

ISSN 0104 - 7620

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina
do Paraná

Arq Cons Region Med do PR	Curitiba	v. 23	n. 92	p. 185-244	Out/Dez.	2006
---------------------------	----------	-------	-------	------------	----------	------

EDITOR

Ehrenfried Othmar Wittig

CONSELHO EDITORIAL

Donizetti D. Giamberardino Filho
Hélcio Bertolozzi Soares
Hernani Vieira

Ehrenfried O. Wittig
João M. C. Martins

Gerson Z. Martins
Luiz Sallim Emed

ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Órgão oficial do CRMPR, é uma revista criada em 1984, dedicada a divulgação de trabalhos, artigos, legislações, pareceres, resoluções e informações de conteúdo ético.

ENDEREÇOS

CRM

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

CFM

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

TIRAGEM

16.500 exemplares

CAPA

Criação: José Oliva, Eduardo Martins e Cesar Marchesini

Fotografia: Bia

DIGITAÇÃO

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

FOTOLITOS E IMPRESSÃO

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

EDIÇÃO

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

REPRODUÇÃO OU TRANSCRIÇÃO

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

RESPONSABILIDADE

Os conceitos expressos nos artigos publicados e assinados, são de responsabilidade de seus autores e não representam necessariamente o pensamento do Conselho Regional de Medicina do Paraná. Os "Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná", são encaminhados gratuitamente 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 Em caso de dúvida, consulte nossa bibliotecária em biblioteca@crmpr.org.br ou por telefone 0xx41 240-4000.

ABREVIATURA

Arq Cons Region Med do PR

FICHA CATALOGRÁFICA

"Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná"

Conselho Regional de Medicina do Paraná

Curitiba, v. 23, n.92, 2006

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

Sumário

ARTIGO

Morte: Dilemas Éticos do Morrer

Sonia Wendt Nabarro 185

RESOLUÇÕES

Certificado de Atualização Profissional

CFM 203

Assistência Domiciliar de Paciente

CFM 212

PARECERES

Pediatra Pode Realizar Sedação Profunda Para Exame de Teste Auditivo Sem Auxiliar Médico ou de Enfermagem?

Donizetti Dimer Giamberardino Filho 220

Honorários Médicos e os Convênios

Sérgio Maciel Molteni 222

Pode o Médico Comercializar Produtos Nutricionais de Sua Prescrição?

Monica de Biasi Wright Kastrup 224

Estipulação de Número Fixo de Atendimentos Médicos em Uma Rede Municipal de Saúde

Luis Gabriel Fernandez Turkowski 225

NOTAS DA IMPRENSA

Eutanásia é Aceita Pela Igreja Anglicana

Gazeta do Povo 211

Orientações da Anvisa Sobre Eventos Médico-Científicos

Maria José Delgado Fagundes 228

Pesquisadores Exumam Cantor Castrado

Arquivo Reuters 229

Nova Lista de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória

Portaria SUS/MS N° 5, de 21 de Fevereiro de 2006 230

HISTÓRIA DA MEDICINA

Colorímetro de Dubosceq

Ehrenfried Othmar Wittig 235

ÍNDICE REMISSIVO

Números 89 à 92/2006

Índice remissivo 236

MORTE: DILEMAS ÉTICOS DO MORRER

Sonia Wendt Nabarro*

RESUMO - O objetivo deste estudo é a análise do compromisso ético perante a morte, em especial nos casos de eutanásia e distanásia. Partindo de uma reflexão sobre os diferentes aspectos sobre o fim da vida, a argumentação se baseia na afirmação da ética como valor essencial dentro do procedimento médico e defende o direito à vida como o primeiro direito do ser humano e condição de todos os demais.

Palavras-chave: medicina, morte, ética, eutanásia

DEATH: ETHICAL PROBLEMS OF DYING

ABSTRACT - The object of this study is to analyze the ethically responsible manner in the death, mainly the euthanasia and painful dying. Starting from significant considerations on numerous features on the end of life, the rationale is based on the affirmative of ethics as an essential value inside of medical procedure, and the right to life as the foremost right of the human being and as a necessary condition for all other rights is advocated.

Key words: medicine, death, ethics, euthanasia.

“Morrer... dormir, não mais.
Dizer que rematamos com um sono a angústia
E as mil pelejas naturais – herança do homem:
Morrer para dormir... é uma consumação
Que bem merece e desejemos com fervor.
Dormir... talvez sonhar: eis quando surge o obstáculo
Pois quando livres do tumulto da existência”.

(Shakespeare, “Hamlet”, Ato III).

1- INTRODUÇÃO

O processo de morrer gera no homem a projeção de suas próprias expectativas, e a postura reflexiva perante a proximidade da morte supera o individualismo e o leva a adquirir atitudes e conceitos acerca da existência em si, situando-o dentro de sua própria condição de finito. Ao demarcar seus limites de acordo com o

* Médica Psiquiatra, graduada pela UFPR. Artista Plástica com inúmeros prêmios e autora do livro “Lua de Presságio”. Monografia premiada em 1º lugar. Concurso sobre Ética Médica, promovido pelo Conselho Regional de Medicina, PR, 2006.

que considera a ruptura da existência, surge a dor do afastamento do único mundo que conhece, a perda do convívio com as pessoas que ama e a perspectiva inaceitável da inexistência. A moderna ciência, porém, passou a negar ao homem o poder sobre sua própria morte, transformando-a em aquisição coletiva, não mais restrita ao indivíduo ou à sua família, mas à responsabilidade social. A partir do momento em que o doente passou a ser levado ao hospital e assistido por médicos, a morte perdeu seu caráter sagrado e passou a ter caráter relevante na sociedade, inspirando a reflexão sobre sua influência não apenas no conflito pessoal, mas também no âmbito coletivo.

A proximidade do processo de morrer é inerente, em especial, à medicina, o que remete à necessidade da reflexão sobre a atuação do médico diante do paciente que morre, não apenas sob o ponto de vista da ciência, mas também sob o ponto de vista filosófico e moral, dependendo desse conjunto a postura adequada durante o curso da doença terminal e diante da inexorabilidade do resultado final do processo. A consciência das limitações perante um mal incurável e da impotência perante a finitude humana isenta a medicina do papel de simples “combate à morte”, colocando-a na posição de mantenedora da saúde como requisito primordial da qualidade de vida do indivíduo. A reflexão sobre tal processo tem assim sua importância dentro da medicina, com o objetivo de suavizar o conflito ético em sua dupla missão de manter a vida e vivenciar sua própria limitação através das limitações de seus semelhantes, permitindo ao médico exercer a plenitude de sua profissão em sua busca do equilíbrio e da melhoria social em seus vários aspectos.

Ao considerar-se a ética da vida como inerente ao campo da filosofia moral, pode-se dispor de argumentos mais adequados a uma discussão ampla, não apenas do ponto de vista médico ou científico, mas da plenitude de valores éticos e morais adotados pela sociedade através de sua experiência histórica. Partindo da ética médica, a bioética se dirige a todas as questões que investigam o ser humano, examinando-as à luz dos valores e princípios morais, valores esses que dizem respeito ao direito à vida, à dignidade do indivíduo e a sua autonomia como ser livre. Através da discussão filosófica da morte, a bioética amplia seus recursos, estendendo-os não apenas à compreensão e análise da vida enquanto existência, mas também da vida em todas as suas possibilidades, incluindo a morte como objetivo final e inexorável da condição humana.

O direito de morrer com dignidade e o direito médico de promover a manutenção da vida, assim como os conflitos advindos dessas escolhas são o tema relevante desta análise reflexiva. Os dilemas éticos do morrer, em seus diferentes aspectos, levam em consideração não apenas a morte em si mesma, enquanto processo biológico, mas também a abrangência social desse processo, suas conseqüências sobre o indivíduo que está à morte, sobre a família que lhe dá suporte, sobre o médico que o assiste e sobre a sociedade como um todo, através da experimentação da atitude humana perante a possibilidade da inexistência.

2- O DIREITO DE MORRER

A questão da morte tem preocupado o homem através dos séculos, e está presente na obra de estudiosos de todas as épocas, revestida de racionalizações, negações e dúvidas para as quais a resposta é sempre a abrangência da condição humana.

O romano Sêneca, no 1º século de nossa era, denota em seu tratado “*Ad Serenum de Tranquillitate Animi*” uma relevante preocupação com o processo do envelhecimento do homem, defendendo a naturalidade da morte ao tomá-la como uma conseqüência da própria vida: “*Retornar para o lugar de onde se vem: que há de cruel nisto? Quem não souber morrer bem terá vivido mal*”¹. Muitos séculos depois, Freud, em “*Reflexões para os tempos de guerra e morte*”, utiliza-se de um velho ditado popular, revertendo-o para a questão da finitude: “*se queres suportar a vida, prepara-te para a morte*”². Em nosso século, a preocupação com a morte se mantém e Almeida³ (2002) observa: “*Não há como negar que o ser vivo morre de seu viver, e que as condições de vida são as próprias condições de morte – a morte está no viver*”.

Pode-se considerar racionalmente que, através da reflexão filosófica, levando em consideração o posicionamento pessoal através das escolhas que realiza e a aceitação do processo biológico que o sustenta, o homem possa se tornar consciente de todas as suas possibilidades, amadurecendo para a vida e, conseqüentemente, para a morte. Mas, permanece a questão: a quem pertence a vida, por direito? Pertence ao indivíduo, à família, à sociedade, a alguma divindade, ou simplesmente pertence a si mesma? Essa seria, provavelmente, a primeira questão a ser abordada quando se discute a proximidade da morte, através da eutanásia, da distanásia e de suas conseqüências próximas e distantes.

Em primeiro lugar, é preciso definir com mais clareza a partir de que ponto a vida, como bem pessoal e restrito ao âmbito individual e familiar, passa a ser aquisição da sociedade que a comporta, assim como em que situações ou prioridades cabe ao direito público a preferência decisiva sobre o direito privado.

Considera-se que as decisões mais difíceis para a sociedade são as que envolvem exceções, principalmente ao se levar em conta que toda exceção abre caminho para uma série de precedentes, os quais passam constantemente a questionar e ultrapassar os limites da lei, tornando-a frágil e propensa a ceder perante uma sociedade indecisa. Com algumas ressalvas, a lei em geral tende a ser estática e estabelece suas fronteiras com o intuito de cercear protecionismos e exceções, evitando justamente o desvio de seu objetivo básico, que seria a proteção do indivíduo e da sociedade que o contém. Conquanto tenha apresentado diversas mudanças ao longo das reformas e das modernas exigências da humanidade, a lei se atém a princípios fixos de religiosidade, moral e ética, arraigados ao inconsciente social construído ao longo de séculos de história.

De acordo com a moral de Kant⁴, uma ação moralmente boa é aquela que pode ser estendida a todos, isto é, tem um valor universal. A civilização ocidental construiu seus alicerces sobre a valorização plena da vida como um bem prioritário e inquestionável, um bem universal, acima até da própria decisão pessoal de escolha. Amparada pelos princípios religiosos tradicionais, libertou-se da obrigatoriedade da qualidade, na tentativa de negar, inclusive, o vínculo indissolúvel entre o homem e a sua própria existência. A vida, vivenciada mais particularmente como dádiva divina,

¹ SÊNECA, LA. *Da tranqüilidade da alma*, 1988.

² Freud faz a alteração de um velho ditado: “*Si vis pacem, para bellum*”: “*Se queres preservar a paz, prepara-te para a guerra*” para “*Si vis vitam, para mortem*”. FREUD, S. *Reflexões para os tempos de guerra e morte*, 1974.

³ ALMEIDA, E. *As razões da terapêutica - Empirismo e racionalismo na Medicina*, 2002.

⁴ KANT, I. *Fundamentos da metafísica dos costumes*, 1980.

passou a ser o sustento de si mesma, passou a ter leis próprias e sua auto-gestão fugiu da disponibilidade do homem, deixando assim de ser um direito, para se transformar num dever. A civilização ocidental deixou o homem à mercê da vida, negando-lhe o direito de posse e a responsabilidade de prover dela conforme seu desejo. A quantidade sobrepujou a qualidade, tornando-a um detalhe sem maiores repercussões nas estatísticas sociais. Assim, o vínculo homem-vida tornou-se frágil e sujeito às variações e manipulações do meio, e a qualidade da existência passou a ser medida por leis fixas e determinadas por parcelas emergentes da sociedade.

Em vista da tentativa de posse e controle da vida pessoal pelas sociedades vigentes, o homem tem sacrificado sua variabilidade genética em prol de um sistema quantitativo, direcionado para a sobrevivência a qualquer custo e, a despeito do direito de escolha que o acaso lhe concede ao nascer, torna-se interdependente da escolha social, seja ela qual for. Assim, a posse da vida deixa de ser pessoal e passa a ser transferida a todos, que só se sentem seguros e sem parcela de culpa quando se percebem donos do poder de decisão coletivo.

A escolha pessoal de viver ou morrer se torna quase inquestionável na moderna sociedade ocidental. Desamparado pela lei, pela sociedade estimulada à sobrevivência, pela mídia consumidora e voraz, o direito de questionar a morte digna se perde em um labirinto de emoções controversas e vazias, tornando-se mais uma enorme exceção a todos os valores. A luta solitária dos que se desviaram, involuntariamente, da marcha conservadora da sociedade, tem se manifestado em alguns países e esporadicamente alcançado a mídia, porém sem destacar o real valor de sua batalha em prol do resgate do direito pessoal e intransferível de escolha.

Cabe ao homem, enquanto integrante desta sociedade que o rege e controla, questionar plenamente os direitos, sejam eles alinhados com seus princípios ou não. O direito de questionar deve se conservar, assim, no topo de todos os direitos, para que a lei cumpra sua função de servir à humanidade, visando primordialmente à qualidade de vida. Ao ignorar a capacidade humana perante a dúvida, a lei pode anular sua própria garantia e cair no descrédito, abrindo caminho para a insensatez dos que se atêm à lei apenas como respaldo para sua incapacidade de julgamento crítico e como desculpa para impedir as mudanças necessárias e o processo de melhoria dentro do desenvolvimento social.

A ciência, particularmente, precisa estar alinhada com a ética para dirigir a própria capacidade humana de domínio sobre a natureza e deve estar a serviço do homem, não só através do conhecimento de como as coisas funcionam, mas também na contemplação das coisas em si mesmas. A morte e suas circunstâncias, pela preocupação que têm gerado dentro da ciência, em especial a ciência médica, necessitam urgentemente de iniciativas e medidas concretas embasadas na ética, não apenas pelos conflitos inerentes à sua irreversibilidade e inevitabilidade, mas também pelas questões evidenciadas pela modernidade e pelas transformações que a sociedade tem experimentado. A viabilidade da vida e o direito de morrer dignamente são, portanto, dois fatores essenciais dos direitos humanos, merecendo destaque e uma reflexão especial dentro da bioética.

3- A ATITUDE MÉDICA PERANTE A MORTE

Para Schopenhauer, a morte é o “*verdadeiro resultado e, até esse ponto, o propósito da vida*”⁵. Sendo assim a morte torna-se, além de inevitável, necessária. Freud⁶ coloca a morte nascendo com a própria vida, o que as torna companheiras. O homem, angustiado entre a pulsão de vida e a pulsão de morte, costuma dar ênfase a causas fortuitas da morte – acidentes, doenças, velhice, reduzindo sua necessidade a um fato casual, negando assim sua inevitabilidade. A existência da vida, porém, subentende em si a existência da morte, que é, de alguma forma, o objetivo final, e o homem só está completo com o aprendizado consciente de seu próprio ciclo dentro da natureza.

Através da história, a mitologia elucida com seus arquétipos a postura humana perante a morte, em especial através da figura de seus deuses e da trajetória de suas lendas. Esculápio, o deus grego da medicina, adquire entre seus conhecimentos a habilidade de, eventualmente, ressuscitar os mortos, traduzindo o desejo humano de não apenas curar, mas vencer definitivamente a morte. Tal postura onipotente e narcisista vem implícita na atitude do homem até hoje, tendo sua grande expressão, por conta da proximidade da morte e da responsabilidade sobre a manutenção da vida de outrem, na atitude médica.

Até meados do século XVIII, a morte é considerada sagrada e pessoal, seu processo é íntimo e restrito ao âmbito familiar, e as instituições são voltadas quase que exclusivamente para a assistência aos desvalidos, aos que não podem dispor de assistência familiar. A dessacralização da morte ocorre por volta do século XVIII ou XIX quando a ciência médica alcança maior amplitude e os doentes passam a não ser mais tratados em suas casas, mas sim levados para hospitais, assistidos por médicos, submetidos a terapêuticas mais especializadas, transformando-se em interesse mais técnico e coletivo do que individual. A partir de então, o doente e a doença passam a ser responsabilidade social, assim como as reflexões e os conflitos gerados em torno do processo de morrer.

Através dos séculos, a morte e a atuação médica se descaracterizam como ações isoladas e pessoais, passando a pertencer ao coletivo, e o médico passa a ter um papel de mediador da sociedade. Ele já não age mais apenas individualmente, mas é, sobretudo, a resultante de séculos de pesquisa, sob a sobrecarga de informações disponibilizadas pelo sistema de comunicação, e nele são depositadas todas as esperanças de uma população que preza a manutenção da vida acima de qualquer valor, embalada pela promessa de longevidade imposta pela mídia. A saúde torna-se, portanto, não mais o direito à qualidade de vida, mas um bem de consumo. A missão do médico subentende, portanto, o atendimento à exigência social imposta pela tecnologia que, por sua vez, permite o acesso médico a técnicas mais efetivas de tratamento e cura, abrindo um vasto domínio sobre a doença em todas as suas manifestações.

A competitividade e a comunicação, apanágios da atual conjuntura de globalização e intermediação de resultados, criam um mito típico do mundo moderno: o mito do sucesso irrefreável como valor absoluto e incontestável de felicidade. A perda e o fracasso tornam-se vilões em um mundo que pretende domar a natureza.

⁵ SCHOPENHAUER, A. (1831), *Sämtliche Werke*, 1938. Apud FREUD, S. *Além do princípio de prazer*, 1976.

⁶ FREUD. S. *O mal estar na civilização*, 1974.

Ao médico são cobrados a infalibilidade e o sucesso, e o paciente cujo mal não pode ser curado e que caminha inevitavelmente para a morte torna-se a personificação do fracasso profissional e institucional. A obstinação terapêutica, manifestada pela dificuldade em aceitar as limitações e em submeter-se à natureza em seu curso, acompanha a organização médica e institucional da atualidade, sobrepujando a busca primordial da qualidade de vida.

Pode-se considerar que os dois objetivos principais que movem a medicina em direção ao doente são: a conservação da saúde, por conseguinte da vida, e o alívio do sofrimento. Quando há uma complementação desses dois objetivos, a atitude médica se justifica em toda a sua amplitude. Quando, porém, há o desequilíbrio entre tais objetivos, levando à opção por uma atitude em detrimento de outra, estabelece-se um paradoxo, com prejuízo do pretendido bem-estar pessoal, refletindo-se, por sua vez, na sociedade em toda a sua conjuntura. O atual modelo social não aceita que a morte, a partir de certo momento, precisa ser vivenciada como um desfecho natural e inevitável, seja pelo doente, pela família, pelo médico que o assiste e até mesmo pela sociedade em sua condição de equilíbrio universal.

O médico, sustentado pela exigência social, corre o risco de abdicar do individual, de abrir mão de sua condição de livre arbítrio para sujeitar-se ao coletivo, perdendo dessa forma a imparcialidade e a percepção pessoal, tão importantes na atuação junto ao doente, em especial o doente terminal. O doente à beira da morte necessita, em primeira instância, do respeito ao indivíduo que ele é: não um número em um gráfico indiferente, não um dado aleatório da sociedade, mas um personagem que construiu sua própria história e, portanto, tem uma vida que precisa ser vivenciada e mantida de forma adequada e condizente com seus valores pessoais até o momento final.

A proposta da bioética é estabelecer justamente esse elo entre o doente e o médico, essa comunhão de valores e expectativas, transformando-se em respaldo para o momento extremo de decisão, quando duas forças antagônicas medem suas forças e exigem a percepção da hora exata em que a tecnologia deve ceder lugar à ordem natural da vida. A opção do alívio do sofrimento, quando a morte é inevitável, em detrimento da preservação obstinada da vida, precisa antes de tudo ser fundamentada em princípios éticos conscientes e seguros, respaldado no posicionamento social voltado para a qualidade de vida e a equidade. Em contrapartida, quando há a possibilidade de salvar o doente, a atuação médica deve se voltar, fundamentalmente, para a preservação da vida através de todos os meios disponíveis. E é justamente nessa travessia que a atuação médica se faz tão importante, cabendo-lhe a escolha, respaldada pela ética, da opção mais adequada ao quadro clínico do doente em questão.

O respeito ao doente não corresponde, exatamente, ao envolvimento emocional com o mesmo. Conquanto o médico tenha sua própria história, sua formação profissional embasada no equilíbrio e imparcialidade, sua capacidade de escolha em acordo com o respaldo ético oferecido pelo social, deve deixar transparecer a segurança necessária para estabelecer a terapêutica mais adequada a cada situação clínica que surge.

Freud⁷, em suas "Reflexões para os tempos de guerra e morte", observa a atitude que o homem adota em relação à morte:

⁷ FREUD, S. *Reflexões para os tempos de guerra e morte*, 1974.

“...é impossível imaginar nossa própria morte e, sempre que tentamos fazê-lo, podemos perceber que ainda estamos presentes como espectadores”.

Varella⁸ (2004) revela, após trinta anos de convívio com pacientes terminais portadores de câncer e de AIDS, a constância da preocupação do médico perante a visualização da morte:

“...supor que, por imitação ou aprendizado, seja possível encarar com serenidade a contradição entre a vida e minha morte é pretensão descabida. (...) No exercício da profissão aprendi que a reação individual diante da possibilidade concreta da morte é complexa, contraditória e imprevisível; impossível compartilhá-la em sua plenitude”.

Assim, libertar-se dos próprios preconceitos e enfrentar o medo milenar da própria morte torna-se uma batalha incansável para o médico, em busca da imparcialidade e da lucidez perante o doente terminal. Há, portanto, a necessidade constante da reflexão sobre o processo de morte, posto que ele é inerente à prática médica. Poder atuar adequadamente no transcurso desse processo e, principalmente, poder falar com o doente terminal sobre sua condição exigem algo além do preparo técnico: o preparo para aceitar a própria finitude e as limitações perante o curso natural da vida.

O médico, como agente controlador da manutenção da vida em nível social, institucional e profissional e, ao mesmo tempo, como agente passivo de sua própria situação de humano e mortal, encontra-se constantemente em conflito, mesmo que sua formação e estrutura pessoais sustentem seu equilíbrio. Esse é, portanto, um dos objetivos da ética: a possibilidade de oferecer respaldo e embasamento moral para a atitude médica em situações consideradas extremas e estressantes, aliviando a angústia da decisão e salvaguardando tanto o profissional quanto o doente em sua complexa trajetória.

4- O DOENTE TERMINAL

O doente, em especial aquele em fase terminal, por estar sujeito a uma situação que lhe dá fragilidade e o deixa indefeso, necessita de uma atenção especial por parte da sociedade e do Estado. Perante a vulnerabilidade e a perspectiva limitada de vida, fundamenta-se uma preocupação maior da sociedade em determinar e garantir seus direitos.

Para Kant, o respeito à dignidade é o reconhecimento do valor intrínseco do ser humano, independente de sua situação social, econômica ou cultural. Dessa forma, nenhum homem pode ser usado, mas sim deve ser respeitado em sua dignidade, através do respeito a seus direitos, suas necessidades, sua autonomia e sua auto-estima. A dignidade é, pois, seu suporte moral, o respaldo para sua liberdade, e é sobre essa premissa que a ética se constrói.

A ética, no caso do doente terminal, se traduz no direito à vida e à morte dignas, pré-requisitos do reconhecimento de sua autonomia moral. Tal atitude se

⁸ VARELLA, D. *Por um fio*, 2004.

sustenta no oferecimento de cuidados médicos apropriados para minorar seu sofrimento nos dias que lhe restam para viver, e no cuidado em não prolongar desnecessária e artificialmente sua agonia. Suas preferências e decisões devem, portanto, ser respeitadas pelo médico, assim como seu direito de intimidade, de compartilhar suas últimas horas com os familiares.

Em defesa do doente terminal, torna-se de suma importância o estabelecimento de condutas médicas, institucionais e sociais baseadas nos direitos e nas necessidades do doente, na tentativa não só de minorar seu sofrimento, mas também de oferecer suporte ao conflito médico perante situação tão extrema, estabelecendo uma conduta que possa ser considerada eticamente correta. Para tanto, os direitos e as necessidades do doente terminal têm sido debatidos em todos os países, buscando a melhor forma de resolver uma situação que a modernidade tornou tão emergente.

As necessidades básicas do doente terminal têm uma de suas defesas mais contundentes em um documento publicado pelo Conselho da Europa, intitulado: "Os problemas da morte e os cuidados dos moribundos"⁹, em Estrasburgo (1991), que as divide, basicamente, em necessidades psicológicas, necessidades físicas e necessidades religiosas. As psicológicas compreendem desde a confiança no profissional que o assiste, a informação, a pertinência, a compreensão, a consideração, até a própria presença constante desse profissional. As necessidades físicas compreendem o conforto e o abrandamento da dor, em todas as suas manifestações. E, finalmente, as necessidades religiosas, que dizem respeito à crença pessoal e à liberdade de escolha, promovendo o apoio espiritual perante a proximidade da morte.

Kubler Ross¹⁰ (1975) considera que, muitas vezes, o que impede os atendentes do doente terminal a atenderem com competência são seus próprios medos e angústias perante a morte. Defende, também, que cada doente vive seu processo individual de morte, mas há algumas evidências comuns a todos, que ela enumera como cinco fases que um doente terminal atravessa:

1- Fase de negação: nessa fase o doente nega a realidade que se apresenta a ele, negando inclusive a seriedade da doença que o afeta.

2- Fase de ira: o doente demonstra agressividade e revolta com relação à fatalidade de sua doença, sentindo-se vítima do destino.

3- Fase de negociação: o doente negocia, através de promessas e atitudes, pretendendo um prolongamento de sua vida.

4- Fase de depressão: o doente perde o interesse pelo mundo que o cerca, perde a vontade de viver.

5- Fase de aceitação: o doente assume e finalmente aceita sua condição de finitude.

Assim como as necessidades, os direitos do doente terminal são estabelecidos de forma a protegê-lo plenamente na última fase de sua vida, através de princípios éticos e morais que possam ser compartilhados universalmente. Considera-se importante a tendência social em formular princípios que possam apoiar a conduta médica nas situações extremas, quando os conflitos evidenciam dificuldades

⁹ Consejo de Europa, 1991. Apud BONILLA, GHZ. *Consideraciones sobre reconocimiento de los derechos del enfermo terminal*, 1997.

¹⁰ KUBLER ROSS, E. *Sobre la muerte y los moribundos*, 1975. Apud BONILLA, GHZ. *Consideraciones sobre reconocimiento de los derechos del enfermo terminal*, 1997.

pessoais representativas para o enfrentamento da morte. A Comissão de Ética da Sociedade Catalã, na Espanha, formula e divulga o que se pode chamar de "Decálogo dos direitos do doente terminal"¹¹ :

- 1- Ser tratado como ser humano até o fim de sua vida.
- 2- Receber uma atenção personalizada.
- 3- Participar das decisões que afetem os cuidados de que necessita.
- 4- Que se lhe apliquem os métodos necessários para combater a dor.
- 5- Receber resposta adequada e honesta para suas perguntas, dando-lhe toda a informação que ele possa assumir e integrar.
- 6- Manter sua hierarquia de valores e não ser discriminado porque suas decisões podem ser distintas da decisão de seus cuidadores.
- 7- Manter e expressar sua fé.
- 8- Ser tratado por profissionais competentes, capacitados para a comunicação e que possam ajudá-lo a enfrentar a morte.
- 9- Receber o consolo da família e dos amigos que desejarem acompanhá-lo no processo de sua enfermidade e morte.
- 10- Morrer em paz e com dignidade.

As evidências demonstram que a universalidade da questão médica acerca da finitude tem seus expoentes em todo o continente, revelando uma tendência crescente da sociedade em refletir e abordar adequadamente os assuntos a ela relacionados, na busca de uma orientação ética adequada às situações extremas e conflitantes, no campo individual e coletivo. O médico colombiano Enrique Villamizar sugere em seu texto "*Sufrimiento o calidad de vida: los derechos del enfermo terminal*"¹², dez direitos apoiados na dignidade humana:

- 1- O doente terminal tem o direito de viver até o máximo de seu potencial físico, emocional, espiritual, vocacional e social, compatível com o estado resultante da progressão de sua enfermidade.
- 2- O doente terminal tem o direito de viver independente e alerta.
- 3- O doente terminal tem direito a ter alívio de seu sofrimento físico, emocional, espiritual e social.
- 4- O doente terminal tem o direito de conhecer ou recusar o conhecimento de tudo o que concerne a sua enfermidade e seu processo de morte.
- 5- O doente terminal tem o direito de ser atendido por profissionais sensíveis a suas necessidades e temores em seu processo de aproximação da morte, porém competentes em seu campo profissional, e seguros sobre o que fazem.
- 6- O doente terminal tem o direito de ser o centro das decisões tomadas na etapa final de sua vida.
- 7- O doente terminal tem o direito a que não prolonguem seu sofrimento indefinidamente, nem que se apliquem medidas extremas e heróicas para sustentar suas funções vitais.
- 8- O doente terminal tem o direito de fazer o melhor uso criativo possível de seu tempo.

¹¹ DOCUMENTO, *Sobre derechos del enfermo*, Decálogo de los derechos del Enfermo Terminal. Apud BONILLA, GHZ. *Consideraciones sobre reconocimiento de los derechos del enfermo terminal*, 1997.

¹² BEJARANO, P; JARAMILLO, IF. *Sufrimientos o calidad de vida de Enrique Villamizar: los derechos del enfermo terminal*, 1992. Apud BONILLA, GHZ. *Consideraciones sobre reconocimiento de los derechos del enfermo terminal*, 1997.

9- O doente terminal tem o direito a que as necessidades e os temores de seus entes queridos sejam levados em conta antes e depois de sua morte.

10- O doente terminal tem o direito de morrer com dignidade, tão confortável e em paz quanto seja possível.

O suporte médico do doente terminal deve ser fundamentado, então, na eficácia das medidas técnicas necessárias, sem esquecer os direitos e as necessidades do indivíduo. A ciência médica, aparatada em toda a sua estrutura moderna, não deve estar jamais acima do direito do doente, cuja dignidade é a razão de ser e a premissa primeira da sua existência. A ciência é, portanto, para o homem, e não o homem para a ciência.

5- DISTANÁSIA

Desde o início da história, a dignidade tem sido um dos pilares da humanização. Na medida em que assume sua condição de civilizado, o homem busca reforço no controle da natureza, encontrando nessa proposta o caminho para a melhoria de seus recursos, sejam eles espirituais ou físicos. O domínio do natural é o desafio que move a humanidade ao longo dos séculos, repousando aí a dignidade da condição que o distancia do animal irracional, na consciência de sua trajetória, de sua finalidade e de sua mortalidade. O homem é, ao que se pretende, o único ser que tem consciência de que vai morrer um dia. E é justamente nesse domínio sobre o binômio vida-morte que o homem reflete seus medos e suas carências, muitas vezes negando sua condição primária de animal e postergando sua finitude até os limites do imaginável. O controle sobre o existir é, quem sabe, a essência do progresso humano em todas as suas áreas de atuação, disponibilizando a energia que move a criatividade humana.

Entre as tantas formas de domínio de seu existir, o homem estabelece a ciência médica, buscando na própria natureza a fórmula para reverter o processo da vida em sua trajetória irreversível. Ao longo dos séculos, porém, as técnicas de salvaguardar a existência vão se modificando, moldando-se às exigências sociais, encobrendo as verdadeiras razões de sua criação. A terapêutica, nascida originariamente com a finalidade de manter a vida com qualidade e postergar a morte, alcança atualmente um sentido mais amplo e uma diversidade maior de funções. Almeida¹³ (2002) defende que a função mais expressiva da terapêutica atual seja, talvez, o alívio da dor, considerada inaceitável e retrógrada na moderna sociedade. A racionalização transfere, portanto, à dor e ao sofrimento o temor à morte inerente à espécie humana, e o controle sobre a vida é entregue ao médico e à instituição hospitalar, numa tentativa de negar a necessidade e a naturalidade do morrer.

A ciência médica debate-se, atualmente, entre a missão de lutar contra a morte e, concomitantemente, assisti-la sob o aspecto da irreversibilidade. Amparado pelas mais diversas técnicas de adiamento da morte, o homem encontra recursos para manter a vida sob o mínimo respaldo, talvez pela importância do desafio perante a natureza, talvez pelo medo de aceitar a própria morte, na medida em que aceita a morte de outrem.

O termo *distanásia*¹⁴, proposto em 1904 por Morache¹⁵, tem sido empregado para definir a morte prolongada e acompanhada de sofrimento,

¹³ ALMEIDA, E. *As razões da terapêutica*, 2002.

¹⁴ Cp. gr. *Dysthánatos*: "que produz morte penosa". CUNHA, AG. *Dicionário Etimológico Nova Fronteira*, 1997.

¹⁵ MORACHE. *Naissance et mort*. Paris: Alcan, 1904. Apud OLIVEIRA et al. *Ética e eutanásia*, 2003

associando-se à idéia da manutenção da vida através de processos terapêuticos desproporcionais, isto é, à obstinação terapêutica¹⁶.

A obstinação terapêutica tem despertado interesse desde a antiguidade, e vários filósofos opinaram sobre o emprego da arte médica para prolongar a vida. Já na antiga Grécia Platão elabora uma censura sobre tal procedimento¹⁷, apoiado na idéia de que a obstinação terapêutica seria uma oposição à natureza finita do homem.

Ao longo dos séculos, o progresso tecnológico, em especial a tecnologia aplicada às ciências médicas, disponibiliza técnicas cada vez mais elaboradas para o prolongamento artificial das funções vitais, proporcionando a manutenção da vida a despeito de quaisquer argumentos e mesmo a despeito da privação da qualidade desta vida. Almeida¹⁸ (2002) reflete, sobre a dualidade entre o enfrentamento da morte e a aceitação da irreversibilidade do processo de morrer:

“Essa (...) tarefa tem sido assumida pela medicina com grandes resistências, de uma forma bastante precária, auto-suficiente e, por que não dizer, violenta. Já é hora de a medicina sair dessa posição e devolver a morte ao indivíduo, à humanidade e à sociedade. A morte digna é um direito do indivíduo, e só ele, ou a quem ele delegar, pode definir o que é digno para ele”.

A obstinação terapêutica nasce, pois, da necessidade humana de negar a sua finitude e de uma certa irresponsabilidade no uso de meios artificiais para a manutenção da vida a qualquer custo, em doentes sem qualquer possibilidade de recuperação e de qualidade de vida, submetendo-os a processos dolorosos e angustiantes, perante o subterfúgio do implícito adiamento da morte. Há autores que subentendem, na futilidade médica, um dos processos de distanásia. A futilidade seria uma ausência de finalidade ou resultado útil em um procedimento terapêutico, acarretando riscos sem benefícios¹⁹. Em contrapartida, a retirada do tratamento, quando embasada na justificativa técnica e moral, exigiria certos critérios bem definidos, para não incorrer em erros e precipitações. Povar²⁰ (1990) propõe a importância dos seguintes critérios:

“Clareza: Compreensão clara do envolvimento de todas as partes interessadas no diagnóstico, prognóstico, objetivos terapêuticos e critérios utilizados para a retirada do tratamento.

Comunicação: Troca contínua de informações entre os profissionais que estão atendendo o paciente, atualizando mudanças e permitindo o acompanhamento da evolução do caso, com suas diferentes perspectivas pessoais.

Cuidado: Reconhecimento dos impedimentos emocionais em retirar o tratamento e responder a esta proposta de maneira sensível. Envolve o paciente, familiares e membros da equipe, que podem estar ambivalentes sobre a retirada do tratamento.

Fechamento: Processamento das informações, após a morte do paciente, com a finalidade de revisar o atendimento prestado, refletir sobre os aspectos éticos envolvidos e permitir que o processo de luto ocorra”.

¹⁶ BATISTA, RS; SCHRAMM, FR. *A filosofia de Platão e o debate bioético sobre o fim da vida: interseções no campo da Saúde Pública*, 2004.

¹⁷ PLATÃO. *A República*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1987. Apud SIQUEIRA-BATISTA, R; SCHRAMM, FR. *A filosofia de Platão e o debate bioético sobre o fim da vida: interseções no campo da Saúde Pública*, 2004

¹⁸ ALMEIDA, E. *As razões da terapêutica*, 2002.

¹⁹ GOLDIM, JR. *Futilidade*, 2000.

²⁰ POVAR, G. *Withdrawing and withholding therapy: putting ethics into practice*, 1990.

Haveria, dessa forma, uma proteção preventiva de todo o processo da decisão, considerando a importância e as consequências de um ato tão difícil, supostamente irreversível e extremado.

Considera-se, para fins de reflexão e análise, que a distanásia abrange três aspectos principais: o pessoal, o familiar e o social. No aspecto pessoal, o indivíduo doente, perante o processo da morte, inicialmente tem seu sofrimento prolongado em vista de uma possibilidade idealizada de cura, mesmo remota, em cujo conteúdo fantasioso sustenta a atitude de submissão perante a terapêutica preconizada. Na medida em que a morte é adiada, porém, o doente passa a depender completamente do processo tecnológico que o mantém, sujeitando-se a técnicas alheias ao seu entendimento, até que a prorrogação constante da morte se torne seu único elo com a vida. Já não decide por si mesmo e se torna, portanto, uma vítima da circunstância que o mantém aprisionado a uma vida sem qualidade, em função apenas do processo narcisista e enganoso de controle sobre a natureza.

No âmbito familiar, o processo da distanásia promove uma dualidade psicológica, pois se por um lado prolonga a vida do ente querido, por outro prolonga o sofrimento perante a possibilidade constante da perda. Além do doloroso ônus dessa perda, a família arca, muitas vezes, com a dispendiosa estrutura de manutenção artificial da vida, exaurindo seus recursos econômicos, físicos e psicológicos em prol de um objetivo inalcançável. A exaustão psicológica se justapõe à tentativa de negação perante o inevitável, ao eterno adiar de uma realidade que caminha para um final previsível.

O processo da distanásia tem seu ônus não apenas no âmbito pessoal e familiar, mas também no social, no desvio de recursos disponibilizados para a Saúde Pública. Com o processo atual de envelhecimento da população, o número de pessoas idosas abre perspectivas de um maior contingente de doenças crônicas, levando a um processo de envelhecimento mais lento e doloroso, exigindo uma disponibilidade de recursos além do planejamento social. As sociedades de economia frágil são as mais afetadas, empregando meios de manutenção onerosos em prol de situações consideradas irreversíveis do ponto de vista médico, o que vai remeter a uma situação de falta de recursos para doentes com chances reais de sobrevivência.

Para Batista e Schramm²¹ (2004), o emprego planejado e consciencioso dos recursos públicos deve ser a preocupação constante da gerência em saúde, em especial devido à escassez evidente desses recursos para a população necessitada. A disponibilidade de tais recursos para a manutenção de doentes sem reais possibilidades de recuperação da qualidade de vida, submetendo-os a um processo doloroso de morrer, exige uma atitude reflexiva por parte da sociedade e da medicina, na busca de uma solução adequada e apoiada na ética. A morte, neste caso, já não importa apenas ao indivíduo, mas também à sociedade e suas prioridades. Oliveira *et al*²² (2003) defendem a idéia da morte digna como um dos principais requisitos da humanização da medicina:

“A medicina promove implicitamente esse culto idólatra à vida, organizando a fase terminal como uma luta a todo custo contra a morte. Rebelarmo-nos contra a organização médica do morrer é tarefa inadiável. Atualmente, a medicina e a sociedade

²¹ BATISTA, RS; SCHRAMM, FR. *A filosofia de Platão e o debate bioético sobre o fim da vida: interseções no campo da Saúde Pública*, 2004.

²² OLIVEIRA, HB. *et al. Ética e eutanásia*, 2003.

brasileiras têm diante de si um desafio ético, ao qual é mister responder com urgência - o de humanizar a vida no seu ocaso, devolvendo-lhe a dignidade perdida. Centenas ou talvez milhares de doentes estão hoje jogados a um sofrimento sem perspectiva em hospitais, sobretudo nas suas terapias intensivas e emergências. Não raramente, se acham submetidos a uma parafernália tecnológica que não só não consegue minorar-lhes a dor e o sofrer, como ainda os prolonga e os acrescenta, inutilmente”.

As questões sobre o controle da vida do doente terminal são, portanto, da responsabilidade não apenas do profissional médico, mas também da instituição e de toda uma estrutura social em função das expectativas e valores referentes à morte. Os conflitos advindos da negação e racionalização humana não devem ficar apenas à mercê de casualidades e eventuais discussões disponibilizadas pela mídia, nem da exacerbação de exigências de grupos radicais. Tais conflitos necessitam da urgente reflexão científica especializada, voltada à disposição de assumir atitudes embasadas na lei e na ética de cada categoria profissional, com a adoção de medidas justas e sensatas a cada situação extrema. A equidade da lei deve sempre pretender a melhoria da qualidade de vida, na disponibilidade de recursos técnicos, morais e psíquicos dirigidos a tal finalidade.

6- EUTANÁSIA

O termo eutanásia deriva do grego *euthanasia*²³, com o significado de “morte serena”, ou “boa morte”, e vem sendo utilizado em oposição à distanásia. O termo foi criado em 1623, pelo filósofo inglês Francis Bacon em sua obra “*Historia vitae et mortis*” que a propôs como o “*tratamento adequado às doenças incuráveis*”²⁴.

No sentido atual, eutanásia é quando alguém causa deliberadamente a morte de outra que está em sofrimento, sob a justificativa de evitar o sofrimento acarretado por um longo período de determinadas doenças sem perspectivas de melhora.

A eutanásia, porém, sob a perspectiva de sociedades e ideologias diversas não teve e não tem, sempre, o mesmo significado. Muitos povos praticaram a eutanásia, no passado, na maioria das vezes para aliviar a sociedade do ônus da improdutividade e da manutenção de doentes sem perspectiva de cura. Entre os celtas o parricídio, quando os pais se tornavam velhos, era comum, e em algumas regiões da Índia, os doentes incuráveis eram jogados no Ganges após terem suas narinas e sua boca obstruídas com barro. Na Grécia, ao contrário, Hipócrates condena o suicídio, e em seu juramento, datado do século V a.C., já se delineia o posicionamento que a medicina adotaria com relação à eutanásia: “*A ninguém darei por prazer, nem remédio mortal nem um conselho que induza a perda*”²⁵. A eutanásia passa a ser condenada com mais veemência a partir do judaísmo e do cristianismo, pelo caráter sagrado que a vida assume, e alcança seu auge no direito moderno, adquirindo caráter criminoso, como proteção do bem considerado mais valioso: a vida.

No Brasil, apesar dos indícios de prática eventual da eutanásia, na clandestinidade²⁶, ela é considerada, dentro da lei, como homicídio. O Artigo 121 do Código Penal Brasileiro²⁷ dispõe sobre a eutanásia:

²³ Do fr. *euthanasie*, deriv. do lat., *euthanasia* e este, do gr. *euthanasia*. CUNHA, AG. *Dicionário Etimológico Nova Fronteira*, 1997.

²⁴ GOLDIM, JR. *Eutanásia*, 2004.

²⁵ JURAMENTO DE HIPÓCRATES. In VIEIRA, S; HOSSNE, WS. *Pesquisa médica – A ética e a metodologia*, 1998.

²⁶ PEREIRA, C; BRIGUGLIO, N. *A prática da morte. Isto É*, 1996.

²⁷ CÓDIGO PENAL BRASILEIRO. In MARCÃO, R. *Eutanásia e Ortotanásia no Anteprojeto de Código Penal Brasileiro*, 2005.

Parágrafo 3º: “Se o autor do crime é cônjuge, companheiro, ascendente, descendente, irmão ou pessoa ligada por estreitos laços de afeição à vítima, e agiu por compaixão, a pedido desta, imputável e maior de dezoito anos, para abreviar-lhe sofrimento físico insuportável, em razão de doença grave e em estado terminal, devidamente diagnosticados:

Pena - reclusão, de dois a cinco anos.

Exclusão de Ilcitude”.

Parágrafo 4º: “Não constitui crime deixar de manter a vida de alguém por meio artificial, se previamente atestada por dois médicos a morte como iminente e inevitável, e desde que haja consentimento do paciente ou, em sua impossibilidade, de cônjuge, companheiro, ascendente, descendente ou irmão”.

A legislação brasileira, porém, pode dar margem a interpretações diversas, principalmente no parágrafo 4º acima citado, que subentende a legalidade da eutanásia passiva.

A eutanásia não pode ser considerada como um todo, pois subentende várias modalidades, e compreender cada modalidade separadamente pode elucidar suas responsabilidades e nortear a conduta ética dentro de cada caso. A tendência moderna de dividi-la de acordo com o tipo de ação dispensada é importante do ponto de vista ético, pois a reflexão pode avaliar a extensão e o impacto social, além de conferir diferente significado a cada caso. A eutanásia pode ser classificada como ativa ou passiva, de acordo com o procedimento e o objetivo de cada situação, e de acordo com a sua origem estar amparada numa ação ou omissão. Do ponto de vista ético não há diferença entre as duas em termos de justificativa, porém do ponto de vista médico ou legal há diferenças entre estas decisões.

A eutanásia ativa é, naturalmente, a que confere maior impacto sobre a sociedade e mais gera controvérsias, pois depende de uma ação deliberada com a finalidade de evitar o sofrimento e provocar a morte. A eutanásia ativa é, portanto, provocada por uma ação, e tem fins geralmente humanitários.

A eutanásia passiva é quando a morte segue um processo de doença terminal, e ocorre pela omissão voluntária de algum procedimento médico ou pela interrupção de alguma medida que o vinha mantendo vivo. Alguns defendem o uso do termo ortotanásia para a eutanásia passiva, mas a palavra grega, originada da junção de *orthós* (correta) e *thánatos* (morte), significa “morte correta”, portanto natural, e corresponderia à abordagem adequada diante de um paciente que está morrendo.

Ainda considera-se uma terceira forma de eutanásia, a chamada de duplo efeito ou indireta, que decorre de ações médicas utilizadas não necessariamente com o objetivo de provocar a morte, mas para aliviar o sofrimento de um doente terminal.

Não se pode excluir, entre as várias formas de eutanásia, a questão que Leonard Martin²⁸ sugeriu com a denominação de *mistanásia*, caracterizada como morte miserável, que ocorre antecipadamente, e tem sua causa primordial na questão da desigualdade social, a qual dificulta, para grande parte da população, o acesso ao sistema de atendimento médico, incorrendo na falta de recursos adequados, descaso e má-prática da medicina.

²⁸ MARTIN, L. *Eutanásia e distanásia*.

Quanto ao envolvimento do doente na questão da eutanásia, associado à responsabilidade médica, pode-se analisar separadamente a eutanásia voluntária, que decorre da vontade do paciente, com o seu consentimento, a eutanásia involuntária, provocada contra a vontade do paciente, e a não-voluntária, que ocorre sem que o paciente tenha manifestado sua opinião.

Destaca-se ao lado da eutanásia o suicídio medicamente assistido, que ocorre quando a pessoa gravemente acometida por uma doença incurável, estando consciente e segura de sua opção de morrer, mas sentindo-se incapaz de tornar fato sua disposição para tal, solicita o auxílio de outra, no caso um médico, que lhe forneça os meios necessários para uma morte tranqüila. Dessa forma é considerada eutanásia voluntária.

A Associação Mundial de Psiquiatria considera que tanto o suicídio medicamente assistido quanto a eutanásia são eticamente inadequados e devem ser condenados pela profissão médica. A partir do Ato do Suicídio²⁹ de 1961, porém, não é delito criminal cometer ou tentar cometer suicídio, mas sim assistir, ajudar ou sugerir suicídio a alguém. O suicídio é um ato voluntário, através do qual o indivíduo provoca a própria morte, e todas as suas formas têm, em comum, a introdução de uma causa de morte antes inexistente. No caso do suicídio medicamente assistido, a causa estaria nos meios disponibilizados para tal, e não propriamente na doença que está lhe trazendo sofrimento.

Conquanto haja diversidade na forma, planejamento e consentimento da eutanásia, o impacto social que provoca é sempre abrangente, e exige uma reflexão mais cuidadosa sobre suas conseqüências no atual modelo social. A ética, perante os conflitos gerados pela opinião pública, e embalada pela exigência de rumos definidos para a atitude médica e institucional, desperta para uma questão que, apesar de antiga, vem revestida de novas facetas e tendências. A moderna tecnologia apresenta uma diversidade tão grande de recursos que a morte passa a ser postergada indiscriminadamente, sacrificando muitas vezes a qualidade de vida e a serenidade perante a natureza. Enquanto uma parcela da população exige uma definição radical sobre a utilização de tais recursos, outra parcela defende a vida como bem primeiro, acima até do indivíduo em si, bem esse que estaria agregado, de certa forma, à sociedade que o contém.

Em defesa da eutanásia está uma parcela da sociedade que preza a qualidade de vida como bem prioritário do ser humano e defende o "direito de morrer". Neste direito de morrer subentende-se a dignidade perante a posse do livre arbítrio, que rege o direito à decisão sobre a quantidade de sofrimento que lhe é suportável e sobre os limites de sua capacidade, remetendo a reflexão para uma discussão mais ampla, sobre o direito que o indivíduo tem sobre sua própria vida. O desejo do indivíduo estaria, pois, acima de sua própria vida.

Contra a eutanásia está a parcela social que nega o direito ao suicídio, baseada em preceitos morais, filosóficos e religiosos. A vida é considerada, por diversas religiões, como um bem sagrado, não pertencente ao livre arbítrio do homem, mas sim um bem "emprestado" pelos deuses, não estando sujeita, portanto, à lei dos homens. O homem seria o administrador e não o dono da vida. Já do ponto de vista moral, a vida é defendida como o bem fundamental, dela emanando todos os outros

²⁹ ATO DO SUICÍDIO, 1961. In OLIVEIRA, HB et al, *Ética e eutanásia*, 2003.

bens que são, por sua vez, a ela condicionados. A dignidade da vida estaria acima, portanto, da dignidade do próprio homem enquanto indivíduo, razão suficiente para a promoção da defesa da vida em qualquer circunstância. Considerando o fato de a norma moral ser fundamentada na lógica, sua aceitação seria mais ampla, pois pode ser estendida universalmente, a todos os que seguem a razão.

A ética e a jurisprudência adotam, ambas, o valor moral, e dessa forma o direito à vida passa a ser indisponível, estando sob tutela do Estado mesmo contra a vontade do indivíduo. O direito do indivíduo passa a ser subordinado, então, aos interesses do Estado, e ao médico cabe fornecer ao paciente todos os recursos necessários à sua subsistência. A tendência atual é reconhecer o valor ético da vida universalmente, independentemente de qualquer religião ou sociedade, e as Associações Médicas, em todo o mundo declaram a eutanásia voluntária antiética. A Associação Mundial de Medicina, desde 1987, na Declaração de Madrid, considera a eutanásia como sendo um procedimento eticamente inadequado.

Aliado aos fatos acima citados, contra a eutanásia, ocorre ainda o risco considerável do precedente, pois um abrandamento da responsabilidade ética nesse campo de ação poderia abrir caminho para atitudes incoerentes e abusivas, sujeitando a manutenção da vida ao jogo de interesses de determinadas parcelas da sociedade. Na visão da jurisprudência, instituir a eutanásia seria uma situação mais de risco do que de solução, não só pela desigualdade social que acarretaria situações institucionais controversas, mas também pela facilitação de uma atitude baseada única e exclusivamente na decisão pessoal de abdicar da própria vida.

Um último e relevante fator a ser analisado seria a importância do ato médico em si, que na eutanásia sofreria alteração, levando o profissional da área médica a provocar a morte, contrariando o objetivo primordial da tradição de Hipócrates, seguida há séculos pela medicina, que seria a proteção e conservação da vida.

CONCLUSÃO

Considera-se que a morte não é apenas um momento, mas um processo que precisa ser entendido e, quando há alternativa possível, ser postergado. E é nessa alternativa que a intervenção médica se faz necessária, quando há uma possibilidade de enfrentamento da morte, mesmo que as condições psicológicas e físicas do paciente não lhe forneçam suporte necessário para continuar vivendo.

É a complexidade do ser vivo que lhe dá vulnerabilidade. Sua exposição freqüente ao acaso desenvolveu em seu organismo as defesas necessárias para a sobrevivência. Também as defesas psíquicas agem em seu favor, e a religião, através dos mitos da imortalidade e da vida após a morte, fornece uma defesa contra a limitação natural do homem.

No exercício de sua profissão o médico se depara, freqüentemente, com situações em que a identificação e a reflexão são inevitáveis, e a mais importante delas é, sem dúvida, a constatação da própria finitude através do processo de morte do paciente sob seus cuidados. Perante uma tecnologia que aspira à infalibilidade e um modelo social que tende a transformar a vida num bem de consumo, a ciência médica assume, por vezes, a incômoda posição de onipotência, evidenciando questões que só podem ser respondidas à luz da reflexão e da ética. A atitude médica fica

sujeita, portanto, à influência constante dos conflitos, das limitações pessoais, das tantas exigências da nova sociedade e do aprimoramento da tecnologia, buscando no equilíbrio entre tais valores a ética necessária para a equidade e o bom senso em cada situação médica que se propõe.

A morte, inerente a todo ser vivo, é uma das questões mais importantes do ponto de vista médico, não apenas pela inexorabilidade de seu processo, mas também pelo desafio profissional diário, em que o domínio e o controle da vida aparentemente repousam nas mãos da medicina. A humanização da morte deve ser fundamentada, primeiramente, na dignidade da pessoa e em sua liberdade, seguindo-se dos valores instrumentais da justiça e igualdade. A dignidade é, portanto, a base dos direitos humanos, instrumentos de sua liberdade.

A modernidade concebe a vida humana como um terreno onde é possível intervir sempre e quando a liberdade do indivíduo e da sociedade determinar, e é nesse campo que a ciência médica encontra seus conflitos. Partindo-se da idéia de que a vida humana é inviolável "por si", ela não pode ser entendida, então, como uma realidade com graus de maior ou menor qualidade. O valor não está no organismo, mas no homem, e à ética importa mais o respeito à diversidade, para não incorrer no risco do racismo, eugenia, discriminação e seleção impostas por determinadas parcelas sociais. Os direitos não são outorgados por outrem, mas provêm da natureza do homem. Indubitavelmente considerada o bem maior do indivíduo, a vida deve, pois, ser entendida como direito inalienável e acima de todos os outros direitos, bastando a si mesma como valor. Ao médico cabe respeitar e afirmar essa evidência, descomprometendo suas preferências pessoais e colocando acima de todas as escolhas o bom-senso.

Eis, portanto, a missão fundamental do médico: aceitar o direito à vida como o primeiro direito do ser humano e condição de todos os demais, e prover com sabedoria a assistência ao doente em suas exigências mais extremas, respeitando sua dignidade pessoal e, justamente através dessa dignidade, escolher a vida em todas as suas possibilidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, E. *As razões da terapêutica - Empirismo e racionalismo na Medicina*. Niterói: Editora da Universidade Federal Fluminense, 2002.
- BEJARANO, P; JARAMILLO, IF. *Sufrimientos e calidad de vida: los derechos del paciente terminal de Enrique Villamizar*. 1.ed. Santafé de Bogotá: Editoriales Fundación Omega, 1992, p.45-46. Apud BONILLA, GHZ. *Consideraciones sobre reconocimiento de los derechos del enfermo terminal*. Congreso Internacional de Bioética, Memorias. Colombia: Universidad de La Sabana, 1997. p. 243-260.
- BONILLA, GHZ. *Consideraciones sobre reconocimiento de los derechos del enfermo terminal*. In Congreso Internacional de Bioética, Memorias. Colombia: Universidad de La Sabana, 1997. p.243-260.
- _____. *Ponencia sobre la eutanasia*. In Congreso Internacional de Bioética, Memorias. Colombia: Universidad de La Sabana, 1997. p.261-267.
- CUNHA, AG. *Dicionário Etimológico Nova Fronteira*. 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1997.
- FRANÇA, GV. *Eutanásia: direito de matar ou direito de morrer* [on line]. RS: UFRS, 1998. Disponível em <<http://www.bioetica.ufrs.br/eutanasi.htm>> [consulta:17/ 06/ 2006].
- FREUD, S. *Reflexões para os tempos de guerra e morte*. Rio de Janeiro: Imago, 1974, p. 311-339 (Edição Standard Brasileira da Obras Completas de Sigmund Freud: XIV).
- _____. *Além do princípio de prazer*. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p.13-85 (Edição Standard Brasileira da Obras Completas de Sigmund Freud: XVIII).

- _____. *O mal estar na civilização*. Rio de Janeiro: Imago, 1974, p.74-279 (Edição Standard Brasileira da Obras Completas de Sigmund Freud: XXI).
- GARCIA, LMP. *El valor ético de la vida humana*. In Congreso Internacional de Bioética, Memórias. Colombia: Universidad de La Sabana, 1997. p.67-77.
- GOLDIM, JR. *Suicídio* [on line]. RS: UFRS, 1997. Disponível em <<http://www.bioetica.ufrs.br/eutanasi.htm>> [consulta:17/ 06/ 2006].
- _____. *Futilidade* [on line]. RS: UFRS, 2000. Disponível em <<http://www.bioetica.ufrs.br/eutanasi.htm>> [consulta:17/ 06/ 2006].
- _____. *Breve histórico da eutanásia* [on line]. RS: UFRS, 2004. Disponível em <<http://www.bioetica.ufrs.br/eutanasi.htm>> [consulta:17/ 06/ 2006].
- _____. *Eutanásia* [on line]. RS: UFRS, 2004, atualizado em 31/05/06. Disponível em <<http://www.bioetica.ufrs.br/eutanasi.htm>> [consulta:17/ 06/ 2006].
- HORTA, MP. *Eutanásia - Problemas éticos da morte e do morrer* [on line]. Brasília: CFM, Portal Médico. Disponível em <<http://www.portalmedico.org.br/revista/bio1v7/problemas.htm>> [consulta:12/ 06/ 2006].
- KANT, I. *Fundamentos da metafísica dos costumes*. In KANT. *Textos selecionados*. São Paulo: Abril Cultural, 1980 (Os Pensadores).
- KUBLER ROSS, E. *Sobre la muerte y los moribundos*, 1975. Apud BONILLA, GHZ. *Consideraciones sobre reconocimiento de los derechos del enfermo terminal*. Congreso Internacional de Bioética, Memórias. Colombia: Universidad de La Sabana, 1997. p.243-260.
- LÉON, FJ. *Las ideas de la época contemporánea y sus aplicaciones ético-antropológicas*. In Congreso Internacional de Bioética, Memórias. Colombia: Universidad de La Sabana, 1997. p.27-49.
- MARCÃO, R. *Eutanásia e Ortotanásia no Anteprojeto do Código Penal Brasileiro* [on line]. São Paulo: Direito Penal, abr. de 2005. Disponível em <<http://www.forenses.com.br/Artigos/Autor/RenatoFlavio/eutanasia.htm>> [consulta:18/06/ 2006].
- MARTIN, L. *Eutanásia e distanásia* [on line]. In Iniciação à Bioética. Disponível em <http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/bioetica/Partellleutanasia.htm> [consulta: 18/ 06/ 2006].
- MEJIA, JG. *Implicaciones del tratamiento a pacientes terminales*. In Congreso Internacional de Bioética, Memórias. Colombia: Universidad de La Sabana, 1997. p.317-321.
- MORACHE. *Naissance et mort*. Paris: Alcan, 1904. Apud OLIVEIRA, HB et al. *Ética e eutanásia* [on line]. Belo Horizonte, 2003: SBACV, Jornal Vascular Brasileiro, v.02, n.03, Simpósio Medicina e Direito. Disponível em <<http://www.jvascbr.com.br/03-02-03/simposio/03-02-278.pdf>> [consulta:17/ 06/ 2006].
- OLIVEIRA, HB; OLIVEIRA, EFB; OLIVEIRA, RZB et al. *Ética e eutanásia* [on line]. Belo Horizonte, MG, 2003: SBACV, Jornal Vascular Brasileiro, v. 02, n. 03, Simpósio Medicina e Direito. Disponível em <<http://www.jvascbr.com.br/03-02-03/simposio/03-02-278.pdf>> [consulta: 17/ 06/ 2006].
- PEREIRA, C; BRIGUGLIO, N. *A prática da morte*. Isto É, São Paulo: Grupo de Comunicação Três S.A., n. 1398, p.32-35, 17 de jul. 1996.
- PLATÃO. *A República*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1987. Apud SIQUEIRA-BATISTA, R; SCHRAMM, FR. *A filosofia de Platão e o debate bioético sobre o fim da vida: interseções no campo da Saúde Pública*. In Cadernos de Saúde Pública [on line]. Rio de Janeiro: v.20, n° 03, maio - jun. de 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sciarttext&pid=S01-311X2004000300023&lng=pt>> [consulta:19/ 05/2006].
- POVAR, G. *Withdrawing and withholding therapy: putting ethics into practice*. J Clin Ethics, 1990;1 (spring):53. Apud GOLDIM, JR. *Crêterios para abordagem do processo de retirada de tratamento* [on line]. RS: UFRS, 1998. Disponível em <<http://www.bioetica.ufrs.br/eutanasi.htm>> [consulta: 17/ 06/ 2006].
- RESTREPO, MH. *La muerte: un sutil intento de aproximación*. In Congreso Internacional de Bioética, Memórias. Colombia: Universidad de La Sabana, 1997. p.300-315.
- SCHOPENHAUER, A. *Sämtliche Werke*, 1938. Apud FREUD, S. *Além do princípio de prazer*. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p.17-85 (Edição Standard Brasileira da Obras Completas de Sigmund Freud: XVIII).
- SÊNECA, LA. *Da tranqüilidade da alma*. São Paulo: Nova Cultural, 1988, p.195-220 (Os Pensadores).
- SIQUEIRA-BATISTA, R; SCHRAMM, FR. *A filosofia de Platão e o debate bioético sobre o fim da vida: interseções no campo da Saúde Pública*. In Cadernos de Saúde Pública [on line]. Rio de Janeiro: v.20, n° 03, maio - jun. de 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sciarttext&pid=S01-311X2004000300023&lng=pt>> [consulta:19/ 05/2006].
- VARELLA, D. *Por um fio*. São Paulo: Companhia da Letras, 2004.
- VIEIRA, S; HOSSNE, WS. *Pesquisa Médica: A Ética e a Metodologia*. São Paulo: Pioneira, 1998.

