

ISSN 0104 - 7620

# ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina  
do Paraná

Arq Cons Region Med do PR	Curitiba	v. 24	n. 93	p. 01-60	Jan/Mar.	2007
---------------------------	----------	-------	-------	----------	----------	------

## **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 CRM/PR, é uma revista criada em 1984, dedicada a divulgação de trabalhos, artigos, legislações, pareceres, resoluções e informações de conteúdo ético.

## **ENDERECOS**

### **CRM**

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

### **CFM**

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

## **EDIÇÃO**

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

## **REPRODUÇÃO OU TRANSCRIÇÃO**

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

## **RESPONSABILIDADE**

Os conceitos expressos nos artigos publicados e assinados, são de responsabilidade de seus autores e não representam necessariamente o pensamento do Conselho Regional de Medicina do Paraná.

Os "Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná", são encaminhados gratuitamente a todos os Médicos registrados no Conselho Regional de Medicina do Paraná, às bibliotecas dos Cursos de Medicina e dos Cursos de Direito do Brasil, ao Conselho Federal de Medicina, aos Conselhos Regionais de Medicina, aos Conselhos Regionais da Área de Saúde do Paraná e outros solicitantes.

## **NORMAS PARA OS AUTORES**

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

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

**Título** - sintético e preciso, em português.

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

**Procedência** - O nome da instituição deve ser registrado no rodapé da primeira página, seguindo-se o título ou grau e a posição ou cargo de cada autor e, embaixo, o endereço para correspondência sobre o artigo.

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

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

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

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

Referências - devem ser limitadas ao essencial para o texto. Numerar em ordem seqüencial de citação no texto. A forma de referência é a do Index Medicus. Em cada referência deve constar:

Artigos - autor(es) pelo último sobrenome, seguido das iniciais dos demais nomes em letra maiúscula. Vírgula entre cada autor e ponto final dos nomes.

Ex.: Werneck LC, Di Mauro S.

Título do trabalho e ponto. Periódico abreviado pelo Index Medicus, sem ponto após cada abreviatura, mas ponto no final. Ano, seguido de ponto e vírgula. Volume e dois pontos, página inicial - final, ponto.

Livros - autor(es) ou editor(es). Título; edição se não for a primeira. Cidade da editoração. Ano e página inicial-final.

Resumo(s) - autor(es), título seguido de (abstract). Periódico, ano, volume, página(s). Quando não publicado em periódico: publicação, cidade, publicadora, ano, página(s).

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

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

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

## **ÍNDICE REMISSIVO**

Consulte o índice remissivo por autores e assuntos dos primeiros 50 números, publicados no Suplemento I dos "Arquivos", no mês de dezembro de 1997 e, após, no último número de cada ano. Um índice completo está disponível na Home-Page [www.crmpr.org.br](http://www.crmpr.org.br) Em caso de dúvida, consulte nossa bibliotecária em [biblioteca@crmpr.org.br](mailto:biblioteca@crmpr.org.br) ou por telefone 0xx41 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. 24, n.93, 2007

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

### **O [Des]Preparo Para Lidar com a Morte na Graduação Médica**

Camila Boaventura, Rodrigo Athanazio, Luri Neville, Caio Nunes

Nedy Neves e Edilberto Amorim ..... 01

## RESOLUÇÕES

### **A Ética e os Pacientes Terminais Incuráveis. Limitar ou Suspender Procedimentos e Tratamentos**

CFM ..... 13

### **Filmagens e Fotografias de Pacientes Devem Seguir Rígidos Princípios de Preservação de Identidade**

CRMPR ..... 18

## PARECERES

### **Direito de Visita em Hospital Psiquiátrico e Acesso ao Prontuário por Parente Médico**

Roseni Teresinha Florêncio ..... 20

### **Acúmulo de Funções Médicas**

Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke ..... 24

### **Prontuário: Cooperativa Médica e Planos de Saúde Podem ter Acesso se Houver Permissão Específica do Paciente**

Antonio Celso de Albuquerque ..... 26

### **Atestado Médico Para Utilização de Piscina tem Pressupostos**

Romeu Bertol ..... 28

### **Atestado de Condições de Aptidão Para Submissão à Cirurgia**

Alexandre Gustavo Bley ..... 30

### **Prova Terapêutica em Paciente com Tuberculose**

Roseni Teresinha Florêncio ..... 32

### **Curso de Socorrista: Normas**

Roseni Teresinha Florêncio ..... 35

## RECOMENDAÇÃO MP-PR

### **Profissionais Médicos Devem Esgotar as Alternativas de Fármacos Previstas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério de Saúde**

Ministério Público do Estado do Paraná ..... 46

## NOTAS DA IMPRENSA

### **Caso de Eutanásia Comove a Espanha**

Gazeta do Povo ..... 17

### **Diagnóstico Errado Causa Indenização**

Gazeta do Povo ..... 25

### **Setores Católicos Impedem Aborto Autorizado**

Gazeta do Povo ..... 29

### **Livro com Pele Humana na Capa Intriga a Polícia**

Gazeta do Povo ..... 31

### **Portugal Fará Referendo Sobre o Aborto**

Gazeta do Povo ..... 52

### **Nos EUA, Pais Mantêm Filha Como "Criança Permanente"**

Estado de São Paulo ..... 53

### **Americanos Farão Transplante de Útero**

Folha de São Paulo ..... 54

### **Propaganda de Remédio Pode ser Crime**

Diretoria do SIMESP ..... 55

### **Médico Desliga Aparelhos de Italiano Que Acendeu Debates Sobre Eutanásia**

Reuters ..... 56

### **Igreja Nega Funeral a Italiano que quis Morrer**

Jornal Estado de São Paulo ..... 58

### **Justiça Argentina Discute Ortotanásia**

Jornal Estado de São Paulo ..... 59

## HISTÓRIA DA MEDICINA

### **Fototeca - Álbum do Prof. Dr. Alô T. Guimarães**

Ehrenfried Othmar Wittig ..... 60

## O [DES]PREPARO PARA LIDAR COM A MORTE NA GRADUAÇÃO MÉDICA

Camila Boaventura\*, Caio Nunes\*, Edilberto Amorin\*, Iuri Neville\*,  
Rodrigo Athanazio\*\*, Nedy Neves\*\*\*

**RESUMO - Objetivo:** Delinear as possíveis diferenças de atitudes do graduando de Medicina de duas instituições de Salvador-Bahia em relação ao tema *Morte e Morrer* ao longo da formação acadêmica a fim de detectar se as entidades têm promovido esta discussão. **Métodos:** Trata-se de um estudo prospectivo, observacional feito através da aplicação de um questionário a uma amostra de 324 alunos, escolhidos aleatoriamente, pertencentes à fase pré-clínica e clínica de duas instituições de Salvador-Bahia no 2º semestre de 2005. **Resultados:** Quando questionados se a faculdade havia oferecido meios de lidar com o paciente terminal, 23,4% dos estudantes da fase pré-clínica responderam que receberam meios necessários, enquanto que 37,5% da clínica responderam essa opção ( $p=0,000$ ). 40,2% da clínica disseram ter recebido alguma orientação como conduzir um aviso de morte, apesar de 17,4% destes alunos afirmarem que não se sentiriam mal diante da morte de seu paciente. 21,2% dos entrevistados da clínica e 10,7% da pré-clínica consideram que sua profissão não melhorará sua relação com a morte ( $p=0,011$ ). **Conclusões:** Verifica-se uma carência do debate sobre o tema *Morte e Morrer* nas faculdades de medicina e um processo de negação do assunto pelos acadêmicos com a evolução do curso.

**Unitermos:** morte e morrer, estudantes de medicina, ética médica, bioética, ensino médico inadequado, despreparo

## ABILITY OR LACK OF ABILITY TO DEAL WITH DEATH IN MEDICAL SCHOOL

**ABSTRACT - Background:** The majority of the universities of Medicine doesn't possess in sweats curriculum, disciplines that they formal discuss, reflecting in the professional's unpreparedness to deal with subject and the terminal patient. **Objective:** Delineate the possible differences of attitudes of the graduating of Medicine of two institutions of Salvador-Bahia in relation to the subject *Death and to Die* along the academic formation in order to detect the entities has been promoting this discussion. **Methods:** It is a prospective study, observational done through the application of a questionnaire to a sample of 324 students, chosen randomly, belonging to the pre-clinic school and clinic of two institutions of Salvador-Bahia in the 2nd semester of 2005. **Results:**

---

\* Acadêmicos de Medicina, Salvador-Ba; \*\* Residente de Clínica Médica, S. Paulo-SP; \*\*\* Médica Oftalmologista, Salvador-Ba. Monografia premiada em 2º lugar no 17º Concurso sobre Ética Médica, promovido pelo Conselho Regional de Medicina, PR, 2006.

## **EDIÇÃO**

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

## **REPRODUÇÃO OU TRANSCRIÇÃO**

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

## **RESPONSABILIDADE**

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

## **NORMAS PARA OS AUTORES**

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

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

**Título** - sintético e preciso, em português.

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

**Procedência** - O nome da instituição deve ser registrado no rodapé da primeira página, seguindo-se o título ou grau e a posição ou cargo de cada autor e, embaixo, o endereço para correspondência sobre o artigo.

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

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

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

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

Referências - devem ser limitadas ao essencial para o texto. Numerar em ordem seqüencial de citação no texto. A forma de referência é a do Index Medicus. Em cada referência deve constar:

Artigos - autor(es) pelo último sobrenome, seguido das iniciais dos demais nomes em letra maiúscula. Vírgula entre cada autor e ponto final dos nomes.

Ex.: Werneck LC, Di Mauro S.

Título do trabalho e ponto. Periódico abreviado pelo Index Medicus, sem ponto após cada abreviatura, mas ponto no final. Ano, seguido de ponto e vírgula. Volume e dois pontos, página inicial - final, ponto.

Livros - autor(es) ou editor(es). Título; edição se não for a primeira. Cidade da editoração. Ano e página inicial-final.

Resumo(s) - autor(es), título seguido de (abstract). Periódico, ano, volume, página(s). Quando não publicado em periódico: publicação, cidade, publicadora, ano, página(s).

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

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

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

## **ÍNDICE REMISSIVO**

Consulte o índice remissivo por autores e assuntos dos primeiros 50 números, publicados no Suplemento I dos "Arquivos", no mês de dezembro de 1997 e, após, no último número de cada ano. Um índice completo está disponível na Home-Page [www.crmpr.org.br](http://www.crmpr.org.br) Em caso de dúvida, consulte nossa bibliotecária em [biblioteca@crmpr.org.br](mailto:biblioteca@crmpr.org.br) ou por telefone 0xx41 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. 24, n.93, 2007

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

### **O [Des]Preparo Para Lidar com a Morte na Graduação Médica**

Camila Boaventura, Rodrigo Athanazio, Luri Neville, Caio Nunes

Nedy Neves e Edilberto Amorim ..... 01

## RESOLUÇÕES

### **A Ética e os Pacientes Terminais Incuráveis. Limitar ou Suspender Procedimentos e Tratamentos**

CFM ..... 13

### **Filmagens e Fotografias de Pacientes Devem Seguir Rígidos Princípios de Preservação de Identidade**

CRMPR ..... 18

## PARECERES

### **Direito de Visita em Hospital Psiquiátrico e Acesso ao Prontuário por Parente Médico**

Roseni Teresinha Florêncio ..... 20

### **Acúmulo de Funções Médicas**

Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke ..... 24

### **Prontuário: Cooperativa Médica e Planos de Saúde Podem ter Acesso se Houver Permissão Específica do Paciente**

Antonio Celso de Albuquerque ..... 26

### **Atestado Médico Para Utilização de Piscina tem Pressupostos**

Romeu Bertol ..... 28

### **Atestado de Condições de Aptidão Para Submissão à Cirurgia**

Alexandre Gustavo Bley ..... 30

### **Prova Terapêutica em Paciente com Tuberculose**

Roseni Teresinha Florêncio ..... 32

### **Curso de Socorrista: Normas**

Roseni Teresinha Florêncio ..... 35

## RECOMENDAÇÃO MP-PR

### **Profissionais Médicos Devem Esgotar as Alternativas de Fármacos Previstas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério de Saúde**

Ministério Público do Estado do Paraná ..... 46

## NOTAS DA IMPRENSA

### **Caso de Eutanásia Comove a Espanha**

Gazeta do Povo ..... 17

### **Diagnóstico Errado Causa Indenização**

Gazeta do Povo ..... 25

### **Setores Católicos Impedem Aborto Autorizado**

Gazeta do Povo ..... 29

### **Livro com Pele Humana na Capa Intriga a Polícia**

Gazeta do Povo ..... 31

### **Portugal Fará Referendo Sobre o Aborto**

Gazeta do Povo ..... 52

### **Nos EUA, Pais Mantêm Filha Como "Criança Permanente"**

Estado de São Paulo ..... 53

### **Americanos Farão Transplante de Útero**

Folha de São Paulo ..... 54

### **Propaganda de Remédio Pode ser Crime**

Diretoria do SIMESP ..... 55

### **Médico Desliga Aparelhos de Italiano Que Acendeu Debates Sobre Eutanásia**

Reuters ..... 56

### **Igreja Nega Funeral a Italiano que quis Morrer**

Jornal Estado de São Paulo ..... 58

### **Justiça Argentina Discute Ortotanásia**

Jornal Estado de São Paulo ..... 59

## HISTÓRIA DA MEDICINA

### **Fototeca - Álbum do Prof. Dr. Alô T. Guimarães**

Ehrenfried Othmar Wittig ..... 60

# SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>2</b>
<b>2. MÉTODOS .....</b>	<b>3</b>
<b>2.1. DESENHO DO ESTUDO .....</b>	<b>3</b>
<b>2.2. AMOSTRA .....</b>	<b>3</b>
<b>2.3. INSTRUMENTO DE COLETA .....</b>	<b>3</b>
<b>2.4. ANÁLISE ESTATÍSTICA .....</b>	<b>4</b>
<b>3. RESULTADOS .....</b>	<b>4</b>
<b>4. DISCUSSÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>5. CONCLUSÕES .....</b>	<b>10</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>10</b>
<b>ANEXO A .....</b>	<b>12</b>

When been questioned the university had offered means of working with the terminal patient, 23,4% of the students pre-clinic school answered that its received necessary means, while 37,5% of the clinic answered that option ( $p=0,000$ ). 40,2% of the clinic school said to have received some orientation how to drive a death warning, although 17,4% of these students to affirm that if they would not feel bad before its patient's death. 21,2% of the interviewees of the clinic and 10,7% of the pre-clinic consider that its profession won't improve its relationship with the death ( $p=0.011$ ).

**Conclusions:** Verify that there is a lack of the debate on the subject *Death and to Die* in the medicine universities and a process of denial of the subject with the evolution of the course, unlike what it is verified in the entrance.

**Key words:** death and to die, medical students, medical ethics, bioethics, medical teaching, inappropriate, inadequate medical instruction, lack of training

## 1. INTRODUÇÃO

Vencer a morte sempre se constituiu num desafio para o ser humano ao longo da sua história<sup>1</sup>. Essa busca incessante é comprovada através de relatos de experiências de diferentes povos acerca deste assunto. Os médicos, como os sacerdotes, sempre estiveram ao lado dos que abraçam esta causa defendendo o paciente da morte. Diagnosticar, tratar, prevenir e cuidar, hoje, já não significa mais simplesmente evitar a disseminação de doenças ou a cura de um enfermo, mas sim a procura pelo bem-estar individual e coletivo<sup>2</sup>.

A evolução tecno-científica foi fundamental para delinear esse panorama. Surtos de doenças, como as pestes que assolaram a Europa e o Mundo no século XIX, puderam ser controlados com o advento das vacinas e da antibioticoterapia. É neste contexto que surge a figura do médico, como um ser onipotente que através da magia da cura promove a vida, nunca a morte<sup>3</sup>. A Medicina, por sua vez, finalmente assume caráter de ciência, relegando ao segundo plano seu lado sacerdotal da antiga cultura grega<sup>4</sup>.

Assim, por razões históricas e culturais, o homem atual encara a morte como um problema a ser enfrentado, que o aproxima do ideal de imortalidade<sup>1,5</sup>. E, que também, traz angústia e medo, sendo, por isso, negada pelas pessoas de um modo geral e, em especial, pelos profissionais médicos<sup>1,5,6,7</sup>. No meio universitário o assunto é tratado como um tabu e os jovens não têm contato com o tema<sup>6,8,9</sup>. A exclusão das emoções é transformada via racionalização numa técnica científica<sup>5,6</sup>. Isso justifica a falta de relacionamento com o paciente, protegendo o médico do sofrimento perante a morte do outro<sup>6,10</sup>.

A morte definida filosoficamente como um processo de transição de um estado anterior para outro tem sido desprezada pelos médicos e acadêmicos de Medicina ao longo de sua formação<sup>14</sup>. Isso reflete negativamente na condução de dilemas éticos no exercício de sua profissão<sup>15</sup>. Daí, o papel das instituições de ensino em construir habilidades e competências para o futuro profissional de saúde, capacitando-o no manejo com o paciente terminal<sup>1,6,10,16</sup>.

O objetivo deste trabalho é delinear as possíveis diferenças de atitudes do graduando de Medicina de duas escolas médicas localizadas na cidade de Salvador-Bahia-Brasil. A Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública da Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências (EBMSP-FBDC), escola privada, e a Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia (FAMEB-UFBA), escola pública. O estudo procura focar o tema *Morte e Morrer* ao longo da formação acadêmica, a fim de detectar se as instituições têm promovido à possibilidade de discussão em torno deste assunto.

## **2. MÉTODOS**

### **2.1. DESENHO DO ESTUDO**

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, constituído por análise qualitativa e quantitativa, baseada em pesquisa de campo, realizada através da aplicação de questionário aos alunos do curso de graduação em escolas médicas (uma pública e uma privada), no 2º semestre de 2005.

### **2.2. AMOSTRA**

A amostra do estudo foi selecionada entre os alunos do 1º, 3º e 5º ano de ambas as escolas médicas. Foram escolhidos, aleatoriamente, 324 estudantes entre os 1080 matriculados. A quantidade de estudantes da amostra foi dividida equitativamente entre os anos estudados. Este número foi obtido através do cálculo de 30% do total de alunos presentes nos três anos selecionados para a pesquisa. Dos 324 estudantes, 180 (55,6%) são da escola privada e 144 alunos (44,4%) da escola pública, pois a primeira destina 40 vagas a mais que a segunda na seleção do exame vestibular. A escolha dos acadêmicos que responderam ao inquérito foi realizada através de randomização a partir das listas das turmas fornecidas pelo setor responsável de cada escola médica. Todos os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido concordando em participar da pesquisa. Por motivos didáticos, os alunos pertencentes ao 1º e 3º ano da graduação foram incluídos no grupo da fase pré-clínica, enquanto que aqueles alunos do 5º ano foram incluídos no grupo da fase clínica do curso.

### **2.3. INSTRUMENTO DE COLETA**

O instrumento de coleta foi o questionário fundamentado no modelo desenvolvido e aplicado por Rosa (1999)<sup>3</sup> com a finalidade de constatar se a escola tem cumprido seu papel de educadora oferecendo a orientação necessária sobre o tema. Devido ao grande número de questões e da especificidade para determinados seguimentos, foram selecionadas aquelas que mais se aproximavam dos objetivos deste estudo e as demais sofreram reformulação para se adequarem ao tema. Ao final, o inquérito constava com um total de 23 questões objetivas, sendo a maioria de

única escolha. Na apresentação inicial do questionário havia questões relativas aos dados sócio-demográficos do avaliado na tentativa de poder correlacionar com mudanças de percepções ao longo da graduação.

Um estudo-piloto foi realizado, selecionando-se aleatoriamente indivíduos de outros anos do curso, não participantes da pesquisa, para que respondessem ao questionário criticamente quanto à clareza, a facilidade de preenchimento, opções de respostas e avaliação do tempo para respondê-lo.

O Protocolo de Pesquisa foi aprovado através do parecer nº51/2005 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências (CEP-FBDC).

## 2.4. ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística foi realizada no software *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 9.0 através do cruzamento de dados dos alunos das duas escolas médicas pesquisadas com o objetivo de se comparar os resultados em relação ao semestre, gênero, religião e orientação dos cursos frente ao tema abordado e questionado. Todas as variáveis foram avaliadas por frequências simples e relativa e as análises estatísticas foram realizadas através do teste *t Student* para variáveis contínuas e o teste  $\chi^2$  para as categóricas. Significância estatística foi considerada quando  $p < 0,05$ .

## 3. RESULTADOS

Da amostra estudada ( $n=324$ ), 216 foram da fase pré-clínica e 108 da fase clínica do curso. A média de idade foi de  $21,72 \pm 2,30$  (17-32 anos). Dentro desta amostra, 168 (52%) eram do gênero masculino. Quando perguntados sobre religião, os estudantes responderam que 53,1% (172) eram católicos, 5,23% (17) protestantes, 6,2% (20) espíritas, 1,9% (6) tinham uma religião diferente das já citadas e 23,7% (109) não tinham religião ou não especificaram.

A **tabela 1** descreve o resultado do questionamento feito aos graduandos se a faculdade havia oferecido meios para os mesmos lidarem com o paciente terminal. Dentre os estudantes da fase pré-clínica, 23,4% responderam que receberam meios necessários para lidar com o paciente terminal, enquanto que 37,5% dos estudantes da fase clínica responderam essa opção ( $p < 0,001$ ). Dentre os estudantes que responderam ter tido contato com o paciente terminal, 17,5% afirmaram que tiveram muita dificuldade em lidar com a morte de um paciente. Já entre os estudantes que responderam não ter tido contato com o paciente terminal, 35,1% afirmaram o mesmo ( $p = 0,026$ ).

**Tabela 1.** O contato com o paciente terminal e a angustia do estudante ao abordá-lo.

		<b>Reação do estudante diante da suposta Morte de seu paciente</b>	
		Teria alguma dificuldade, não teria dificuldade, ou ignoraria o fato.	Teria muita dificuldade ou não saberia o que fazer.
<b>A escola ofereceu meios de lidar com o paciente terminal?</b>	<b>Sim</b> n=40 (12,65%)	33 (82,5)	7 (17,5)
	<b>Não</b> n=276 (87,35%)	179 (64,9)	97 (35,1)

\* Diminuição da dificuldade de lidar com a morte pelo fato da escola médica ter oferecido meios de lidar com o paciente terminal  
*Odds Ratio* = 2,554      *p*=0,026

Quando questionados suas possíveis atitudes diante da morte de uma paciente, estudantes responderam com base nas opções “envolvido”, cordial e indiferente. Obteve-se o seguinte resultado: Dos que responderam a opção “envolvido” 73,33% eram da fase pré-clínica e 26,67% da clínica ( $p < 0,05$ ). Dentre os que responderam que seriam cordiais, 64,71% eram alunos da fase pré-clínica e 35,29% da clínica. Na assertiva indiferente a relação foi a seguinte entre os grupos estudados, pré-clínica e clínica (33,33% X 66,67%),  $p < 0,05$ .

Ao serem questionados se haviam recebido alguma orientação sobre como conduzir o aviso de morte aos familiares do paciente terminal, 318 (98,1% do total da amostra) graduandos responderam esta assertiva. Destes, 4,2% da fase pré-clínica responderam que haviam recebido esse tipo de orientação enquanto que 95,8% negaram ter recebido algum tipo de orientação como conduzir o aviso de morte. Já os estudantes da clínica, 58,9 % responderam que não tiveram essa orientação ( $p < 0,001$ ).

Perguntou-se aos alunos da fase pré-clínica e da fase clínica se alguma matéria do curso se preocupou com o tema *Morte e Morrer*. 65,7% dos alunos do 3º ano e 88% do 5º ano responderam que sim, ao contrário de mais da metade dos alunos do 1º ano (57,9%) aos quais afirmaram que até o momento não houve matéria do curso com tal preocupação, refletindo que este tipo de assunto não é abordado no 1º ano da graduação e sim à medida que progride o curso ( $p < 0,05$ ). Para apenas 34,3% e 12% dos alunos do 3º e 5º ano, respectivamente, não foi apresentado em nenhuma matéria ao longo da graduação, refletindo mais uma vez que o tema é tratado com a evolução do curso, apesar de 42,1% do 1º ano já apontar uma presença de um ensino formal nos anos iniciais da faculdade.

Os alunos relataram que a discussão sobre tal tema geralmente parte dos professores (54,54% dos alunos da pré-clínica e 83,3% da clínica) sendo essa opinião, portanto, mais evidenciada pelos alunos da fase clínica ( $p < 0,05$ ).

Sobre uma pergunta a fim de investigar a atitude que o estudante teria diante da morte de seu paciente obteve-se o seguinte resultado de 321 alunos: 7,4% dos estudantes da pré-clínica afirmaram que não se sentiriam mal com o fato enquanto 17,9% dos estudantes da clínica afirmaram o mesmo ( $p = 0,004$ ).

Levantou-se a opinião dos alunos sobre a existência de debate entre eles e os colegas mais velhos ou professores sobre o assunto. 27% da fase pré-clínica afirmaram que nunca conversam sobre o assunto, enquanto que 74% dos estudantes da fase clínica relataram tal acontecimento ( $p < 0,05$ ).

Sobre o impacto da experiência de ter presenciado uma necropsia e sua relação com a visão da morte, os resultados foram: 185 (57,28%) estudantes, do total de 323, responderam ter presenciado uma necropsia. Destes, 75% (IC 95%, 68,1 - 81,1%) responderam que o fato se constituiu num momento de reflexão sobre a morte.

A **tabela 2** descreve a resposta dos estudantes ao seguinte interrogatório: "Você acha que a profissão melhorará sua relação com a morte?". Dos estudantes da clínica, 21,2% responderam "não" a essa pergunta enquanto apenas 10,7% dos estudantes da pré-clínica responderam o mesmo ( $p = 0,011$ ).

**Tabela 2.** A relação da morte na profissão médica.

	Você acha que a profissão médica melhorará sua relação com Morte?	
	Sim	Não
<b>Pré-Clínica</b> <i>n</i> =215 (67,39%)	192 (89,3)	23 (10,7)
<b>Clínica</b> <i>n</i> =104 (32,61%)	82 (78,8)	22 (21,2)

\* Aumento da negação da morte com o passar do curso. Os estudantes da fase clínica são menos esperançosos quanto à relação morte e sua profissão.  
Odds Ratio = 2,2397  $p = 0,011$

Já a **tabela 3** mostra as respostas dos graduandos ao questionamento sobre a posição do médico frente à morte. A distribuição das respostas dos alunos da fase pré-clínica foi a seguinte: 49% acham que os médicos aprendem a conviver com a morte enquanto que 7,4% relataram que negam a mesma. Já os alunos da fase clínica responderam da seguinte forma: 30,6% acham que os médicos aprendem a conviver com a morte e 20,4% negam a mesma.

Você acha que o médico:	Pré-Clinica n=215 (65,56%)	Clínica n=108 (33,44%)	Valor de p
<b>Aprende a conviver com a morte</b>	105 (48,5%)	33 (30,6%)	<b>p&lt;0,05</b>
<b>Consegue sair da faculdade em condições de lidar satisfatoriamente com a morte</b>	15 (6,9%)	8 (7,4%)	<b>p=NS</b>
<b>Lidaria adequadamente com a morte conforme o caso</b>	64 (29,6%)	40 (37%)	<b>p=NS</b>
<b>Nega a morte para conseguir conviver com ela</b>	14 (6,5%)	22 (20,4%)	<b>p&lt;0,05</b>
<b>Nunca aprende a conviver com a morte</b>	<b>17 (7,9%)</b>	<b>5 (4,6%)</b>	<b>p=NS</b>

\* Os Alunos da Clínica ao mesmo tempo em que afirmam que os médicos aprendem a conviver com a Morte a negam na mesma intensidade.  
p=0,05

#### 4. DISCUSSÃO

O avanço das tecnologias médicas com ênfase em novos enfoques terapêuticos e a mudança radical nas relações humanas tem contribuído para o prolongamento de vidas<sup>4</sup>. O paciente, antes tratado em casa, é agora trazido para o ambiente hospitalar, total ou quase totalmente estéril, para receber cuidados especiais<sup>3, 5</sup>. Hoje, grande parte da população falece nos hospitais, sendo os pacientes submetidos a períodos, muitas vezes longos, de internação, expondo, desta forma, os médicos cada vez mais ao convívio com pacientes terminais<sup>7, 17</sup>.

Seria de se esperar que os médicos estivessem tendo instrução adequada durante a graduação para lidar com o paciente terminal e a morte, desempenhando com sucesso suas ações na vida profissional<sup>1, 8, 10</sup>. Entretanto, dados da literatura sugerem que a educação sobre o tema tem sido reconhecida como um problema mundial<sup>10, 18</sup>. Nos Estados Unidos um terço dos estudantes enquadram-se no perfil de nunca terem discutido com algum médico sobre a morte de pacientes terminais<sup>19</sup>. Este trabalho confirma os dados quando apenas 23,4% dos estudantes da fase pré-clínica e 37,5% da fase clínica receberam alguma orientação de como lidar com a morte e o paciente terminal, demonstrando que com a evolução do curso há um acréscimo no número de estudantes com informações acerca do tema.

No Reino Unido, 75% dos formandos nunca haviam recebido instruções adequadas de como conduzir o aviso de morte aos familiares<sup>10</sup>. Neste estudo, 40,2% dos graduandos da fase clínica afirmaram que receberam orientação adequada de como dar o aviso de morte, ao contrário dos 4,2% da pré-clínica, comprovando mais uma vez uma tendência de se trabalhar o tema ao longo da graduação. Essa diferença em relação àquela, talvez, se deva pela época em que se foram concebidas as duas pesquisas e também devido à existência de diferentes estratégias educacionais, regionais e sócio-culturais.

Através desta pesquisa, observa-se que 57,28% do total de alunos (185 dos 323) já haviam presenciado uma necropsia e este fato se constituiu num momento de reflexão sobre a morte para 75% deles. A interpretação deste resultado revela que o contato com o cadáver precocemente na graduação inicia uma visão de fragmentação do ser humano em partes e órgãos, em detrimento de uma visão do corpo humano como um todo<sup>6,20</sup>. Traduz-se, posteriormente, num momento de grande ansiedade, sendo inclusive traumático para alguns alunos, pois o envolvimento do estudante no primeiro ano do curso médico com cadáveres nas salas de dissecação e necropsia, por vezes, desempenha papel relevante no modo como esse estudante irá conceber seus sentimentos acerca da morte<sup>12,20,21,22</sup>. Os graduandos passam por um processo de negação e de desumanização que se solidificará ao longo dos anos do curso médico podendo resultar na formação inadequada de um profissional para lidar com situações relacionadas à morte<sup>6,23</sup>. Para tanto, a literatura sugere metodologias de abordagem ao tema na graduação no sentido de inibir os processos descritos acima e contribuir para a formação de um médico mais bem preparado<sup>6,21,22</sup>.

Os dados expostos neste estudo sugerem que os alunos das instituições pesquisadas, apesar de afirmarem receber informação sobre lidar com pacientes terminais e como conduzir um aviso de morte, referem pouca discussão entre eles e seus colegas mais velhos sobre o assunto, assim como com os professores, contrariando a tendência evidenciada em se falar mais sobre a morte ao longo da graduação. Entretanto, na presença de debate sobre o tema, 83,3% dos estudantes do período da clínica e 54,54% da pré-clínica relataram que o diálogo parte dos professores.

Contraditoriamente, 88% do 5º ano, 65,7% do 3º ano e 42,1% do 1º ano afirmaram a presença de uma abordagem formal do tema *Morte e Morrer* com a evolução do curso, demonstrando novamente que o assunto é tratado à medida que o mesmo progride na grade curricular. Percebeu-se, então, que os estudantes não estão recebendo formação adequada para lidar com a morte e com os pacientes terminais. Trata-se, portanto, de um problema enfrentado pelas escolas médicas de todo mundo decorrentes, principalmente, da complexidade que envolve o tema.

Constata-se que a maioria dos estudantes de medicina está despreparada para lidar com a morte de um paciente, visto que há carências de técnicas e até mesmo falta de abordagem do tema ao longo do curso. Evidenciou-se, ainda, que a maior parte das experiências com a morte partiu de situações reais e que, muitas vezes, foi angustiante e traumática. Assim, conclui-se que a maneira pela qual o estudante vai agir perante a morte e o paciente terminal está alicerçada no aprendizado adquirido durante sua vida acadêmica, contudo, os valores culturais e sociais de cada um também contribuem de forma relevante para um bom desempenho do exercício profissional.

É constatado que o aprendizado formal exerce um grande peso na tomada de decisões éticas dos médicos<sup>15</sup>. Um profissional bem treinado frente a um paciente terminal é capaz de tomar resoluções delicadas, no entanto, sem comprometer o seu bom desempenho diante do caso<sup>2,15</sup>. Contudo, não apenas esse aprendizado influencia nas suas decisões e sim o conjunto de crenças e acontecimentos anteriormente vivenciados<sup>4,24</sup>.

As atitudes do médico podem ser decisivas no final da vida de um paciente<sup>4</sup>. Todavia, uma posição clara da equipe para o caso, uma boa relação médico-paciente e o conhecimento ético e jurídico são determinantes para definir uma situação real. É necessário fornecer todo o apoio e suporte ao paciente através de cuidados paliativos, sem deixar de esclarecer suas dúvidas, assim como às de seus familiares<sup>18,23</sup>.

## 5. CONCLUSÕES

Verifica-se que o graduando de Medicina das instituições estudadas não está sendo preparado adequadamente para assumir seu papel frente a pacientes terminais e suas famílias, contradizendo conceitos iniciais de que o médico é o profissional mais preparado e indicado para lidar com a morte. Observam-se também, mudanças da visão do graduando de Medicina da fase pré-clínica e da fase clínica ao se defrontarem com a morte. A diferença é fundamentada na falta de incentivo e apoio das instituições, visto que poucos são os meios oferecidos pelos cursos para tratar com tal problemática. Há escassez no número de aulas, seminários e/ou palestras com professores capacitados para abordar o assunto. Torna-se, então, necessário a inclusão deste tema, desencadeando reflexões importantes para a prática médica. O resultado, em âmbito local, sugere a necessidade de desenvolver a construção de metodologias didáticas, incluindo debates nas escolas médicas sobre o assunto. Novos trabalhos também devem ser realizados para preencher lacunas ainda sem respostas. Acredita-se que o ensino deve ser comprometido com a expectativa da sociedade, ampliando a discussão sobre questões relevantes como as tratadas neste estudo. Assim, crê-se que a formação médica instrumentaliza os graduando através de valores norteadores de sua conduta perante a morte e o paciente terminal.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. VIANNA A, PICCELLI H. **O estudante, o médico e o professor de medicina perante a morte e o paciente terminal**. Rev Assoc Méd Bras 1998; 44(1): 21-7.
2. WEAR D. **“Face-to-face with It”: Medical Students’ Narratives about Their End-of-life Education**. Acad Med 2002; 77(4): 271-7.
3. ROSA C. **A Morte e o Ensino Médico**. Rev Bras Educ Méd 1999; 23(2): 52-67.
4. SOUZA MT, LEMONICA L. **Paciente terminal e médico capacitado: parceria pela qualidade de vida**. Bioética 2003; 11(1): 83-100.
5. FALCÃO EBM, LINO GGS. **O Paciente Morre: Eis a Questão**. Rev Bras Educ Méd 2004; 28 (2): 106-118.
6. QUINTANA AM, CECIM P, HENN C. **O preparo para Lidar com a Morte na Formação do Profissional de Medicina**. Rev Bras Educ Méd 2002; 23(3): 204-210.
7. KAYNE JM, LOSCALZO G. **Learning to care for dying patients: a controlled longitudinal study of a death education course**. J Cancer Educ 1988; 13(1): 52-7.
8. JONES J. **Discussing End-of-Life Issues with Patients: Reflections on Developing an Interviewing Template to Assist First-Year medical Students**. Journal of Palliative Care 2001; 17(4): 254-7.

9. MARKS, SC Jr., BERTMAN SL, PENNEY JC. **Human Anatomy: A Founding for Education About Death and Dying in Medicine.** *Clinical Anatomy* 1997; 10: 118-22.
10. HULL FM. **Death, dying and the medial student.** *Med Educ* 1991; 25(6): 491-6.
11. BUSS MK, MARX ES, SULMASY DP. **The preparedness of students to discuss end-of-life issues with patients.** *Acad Med* 1988; 73: 418-22.
12. CHARLTON R. **Education about death and dying at Otago University Medical School.** *N Z Med J* 1993; 106 (966):447-9.
13. WINKELMANN A, GÜLDNER FH. **Cadavers as teachers: the dissecting room experience in Thailand.** *BMJ* 2004; 329: 1455-7.
14. BAKER LM. **Information needs at the end of life: a content analysis of one person's story.** *Journal Medical Library Association* 2004; 92(1):78-82.
15. THORSON JA, POWELL FC. **Medical students' attitudes towards ageing and death: a cross-sequential study.** *Med Educ* 1991; 25: 32-7.
16. BRASCOM P, VETTO JT, Osborne M. **Clinical Experiences of Medical Students in Oregon with Dying Patients.** *J Cancer Educ* 1999; 14(2): 137-9.
17. BARRET NA. **The medical students and the suicidal patient.** *J. Med. Ethics* 1997; 23(5): 277-81.
18. DICKINSON GE, MERMANN AC. **Death education in U.S. medical schools, 1975-1995.** *Acad Med* 1996; 71(12): 1348-9.
19. RAPPAPORT W, WITZKE D. **Education about death and dying during the clinical years of medical school.** *Surgery* 1993; 113(2): 163-5.
20. VALENTE SH, BOEMER MR. **A sala de anatomia enquanto espaço de convívio com a Morte.** *R. Bras. Enferm.* 2000; 53(1): 99-108.
21. BOTEGA NJ, METZE K, MARQUES E, CRUVINEL A, MORAES ZV, AUGUSTO L. *et al.* **Attitudes of medical students to necropsy.** *J. Clin. Pathol* 1997; 50 (1): 64-6.
22. CHALTON R, DOVEY SM, JONES DG, BLUNT A. **Effects of cadaver dissection on the attitudes of medical students.** *Med Educ* 1994; 28(4): 290-4.
23. KÜBLER-ROSS E. **Sobre a morte e o morrer.** São Paulo: Martins Fontes; 1996.
24. FIELD D, WEE B. **Preparation for palliative care: teaching about death, dying and bereavement in UK medical schools 2000-2001.** *Med Educ* 2002; 36: 561-7.

## ANEXO A

### QUESTIONÁRIO DE PESQUISA: ESTUDO SOBRE O TEMA MORTE E MORRER A PARTIR DA RELAÇÃO DO ESTUDANTE DE MEDICINA DA FAMEB/UFBA E DA EBMS.

**OBS: Nas questões abaixo, deve ser marcada apenas uma alternativa por questão.**

#### 1 - Dados sócio-demográficos:

- 1.1-Idade: \_\_\_\_\_ 1.2-Sexo: ? Masculino ? Feminino  
1.3-Semestre: \_\_\_\_\_ 1.4 - Religião: \_\_\_\_\_  
1.5-Escola: [ ] FAMEB/UFBA  
[ ] EBMS

#### 2 - Com que frequência o tema morte é abordado na família ou na escola :

- [ ] Alta;  
[ ] Média;  
[ ] Baixa.3- Quando criança você participou dos funerais de parentes e amigos:  
[ ] Sempre;  
[ ] A maioria das vezes;  
[ ] Algumas vezes;  
[ ] Quase nunca;  
[ ] Nunca.

#### 4 - E na família, em caso de perda de um parente próximo, você:

- [ ] Conversa muito sobre a morte;  
[ ] Conversa algumas vezes sobre a morte;  
[ ] Conversa o suficiente sobre a morte;  
[ ] Conversa raramente sobre a morte;  
[ ] Não conversa sobre a morte.

#### 5 - Qual seria sua reação como médico diante da morte de um paciente?

- [ ] Envolvido;  
[ ] Cordial;  
[ ] Indiferente.

#### 6 - Durante a formação acadêmica você foi orientado como conduzir o aviso de morte aos familiares?

- [ ] Sim [ ] Até o momento não [ ] Não

#### 7 - Na sua faculdade o tema "morte" é:

- [ ] Exaustivamente discutido;  
[ ] Muito discutido;  
[ ] Discutido moderadamente;  
[ ] Pouco discutido;  
[ ] Não é discutido;

#### 8 - Falar sobre a morte:

- [ ] Incomoda muito;  
[ ] Incomoda um pouco;  
[ ] Incomoda conforme o caso;  
[ ] Incomoda muito pouco;  
[ ] Não incomoda nada.

#### 9 - Alguma matéria do seu curso preocupou-se com o tema "morte"?

- [ ] Sim [ ] Até o momento não [ ] Não

#### 10 - Em caso positivo, quantas?

- [ ] 1  
[ ] 2 a 4  
[ ] 5 a 7  
[ ] 8 a 10  
[ ] mais de 10

#### 11- E, o(s) ano(s)?

- [ ] 1º [ ] 2º [ ] 3º [ ] 4º [ ] 5º [ ] 6º

#### 12- Ainda, em caso afirmativo da 9ª questão, o tema foi discutido:

- [ ] Com muita profundidade;  
[ ] Moderadamente;  
[ ] Suficientemente;  
[ ] Superficialmente;

[ ] Não foi discutido.

#### 13 - Quais os meios utilizados pela faculdade para iniciar uma discussão sobre o assunto? (SE NECESSÁRIO MARQUE MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

- [ ] Aulas teóricas; [ ] Estudo de casos;  
[ ] Seminários; [ ] Aulas práticas;  
[ ] Palestras; [ ] O tema não é discutido.

#### 14 - Em caso afirmativo, de quem parte a discussão? (SE NECESSÁRIO MARQUE MAIS DE UMA ALTERNATIVA).

- [ ] Alunos; [ ] Estranhos;  
[ ] Professores; [ ] A direção;  
[ ] Funcionários; [ ] O diretório acadêmico.

#### 15 - O curso de Medicina tem oferecido até o momento

##### meios de lidar com o paciente terminal?

- [ ] Ofereceu todos os meios;  
[ ] Ofereceu alguns meios;  
[ ] Ofereceu o necessário;  
[ ] Ofereceu um pouco que não foi o necessário;  
[ ] Não ofereceu nada.

#### 16 - Você já presenciou a execução de alguma necropsia?

- [ ] ? Sim [ ] Não 17- Em caso afirmativo, este fato fez você repensar sobre a morte?  
[ ] Sim [ ] Não

#### 18 - Você, como médico iniciante:

- [ ] Não saberia o que fazer;  
[ ] Teria muita dificuldade para lidar com a primeira morte de um paciente seu;  
[ ] Teria algumas dificuldades para lidar com a primeira morte de um paciente seu;  
[ ] Não teria dificuldades para lidar com a primeira morte de um paciente seu;  
[ ] Ignoraria o fato.

#### 19 - Supondo que um paciente morra em suas mãos, qual provável atitude você teria:

- [ ] Sentiria-se muito mal e não mais conversaria sobre o assunto;  
[ ] Sentiria-se muito mal e procuraria conversar sobre o assunto;  
[ ] Ficaria sensibilizado e conversaria conforme o caso;  
[ ] Não sentiria mal, mas procuraria conversar sobre o assunto;  
[ ] Não sentiria nada e nem procuraria conversar sobre o assunto.

#### 20 - Os colegas mais velhos e professores conversam com você sobre o assunto?

- [ ] Conversam muito;  
[ ] Conversam algumas vezes;  
[ ] Conversam o suficiente;  
[ ] Conversam raramente;  
[ ] Nunca conversam sobre o assunto.

#### 21 - Você acha que os colegas:

- [ ] Conversam muito sobre o assunto;  
[ ] Conversam algumas vezes sobre o assunto;  
[ ] Conversam o suficiente;  
[ ] Conversam raramente;  
[ ] Nunca conversam sobre o assunto.

#### 22 - Você acha que a profissão melhorará sua relação com a morte?

- [ ] Sim [ ] Não

#### 23 - Você acha que o médico:

- [ ] Aprende a conviver com a morte;  
[ ] Consegue sair da faculdade em condições de lidar satisfatoriamente com a morte;  
[ ] Lidaria adequadamente com a morte conforme o caso;  
[ ] Nega a morte para conseguir conviver com ela;  
[ ] Nunca aprende a conviver com a morte.

## **A ÉTICA E OS PACIENTES TERMINAIS INCURÁVEIS. LIMITAR OU SUSPENDER PROCEDIMENTOS E TRATAMENTOS**

CFM\*

**Palavras-chave:** pacientes terminais, limitar procedimentos, suspender tratamento, permissão ética, doença incurável, terminalidade de vida, qualidade de vida, eutanásia, distanásia, recusa terapêutica, suicídio assistido

### **ETHICS AND TERMINAL INCURABLE PATIENTS. TO LIMIT OR TO DISCONTINUE PROCEDURES AND TREATMENTS**

**Key words:** terminal patients, to limit procedures, to discontinue treatment, ethical consent, incurable disease, termination of life, quality of life, euthanasia, distanasia, therapeutical refusal, assisted suicide

Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que os Conselhos de Medicina são ao mesmo tempo julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente;

CONSIDERANDO o art. 1º, inciso III, da Constituição Federal, que elegeu o princípio da dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil;

CONSIDERANDO o art. 5º, inciso III, da Constituição Federal, que estabelece que “ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante”;

CONSIDERANDO que cabe ao médico zelar pelo bem-estar dos pacientes;

CONSIDERANDO que o art. 1º da Resolução CFM nº 1.493, de 20.5.98, determina ao diretor clínico adotar as providências cabíveis para que todo paciente hospitalizado tenha o seu médico assistente responsável, desde a internação até a alta;

---

\* Conselho Federal de Medicina.

CONSIDERANDO que incumbe ao médico diagnosticar o doente como portador de enfermidade em fase terminal;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em reunião plenária de 9/11/2006,

### **RESOLVE:**

Art. 1º É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

§ 1º O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação.

§ 2º A decisão referida no *caput* deve ser fundamentada e registrada no prontuário.

§ 3º É assegurado ao doente ou a seu representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica.

Art. 2º O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar.

Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Brasília, 9 de novembro de 2006

Edson de Oliveira Andrade  
Presidente

Livia Barros Garção  
Secretária-Geral

### **EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS**

A medicina atual vive um momento de busca de sensato equilíbrio na relação médico-enfermo. A ética médica tradicional, concebida no modelo hipocrático, tem forte acento paternalista. Ao enfermo cabe, simplesmente, obediência às decisões médicas, tal qual uma criança deve cumprir sem questionar as ordens paternas. Assim, até a primeira metade do século XX, qualquer ato médico era julgado levando-se em conta apenas a moralidade do agente, desconsiderando-se os valores e crenças dos enfermos. Somente a partir da década de 60 os códigos de ética profissional passaram a reconhecer o doente como agente autônomo.

À mesma época, a medicina passou a incorporar, com muita rapidez, um impressionante avanço tecnológico. Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e novas metodologias criadas para aferir e controlar as variáveis vitais ofereceram aos profissionais a possibilidade de adiar o momento da morte. Se no início do século XX o tempo estimado para o desenlace após a instalação de enfermidade grave era de cinco dias, ao seu final era dez vezes maior. Tamanho é o arsenal tecnológico hoje disponível que não é descabido dizer que se torna quase impossível morrer sem a anuência do médico.

Bernard Lown, em seu livro *A arte perdida de curar*, afirma: “As escolas de medicina e o estágio nos hospitais os preparam (os futuros médicos) para tornarem-se oficiais-maiores da ciência e gerentes de biotecnologias complexas. Muito pouco se ensina sobre a arte de ser médico. Os médicos aprendem pouquíssimo a lidar com a morte. A realidade mais fundamental é que houve uma revolução biotecnológica que possibilita o prolongamento interminável do morrer.”

O poder de intervenção do médico cresceu enormemente, sem que, simultaneamente, ocorresse uma reflexão sobre o impacto dessa nova realidade na qualidade de vida dos enfermos. Seria ocioso comentar os benefícios auferidos com as novas metodologias diagnósticas e terapêuticas. Incontáveis são as vidas salvas em situações críticas, como, por exemplo, os enfermos recuperados após infarto agudo do miocárdio e/ou enfermidades com graves distúrbios hemodinâmicos que foram resgatados plenamente saudáveis por meio de engenhosos procedimentos terapêuticos.

Ocorre que nossas UTIs passaram a receber, também, enfermos portadores de doenças crônico-degenerativas incuráveis, com intercorrências clínicas as mais diversas e que são contemplados com os mesmos cuidados oferecidos aos agudamente enfermos. Se para os últimos, com frequência, pode-se alcançar plena recuperação, para os crônicos pouco se oferece além de um sobreviver precário e, às vezes, não mais que vegetativo. É importante ressaltar que muitos enfermos, vítimas de doenças agudas, podem evoluir com irreversibilidade do quadro. Somos expostos à dúvida sobre o real significado da vida e da morte. Até quando avançar nos procedimentos de suporte vital? Em que momento parar e, sobretudo, guiados por que modelos de moralidade?

Aprendemos muito sobre tecnologia de ponta e pouco sobre o significado ético da vida e da morte. Um trabalho publicado em 1995, no *Archives of Internal Medicine*, mostrou que apenas cinco de cento e vinte e seis escolas de medicina norte-americanas ofereciam ensinamentos sobre a terminalidade humana. Apenas vinte e seis dos sete mil e quarenta e oito programas de residência médica tratavam do tema em reuniões científicas.

Despreparados para a questão, passamos a praticar uma medicina que subestima o conforto do enfermo com doença incurável em fase terminal, impondo-lhe longa e sofrida agonia. Adiamos a morte às custas de insensato e prolongado sofrimento para o doente e sua família. A terminalidade da vida é uma condição diagnosticada pelo médico diante de um enfermo com doença grave e incurável; portanto, entende-se que existe uma doença em fase terminal, e não um doente terminal. Nesse caso, a prioridade passa a ser a pessoa doente e não mais o tratamento da doença.

As evidências parecem demonstrar que esquecemos o ensinamento clássico que reconhece como função do médico “curar às vezes, aliviar muito frequentemente e confortar sempre”. Deixamos de cuidar da pessoa doente e nos empenhamos em tratar a doença da pessoa, desconhecendo que nossa missão primacial deve ser a busca do bem-estar físico e emocional do enfermo, já que todo ser humano sempre será uma complexa realidade biopsicossocial e espiritual.

A obsessão de manter a vida biológica a qualquer custo nos conduz à obstinação diagnóstica e terapêutica. Alguns, alegando ser a vida um bem sagrado, por nada se afastam da determinação de tudo fazer enquanto restar um débil “sopro

de vida". Um documento da Igreja Católica, datado de maio de 1995, assim considera a questão: "Distinta da eutanásia é a decisão de renunciar ao chamado excesso terapêutico, ou seja, a certas intervenções médicas já inadequadas à situação real do doente, porque não proporcionais aos resultados que se poderiam esperar ou ainda porque demasiado gravosas para ele e para a sua família. Nestas situações, quando a morte se anuncia iminente e inevitável, pode-se em consciência renunciar a tratamentos que dariam somente um prolongamento precário e penoso da vida".

Inevitavelmente, cada vida humana chega ao seu final. Assegurar que essa passagem ocorra de forma digna, com cuidados e buscando-se o menor sofrimento possível, é missão daqueles que assistem aos enfermos portadores de doenças em fase terminal. Um grave dilema ético hoje apresentado aos profissionais de saúde se refere a quando não utilizar toda a tecnologia disponível. Jean Robert Debray, em seu livro *L'acharnement thérapeutique*, assim conceitua a obstinação terapêutica: "Comportamento médico que consiste em utilizar procedimentos terapêuticos cujos efeitos são mais nocivos do que o próprio mal a ser curado. Inúteis, pois a cura é impossível e os benefícios esperados são menores que os inconvenientes provocados". Essa batalha fútil, travada em nome do caráter sagrado da vida, parece negar a própria vida humana naquilo que ela tem de mais essencial: a dignidade.

No Brasil, há muito o que fazer com relação à terminalidade da vida. Devem ser incentivados debates, com a sociedade e com os profissionais da área da saúde, sobre a finitude do ser humano. É importante que se ensine aos estudantes e aos médicos, tanto na graduação quanto na pós-graduação e nos cursos de aperfeiçoamento e de atualização, as limitações dos sistemas prognósticos; como utilizá-los; como encaminhar as decisões sobre a mudança da modalidade de tratamento curativo para a de cuidados paliativos; como reconhecer e tratar a dor; como reconhecer e tratar os outros sintomas que causam desconforto e sofrimento aos enfermos; o respeito às preferências individuais e às diferenças culturais e religiosas dos enfermos e seus familiares e o estímulo à participação dos familiares nas decisões sobre a terminalidade da vida. Ressalte-se que as escolas médicas moldam profissionais com esmerada preparação técnica e nenhuma ênfase humanística.

O médico é aquele que detém a maior responsabilidade da "cura" e, portanto, o que tem o maior sentimento de fracasso perante a morte do enfermo sob os seus cuidados. Contudo, nós, médicos, devemos ter em mente que o entusiasmo por uma possibilidade técnica não nos pode impedir de aceitar a morte de um doente. E devemos ter maturidade suficiente para pesar qual modalidade de tratamento será a mais adequada. Deveremos, ainda, considerar a eficácia do tratamento pretendido, seus riscos em potencial e as preferências do enfermo e/ou de seu representante legal.

Diante dessas afirmações, torna-se importante que a sociedade tome conhecimento de que certas decisões terapêuticas poderão apenas prolongar o sofrimento do ser humano até o momento de sua morte, sendo imprescindível que médicos, enfermos e familiares, que possuem diferentes interpretações e percepções morais de uma mesma situação, venham a debater sobre a terminalidade humana e sobre o processo do morrer.

Torna-se vital que o médico reconheça a importância da necessidade da mudança do enfoque terapêutico diante de um enfermo portador de doença em fase

terminal, para o qual a Organização Mundial da Saúde preconiza que sejam adotados os cuidados paliativos, ou seja, uma abordagem voltada para a qualidade de vida tanto dos pacientes quanto de seus familiares frente a problemas associados a doenças que põem em risco a vida. A atuação busca a prevenção e o alívio do sofrimento, através do reconhecimento precoce, de uma avaliação precisa e criteriosa e do tratamento da dor e de outros sintomas, sejam de natureza física, psicossocial ou espiritual.

---

---

**Resolução CFM N°. 1805/2006**  
**Resolução Aprovada**  
**Sessão Plenária de 09/11/2006**  
**Publicado em D.O.U. 28/11/2006**

---

---

---

---

### CASO DE EUTANÁSIA COMOVE A ESPANHA

---

---

*Madri – INMACULADA ECHEVERRÍA TEM PASSADO GRANDE PARTE DE SUA VIDA SOFRENDO com a deterioração de seu corpo devido à distrofia muscular. Está prostrada na cama de um hospital há 20 anos, só conseguindo mover os dedos das mãos e dos pés – e deseja ferozmente morrer.*

*“Para mim, a vida deixou de ter sentido há muito tempo. Quero que me Ajudem a morrer porque passei toda a minha vida sofrendo”, disse Echeverría, de 51 anos, cujo caso gerou um debate acalorado na Espanha sobre o direito de doentes terminais receberem ajuda para morrer.*

*A eutanásia é ilegal na Espanha e quem ajudar alguém a morrer pode ser sentenciado a até seis meses de prisão. Mas o governo socialista quer legalizar a prática de uma onda de reformas liberais que já transformou em grande medida este país tradicionalmente católico.*

*Com o governo de José Luis Rodríguez Zapatero, a Espanha é uma de apenas meia dezena de nações que legalizaram o casamento entre pessoas do mesmo sexo. