alessandra Luiz Spironelli  
Dr. Bruno Scardazzi Pozzi  
Dr. Ivan José Blume de Lima Domingues  
Dr. Jan Walter Stegamann  
Dr. João Henrique Steffen Júnior  
Dr. Mário Machado Júnior  
Dr. Naja Nabut  
Drª. Rosana Hashimoto

**Delegacia do CRMPR em Maringá**

Drª. Adriana Domingues Valadares  
Dr. Aldo Yoshissuke Taguchi  
Dr. Luiz Alberto Mello e Costa  
Dr. Márcio de Carvalho  
Dr. Marcos Victor Ferreira  
Dr. Natal Domingos Gianotto  
Dr. Raul Bendlin Filho  
Dr. Riuzi Nakanishi  
Dr. Vicente Massaji Kira

**Delegacia do CRMPR em Paranavai**

Dr. Atílio Antônio Mendonça Accorsi  
Dr. Cleonir Moritz Rakoski  
Dr. Dorival Ricci  
Drª. Hortensia Pereira Vicente Neves  
Dr. Jorge Luiz Pelisson  
Dr. José Eloy Mendes Tramontin  
Drª. Leila Maia  
Dr. Luís Francisco Costa  
Dr. Luiz Carlos Cerveira  
Dr. Marcelo Sebastião Reis Campos Silva

**Delegacia do CRMPR em Pato Branco**

Dr. Ayrton Martin Maciozek  
Dr. Celito José Ceni  
Dr. Geraldo Sulzbach  
Dr. Gilberto José Lago de Almeida  
Dr. Gilmar Juliani Biscaia  
Dr. Ildelfonso Amodeo Canto Júnior  
Dr. José Renato Pederiva  
Drª. Vanessa Bassetti Prochmann

**Delegacia do CRMPR em Ponta Grossa**

Drª. Ana Paula Ditzel  
Dr. Carlos Alexandre Fernandes  
Dr. Marcelo Jacomel  
Dr. Meiersson Reque  
Dr. Northon Arruda Hilgemberg  
Dr. Plácido da Trindade Machado  
Dr. Rubens Adao da Silva

**Delegacia de Divisas em Rio Negro/Mafra-SC**

Dr. Francisco Mário Zaccola  
Dr. Jacy Gomes  
Dr. Jonas de Mello Filho  
Dr. Leandro Gastim Leite  
Dr. Richard Andrei Marquardt  
Drª. Rita Sibebe Schiessel Flores

**Delegacia de Fronteira do CRMPR em Sto. Antª. da Platina**

Dr. Ari Orlandi  
Dr. Celso Aparecido Gomes de Oliveira  
Dr. Carlos Maria Luna Pastore  
Drª. Elizabeth Candido da Lozzo  
Dr. José Mário Lemes  
Dr. Jorge Cendon Garrido  
Dr. Sérgio Bachtold  
Drª. Sílvia Aparecida Ferreira Dias Gonçalves

**Delegacia do CRMPR em Toledo**

Dr. Eduardo Gomes  
Drª. Ely Brondi de Carvalho  
Dr. Fábio Scarpa e Silva  
Dr. Ivan Garcia  
Dr. José Afrânio Davidoff Júnior  
Dr. José Carlos Bosso  
Dr. José Maria Barreira Neto  
Dr. Roberto Simeão Roncato  
Dr. Sérgio Kazuo Akiyoshi  
Dr. Valdicir Fae

**Delegacia do CRMPR em Umuarama**

Dr. Alexandre Thadeu Meyer  
Dr. Fernando Elias Mello da Silva  
Dr. Francisco Munoz Del Claro  
Dr. Guilherme Antônio Schmitt  
Dr. Ivan José Cardoso Frey  
Dr. Jansen Rodrigues Ferreira  
Dr. João Jorge Hellú  
Dr. Juscelino de Andrade  
Dr. Mauro Acácio Garcia  
Dr. Osvaldo Martins de Queiroz Filho

**Delegacia de Fronteira em União da Vitória/Porto União-SC**

Dr. Ayrton Rodrigues Martins  
Dr. Renato Hobi  
Dr. Cláudio de Melo  
Dr. Eduardo Bonifauri Sens

**Sumário****ARTIGOS**

<b>Dilemas Éticos na Unidade de Terapia Intensiva. A Presença da Família na Reanimação Cardiopulmonar</b>	
Hélcio Giffhorn .....	173
<b>Solidariedade Médica nas Catástrofes e Epidemias: A Ética da Presença</b>	
Sonia Wendt Nabarro .....	182
<b>O Papel da Ética no Enfrentamento das Grandes Epidemias e Desastres Naturais por Profissionais da Saúde</b>	
Emerson Wander Silva Soares .....	200

**OFÍCIO**

<b>Operadoras Estão Obrigadas a Autorizar Procedimento por Médico não Credenciado</b>	
Conselho Regional de Medicina do Paraná .....	215

**ÍNDICE REMISSIVO**

<b>Números 105 a 108</b>	
Arquivos 2010 .....	217

**MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA**

<b>Chave Odontológica de Garengot</b>	
Ehrenfried Othmar Wittig .....	228