CERTIFICADO DE ATUALIZAÇÃO PROFISSIONAL

CFM *

Ementa - Institui o Certificado de Atualização Profissional para os portadores dos títulos de especialista e certificados de áreas de atuação e cria a Comissão Nacional de Acreditação para elaborar normas e regulamentos para este fim, além de coordenar a emissão desses certificados.

Palavras-chave: Certificado de Atualização Profissional, áreas de atuação, comissão nacional de acreditação, normas, regulamentos

CERTIFICATE OF PROFESSIONAL IMPROVEMENT

Key words: certificate of Professional Improvement, areas of activity, National Accreditation Committee, norms, regulations

O conselho Nacional de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, e

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

CONSIDERANDO que o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO que é dever do médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente;

CONSIDERANDO que a aquisição de conhecimentos científicos atualizados é indispensável para o adequado exercício da Medicina;

CONSIDERANDO que o contínuo desenvolvimento profissional do médico faz-se necessário em função do rápido aporte e incorporação de novos conhecimentos na prática médica;

* Conselho Federal de Medicina

CONSIDERANDO que os Programas de Educação Médica Continuada são, mundialmente, práticas obrigatórias para a atualização do profissional em busca da manutenção de suas competências científicas, com vistas ao melhor exercício da Medicina em suas especialidades e áreas de atuação;

CONSIDERANDO o contido na Resolução CFM n.º 1.634/02, que aprova o convênio firmado entre o Conselho Federal de Medicina, a Associação Médica Brasileira e a Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação, com vistas a disciplinar a questão referente às especialidades médicas;

CONSIDERANDO a consulta pública realizada no período de 4 de abril de 2005 a 4 de maio de 2005;

CONSIDERANDO a oitiva dos Conselhos Regionais de Medicina;

CONSIDERANDO o contido na Resolução CFM n.º 1.763/05, em vista do reconhecimento, para fins de registro, nos Conselhos Regionais de Medicina dos títulos de especialista e certificados de áreas de atuação reconhecidos pela Comissão Mista de Especialidades;

CONSIDERANDO contido na Resolução CFM n.º 1.701/03, que estabelece critérios para a publicidade médica;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária do dia 12 de agosto de 2005;

RESOLVE:

Art. 1º Instituir os Certificados de Atualização Profissional para portadores de títulos de especialista e certificados de áreas de atuação, concedidos no país de acordo com a legislação pertinente.

§ 1º O processo de certificação de atualização profissional passará a vigorar a partir de 1º/1/2006.

§ 2º Os portadores dos títulos de especialista e certificados de áreas de atuação emitidos a partir de 1º/1/2006 terão o prazo de até 5 (cinco) anos para se submeterem obrigatoriamente ao processo de certificação de atualização profissional, sob pena de perda do registro desses títulos e/ou certificados.

§ 3º Os portadores dos títulos de especialista e certificados de áreas de atuação emitidos até 31/12/2005 poderão aderir a este processo de certificação de atualização profissional, ficando sob a égide das normas e regulamentos estabelecidos nesta resolução.

l – Os médicos que aderirem ao programa e preencherem os requisitos necessários receberão um Certificado de Atualização Profissional em sua especialidade e/ou área de atuação, com validade de 5 (cinco) anos;

II – Os médicos inclusos no *caput* do parágrafo 3º e que não aderirem ao programa de certificação de atualização profissional continuarão com o(s) seu(s) registro(s) de especialização e/ou área(s) de atuação inalterado(s) nos Conselhos Regionais de Medicina.

§ 4º Os Certificados de Atualização Profissional devidamente registrados nos Conselhos Regionais de Medicina darão direito, a seu uso para divulgação e publicidade.

§ 5º A divulgação da referida certificação não comprovada constitui falta ética grave.

Art. 2º Cria-se o Cadastro Nacional de Atualização Médica nos Conselhos Regionais de Medicina onde se farão os registros dos Certificados de Atualização Profissional previstos nesta resolução.

Art. 3º Cria-se a Comissão Nacional de Acreditação (CNA), composta por um membro da diretoria do Conselho Federal de Medicina (CFM), um membro da diretoria da Associação Médica Brasileira (AMB) e dois delegados de cada um destes órgãos, a serem indicados pelas respectivas diretorias, com a competência de:

I – Elaborar as normas e regulamentos para a certificação de atualização profissional dos títulos e outras questões referentes ao tema;

II – Estabelecer o cronograma do processo de certificação de atualização profissional;

III – Emitir a certificação de atualização profissional de acordo com suas normas e regulamentos.

Art. 4º As normas e regulamentos elaborados pela Comissão Nacional de Acreditação somente entrarão em vigor após serem homologadas pelo CFM.

Art. 5º Revoga-se a Resolução CFM n.º 1.755/04.

Art. 6º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília – DF, 12 de agosto de 2005

Edson de Oliveira Andrade
Presidente

Livia Barros Garção
Secretária-Geral

Resolução CFM nº 1772/2005
Resolução Aprovada
Sessão Plenária de 12/8/2005
Publicada em D.O.U. de 12/8/2005

ANEXO
RESOLUÇÃO CFM N.º 1.772/2005

**NORMAS DE REGULAMENTAÇÃO PARA A CERTIFICAÇÃO DE
ATUALIZAÇÃO PROFISSIONAL DE TÍTULOS DE ESPECIALISTA E
CERTIFICADO DE ÁREA DE ATUAÇÃO**

Em decorrência do convênio celebrado entre a Associação Médica Brasileira (AMB) e o Conselho Federal de Medicina (CFM) e visando estabelecer critérios para a certificação de atualização profissional de títulos de especialista e certificado de área de atuação, informamos a sistemática adotada neste processo.

Introdução

A necessidade de certificação de atualização profissional do título de especialista e certificado de área de atuação se impõe em face da velocidade com que novos conhecimentos são incorporados à prática médica. O processo de certificação de atualização profissional tem como objetivo manter, por meio de educação continuada, a qualificação permanente dos especialistas, buscando sua valorização profissional e, conseqüentemente, garantindo aos pacientes o atendimento adequado.

Princípios adotados

A certificação de atualização profissional será baseada em sistema de créditos e deverá ser realizada a cada 5 (cinco) ANOS.

A Comissão Nacional de Acreditação AMB/CFM terá ação controladora no processo.

Comissão Nacional de Acreditação (CNA)

Do funcionamento, atribuições e composição

Art. 1º A CNA coordenará as regras gerais de funcionamento do processo de certificação, bem como a elaboração das normas e regulamentos para a certificação de atualização profissional de títulos de especialista e certificados de área de atuação.

§ 1º - Determinará a proporcionalidade de eventos e atividades que somarão créditos.

§ 2º - Fará a avaliação e autorização dos cursos e eventos submetidos para certificação.

§ 3º - Emitirá parecer a ser enviado à comissão organizadora dos eventos submetidos à apreciação e não aprovados, sugerindo modificações e apontando os motivos que levaram à denegação.

§ 4º - Poderá fazer auditoria dos cursos e eventos autorizados, para avaliação de sua realização dentro do programa proposto.

§ 5º - Controlará o processo de certificação de atualização profissional do candidato junto à Sociedade de Especialidade.

§ 6º - Caberá a AMB e às Sociedades de Especialidade a emissão dos comprovantes de certificação de atualização profissional, de acordo com as normas e regulamentos emanados da CNA, em documento padronizado.

§ 7º - Esclarecerá as eventuais dúvidas pertinentes a este processo.

Art. 2º A CNA será composta por um membro da diretoria da Associação Médica Brasileira, um membro da diretoria do Conselho Federal de Medicina e dois delegados de cada um destes órgãos, a serem indicados pelas respectivas diretorias.

§ 1º - Em caso de afastamento voluntário ou comparecimento inferior a 50% das reuniões no período de um ano, um novo membro será indicado pelo órgão que representa para complementação do mandato.

§ 2º - Esta comissão é permanente e a renovação de seus membros e delegados ocorrerá a cada 3 (três) anos, podendo haver recondução ao cargo.

§ 3º - A CNA será auxiliada nas suas funções por uma Câmara Técnica constituída por um representante específico indicado pela Sociedade de Especialidade, reunindo-se quando convocada pela CNA.

Inciso I – A CNA poderá, eventualmente, convocar assessorias específicas.

§ 4º - As atribuições e detalhes de funcionamento da CNA constarão de regulamentação própria, à parte.

Dos créditos

Art. 3º O sistema será baseado em créditos, no total de 100, a serem acumulados em até 5 (cinco) anos.

§ 1º - Os créditos não serão cumulativos após o período de 5 (cinco) anos.

§ 2º - Caso não sejam acumulados 100 créditos no período de 5 (cinco) anos, haverá a opção de prova para certificação de atualização profissional do título de especialista, de acordo com normas específicas a serem estabelecidas pela CNA em conjunto com a Sociedade de Especialidade.

§ 3º - Após a primeira certificação de atualização profissional, automaticamente será iniciado novo processo.

Art. 4º Todas as atividades deverão ser encaminhadas à CNA para avaliação, que homologará o programa ou recomendará modificações antes de sua instalação.

§ 1º - Caso haja necessidade, a CNA recorrerá à Câmara Técnica, para avaliação dos programas.

§ 2º - Cursos ou eventos não aprovados para pontuação deverão receber parecer fundamentado justificando a não aprovação. Neste caso, caberá recurso à CNA para nova avaliação.

§ 3º - A programação das atividades ou eventos deverá ser encaminhada à CNA, para análise, até 30 de setembro para as atividades do 1º semestre do ano seguinte e até 31 de março para as atividades do segundo semestre do mesmo ano.

§ 4º - O encaminhamento deverá ser feito por preenchimento de formulário específico divulgado pela internet, em sítio específico.

§ 5º - Os congressos nacionais oficiais das Sociedades filiadas à AMB não necessitam ser submetidos à avaliação e já têm sua pontuação previamente determinada, devendo apenas ser homologada pela CNA.

§ 6º - Para a pontuação, os eventos serão relacionados por especialidade.

§ 7º - Os eventos interdisciplinares serão credenciados e referenciados pela CNA, ouvindo, se necessário, a Câmara Técnica.

§ 8º - No programa do evento deverá constar data, local, carga horária, professores convidados, especificando se portadores de título de especialista ou não, entidade responsável pela organização e eventual patrocinador.

§ 9º - Os certificados dos eventos somente poderão ser entregues aos participantes ao final dos trabalhos, ficando a comprovação de participação sob a responsabilidade das instituições promotoras, com possibilidade de auditoria *in loco* determinada pela CNA.

§ 10º - Eventos à distância somente serão considerados quando houver questionários de avaliação.

§ 11º - A relação dos eventos autorizados a pontuar, após análise, estará disponível por especialidade.

§ 12º - Os organizadores dos cursos ou eventos estão obrigados a encaminhar à CNA, no prazo de até 30 (trinta) dias após o encerramento dos mesmos, a relação dos participantes que tenham cumprido a carga horária mínima estabelecida. Caso isto não ocorra no prazo estipulado, a organização ficará sujeita à punição pela CNA.

§ 13º - Para eventuais consultas posteriores, os organizadores dos eventos devem manter o registro dos participantes por 5 (cinco) anos.

§ 14º - Em caso de haver discordância considerada relevante entre as atividades programadas e as efetivamente realizadas, quando avaliada pela CNA, a pontuação não será considerada.

Art. 5º - As seguintes atividades serão consideradas para pontuação:

1 – Frequência a congressos, jornadas e simpósios na especialidade

a) Congressos nacionais oficiais da especialidade: 20 pontos por evento/ano;

b) Congressos da especialidade no exterior, previamente homologados pela CNA: 5 pontos por evento/ano;

c) Congressos ou jornadas regionais ou estaduais da Sociedade de Especialidade: 15 pontos por evento/ano, por região ou estado;

d) Congressos relacionados à especialidade, com apoio da Sociedade Nacional da Especialidade: 10 pontos por evento;

e) Outras jornadas, cursos e simpósios homologados pela CNA somarão 0,5 pontos por hora de atividade, com mínimo de 1 ponto e máximo de 10 pontos por evento.

2 – Programa de educação à distância por ciclo

a) A pontuação será concedida apenas aos cursos que tenham avaliação de desempenho;

b) A pontuação de cada curso dependerá de suas características e a avaliação será feita pela CNA;

c) A pontuação será baseada no critério hora/aula, tornando-se como princípio que uma hora de atividades equivale a 0,5 ponto.

3 – Publicação científica

a) Artigos publicados em revistas médicas: 5 pontos por artigo;

b) Capítulos publicados em livro nacional ou internacional: 5 pontos por capítulo;

c) Edição completa de livro nacional ou internacional: 10 pontos por livro.

4 – Participação como conferência (mesa-redonda, colóquios, simpósios, cursos, aulas, etc.) e apresentação de temas livres em congressos

a) Eventos nacionais apoiados pela Sociedade de Especialidade: 5 pontos por participação;

b) Eventos internacionais: 5 pontos por participação;

c) Eventos regionais ou estaduais: 2 pontos por participação;

d) Apresentação de tema livre e pôster em congresso/jornada da especialidade: 2 pontos por tema livre e/ou pôster apresentado como autor ou co-autor, limitados a 5 trabalhos por evento.

5 – Membro de banca examinadora em título de especialista, mestrado, doutorado, livre docência, professor universitário e concurso público na especialidade

- a) Por participação: 5 pontos

6 – Títulos acadêmicos na especialidade (a serem computados no ano de sua obtenção):

- a) Mestrado (reconhecido pela Capes): 15 pontos;
b) Doutorado (reconhecido pela Capes): 20 pontos;
c) Livre docência: 20 pontos.

7 – Coordenadores e preceptores oficiais de programa de Residência Médica

- a) Por ano completado do programa: 5 pontos.

Art. 6º - Até 100% do total de créditos poderão ser obtidos com congressos nacionais, congressos/jornadas regionais/estaduais ou programas de educação à distância. Até 50% do total de créditos poderão ser obtidos com os itens 3 a 7 do artigo 5º. Até 50% do total de créditos poderão ser obtidos com a prova da Sociedade de Especialidade.

Art. 7º - A pontuação máxima anual, para efeito de certificado de atualização profissional, estará limitada a 40% do total necessário.

Da Sociedade de Especialidade

Art. 8º - A adesão das Sociedades de Especialidade ao processo de certificação de atualização profissional é obrigatória.

Parágrafo único – As Sociedades de Especialidade com programa de certificação de atualização profissional em curso terão que adequar-se às normas vigentes, comuns a todas as Sociedades, a partir do início deste processo, de acordo com o cronograma estabelecido pela CNA.

Art. 9º - As Sociedades de Especialidade deverão facilitar o acesso de todos os médicos ao processo de certificação de atualização profissional, dentro do seu Programa de Educação Médica Continuada.

§ 1º - Deverão proporcionar um mínimo de 40 créditos por ano, sendo 50% deles em cada região geográfica e/ou estado da Federação.

§ 2º - Um adicional mínimo de 10 créditos por ano deverá corresponder a atividades realizadas a distância.

Art. 10 – O Conselho Federal de Medicina e a Associação Médica Brasileira deverão manter relação atualizada e unificada com o nome dos profissionais certificados, disponibilizada na internet e divulgada em seus órgãos informativos, com autorização do interessado.

Art. 11 – Eventuais dúvidas deverão ser reportadas à CNA para análise e deliberação final.

Do especialista:

Art. 12 – Esse profissional deverá encaminhar à CNA, para crédito dos pontos, os comprovantes de suas respectivas participações e atividades, excetuando-se os cursos e eventos credenciados pela CNA.

Art. 13 - Deverá manter os documentos comprobatórios originais de sua participação em eventos e realização de demais atividades que somam créditos, apresentando-os quando requisitados.

Disposição geral:

Art. 14 – Os casos omissos serão resolvidos pela CNA.

EUTANÁSIA É ACEITA PELA IGREJA ANGLICANA

REINO UNIDO

Em relatório, a Igreja Anglicana recomenda que os médicos sejam autorizados a interromper o tratamento de bebês nascidos prematuramente e com doenças e incapacidades muito graves, mas apenas em circunstâncias excepcionais. A recomendação dos anglicanos é uma resposta à pesquisa independente que será publicada nesta semana sobre a ética de “ressuscitar” esses bebês com ajuda da medicina.

Transcrito da Gazeta do Povo, 12/11/2006.

ASSISTÊNCIA DOMICILIAR DE PACIENTE

CFM*

Ementa: Dispõe sobre normas técnicas necessárias à assistência domiciliar de paciente, definindo as responsabilidades do médico, hospital, empresas públicas e privadas; e a interface multiprofissional neste tipo de assistência.

Palavras-chave: assistência domiciliar, normas técnicas, responsabilidade médica, empresas, hospital, interface multiprofissional, home nursing.

HOME NURSING

Key words: home nursing, technical norms, medical responsibility, companies, hospital, multiprofessional interphase

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO a premente necessidade de normatizar o atendimento domiciliar como modalidade de assistência em regime de internação, em razão do crescimento deste sistema no Brasil;

CONSIDERANDO a inexistência de critérios e disciplinamento ético para esta assistência;

CONSIDERANDO as atividades desenvolvidas por empresas que têm se especializado nesta modalidade;

CONSIDERANDO que a internação domiciliar visa atender os portadores de enfermidades cujo estado geral permita sua realização em ambiente domiciliar ou no domicílio de familiares;

CONSIDERANDO que o trabalho do médico, como membro da equipe multidisciplinar de assistência em internação domiciliar, é imprescindível para a garantia do bem – estar do paciente, nos termos do código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que compete ao Conselho Federal e aos Conselhos Regionais de Medicina a responsabilidade legal de disciplinar esta atividade profissional, bem como o funcionamento das empresas que prestam assistência à saúde;

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 1.627/2001;

CONSIDERANDO o decidido na Sessão Plenária realizada em 7 de maio de 2003,

* Conselho Federal de Medicina

RESOLVE:

Art. 1º - Todas as empresas públicas e privadas prestadoras de assistência à internação domiciliar deverão ser cadastradas/registradas no Conselho Regional do estado onde operam.

Parágrafo 1º - Este cadastro/registro deve ser acompanhado da apresentação do Regimento Interno que estabeleça as normas de funcionamento da empresa, o qual deverá ser homologado pelo Conselho Regional.

Parágrafo 2º - As empresas, hospitais ou não, devem ter um diretor técnico, necessariamente médico, que assumirá, perante o Conselho, a responsabilidade ética de seu funcionamento.

Parágrafo 3º - As empresas, hospitais ou não, responsáveis pela assistência a paciente internado em regime domiciliar devem ter, por força de convênio, contrato ou similar, hospital de retaguarda que garanta a reinternação em casos de agudização da enfermidade ou intercorrência de alguma condição que impeça a continuidade do tratamento domiciliar e exija a internação formal, que deve ser preferencialmente feita no hospital de origem do paciente.

Art. 2º - As empresas ou hospitais que prestam assistência em regime de internação domiciliar devem manter um médico de plantão nas 24 horas, para atendimento às eventuais intercorrências clínicas.

Art. 3º - As equipes multidisciplinares de assistência a pacientes internados em regime domiciliar devem dispor, sob a forma de contrato ou de terceirização, de profissionais de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Serviço Social, Nutrição e Psicologia.

Parágrafo único – As equipes serão sempre coordenadas pelo médico, sendo médico assistente o responsável maior pela eleição dos pacientes a serem contemplados por este regime de internação e pela manutenção da condição clínica dos mesmos.

Art. 4º - A assistência domiciliar somente será realizada após avaliação médica, registrada em prontuário específico.

Art. 5º - A atribuição dos demais membros da equipe multidisciplinar deverá ser estabelecida pelo conselho profissional de cada componente.

Art. 6º - As normas de funcionamento às quais refere-se o parágrafo primeiro do artigo primeiro, devem contemplar os protocolos de visitas e o número de pacientes internados sob a responsabilidade de cada equipe.

Parágrafo 1º - Os protocolos de visitas devem estabelecer o número mínimo de visitas de cada componente da equipe ao paciente internado no domicílio.

Parágrafo 2º - O número máximo de pacientes internados no domicílio sob a responsabilidade de um médico, não poderá exceder a quinze.

Art. 7º - O médico assistente de paciente internado em instituição hospitalar e que quer submeter-se à internação domiciliar tem a prerrogativa de decidir se deseja manter o acompanhamento no domicílio.

Parágrafo único – Em caso de recusa, o médico assistente deve fornecer ao novo médico que irá prestar assistência domiciliar todas as informações concernentes ao quadro clínico do paciente, sob a forma de laudo circunstanciado, nos termos do artigo 71 do Código de Ética Médica.

Art 8º - O hospital ou empresa responsável por pacientes internados em domicílio deve(m) dispor das condições mínimas que garantam uma boa assistência, caracterizada por:

- I – Ambulância para remoção do paciente, equipada a sua condição clínica;
- II – Todos os recursos de diagnóstico, tratamento, cuidados especiais, matérias e medicamentos necessários;
- III – Cuidados especializados necessários ao paciente internado;
- IV – Serviço de urgência próprio ou contratado, plantão de 24 horas e garantia de retaguarda, nos termos do parágrafo 3º do artigo 1º e do artigo 2º desta resolução.

Art. 9º - Em caso de óbito durante a assistência domiciliar, o médico assistente do paciente assumirá a responsabilidade pela emissão da competente declaração.

Art. 10 – A assistência domiciliar poderá ser viabilizada após anuência expressa do paciente ou de seu responsável legal, em documento padronizado que deverá ser pensado ao prontuário.

Art. 11 – O profissional médico, em conjunto com o diretor técnico da instituição prestadora da assistência, deverá tomar medidas referentes à preservação da ética médica, especialmente quanto ao artigo 30 do Código de Ética Médica, que veda delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.

Art. 12 – Esta resolução entra em vigor na data de sua aprovação em Plenário, revogando todas as disposições em contrário.

Brasília-DF, 7 de maio de 2003.

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

INTRODUÇÃO

Há aproximadamente dez anos e em velocidade crescente no Brasil, instalou-se o Sistema de Atendimento Domiciliar que tinha e tem como objetivo uma série de fundamentos, entre os quais podemos citar:

a) - Cuidado de paciente em seu domicílio ou de seus familiares, conferindo-lhe maior humanização e atendendo aos princípios bioéticos da beneficência, não-maleficência e justiça;

b) - Redução dos custos assistenciais caracterizados pela não utilização da infra-estrutura hospitalar;

c) - Maior envolvimento dos familiares com a enfermidade do paciente, facilitando a pronta evolução de sua recuperação;

d) - Possibilidade de eleição de pacientes abrangidos por este benefício, poupando-os dos agravos decorrentes de internação prolongada;

e) - Estreitamento da relação médico-paciente ou, ainda, equipe de saúde-paciente-família, com todas as vantagens sociais e éticas daí advindas.

Historicamente, a Medicina viveu momentos semelhantes quando os profissionais – não contando, muitas vezes, com a existência de estrutura hospitalar de retaguarda – acompanhavam a evolução da doença no próprio domicílio do paciente, com a constante e decisiva participação de seus familiares. Eram verdadeiros médicos de família.

Com o advento e proliferação dos hospitais e o crescente avanço tecnológico dos meios diagnósticos e terapêuticos, houve absoluta retração desta prática, não obstante sua eficácia. Fazia-se, enfim, necessário justificar os investimentos da época, redirecionando a demanda. Este modelo hospitalocêntrico persistiu por vários anos até que se percebeu que os aumentos dos custos assistenciais por ele provocados eram incompatíveis com sua própria manutenção.

Paralelamente a isto, em diversas áreas do conhecimento humano, inclusive na Medicina ocorreram e ainda vêm ocorrendo importantes mudanças de paradigma, alterando o enfoque da preocupação essencialmente tecnicista para uma abordagem predominantemente humanista.

Passou-se a falar em mudança do modelo hospitalocêntrico, estendendo-se o ambulatório como porta de entrada do complexo assistencial, na medida em que se buscava implantar o Programa Saúde da Família (PSF) como a melhor e mais eficaz abordagem, a exemplo do que ocorria em vários países sanitariamente mais avançados que o Brasil, como Cuba e Canadá.

No bojo desta discussão surge a atenção domiciliar que se inicia por cuidados exclusivamente de enfermagem e, depois, pela atenção integral ao paciente assistido em regime domiciliar.

Tanto a iniciativa privada como o Poder Público, este mais modestamente, iniciaram a implantação deste sistema em vários estados do país, sob diversas modalidades.

O Poder Público baseou-se em um hospital ou rede de hospitais públicos – neste último caso, regionalizando dentro do município sua abrangência.

Por sua vez, a iniciativa privada passou a atuar sob três modalidades:

- a) - Criação de empresa especializada em “home care”, não necessariamente hospitalar, que dispõe de equipes multiprofissionais e sistema de transporte, vendendo aos usuários ou outras empresas esta forma de assistência;
- b) - Cooperativas de trabalho e operadoras de planos de saúde, que disponibilizam a seus usuários esta modalidade de assistência;
- c) - Hospitais que designam equipes, entre seus profissionais, para a implantação desta assistência.

Esta é a forma como hoje vem sendo desenvolvido o Sistema de Assistência Domiciliar no Brasil.

Procurando fazer uma revisão legal e ética acerca da matéria, nada foi encontrado que pudesse balizar tal atividade, além das questões básicas da assistência à saúde. Como respeito às interfaces éticas que fatalmente permeiam esta modalidade de atenção, encontramos alguns pareceres do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo que esbarram em assuntos pontuais.

Não existe, neste nível conselhal, qualquer resolução que discipline como um todo, este sistema de atendimento domiciliar.

A portaria nº 2.416, de 23 de março de 1998, da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (SAS-MS), estabelece requisitos para o credenciamento de hospitais e critérios para a realização de assistência domiciliar no âmbito do SUS.

Embora não tenhamos a pretensão de esgotar o assunto, tentaremos analisar neste parecer todas estas questões sugerindo, ao final, minuta de resolução que venha a disciplinar tal modalidade de atenção.

Para maior facilidade didática procuraremos analisar, um a um, os critérios que devem balizar a assistência domiciliar:

I – Equipes multidisciplinares

A equipe multidisciplinar de assistência deve ser composta, minimamente, pelas seguintes profissões: medicina, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, serviço social, nutrição e psicologia.

As atribuições concernentes a cada profissional dessas áreas estão definidas em suas respectivas regulamentações, mas cabe destaque para a atuação dos profissionais do serviço social e psicologia.

Aos primeiros, cabe prévia avaliação das condições sociais do domicílio que irá receber o paciente, e com a formulação de relatório circunstanciado a ser apreciado pela equipe, bem como a viabilização do procedimento. Aos segundos,

cabe analisar a condição comportamental dos familiares, estabelecendo, também, em laudo circunstanciado, a condição psicológica dos mesmos.

Os demais profissionais atuarão por demanda médica, segundo as especificidades de cada caso.

II – Responsabilidade profissional

Embora todos os membros atuantes da equipe multiprofissional tenham suas responsabilidades estatuídas em diplomas legais, o médico deve assumir as funções de coordenação da equipe por ser dele a prerrogativa da eleição do paciente a ser contemplado por este sistema, tendo o dever de assumir os riscos de toda a medicação prescrita, procedimentos realizados e feitura do prontuário, além de elaborar, eventualmente, a declaração de óbito ocorrido nesta circunstância.

III – Fiscalização do exercício profissional

Concerne aos Conselhos de Medicina à competência legal no tocante às atividades das empresas/hospitais/médicos que se prestarem a este tipo de assistência.

As empresas devem ser registradas no Conselho de sua jurisdição e ter um responsável técnico, necessariamente médico, na forma da lei.

Os hospitais, por já estarem registrados no Conselho, devem cadastrar esta nova modalidade de assistência, sob a responsabilidade de seu diretor técnico.

O registro ou cadastro deve(m) ser acompanhado(s) pela apresentação do Regimento Interno que estabeleça as normas de funcionamento do sistema.

Necessariamente, este Regimento deve conter um protocolo de visita dos diversos profissionais, bem como o número máximo de atendimento domiciliar por médico, o que, segundo critérios de razoabilidade e em função do benefício do paciente, não poderá exceder a quinze.

Compete também ao Conselho de Medicina, sempre que provocado, a prerrogativa de avaliar, *in loco*, as condições assistenciais prestadas ao paciente.

IV – Condições mínimas para a assistência domiciliar

O hospital ou empresa responsável pela assistência domiciliar de pacientes deve(m) oferecer aos mesmos a garantia mínima da boa assistência ética.

Esta garantia, mais que objetivando uma boa relação local para a assistência domiciliar e equilíbrio psicológico dos familiares assistentes, devem prever as intercorrências clínicas ou cirúrgicas e agudização ou agravamento do quadro clínico,

bem como a ocorrência de alguma outra enfermidade que requeira cuidados imediatos, cuidados de outros especialistas, utilização de medicamentos ou materiais extraordinários e pronta e adequada remoção do paciente.

O sistema de assistência domiciliar não pode prestar-se ao aumento da capacidade de internação de um hospital pelo simples somatório destes leitos domiciliares aos institucionais existentes.

Assim como garantia mínima, poderíamos relacionar:

- a) - Ambulância para remoção do paciente, adequadamente equipada para as suas condições clínicas;
- b) - Cuidados especializados necessários ao paciente internado;
- c) - Todos os recursos de diagnóstico, tratamento, cuidados especiais, materiais e medicamentos porventura necessários;
- d) - Serviço de urgência próprio ou contratado, plantão de 24 horas e garantia de vagas de retorno do paciente à internação hospitalar, quando necessária.

V – Eleição do paciente

O critério para a eleição do paciente a ser contemplado pelo sistema de assistência domiciliar deve ser obrigatoriamente médico e baseado nas condições clínicas. Para esta indicação faz-se mister que o médico conheça, a partir do relatório do serviço social e da psicologia, as condições ambientais e familiares do destino do paciente, para sua tomada de decisão.

Assim como a eleição, a interrupção ou alta do paciente é também decisão exclusivamente médica.

Poderão ser tratados em regime domiciliar pacientes de todas as faixas etárias, portadores de doenças agudas e crônicas, não obstante a portaria ministerial que legisla no âmbito do SUS limitar tal fato a casos de enfermidades que demandaram internações anteriores pelo mesmo motivo.

Como é critério médico, não é razoável a limitação de tempo mínimo e máximo de sua duração, o que deve ser balizado pela recuperação clínica do paciente.

VI – O médico assistente

Todo paciente internado em unidade hospitalar tem, por força de resolução do Conselho Federal de Medicina, um médico assistente, responsável maior pela condução de seu quadro clínico e referência para todos os eventos aos quais será submetido.

Compete a este médico assistente definir se seu paciente pode submeter-se ao regime de assistência domiciliar, desde que se preenchidos os requisitos

anteriormente citados. No caso da viabilização desta modalidade de internação, cabe ao médico assistente a prerrogativa do acompanhamento domiciliar, se este também for o desejo do paciente.

Embora possua esta prerrogativa, o médico assistente não tem, nos termos do artigo 7º do Código de Ética Médica, a obrigatoriedade de prestar serviços profissionais a quem não deseje. Na sua recusa, outro médico poderá acompanhar o paciente em seu domicílio, a partir do laudo médico fornecido, obrigatoriamente, pelo assistente, nos termos do artigo 71 do Código de Ética Médica.

Em nenhum caso, o médico assistente de paciente que optou pelo sistema de assistência domiciliar, mesmo com sua anuência, será co-responsável pela escolha da empresa prestadora de serviço ou de atos de outros médicos daí advindos.

VII – Consentimento informado

É direito inalienável do paciente o consentimento ou desautorização de quaisquer procedimentos ou condutas que interfiram ou afetem sua integridade física ou psíquica. Este consentimento livre e esclarecido deve ser expresso a partir do paciente ou de seu responsável legal, contendo linguagem acessível, abrangente e que contemple todas as perguntas formuladas.

Ressalta-se que este documento é peça imprescindível para que se possa proceder à assistência domiciliar, devendo ser apensado ao prontuário, para quaisquer efeitos posteriores.

Resolução CFM nº 1668/2003
Resolução Aprovada
Sessão Plenária de 07 de Maio de 2003
Publicado em D.O.U. em 02 de Junho de 2003

*Façamos em nós a mudança que
nós cobramos nos outros.*

Mahatman Gandhi

PEDIATRA PODE REALIZAR SEDAÇÃO PROFUNDA PARA EXAME DE TESTE AUDITIVO SEM AUXILIAR MÉDICO OU DE ENFERMAGEM?

Donizetti Dimer Giamberardino Filho*

Palavras-chave: anestesia, sedação profunda, médica pediátrica, criança, exame audiométrico

CAN A PEDIATRICIAN PERFORM A DEEP SEDATION FOR AN AUDITORY TEST EXAMINATION WITHOUT A PHYSICIAN OR A NURSING ASSISTANT?

Key words: anesthesia, deep sedation, pediatrician, child, auditory examination

CONSULTA

“Sendo médica pediatra e trabalhando em instituição pública desde há vários anos (25 anos) executo minhas funções onde sou solicitada com freqüência a proceder sedação em crianças para a execução de teste auditivo BERA.

Para sua execução este teste exige que a criança esteja em sono profundo-inconsciente e esta situação condiciona-me extrema preocupação, pois que a mesma é realizada em ambiente ambulatorial, sem enfermagem treinada para ajudar e mesmo outro colega de qualquer especialidade para qualquer emergência que possa vir a suceder.

Pergunto:

1. Não seria obrigatório à instituição designar um anestesiologista para tais procedimentos?
2. Estes exames não deveriam ser realizados em ambiente hospitalar adequado em se tratando de pacientes pediátricos?
3. De quem é a responsabilidade se qualquer acidente ocorrer?
4. A partir de que idade este exame poderá ser realizado em ambiente ambulatorial e por qual profissional ou especialidade?

* Conselheiro Relator CRMPR.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A legislação em vigor no Brasil permite que o médico regularmente inscrito no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição execute atos médicos, mesmo que não tenha certificado de especialidade na área. Contudo, devemos ressaltar que o médico tem como dever de conduta possuir o conhecimento e as habilidades necessárias para a prática que se dispuser, não devendo realizar atos onde não possua o domínio da técnica, principalmente em situações eletivas passíveis de planejamento.

A Resolução CFM nº 1670/2003 dispõe sobre a sedação de pacientes e condições seguras para sua realização.

Em relação às indagações:

1. A instituição representada por seu responsável técnico médico deve prover os melhores recursos disponíveis para o atendimento de seus pacientes, incluindo profissionais com capacitação e treinamento para o procedimento. Não se trata de ato exclusivo de especialidade médica e sim de ato médico.
2. A Resolução CFM nº 1670/2003 atende a solicitação, independente da idade.
3. O ato médico é de responsabilidade do médico assistente. O responsável técnico responde como co-responsável, de acordo com a situação.
4. Já contemplado na resposta da pergunta 2.

Finalmente, esclarecemos que o médico possui em seu Código de Ética Médica prerrogativas de sua autonomia e liberdade profissional, desde que sempre em benefício do pacientes.

É o parecer.

Curitiba, 10 de novembro de 2005.

Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Cons. Relator

Processo-Consulta CRMPR Nº. 094/2005
Parecer CRMPR Nº. 1717/2006
Parecer Aprovado - Câmara II
Sessão Plenária de 16/01/2006

HONORÁRIOS MÉDICOS E OS CONVÊNIOS

Sérgio Maciel Molteni*

Palavras-chave: honorários médicos, paciente hospitalizado, ausência de leitos

MEDICAL FEES AND HEALTH PLANS

Key words: medical fees, hospitalized patient, lack of beds

Consulta encaminha questionamentos à Corregedoria deste Conselho, nos seguintes termos:

“... ”

Solítico parecer sobre questões de honorários médicos em relação a convênios:

Exemplo: 1) No atendimento de um paciente que apresenta uma ferida corto-contusa em antebraço ou que apresente trauma com suspeita de fratura e necessite procedimento.

Deverá ser pago somente o procedimento? Ou também a consulta? Entende-se que é necessário uma avaliação prévia antes do procedimento?

2) Em um hospital privado; é obrigatório o atendimento de acidente de trabalho, mesmo que não hajam leitos pelo SUS?

3) Acidentes de Trânsito obrigatoriamente deverá ser feito pelo DEPVAT ou poderá ser atendido pelo convênio que o paciente possui?

“... ”

Solicita, ainda, que o parecer seja encaminhado em caráter privado, não ocorrendo publicação da questão.

* Conselheiro Relator CRMPR.

SOBRE OS QUESTIONAMENTOS, ENTENDEMOS:

1) A consulta é o ato médico inicial na avaliação do paciente, implicando em anamnese, exame físico e, se necessário, exames complementares e sua interpretação. Deve, portanto, ser remunerada. Qualquer procedimento médico complementar necessário também deve ser remunerado.

2) Nas situações de urgência ou emergência é dever do médico prestar atendimento ao paciente independentemente de sua situação sócio-econômica e do tipo de vínculo entre o mesmo, com o médico ou hospital.

Superada a situação de urgência ou emergência o mesmo poderá ser transferido para continuidade de tratamento.

3) Nas situações de urgência ou emergência é dever do médico prestar atendimento ao paciente. A forma de remuneração será objeto de avaliação posterior ao atendimento podendo tanto ser utilizado o convênio ao qual o paciente está filiado, como eventual seguro que o mesmo seja possuidor.

Destaque-se que o médico não poderá deixar de ser remunerado mas que, somente uma opção poderá ser selecionada não sendo admitido pelo Código de Ética Médica mas de uma remuneração, de fontes diferentes, para o mesmo procedimento.

É o parecer.

Curitiba, 02 de novembro de 2004.

Sérgio Maciel Molteni
Cons. Relator

Processo-Consulta CRMPR N°. 009/2004
Parecer CRMPR N°. 1657/2004
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 17/01/2005

PODE O MÉDICO COMERCIALIZAR PRODUTOS NUTRICIONAIS DE SUA PRESCRIÇÃO?

Monica de Biasi Wright Kastrup*

Palavras-chave: interação comercial, interação com farmácia, prescrever, comercializar

MAY A PHYSICIAN SELL NUTRITIONAL PRODUCTS PRESCRIBED BY HIM

Key words: commercial interaction, interaction with pharmacy, prescribing and selling

Em resposta à Consulta n.º 40/05, do Dr. M. A. N. que pergunta: “se há infringência ao C.E.M. quanto ao fato de prescrever e comercializar os produtos de nutrição da Herbalife” tenho a comentar:

O Código de Ética Médica em seu artigo 98 diz ser vedado ao médico exercer a profissão com interação ou dependência de Farmácia, ótica, ou qualquer organização destinada à fabricação, manipulação ou comercialização de produtos de prescrição médica de qualquer natureza, exceto se tratar de exercício da Medicina do Trabalho.

Reporto também ao artigo 99, 2º parte, que também diz ser vedado ao médico: “obter vantagem pela comercialização de medicamentos, órteses ou próteses, cuja compra decorra de influência direta em virtude da sua atividade profissional”

Isto posto, a resposta à questão do Dr. M. A. N. é SIM, há infringência ao Código de Ética Médica, estando o médico incidindo em ilícito ético quanto aos dois artigos e, portanto, sujeito a ser processado neste CRM.

É o parecer.

Curitiba, 06 de junho de 2005.

Monica de Biasi Wright Kastrup
Cons^a. Relatora

Processo-Consulta CRMPR N.º. 040/2005
Parecer CRMPR N.º. 1668/2005
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 13/06/2005

* Conselheira Relatora CRMPR.

ESTIPULAÇÃO DE NÚMERO FIXO DE ATENDIMENTOS MÉDICOS EM UMA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

Luis Gabriel Fernandez Turkowski*

Palavras-chave: atendimento ambulatorial, número de consultas, rede municipal

STIPULATING A FIXED NUMBER OF MEDICAL APPOINTMENTS IN A MUNICIPAL HEALTH NETWORK

Key words: outpatient service, number of appointments, municipal network

PARECER:

Trata-se de consulta formulada pela Dra. H. V. S., acerca da implantação de rotina que estabelece número mínimo de consultas por médicos das Unidade Bras. de Saúde, cujas considerações passo a fazer à seguir:

A medicina é uma ciência biológica não exata. Por vezes contraria a matemática. As variáveis são infinitas, tratando-se de pessoas que buscam a recuperação da saúde. Ao médico caberá oferecer o melhor de sua capacidade em benefício de seus pacientes.

A relação de forças entre o trabalhador e seu patrão a cada dia merece atenção redobrada, já que no mercado de trabalho encontramos cada vez mais médicos e menos possibilidades de uma atuação liberal. Independentemente desta realidade, os responsáveis pelo atendimento médico da população deverão sempre levar em conta a qualidade e não a quantidade dos serviços efetivamente prestados aos munícipes em questão.

Não há nenhuma legislação que estabeleça o número de consultas médicas por jornada de trabalho. Eventualmente, em algumas situações especiais, pode-se até definir um parâmetro de quantidade de atendimento por jornada de trabalho, desde que acordado entre todos os que estarão envolvidos diretamente nesta questão. Assim não existirá um número grande nem pequeno de pacientes por jornada de

* Delegado Relator CRM/PR.

trabalho, quando todos, especialmente, os médicos, estiverem satisfeitos com a profissão que exercem. Aos empregadores restará encontrar meios pelos quais nenhum de seus servidores, mantidos pelos cofres públicos, possam descumprir com a tarefa pela qual foram contratados. Definitivamente a transformação do atendimento médico em linha de produção não será o meio mais correto de contemplar-se os cidadãos.

O trabalho médico não pode ser cronometrado enquanto existirem doentes e não doenças. A mesma doença pode demandar do médico uma hora, meia hora, 10 minutos ou duas horas. O mesmo se aplica a atos médicos. A mesma cirurgia com tempo previsível de uma hora, pode durar cinco horas. As patologias, as características do paciente e do agente etiológico e do meio ambiente desconhecem regras matemáticas exatas.

Cabe ainda lembrar o disposto no art. 16 do Código de Ética Médica a seguir:

“art. 16 - Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou instituição pública ou privada poderá limitar a escolha por parte do médico dos meios a serem postos em prática para o estabelecimento do diagnóstico e para a execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente.”

Por derradeiro, atentemos para o que reza o art. 8º do Código de Ética Médica:

“art. 8º - O médico não pode, em qualquer circunstância ou sob qualquer pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e correção de seu trabalho.”

É meu parecer.

Londrina, 24 de janeiro de 2.005

Luis Gabriel Fernández Turkowski
Del. Relator

Processo-Consulta CRMPR N°. 1693/2005
Parecer CRMPR N°. 011/2005
Parecer Aprovado
Sessão Plenária de 24/08/2005

PRESENTES !!!



COLEGA:

*NÃO PRESENTEIE COM
ÁLCOOL OU TABACO.*

SEJA CRIATIVO.

*VOCÊ TAMBÉM É
RESPONSÁVEL.*

ORIENTAÇÕES DA ANVISA SOBRE EVENTOS MÉDICO-CIENTÍFICOS

Maria José Delgado Fagundes*

Palavras-chave: Anvisa, eventos, congressos, limitação

DIRECTIONS OF ANVISA ON MEDICAL-SCIENTIFIC EVENTS

Key words: Anvisa, events, conferences, limitation

1. Participação de estudantes e profissionais não habilitados a dispensação ou prescrição de medicamentos:

Para que todos os profissionais e estudantes participem dos congressos médico-científicos sem que haja infração à legislação sanitária, sugerimos o uso de crachás identificando as diversas categorias de profissionais presentes, uma vez que, desta forma, fica viável a presença de todos na área de exposição e a entrega de material de promoção de medicamentos de venda sob prescrição somente para aqueles habilitados a prescrever ou dispensar. Essa diferenciação poderá ser por cor, por discriminação da profissão, ou seja, informar se é farmacêutico, enfermeiro, etc.

Para profissionais não habilitados a prescrever ou dispensar medicamentos poderá ser entregue material científico onde na capa poderá ser colocado, exclusivamente, o nome comercial do medicamento e o respectivo princípio ativo, sem quaisquer designações, símbolos, figuras, logomarcas, slogans e argumentos de cunho publicitário.

Desta forma na área de exposições não será permitido a distribuição de propaganda de medicamentos de venda sob prescrição médica e profissional não habilitado a dispensar ou prescrever medicamentos, uma vez que esta é uma previsão constitucional e legal, por isso a necessidade da diferenciação entre os profissionais por crachá nessa área de exposições.

2. Co-responsabilidade entre os promotores de eventos, organizadores, enfim, todos os envolvidos na realização do evento.

A lei 6.437/77, artigo 3º prevê a co-responsabilidade quando configurada infração sanitária, ou seja, todos aqueles que, de alguma forma, deram causa para a infração ou para ela concorreram, serão responsabilizadas. Assim, a Anvisa não pode

* Maria José Delgado Fagundes - Gerente de Monitoramento e Fiscalização de Propaganda, Publicidade, Promoção e Informação de Produtos Sujeitos à Vigilância Sanitária GPROP/DIFRA/ANVISA/MS.

se omitir frente a legislação sanitária e deixar de responsabilizar os promotores de eventos, ou quaisquer outros que, como já colocado, se envolveram na realização do mesmo. A regulamentação não trará de forma explícita a exclusão de responsabilidade de nenhum organizador ou promotor de eventos. Portanto, frente a possível responsabilização dos organizadores de eventos, designados para a gestão e operacionalização dos mesmos, estes devem expor tal responsabilidade aos patrocinadores.

3. Brindes tipo canetas, bloco de anotações, etc.

A lembrança de marca é permitida desde que traga apenas o nome do medicamento, a DCB/DCI, podendo informar o nome do fabricante. A lembrança de marca deve ser realizada exclusivamente em objetos relacionados a prática médica e com baixo índice de exposição (canetas, blocos de anotações, mouse pad, etc) para que tais materiais não alcancem a população em geral. Nos casos de medicamentos de venda sob prescrição médica, estes brindes devem ser direcionados exclusivamente a profissionais habilitados a prescrever ou dispensar medicamentos e podem incluir aqueles que contêm fármacos constantes das listas da Portaria 344/98. Os brindes de medicamentos de venda livre que não sejam relacionados a prática médica, ou que sejam distribuídos ao público em geral, devem conter ainda n° de registro, contra-indicação principal e a advertência obrigatória, além de observar as restrições da RDC 102/2000.

4. Banners

Poderão ser colocados banners na área de exposição apenas com o nome comercial do medicamento, seu princípio ativo e o nome do fabricante, semelhante ao colocado na lembrança de marca. Contudo, não poderá haver qualquer outra informação de cunho publicitário, que acabe por promovê-lo. Esta promoção deverá ser feita por intermédio de material publicitário distribuído exclusivamente a profissionais habilitados a prescrever ou dispensar medicamentos, no caso de medicamentos de venda sob prescrição médica, sempre observando as informações exigidas pela RDC 102/2000.

PESQUISADORES EXUMAM CANTOR CASTRADO



Cientistas exumaram o cadáver de Farinelli (ilustração), o lendário cantor de ópera do século 18, para aprender mais sobre os “castrati”, cantores que eram castrados na infância para preservar a voz aguda. Farinelli foi o mais popular e bem pago cantor de ópera da Europa até sua morte, em 1782. Seus restos mortais foram exumados no cemitério Certosa, em Bolonha, quarta-feira. Os ossos serão examinados por pesquisadores das universidades de Bolonha e Pisa, em busca de pistas sobre o estilo de vida, os hábitos e doenças do cantor.

Arquivo Reuters

NOVA LISTA DE DOENÇAS E AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Portaria SUS/MS Nº 5, de 21 de Fevereiro de 2006 - Saúde Pública*

EMENTA – Inclui doenças na relação nacional de notificação compulsória, define doenças de notificação imediata, relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional e normas para notificação de casos.

Palavras-chave: lista, doenças, agravos, notificação compulsória

NEW LIST OF ILLNESSES AND INJURIES WHICH REQUIRE COMPULSORY NOTIFICATION

Key words: list, illnesses, injuries, compulsory notification

Médicos devem ficar atentos para a notificação de casos suspeitos ou confirmados das doenças citadas.

O não-cumprimento desta obrigatoriedade será comunicado pelos gestores de saúde ao CRM e ao Ministério Público.

O Secretário de Vigilância em Saúde, no uso das atribuições que lhe confere o Art. 36 do Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003 e, considerando o disposto no art. 4º da Portaria nº 2.325, de 8 de dezembro de 2003, resolve:

Art. 1º - Adotar a Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória, constante do Anexo I desta Portaria, incluindo-se a notificação de casos suspeitos ou confirmados de influenza humana por novo subtipo.

Art. 2º - A ocorrência de agravo inusitado, caracterizado como ocorrência de casos ou óbitos de doença de origem desconhecida ou alteração no padrão epidemiológico de doença conhecida, independente de constar na Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória, deverá também ser notificada às autoridades sanitárias.

Art. 3º - As doenças e agravos relacionados no Anexo II desta Portaria, para todo território nacional, devem ser notificados, imediatamente, às Secretarias Estaduais de Saúde, e estas deverão informar, também de forma imediata, à Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS.

* Ministério da Saúde

Parágrafo Único: A notificação imediata deverá ser realizada por um dos seguintes meios de comunicação:

I. – Serviço de notificação eletrônica de emergências epidemiológicas (e-notifica), por meio de mensagem de correio eletrônico enviada ao endereço notifica@saude.gog.br ou, diretamente pelo sítio eletrônico da Secretaria de Vigilância em Saúde, no endereço <http://www.saude.gov.br/svs>;

II. – Serviço telefônico de notificação de emergências epidemiológicas, 24 horas (Disque-Notifica) por meio de ligação para o número nacional que será divulgado pela Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS, sendo este serviço destinado aos profissionais de saúde cujo Município ou Estado não possuam serviço telefônico em regime de plantão para recebimento das notificações imediatas.

Art. 4º - Os agravos de notificação imediata, constantes do Anexo II desta Portaria, devem ser notificados em, no máximo, 24 horas a partir do momento da suspeita inicial.

Parágrafo Único: A notificação imediata não substitui a necessidade de registro posterior das notificações em conformidade com o fluxo, a periodicidade e os instrumentos utilizados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN.

Art. 5º - Os profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e ensino, em conformidade com a Lei nº 6259 de 30 de outubro de 1975, são obrigados a comunicar aos gestores do Sistema Único de Saúde – SUS a ocorrência de casos suspeitos ou confirmados das doenças relacionadas nos anexos I, II e III desta Portaria.

Parágrafo Único: O não cumprimento desta obrigatoriedade será comunicado aos conselhos de entidades de Classe e ao Ministério Público para que sejam tomadas as medidas cabíveis.

Art. 6º - Os resultados dos exames laboratoriais das doenças de notificação imediata relacionadas no Anexo III desta Portaria devem ser notificadas, pelos laboratórios de referência nacional, regional e laboratórios centrais de saúde pública de cada Unidade Federada, concomitantemente às Secretarias Estaduais de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde e a SVS/MS, conforme estabelecido no Art. 3º desta Portaria.

Art. 7º - A definição de caso para cada doença relacionada no Anexo I desta Portaria, obedecerá à padronização definida pela SVS/MS.

Art. 8º - É vedada a exclusão de doenças e agravos componentes da Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória pelos gestores municipais e estaduais do SUS.

Art. 9º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 10 – Fica revogada a Portaria nº 33/SVS, de 14 de julho de 2005, publicada no DOU nº 135, Seção 1, pág. 111 de 15 de julho de 2005.

ANEXO I

Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória

- I. Botulismo
- II. Carbúnculo ou Antraz
- III. Cólera
- IV. Coqueluche
- V. Dengue
- VI. Difteria
- VII. Doença de Creutzfeldt – Jacob
- VIII. Doenças de Chagas (casos agudos)
- IX. Doença Meningocócica e outras Meningites
- X. Esquistossomose (em área não endêmica)
- XI. Eventos Adversos Pós-Vacinação
- XII. Febre Amarela
- XIII. Febre do Nilo Ocidental
- XIV. Febre Maculosa
- XV. Febre Tifóide
- XVI. Hanseníase
- XVII. Hantavirose
- XVIII. Hepatites Virais
- XIX. Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana – HIV em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical
- XX. Influenza humana por novo subtipo (pandêmico)
- XXI. Leishmaniose Tegumentar Americana
- XXII. Leishmaniose Visceral
- XXIII. Leptospirose
- XXIV. Malária
- XXV. Meningite por *Haemophilus influenzae*
- XXVI. Peste
- XXVII. Poliomielite
- XXVIII. Paralisia Flácida Aguda
- XXIX. Raiva Humana
- XXX. Rubéola
- XXXI. Síndrome da Rubéola Congênita
- XXXII. Sarampo
- XXXIII. Sífilis Congênita
- XXXIV. Sífilis em gestante
- XXXV. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – AIDS
- XXXVI. Síndrome Febril Íctero-hemorrágica Aguda
- XXXVII. Síndrome Respiratória Aguda Grave
- XXXVIII. Tétano
- XXXIX. Tularemia
- XL. Tuberculose
- XLI. Varíola

ANEXO II

(Notificação Imediata em 24 horas do caso suspeito ou confirmado)

- I. Caso suspeito ou confirmado de:
 - a) Botulismo
 - b) Carbúnculo ou Antraz
 - c) Cólera
 - d) Febre Amarela
 - e) Febre do Nilo Ocidental
 - f) Hantavirose

 - g) Influenza humana por novo subtipo (pandêmico)
 - h) Peste
 - i) Poliomíelite
 - j) Raiva Humana
 - k) Sarampo, em indivíduo com história de viagem ao exterior nos últimos 30 (trinta) dias ou de contato, no mesmo período, com alguém que viajou ao exterior
 - l) Síndrome Febril Íctero-hemorrágica Aguda
 - m) Síndrome Respiratória Aguda Grave
 - n) Varíola
 - o) Tularemia

- II. Caso confirmado de:
 - a) Tétano Neonatal

- III. Surto ou agregação de casos ou de óbitos por:
 - a) Agravos inusitados
 - b) Difteria
 - c) Doença de Chagas Aguda
 - d) Doença Meningocócica
 - e) Influenza Humana

- IV. Epizootias* e/ou morte de animais que podem preceder a ocorrência de doenças em humanos:
 - a) Epizootias em primatas não humanos
 - b) Outras epizootias de importância epidemiológica

* epizootias -

ANEXO III

Resultados laboratoriais devem ser notificados de forma imediata pelos Laboratórios de Saúde Pública dos Estados (LACEN) e Laboratórios de Referência Nacional ou Regional

I. Resultado de amostra individual por:

- a) Botulismo
- b) Carbúnculo ou Antraz
- c) Cólera
- d) Febre Amarela
- e) Febre do Nilo Ocidental
- f) Hantavirose
- g) Influenza humana por novo subtipo (pandêmico)
- h) Peste
- i) Poliomíelite
- j) Raiva Humana
- k) Sarampo
- l) Síndrome Respiratória Aguda Grave
- m) Varíola
- n) Tularemia

II. Resultado de amostras procedentes de investigação de surtos:

- a) Agravos inusitados
- b) Doença de Chagas Aguda
- c) Difteria
- d) Doença Meningocócica
- e) Influenza Humana

Sistema de Informações de Agravos e Notificação Tabela de Agravos só para o Estado do Paraná

CID	Nome do Agravado	Est. Mun. Tipo	Cód. Sinandos
A05	A05 OUTR INTOX ALIMENTARES BACTER	Sim Não Agudo	0059
A08	A08 INFEC INTESTINAIS VIRAIS OUTR E AS NE	Sim Não Agudo	
A080	A08.0 ENTERITE POR ROTAVIRUS	Sim Não Agudo	
B41	B41 PARACOCCIDIOIDOMICOSE	Sim Não Agudo	B410
B589	B58.9 TOXOPLASMOSE NE	Sim Não Agudo	
B699	B69.9 CISTICERCOSE NE	Sim Não Agudo	1231
T100	T100 INTOX POR OUTROS PRODUTOS	Sim Não Agudo	8698
T101	T 101 INTOX POR PRODUTO INDETERMINADO	Sim Não Agudo	8699
T36	T36 INTOX P/ANTIBIÓTICOS SISTÊMICOS	Sim Não Agudo	E850
T44	T44 INTOX P/DROG Q AFET PRINC SIST NERV AUTÔNOMO	Sim Não Agudo	
T52	T52 EFEITO TÓXICO DE SOLVENTES ORGÂNICOS	Sim Não Agudo	E862
T 55	T55 EFEITO TÓXICO DE SABÕES E DETERGENTES	Sim Não Agudo	E861
T56	T56 EFEITO TÓXICO DE METAIS	Sim Não Agudo	E866
T599	T59.9 INTOX. POR GASES	Sim Não Agudo	E868
T604	T60.4 INTOX POR RATICIDA	Sim Não Agudo	8637
T608	T60.8 INTOX POR PESTICIDA DOMÉSTICO	Sim Não Agudo	8639
T622	T62.2 INTOX POR PLANTAS TÓXICAS	Sim Não Agudo	E865
T99	T99 INTOX POR PRODUTOS DE TOALETE	Sim Não Agudo	8667

Ehrenfried O. Wittig *



COLORÍMETRO DE DUBOSCEQ

O princípio consiste em comparar a cor de um padrão de solução que investigamos com o de outra solução conhecida colocadas lado a lado em tubo vertical com luz natural.

Para a análise, olhamos por uma pequena abertura superior do colorímetro e comparamos a intensidade das duas soluções. Um duplo prisma no seu interior aproxima os dois padrões para que se aproxime e facilite a comparação das cores.

Na face posterior do colorímetro existe um disco de cristal esmerilhado para a passagem de luz. O modelo de colorímetro em destaque é o de Dubosceq, da década de 1940.

Altura: 30 cm

Doação: Dr^a. Fani Frischmann Aisengart

Palavras-chave - colorímetro, história da medicina, Museu de Medicina, Modelo de Dubosceq

Key-words - colorimeter, medicine hystory, Medicine Museum, Dubosceq Model

* Diretor do "Museu de História da Medicina" da Associação Médica do Paraná.
Para doações, ligue para a secretaria da AMP - 0xx41. 3024-1415

Visite nosso site-www.amp.com.org/(Museu de História da Medicina)

**ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ
ÍNDICE REMISSIVO POR ORDEM ALFABÉTICA DE ASSUNTOS E AUTORES.
NÚMEROS 89 À 92/2006****OBSERVAÇÕES**

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

ASSUNTO	Num.	Pág.	Vol.	Ano
Agência Nacional de Saúde Complementar				
Fiscalização	89	12	23	2006
Inscrição física e jurídica	89	12	23	2006
Resolução ANS nº 054/2003	89	12	23	2006
Taxa de inscrição	89	12	23	2006
AIDS				
Exame positivo	89	48	23	2006
Paciente não procura resultado	89	48	23	2006
Responsabilidade médica	89	48	23	2006
Albuquerque, Antonio Celso Cavalcanti de				
Artigo	89	12	23	2006
Alexandre Gustavo Bley				
Artigo	91	172	23	2006
Alta à pedido				
Legalidade	89	54	23	2006
Parecer Cremers	89	54	23	2006
Alta hospitalar a pedido				
Fornecer receita	89	18	23	2006
Médico plantonista	89	18	23	2006
Paciente psiquiátrico	89	18	23	2006
Ambição				
Ética	89	54	23	2006
Amostra Gratuita				
Condição ética	89	14	23	2006
Distribuição/doação	89	14	23	2006
Medicamento estrangeiro	89	14	23	2006
Registro na Anvisa	89	14	23	2006
Anestesia				
Anestesiologista nega executar em condenado (USA)	89	11	23	2006
Criança	92	220	23	2006
Emergência	89	44	23	2006
Equipe técnica	92	220	23	2006
Hospital SUS	89	44	23	2006
Para teste de audição	92	220	23	2006
Profunda	92	220	23	2006
Remuneração	89	44	23	2006
Resolução CFM nº 1670/2003	92	220	23	2006
Anestesiologista				
Nega executar em condenado(USA)	89	11	23	2006

ASSUNTO	Num.	Pág.	Vol.	Ano	ASSUNTO	Num.	Pág.	Vol.	Ano
Antibiótico					Atualização				
Autorização	90	99	23	2006	Área de atuação	92	205	23	2006
CCIH	90	99	23	2006	Cadastro	92	205	23	2006
Ética	90	99	23	2006	Certificado de atualização	92	205	23	2006
Ficha de liberação	90	99	23	2006	Comprovação	92	205	23	2006
Portaria nº 2616/GM/MS/1998	90	99	23	2006	Normas	92	205	23	2006
Responsabilidade médica	90	99	23	2006	Profissional	92	205	23	2006
Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque					Resolução CFM nº 1772/2005	92	205	23	2006
Artigo	89	12	23	2006	Título de especialista	92	205	23	2006
Anúncio					Audição				
Conceito	90	85	23	2006	Equipe técnica	92	220	23	2006
Anvisa					Teste com anestesia	92	220	23	2006
Brindes, canetas, blocos, etc	92	228	23	2006	Auditor				
Conferências	92	228	23	2006	Atribuições	90	91	23	2006
Congressos	92	228	23	2006	Auditoria médica	90	82	23	2006
Eventos médicos - científicos	92	228	23	2006	Auditoria médica	90	91	23	2006
Limitação de atividades	92	228	23	2006	Conceito	90	91	23	2006
Responsabilidade	92	228	23	2006	Direitos e deveres	90	82	23	2006
Artigo					Diretor Técnico/médico	90	82	23	2006
Vide publicação	00	00	00	00	Internação	90	110	23	2006
Assistência					Limites	90	110	23	2006
Empresas	92	212	23	2006	Manual	90	91	23	2006
Fiscalização profissional	92	212	23	2006	Normas	90	91	23	2006
Médico domiciliar	92	212	23	2006	Normas e funções	90	82	23	2006
Normas técnicas	92	212	23	2006	Prontuário	90	110	23	2006
Resolução CFM 1668/2003	92	212	23	2006	Protocolos	90	91	23	2006
Responsabilidade médica	92	212	23	2006	Recusas	90	110	23	2006
Assistência Médica Domiciliar					Remuneração	90	82	23	2006
Empresas	92	212	23	2006	Resolução CFM nº 1614/2001	90	82	23	2006
Hospital	92	212	23	2006	Auditor Médico				
Interface multiprofissional	92	212	23	2006	Perfil	90	91	23	2006
Normas técnicas	92	212	23	2006	Recusa de procedimento médico	90	91	23	2006
Resolução CFM 1668/2003	92	212	23	2006	Resolução CFM nº 1466/1996	90	91	23	2006
Responsabilidade médica	92	212	23	2006	Auditoria				
Assistente					Ver auditoria médica	00	00	00	00
Médico	92	218	23	2006	Auditoria Médica				
Atendimento					Atribuições	90	91	23	2006
Ambulatório	90	113	23	2006	Auditor	90	82	23	2006
Código de Ética Médica	90	113	23	2006	Auditor	90	91	23	2006
Consulta	90	113	23	2006	Auditor	90	110	23	2006
Consulta	92	225	23	2006	Avaliação	90	82	23	2006
Estipulação de número fixo	92	225	23	2006	Avaliação	90	91	23	2006
Liberdade profissional	92	225	23	2006	Código de Ética	90	110	23	2006
Limitar	92	225	23	2006	Conceito	90	91	23	2006
Manter atendimento hospitalar					Direitos e deveres	90	82	23	2006
por outra prestadora	89	16	23	2006	Direitos e deveres	90	91	23	2006
Médico	92	225	23	2006	Diretor médico/técnico	90	82	23	2006
Médico descredenciado hospitalar					Limitações	90	110	23	2006
do SUS	89	16	23	2006	Manual	90	91	23	2006
Médico domiciliar	92	212	23	2006	Normas	90	91	23	2006
Número mínimo de pacientes	90	113	23	2006	Normas e funções	90	82	23	2006
Rede Municipal	92	225	23	2006	Prontuário	90	110	23	2006
Rede Pública Municipal	90	113	23	2006	Recusa de internação	90	110	23	2006
Responsabilidade médica	89	16	23	2006	Resolução CFM nº 1614/2001	90	82	23	2006
Atestado de Óbito					Resolução CFM nº 1614/2001	90	110	23	2006
Declaração/preenchimento	89	03	23	2006	Autorização				
Médico assistente/substituto	89	03	23	2006	Antibiótico	90	99	23	2006
Morte violenta/natural	89	03	23	2006	CCIH	90	99	23	2006
Nova resolução	89	03	23	2006	Portaria nº 2616/GM/MS/1998	90	99	23	2006
Responsabilidade médica	89	03	23	2006	Avaliação				
Serviço de verificação de óbito	89	03	23	2006	Auditor	90	91	23	2006
Atestado Médico					Batista, Ricardo José				
Ato administrativo	90	102	23	2006	Artigo	89	40	23	2006
Medicina do trabalho	90	102	23	2006	Berheus, Paulo Eduardo				
Normas	90	102	23	2006	Artigo	90	91	23	2006
Perito	90	102	23	2006	Bioética				
Prioridade de concessão	90	102	23	2006	Carta de Curitiba	91	121	23	2006
Atestado Ocupacional					Conferência	91	121	23	2006
Especialidade	89	06	23	2006	Declaração Universal	91	121	23	2006
Médico do trabalho	89	06	23	2006	Direitos Humanos	91	121	23	2006
Responsabilidade médica	89	06	23	2006	Unesco	91	121	23	2006
Atraso					Bley, Alexandre Gustavo				
Em Plantão à distância	91	177	23	2006	Artigo	91	172	23	2006
Escala	91	177	23	2006					
Falta	91	177	23	2006					
Plantão em disponibilidade	91	177	23	2006					
Plantão de sobreaviso	91	177	23	2006					

ASSUNTO	Num.	Pág.	Vol.	Ano	ASSUNTO	Num.	Pág.	Vol.	Ano
Braga Filho, Carlos Ehлке					Cirurgião				
Artigo	89	06	23	2006	Instrumentação	91	172	23	2006
Artigo	90	110	23	2006	Profissão não regulamentada	91	172	23	2006
Brindes					Responsabilidade	91	172	23	2006
Normas	92	228	23	2006	Cobertura				
Propaganda	92	228	23	2006	Plano de Saúde	90	107	23	2006
Bulhões, Lucio Mario da Cruz					Codame				
Artigo	90	99	23	2006	Publicidade/propaganda	90	85	23	2006
Artigo	90	102	23	2006	Resolução CFM nº 1701/2003	90	85	23	2006
Artigo	90	107	23	2006	Resolução CFM nº 1036/1980	90	85	23	2006
Burgardt, Célia Inês					Colorímetro				
Artigo	89	07	23	2006	Dubosseq	92	235	23	2006
Artigo	89	48	23	2006	Comércio				
Cadastro Nacional de Atuação					Comércio médico	92	224	23	2006
Certificado de área de atuação	92	205	23	2006	Infringência ética	92	224	23	2006
Comprovação/pontuação	92	205	23	2006	Interação com farmácia	92	224	23	2006
Profissional	92	205	23	2006	Prescrição médica	92	224	23	2006
Resolução CFM nº 1772/2005	92	205	23	2006	Produto nutricional	92	224	23	2006
Título de Especialista	92	205	23	2006	Comissão Intra Hospitalar				
Câmara Técnica					Coordenador	91	179	23	2006
Atribuições	91	160	23	2006	Doação de órgãos e tecidos	91	179	23	2006
Competência	91	160	23	2006	Portaria MS-GM nº 1752/2005	91	179	23	2006
Constituição	91	160	23	2006	Responsabilidade	91	179	23	2006
Definição	91	160	23	2006	Comissão Permanente de Divulgação				
Campos, Geir					de Assuntos Médicos				
Poesia	90	119	23	2006	(Codame)	90	85	23	2006
Cardoso, Célia Virginia Pereira					Competência Médica				
Artigo	91	134	23	2006	Atestado de óbito	89	03	23	2006
Carlos Ehлке Braga Filho					Atestado ocupacional	89	06	23	2006
Artigo	89	06	23	2006	Licença sanitária	89	07	23	2006
Artigo	90	110	23	2006	Médico do trabalho	89	06	23	2006
Carta de Curitiba					Comprovação				
Bioética	91	131	23	2006	Cadastro Nacional de Atualização	92	205	23	2006
Declaração Universal	91	131	23	2006	Certificado de área de atuação	92	205	23	2006
Direitos Humanos	91	131	23	2006	Título de Especialista	92	205	23	2006
Unesco	91	131	23	2006	Comunicação				
Castração					Monografia premiada (2005)	90	57	23	2006
Cantor	92	229	23	2006	Mudança de endereço	90	90	23	2006
Exumação	92	229	23	2006	Relação com medicina	90	57	23	2006
Cavalcanti, Sílo Tadeu S. de Holanda					Conceito				
Artigo	89	38	23	2006	Anúncio	90	85	23	2006
CCIH					Atestado ocupacional	89	06	23	2006
Antibiótico	90	99	23	2006	Avaliação de Auditoria	82	91	23	2006
Autorização	90	99	23	2006	Avaliação de Auditoria	90	91	23	2006
Ficha de liberação	90	99	23	2006	Câmara Técnica	91	160	23	2006
Portaria nº 2616/GM/MS/1998	90	99	23	2006	Declaração/Atestado de óbito	89	03	23	2006
Célia Inês Burgardt					Emergência	89	16	23	2006
Artigo	89	07	23	2006	Congressos				
Artigo	89	48	23	2006	Brindes, canetas, blocos, etc	92	228	23	2006
Célia Virginia Pereira Cardoso					Normas da Anvisa	92	228	23	2006
Artigo	91	134	23	2006	Responsabilidade	92	228	23	2006
Certificado de Atuação					Conselho Regional de Técnicos em				
Cadastro Nacional de Atuação	92	205	23	2006	Radiologia				
Comprovação	92	205	23	2006	Ausência de Radiologista	90	117	23	2006
Resolução CFM nº 1772/2005	92	205	23	2006	Cidade do interior	90	117	23	2006
Título de Especialista	92	205	23	2006	Decreto nº 92.790/86	90	117	23	2006
Chacel, Pedro Pablo Magalhães					Lei nº 7394/85	90	117	23	2006
Artigo	89	09	23	2006	Normas	90	117	23	2006
Artigo	89	22	23	2006	Consulta				
Charlatanismo					Atendimento fixado em número	92	225	23	2006
Estudante	91	164	23	2006	Código de Ética Médica	90	113	23	2006
Exercício ilegal	91	164	23	2006	Distintas em duas especialidades	89	09	23	2006
Optometria	91	164	23	2006	Honorário	89	09	23	2006
Chinês Despertou no Caixão					Jornada de trabalho	90	113	23	2006
Sepultamento prematuro	91	151	23	2006	Liberdade profissional	92	225	23	2006
Cirurgia					Limitar	92	225	23	2006
Descrição	91	170	23	2006	Médicas	92	225	23	2006
Falta regulamentação	91	172	23	2006	Ausência da procura de resultado				
Instrumentação	91	172	23	2006	de exame positivo	89	48	23	2006
Normativa descritiva	91	170	23	2006	Número mínimo de atendimento	90	113	23	2006
Profissão	91	172	23	2006	Rede Municipal	92	225	23	2006
Profissional da área de saúde	91	172	23	2006	Rede Pública Municipal	90	113	23	2006
Responsabilidade da descrição	91	170	23	2006	Simultâneas/gineco/mastologia	89	09	23	2006
Responsabilidade do cirurgião	91	172	23	2006	Consulta dos "Arquivos"				
					Índice Remissivo 2006	92	236	23	2006

ASSUNTO	Num.	Pág.	Vol.	Ano	ASSUNTO	Num.	Pág.	Vol.	Ano
Convênio					Direitos Humanos				
Ato médico	92	220	23	2006	Carta de Curitiba	91	121	23	2006
Emergência	92	220	23	2006	Conferência	91	121	23	2006
Honorários	92	220	23	2006	Declaração Universal	91	121	23	2006
Hospitalização	92	220	23	2006	Declaração Universal	91	182	23	2006
Remuneração	92	220	23	2006	Desde 1948	91	182	23	2006
Corpo Clínico					Ética	91	121	23	2006
Atendimento por médico descredenciado hospitalar pelo SUS	89	16	23	2006	Unesco	91	121	23	2006
Emergência	89	16	23	2006	Diretor Clínico				
Curso de Bioética					Descredenciamento médico hospitalar do SUS	89	16	23	2006
Ética	91	133	23	2006	Distanásia				
Unesco	91	132	23	2006	Doente terminal	92	185	23	2006
Universidade de Brasília	91	133	23	2006	Direito	92	185	23	2006
D'Ávila, Roberto Luiz					Eutanásia	92	185	23	2006
Artigo	89	48	23	2006	Médico	92	185	23	2006
Declaração de óbito					Morrer	92	185	23	2006
Conceito	89	03	23	2006	Divulgação				
Honorário	89	03	23	2006	Em medicina	90	85	23	2006
Morte natural	89	03	23	2006	Propaganda	90	85	23	2006
Morte violenta	89	03	23	2006	Doação de Órgãos				
Nova resolução	89	03	23	2006	Atribuição hospitalar	91	179	23	2006
Ver óbito, morte, atestado	00	00	00	00	Comissão intra hospitalar	91	179	23	2006
Declaração Universal					Portaria MS-GM nº 1752/2005	91	179	23	2006
Bioética	91	121	23	2006	Responsabilidade de comissão	91	179	23	2006
Carta de Curitiba	91	121	23	2006	Venda	91	179	23	2006
Conferência	91	121	23	2006	Doenças				
Desde 1948	91	182	23	2006	Lista de notificação compulsória	92	228	23	2006
Direitos Humanos	91	121	23	2006	Donizetti Dimer Giamberardino Filho				
Direitos Humanos	91	182	23	2006	Artigo	89	44	23	2006
Unesco	91	121	23	2006	Artigo	92	220	23	2006
Definição					Dubosseq				
Câmara Técnica	91	160	23	2006	Modelo de Colorímetro	92	235	23	2006
Plantão à distância	91	177	23	2006	Ehrenfried Othmar Wittig				
Delegacias Regionais					Artigo	89	56	23	2006
Competência	91	151	23	2006	Artigo	90	120	23	2006
Constituição	91	151	23	2006	Artigo	91	184	23	2006
Funcionamento	91	151	23	2006	Artigo	92	235	23	2006
Resolução CFM nº 143/2006	91	151	23	2006	Emergência				
Descredenciamento do SUS					Atendimento por descredenciado pelo SUS	89	16	23	2006
A pedido	89	16	23	2006	Conceito	89	16	23	2006
Emergência	89	16	23	2006	Convênio	92	220	23	2006
Manter atendimento hospitalar	89	16	23	2006	Desfibrilador automático	89	48	23	2006
Manter outros convênios	89	16	23	2006	Honorários	92	220	23	2006
Ministério Público	89	16	23	2006	Hospital SUS	89	44	23	2006
Pessoa física	89	16	23	2006	Internação	92	220	23	2006
Procedimento	89	16	23	2006	Manuseio leigo	89	48	23	2006
Descrição de Cirurgia					Remuneração	89	44	23	2006
Ato da equipe cirúrgica	91	170	23	2006	Supervisão médica	89	48	23	2006
Normativa descritiva	91	170	23	2006	Endereço				
Responsabilidade da equipe	91	170	23	2006	Comunicação	90	90	23	2006
Desfibrilador					Comunicação	91	176	23	2006
Automático	89	48	23	2006	Mudança	91	176	23	2006
Emergência	89	48	23	2006	Obrigação	91	176	23	2006
Manuseio leigo de desfibrilador	89	48	23	2006	Ensino de graduação/pós graduação				
Supervisão médica	89	48	23	2006	Modalidade de especialidade	89	38	23	2006
Dilema					Residência médica	89	38	23	2006
Doente terminal	92	185	23	2006	Equipe Cirúrgica				
Ética	92	185	23	2006	Descrição de cirurgia	91	170	23	2006
Eutanásia/distanásia	92	185	23	2006	Normativa descritiva	91	170	23	2006
Médico	92	185	23	2006	Responsabilidade da equipe	91	170	23	2006
Morte	92	185	23	2006	Equipe Multidisciplinar				
Direito					Assistência médica domiciliar	92	212	23	2006
Doente terminal	92	185	23	2006	Empresas/hospitais	92	212	23	2006
Distanásia	92	185	23	2006	Fiscalização profissional	92	212	23	2006
Eutanásia	92	185	23	2006	Normas técnicas	92	212	23	2006
Morrer	92	185	23	2006	Resolução CFM 1668/2003	92	212	23	2006
Paciente	92	185	23	2006	Responsabilidade médica	92	212	23	2006
Direitos e Deveres					Especialidades				
Auditor	90	91	23	2006	Modalidade de ensino e pós graduação	89	38	23	2006
Auditoria	90	82	23	2006	Residência médica	89	38	23	2006
Resolução CFM nº 1466/1996	90	82	23	2006					
Resolução CFM nº 1466/1993	90	91	23	2006					

ASSUNTO	Num.	Pág.	Vol.	Ano	ASSUNTO	Num.	Pág.	Vol.	Ano
Estado Intersexual					Falta				
Pseudo hermafroditismo	89	47	23	2006	Plantão em sobreaviso	91	179	23	2006
Quadro clínico	89	47	23	2006	Plantão à distância	91	179	23	2006
Responsabilidade médica	89	47	23	2006	Plantão em disponibilidade	91	179	23	2006
Síndrome de Morris	89	47	23	2006	Felipe, José Saraiva				
Estudante					Artigo	91	177	23	2006
Charlatanismo	91	164	23	2006	Ficha médica				
Exercício ilegal	91	164	23	2006	Ver prontuário	00	00	00	00
Optometria	91	164	23	2006	Financiamento				
Ética					Fraude	91	148	23	2006
Ambição	89	54	23	2006	Improbabilidade em estudo	91	148	23	2006
Bioética	91	131	23	2006	Laboratório	91	148	23	2006
Carta de Curitiba	91	131	23	2006	Ma-fé	91	148	23	2006
Declaração Universal	91	131	23	2006	Pressão de fonte econômica	91	148	23	2006
Dilema	92	185	23	2006	Florêncio, Roseni Teresinha				
Direitos Humanos	91	131	23	2006	Artigo	91	174	23	2006
Distanásia	92	185	23	2006	Fraude				
Doente terminal	92	185	23	2006	Câncer	90	84	23	2006
Eutanásia	92	185	23	2006	Células tronco	90	89	23	2006
Interação médico/empresa	92	224	23	2006	Células tronco	90	98	23	2006
Médico	92	185	23	2006	Células tronco	90	101	23	2006
Monografia premiada (2005)	90	57	23	2006	Em publicação	90	84	23	2006
Morrer	92	185	23	2006	Fonte de financiamento	91	148	23	2006
Panorama histórico	90	57	23	2006	Médica	90	84	23	2006
Participação de serviço médico	89	36	23	2006	Publicação	90	89	23	2006
Prescrição de produto alimentar	92	224	23	2006	Publicação	90	98	23	2006
Princípios	91	131	23	2006	Publicação	90	101	23	2006
Relação da comunicação e medicina	90	57	23	2006	Tradução	90	101	23	2006
Unesco	91	131	23	2006	Funções				
Eutanásia					Auditoria médica	90	82	23	2006
Administrada	90	106	23	2006	Garrafa, Volnei				
Direito	92	185	23	2006	Conferência	91	121	23	2006
Distanásia	92	185	23	2006	Garzuze, Rozala				
Doente terminal	92	185	23	2006	100 anos de vida	91	184	23	2006
Hospitalar	90	106	23	2006	Geir Campos				
Médico	92	185	23	2006	Poesia	90	119	23	2006
Morrer	92	185	23	2006	Gerson Zafalon Martins				
Projeto de Lei Inglês	91	159	23	2006	Artigo	89	27	23	2006
Eventos					Giamberardini Filho, Donizetti Dimer				
Brindes, canetas, blocos, etc	92	228	23	2006	Artigo	89	44	23	2006
Congressos, conferências	92	228	23	2006	Artigo	92	220	23	2006
Normas da Anvisa	92	228	23	2006	Gratuita				
Responsabilidade	92	228	23	2006	Amostra grátis	89	14	23	2006
Exercício Ilegal					Distribuição	89	14	23	2006
Charlatanismo	91	164	23	2006	Fiscalização	89	14	23	2006
Estudante	91	164	23	2006	HIV				
Optometria	91	164	23	2006	Aids	89	48	23	2006
Exercício Profissional					Exame positivo	89	48	23	2006
Hospitalar	91	149	23	2006	Sem reconsulta	89	48	23	2006
Interdição cautelar	91	149	23	2006	História da Medicina				
Médico	91	149	23	2006	Braçadeira da Cruz Vermelha				
Processo ético	91	149	23	2006	Alemã	89	56	23	2006
Prejuízo grave	91	149	23	2006	Colorímetro de Dubosceq	92	235	23	2006
Resolução CFM nº 142/2006	91	149	23	2006	Distintivo e Símbolo da Força				
Experimentação Animal					Expedicionária Brasileira	89	56	23	2006
Brasil	91	134	23	2006	Museu de Medicina	89	56	23	2006
COBEA	91	134	23	2006	Museu de Medicina	90	120	23	2006
Decreto nº 24.645	91	134	23	2006	Museu de Medicina	91	184	23	2006
Experimentação	91	134	23	2006	Museu de Medicina	92	235	23	2006
História	91	134	23	2006	100 anos de vida	91	184	23	2006
Legislação	91	134	23	2006	Rozala Garzuze	91	184	23	2006
Lei nº 5517/1968	91	134	23	2006	Holanda, Lino Antônio Cavalcanti				
Lei nº 6638/1979	91	134	23	2006	Artigo	90	91	23	2006
Medicina veterinária	91	134	23	2006	Honorários				
Normatização	91	134	23	2006	Atestado de óbito	89	03	23	2006
Pesquisa	91	134	23	2006	Atestado ocupacional	89	06	23	2006
Princípios éticos	91	134	23	2006	Ausência de leitões	92	220	23	2006
Resolução CFMV nº 592/1992	91	134	23	2006	Ato médico	92	220	23	2006
Vivisseção	91	134	23	2006	Convênios	92	220	23	2006
Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke					Dupla cobrança/segunda consulta	89	09	23	2006
Artigo	90	115	23	2006	Dupla especialidade	89	09	23	2006
Fagundes, Maria José Delgado					Emergência	92	220	23	2006
Artigo	92	228	23	2006	Médicos	92	220	23	2006
					Paciente hospitalizado	92	220	23	2006
					Recursos econômicos	92	220	23	2006
					Ilegalidade				
					Resolução CFM nº 142/1999	89	27	23	2006

ASSUNTO	Num.	Pág.	Vol.	Ano	ASSUNTO	Num.	Pág.	Vol.	Ano
Índice Remissivo "Arquivos"					Leigo				
Ano 2006	92	236	23	2006	Desfibrilador automático	89	48	23	2006
N ^o s. 89, 90, 91, 92	92	236	23	2006	Emergência	89	48	23	2006
Informação					Lesão Corporal				
Comunicação	90	57	23	2006	Competência médica	91	162	23	2006
Monografia premiada (2005)	90	57	23	2006	Delegado de polícia	91	162	23	2006
Relação com medicina	90	57	23	2006	Instituto Médico Legal	91	162	23	2006
Inspeção Sanitária					Limites de ação	91	162	23	2006
Licença sanitária	89	06	23	2006	Perícia	91	162	23	2006
Instituto Médico Legal					Solicitação	91	162	23	2006
Competência médica	91	162	23	2006	Liberação				
Delegado de polícia	91	162	23	2006	Licença sanitária	89	07	23	2006
Lesões corporais	91	162	23	2006	Liberdade profissional				
Limites de ação	91	162	23	2006	Limitar consultas/atendimento	92	225	23	2006
Perícia	91	162	23	2006	Licença Sanitária				
Solicitação	91	162	23	2006	Fiscalização	89	07	23	2006
Instrumentação Cirúrgica					Inspeção sanitária	89	07	23	2006
Falta regulamentação	91	172	23	2006	Liberação	89	07	23	2006
Profissão	91	172	23	2006	Médico veterinário	89	07	23	2006
Profissional da área de saúde	91	172	23	2006	Responsável	89	07	23	2006
Recomendação	91	172	23	2006	Licitação				
Responsabilidade do cirurgião	91	172	23	2006	Conceito ética	89	36	23	2006
Tramitação legal	91	172	23	2006	Interesse próprio do médico	89	36	23	2006
Intervenção Cautelar					Participação do médico	89	36	23	2006
Exercício profissional	91	149	23	2006	Prestação de serviço	89	36	23	2006
Hospitalar	91	149	23	2006	Limitar consultas				
Médico	91	149	23	2006	Liberdade profissional	92	225	23	2006
Processo ético	91	149	23	2006	Limite de consulta				
Prejuízo grave	91	149	23	2006	Código de ética	90	113	23	2006
Resolução CFM n ^o 142/2006	91	149	23	2006	Em rede municipal	90	113	23	2006
Interação					Lino Antônio Cavalcanti Holanda				
Cobertura de internação	90	107	23	2006	Artigo	90	91	23	2006
Plano de saúde	90	107	23	2006	Lista de Notificação Compulsória				
Recusa	90	110	23	2006	Agravos	92	228	23	2006
Responsabilidade da internação	90	107	23	2006	Compulsória	92	228	23	2006
Vaga	90	107	23	2006	Doenças	92	228	23	2006
Intersexual					Portaria MS n ^o 05/2006	92	228	23	2006
Ver estado intersexual	00	00	00	00	Lucio Mario da Cruz Bulhões				
Ver Síndrome de Morris	00	00	00	00	Artigo	90	99	23	2006
Interviniência					Artigo	90	102	23	2006
Conceito	89	20	23	2006	Artigo	90	107	23	2006
Jornada de Trabalho					Luiz Carlos Sobania				
Ambulatório	90	113	23	2006	Artigo	90	91	23	2006
Código de Ética Médica	90	113	23	2006	Luiz Gabriel Fernandez Turkowski				
Consultas	90	113	23	2006	Artigo	89	16	23	2006
Número mínimo de atendimento	90	113	23	2006	Artigo	89	36	23	2006
Rede Pública Municipal	90	113	23	2006	Artigo	90	113	23	2006
José Saraiva Felipe					Artigo	92	225	23	2006
Artigo	91	177	23	2006	Luiz Salvador de Miranda Sá Junior				
Kanitz, Stephen					Artigo	89	40	23	2006
Artigo	89	54	23	2006	Má-fé				
Kastrup, Monica de Biase Wright					Fraude	91	148	23	2006
Artigo	92	224	23	2006	Improbidade em estudo	91	148	23	2006
Laboratório					Laboratório	91	148	23	2006
Aids positivo	89	48	23	2006	Pressão econômica	91	148	23	2006
Fraude	91	148	23	2006	Manoel de Oliveira Saraiva Neto				
Improbidade em estudo	91	148	23	2006	Artigo	90	117	23	2006
Ma-fé	91	148	23	2006	Artigo	91	165	23	2006
Não houve consulta	89	48	23	2006	Maria José Delgado Fagundes				
Normas e lista	92	228	23	2006	Artigo	92	228	23	2006
Notificação compulsória de doenças	92	228	23	2006	Maristela Tomás dos Santos				
Pressão de fonte do financiamento	91	148	23	2006	Artigo	90	57	23	2006
Responsabilidade médica	89	48	23	2006	Martins, Gerson Zafalon				
Legalidade					Artigo	89	27	23	2006
Alta à pedido	89	54	23	2006	Mauri José Piazza				
Legislação para pesquisa em animal					Artigo	89	47	23	2006
Brasil	91	134	23	2006	Medicamentos				
COBEA	91	134	23	2006	Controle	89	40	23	2006
Experimentação animal	91	134	23	2006	Farmacêutico/farmácia	89	40	23	2006
Medicina veterinária	91	134	23	2006	Local não recomendado	89	40	23	2006
Pesquisa	91	134	23	2006	Venda em supermercados	89	40	23	2006
					Medicina do Trabalho				
					Atestado médico	90	102	23	2006
					Ato administrativo	90	102	23	2006
					Normas	90	102	23	2006
					Perito	90	102	23	2006
					Prioridade de concessão	90	102	23	2006

ASSUNTO	Num.	Pág.	Vol.	Ano	ASSUNTO	Num.	Pág.	Vol.	Ano
Medicina Legal					Óbito				
Diagnóstico de morte	91	151	23	2006	Atestado	89	03	23	2006
Ética	91	151	23	2006	Declaração	89	03	23	2006
Medicina Quântica					Hospitalar, domiciliar, ambulatorial	89	03	23	2006
Exercício ilegal	89	22	23	2006	Morte fetal	89	03	23	2006
Medicina alternativa	89	22	23	2006	Morte natural	89	03	23	2006
Não reconhecimento de registro	89	22	23	2006	Morte violenta	89	03	23	2006
Médico					Preenchimento da declaração	89	03	23	2006
Atestado médico	90	102	23	2006	Nova Resolução nº 1779	89	03	23	2006
Medicina do trabalho	90	102	23	2006	Responsabilidade médica	89	03	23	2006
Normas de atestado	90	102	23	2006	Serviço de verificação de óbito (SVO)	89	03	23	2006
Pedido de descredenciamento hospitalar do SUS	89	16	23	2006	Ordem Judicial				
Médico Assistente					Inscrição/reinscrição provisória/ excepcional	89	27	23	2006
Conceito	92	218	23	2006	Parecer 5680/1999	89	27	23	2006
Médico Plantonista					Resolução CFM nº 142/99	89	27	23	2006
Alta hospitalar a pedido	89	18	23	2006	Órgãos				
Fornecer receita	89	18	23	2006	Comissão intra hospitalar	91	179	23	2006
Médico assistente ausente	89	18	23	2006	Coordenador de comissão	91	179	23	2006
Paciente psiquiátrico	89	18	23	2006	Doação de órgãos e tecidos	91	179	23	2006
Responsabilidade	89	18	23	2006	Médicos na Bolívia	91	179	23	2006
Médico Veterinário					Portaria MS-GM nº 1752/2005	91	179	23	2006
Fiscalização/responsabilidade	89	06	23	2006	Responsabilidade de comissão	91	179	23	2006
Resolução CFM nº 1.627/2001	89	07	23	2006	Venda	91	179	23	2006
Molteni, Sérgio Maciel					Paciente				
Artigo	92	222	23	2006	Médico assistente	92	218	23	2006
Monica de Biase Wright Kastrup					Paciente Psiquiátrico Hospitalar				
Artigo	92	224	23	2006	Alta a pedido	89	18	23	2006
Monografia Premiada (2005)					Fornecimento de receita	89	18	23	2006
Fatos e imagens de medicina	90	57	23	2006	Médico plantonista	89	18	23	2006
Medicina e meios de comunicação	90	57	23	2006	Paulo Eduardo Berheus				
Repensando a ética	90	57	23	2006	Artigo	90	91	23	2006
Monografia Premiada 2006					Pedro Pablo Magalhães Chacel				
Concurso CRM	92	185	23	2006	Artigo	89	09	23	2006
Morte	92	185	23	2006	Artigo	89	22	23	2006
Morte					Perícia				
Anestesiologista nega executar em condenado (USA)	89	11	23	2006	Competência médica	91	162	23	2006
Atestado de óbito	89	03	23	2006	Delegado de polícia	91	162	23	2006
Declaração de óbito	89	03	23	2006	Honorários	91	162	23	2006
Diagnóstico errado	91	151	23	2006	Instituto Médico Legal	91	162	23	2006
Dilema	92	185	23	2006	Lesão corporal	91	162	23	2006
Direito	92	185	23	2006	Limites de ação	91	162	23	2006
Doente terminal	92	185	23	2006	Médico legal	91	162	23	2006
Ética	92	185	23	2006	Obrigação	91	162	23	2006
Eutanásia/distanásia	92	185	23	2006	Solicitação	91	162	23	2006
Medicina	92	185	23	2006	Pesquisa Animal				
Médico assistente/substituto	89	03	23	2006	Brasil	91	134	23	2006
Médico perante	92	185	23	2006	COBEA	91	134	23	2006
Monografia premiada 2006	92	185	23	2006	Experimentação animal	91	134	23	2006
Mudança de endereço					Legislação	91	134	23	2006
Comunicação	90	90	23	2006	Medicina veterinária	91	134	23	2006
Comunicação	91	176	23	2006	Normatização	91	134	23	2006
Obrigação	91	176	23	2006	Princípios éticos	91	134	23	2006
Museu de Medicina					Vivisseção	91	134	23	2006
Braçadeira da Cruz Vermelha					Piazza, Mauri José				
Alemã	89	56	23	2006	Artigo	89	47	23	2006
Colorímetro de Duboscaq	92	235	23	2006	Plano de Saúde				
Distintivo e Símbolo da Força Expedicionária Brasileira	89	56	23	2006	Autorização	90	91	23	2006
História da Medicina	89	56	23	2006	Cobertura de internação	90	107	23	2006
História da Medicina	90	120	23	2006	Concessão	90	107	23	2006
História da Medicina	91	184	23	2006	Ética	90	91	23	2006
História da Medicina	92	236	23	2006	Legalidade	90	91	23	2006
100 anos de vida	91	184	23	2006	Procedimento médico	90	91	23	2006
Rozala Garzuze	91	184	23	2006	Responsabilidade médica	90	107	23	2006
Nei Moreira da Silva					Vaga hospitalar SUS	90	107	23	2006
Artigo	90	91	23	2006	Ver auditor/Auditoria médica	00	00	00	00
Normas					Plantão				
Auditoria médica	90	82	23	2006	À distância	91	177	23	2006
Notificação compulsória					Atraso	91	177	23	2006
Comunicação ao CRM e MP	92	228	23	2006	Conceito	91	177	23	2006
Comunicação em 24 horas	92	228	23	2006	Em disponibilidade	91	177	23	2006
Doenças e agravos	92	228	23	2006	Falta	91	177	23	2006
Lista nacional	92	228	23	2006	Remuneração	91	177	23	2006
Ministério da Saúde	92	228	23	2006	Sobreaviso	91	177	23	2006
Normas	92	228	23	2006					
Notificação	92	228	23	2006					
Portaria MS nº 05/2006	92	228	23	2006					

ASSUNTO	Num.	Pág.	Vol.	Ano	ASSUNTO	Num.	Pág.	Vol.	Ano
Porta-Recipiuntário Médico					Radiologista				
Artigo	90	120	23	2006	Certificado de qualificação	91	165	23	2006
Portaria nº 05/2006					Clínica do interior	91	165	23	2006
(Notificação Compulsória de					Especialista ou laudo	91	165	23	2006
Doenças e Agravos)	92	228	23	2006	Interpretação e laudo	91	165	23	2006
Prescrição					Legislação	91	165	23	2006
Infringência ética	92	224	23	2006	Médico responsável	91	165	23	2006
Interação médico/empresa	92	224	23	2006	Ortopedia	91	165	23	2006
Produto comercial alimentar	92	224	23	2006	Presença no exame	91	165	23	2006
Princípios					Vigilância sanitária	91	165	23	2006
Bioética	91	121	23	2006	Receita				
Carta de Curitiba	91	121	23	2006	Alta hospitalar a pedido	89	18	23	2006
Direitos Humanos	91	121	23	2006	Fornecer	89	18	23	2006
Unesco	91	121	23	2006	Médico plantonista	89	18	23	2006
Princípios Éticos					Recusa				
Experimentação animal	91	134	23	2006	Internação	90	110	23	2006
Procedimento					Recusa médica				
Consulta	89	09	23	2006	Aplicar anestesia em condenado	89	11	23	2006
Procedimento Médico					à morte				
Recusa pelo auditor	90	91	23	2006	Registro				
Prontuário					Certificado de atualização				
Alta médica	90	110	23	2006	profissional	92	205	23	2006
Análise na instituição	90	110	23	2006	Certificado de área de atuação	92	205	23	2006
Auditoria médica	90	110	23	2006	Certificado médico	92	205	23	2006
Ética	90	110	23	2006	Publicidade	92	205	23	2006
Recusa de internação	90	110	23	2006	Título de Especialista	92	205	23	2006
Retirada da instituição	90	110	23	2006	Reinscrição				
Propaganda					Ordem judicial	89	27	23	2006
Aparelho médico	90	115	23	2006	Parecer 5680/1999	89	27	23	2006
CODAME	90	115	23	2006	Resolução CFM nº 142/99	89	27	23	2006
Dermatologia	90	115	23	2006	Remissivo				
Divulgação em medicina	90	85	23	2006	Índice ano 2006	92	236	23	2006
Ética	90	115	23	2006	Nºs. 89, 90, 91, 92	92	236	23	2006
Folder	90	115	23	2006	Remuneração				
Publicidade	90	115	23	2006	Anestesia	89	44	23	2006
Resolução CFM nº 1701/2003	90	85	23	2006	Emergência	89	44	23	2006
Protocolo					Hospital SUS	89	44	23	2006
Modelo de atendimento	89	20	23	2006	Renato S. Rocco				
Saúde da família	89	20	23	2006	Artigo	89	18	23	2006
Solicitação recusada pelo CRM	89	20	23	2006	Representação Regional				
Psiquiatria					Atribuições	91	156	23	2006
Alta	89	20	23	2006	Constituição	91	156	23	2006
Paciente hospitalar	89	20	23	2006	Representantes	91	156	23	2006
Publicação					Resolução CFM				
Células tronco	90	89	23	2006	Declaração de óbito	89	03	23	2006
Células tronco	90	98	23	2006	Em vigor desde 1957 a 2005	89	01	23	2006
Fraude	90	84	23	2006	Ilegalidade	89	27	23	2006
Fraude	90	89	23	2006	Inscrição provisória/excepcional	89	27	23	2006
Fraude	90	98	23	2006	Nº 1779 (declaração de óbito)	89	03	23	2006
Fraude	90	101	23	2006	Nº 142/99 (inscrição/reinscrição)	89	27	23	2006
Ver artigo	00	00	00	00	Ordem judicial	89	27	23	2006
Publicidade					Parecer de inscrição e reinscrição	89	27	23	2006
Em medicina	90	85	23	2006	Resolução CFM nº 1466/1996				
Quântica					Perfil de auditor médico	90	91	23	2006
Medicina ilegal	89	22	23	2006	Resolução CFM nº 1614/2001				
Medicina alternativa	89	22	23	2006	Auditoria	90	82	23	2006
Não reconhecimento	89	22	23	2006	Resolução CFM nº 1701/2003				
Radiografia					Codame	90	85	23	2006
Ausência de Radiologista	90	117	23	2006	Propaganda/publicidade	90	85	23	2006
Cidade do interior	90	117	23	2006	Resolução CFM nº 143/2006				
Cons. Reg. de Técnico em					(Delegacias Regionais)	91	151	23	2006
Radiologia	90	117	23	2006	Resolução CFM nº 144/2006				
Decreto nº 92.790/86	90	117	23	2006	(Representações Regionais)	91	156	23	2006
Lei nº 7394/85	90	117	23	2006	Resolução CFM nº 146/2006				
Normas	90	117	23	2006	(Câmaras Técnicas)	91	160	23	2006
Radiologia					Competência	91	160	23	2006
Certificado de qualificação	91	165	23	2006	Constituição	91	160	23	2006
Clínica do interior	91	165	23	2006	Definição/conceito	91	160	23	2006
Interpretação e laudo	91	165	23	2006	Resolução CFM nº 1772/2005				
Legalidade	91	165	23	2006	(Certificado de Atualização	92	205	23	2006
Legislação	91	165	23	2006	Profissional)				
Ortopedia	91	165	23	2006	Resolução em vigor				
Radiologista	91	165	23	2006	De 1957 a 2005	89	07	23	2006
Técnico em radiologia	91	165	23	2006					
Vigilância sanitária	91	165	23	2006					

ASSUNTO	Num.	Pág.	Vol.	Ano	ASSUNTO	Num.	Pág.	Vol.	Ano
Responsabilidade médica					Sumário "Arquivos" 2006	00	00	00	00
Aids	89	48	23	2006	Vide Índice Remissivo 2006				
Alta hospitalar a pedido	89	20	23	2006	Supermercado				
Assistência médica domiciliar	92	212	23	2006	Controle	89	40	23	2006
Fornecer receita	89	20	23	2006	Farmacêutico/farmácia	89	40	23	2006
HIV positivo	89	48	23	2006	Venda de medicamentos	89	40	23	2006
Médico plantonista	89	20	23	2006	SUS				
Normas técnicas	92	212	23	2006	Descredenciamento hospitalar a pedido	89	16	23	2006
Procura de resultado	89	48	23	2006	Manter atendimento hospitalar	89	16	23	2006
Resolução CFM 1668/2003	92	212	23	2006	Ministério Público	89	16	23	2006
Ricardo José Batista					SVO				
Artigo	89	40	23	2006	Serviço de Verificação de Óbito	89	03	23	2006
Roberto Luiz D'Avila					Tarefa				
Artigo	89	48	23	2006	Poesia	90	119	23	2006
Rocco, Renato S.					Teste de audição				
Artigo	89	18	23	2006	Anestesia profunda	92	220	23	2006
Roseni Teresinha Florêncio					Equipe técnica	92	220	23	2006
Artigo	91	174	23	2006	Título de Especialista				
Rozala Garzuze					Área de atuação	91	174	23	2006
100 anos de vida	91	184	23	2006	Área de atuação	92	205	23	2006
Rubens dos Santos Silva					Atualização científica	91	174	23	2006
Artigo	89	20	23	2006	Cadastro Nacional de Atualização	92	205	23	2006
Rupollo, Wadir					Certificado de atualização	92	205	23	2006
Artigo	89	14	23	2006	Certificado de área de atuação	92	205	23	2006
Sá Junior, Luiz Salvador de Miranda					Comprovação	92	205	23	2006
Artigo	89	40	23	2006	Influência na relação c/paciente	91	174	23	2006
Santos, Maristela Tomás dos					Médico-convênio	91	174	23	2006
Artigo	90	57	23	2006	Normas	92	205	23	2006
Saraiva Neto, Manoel de Oliveira					Profissional	92	205	23	2006
Artigo	90	117	23	2006	Renovação de título	91	174	23	2006
Artigo	91	165	23	2006	Resolução CFM nº 1772/2005	92	205	23	2006
Saúde Complementar					Turkowski, Lulz Gabriel Fernandez				
Agência Nacional	89	12	23	2006	Artigo	89	16	23	2006
Inscrição física/jurídica	89	12	23	2006	Artigo	89	36	23	2006
Operadora fiscalizadora	89	12	23	2006	Artigo	90	113	23	2006
Sedação					Artigo	92	225	23	2006
Anestesia	92	220	23	2006	Unesco				
Equipe médica	92	220	23	2006	Bioética	91	121	23	2006
Exame de teste auditivo	92	220	23	2006	Declaração Universal	91	121	23	2006
Profunda	92	220	23	2006	Direitos Humanos	91	121	23	2006
Resolução CFM nº 1670/2003	92	220	23	2006	Princípios	91	121	23	2006
Sérgio Maciel Molteni					Vaga				
Artigo	92	222	23	2006	Alta	90	107	23	2006
Silo Tadeu S. de Holanda Cavalcanti					Concessão	90	107	23	2006
Artigo	89	38	23	2006	CONSU nº 13/98	90	107	23	2006
Silva, Rubens do Santos					Função não médica	90	107	23	2006
Artigo	89	20	23	2006	Hospitalar SUS	90	107	23	2006
Silva, Nei Moreira da					Plano de saúde (cobertura)	90	107	23	2006
Artigo	90	91	23	2006	Responsabilidade de contato	90	107	23	2006
Síndrome de Morris					Venda				
Estado intersexual	89	47	23	2006	Farmacêutico/farmácia	89	40	23	2006
Pseudo hermafroditismo	89	47	23	2006	Medicamentos em supermercado	89	40	23	2006
Quadro clínico	89	47	23	2006	Venda de Órgãos				
Responsabilidade médica	89	47	23	2006	Denúncia	91	179	23	2006
Testículos feminilizantes	89	47	23	2006	Médicos na Bolívia	91	179	23	2006
Sobania, Luiz Carlos					Veterinário				
Artigo	90	91	23	2006	Ver médico veterinário	00	00	00	00
Sobreaviso					Vivessecção				
À distância	91	177	23	2006	Animal	91	134	23	2006
Em disponibilidade	91	177	23	2006	Experimentação	91	134	23	2006
Plantão	91	177	23	2006	Legislação	91	134	23	2006
Sociedade Brasileira de Bioética					Volnei Garrafa				
Boletim	91	133	23	2006	Conferência	91	121	23	2006
Curso de Bioética	91	133	23	2006	Wadir Rupollo				
Diretoria	91	133	23	2006	Artigo	89	14	23	2006
Ética	91	133	23	2006	Wittig, Ehrenfried Othmar				
Revista	91	133	23	2006	Artigo	89	56	23	2006
Souza Filho, Zacarias Alves de					Artigo	90	120	23	2006
Artigo	91	170	23	2006	Artigo	91	184	23	2006
Stahlke, Ewalda Von Rosen Seeling					Artigo	92	235	23	2006
Artigo	90	115	23	2006	Zacarias Alves de Souza Filho				
Stephen Kanitz					Artigo	91	170	23	2006
Artigo	89	54	23	2006					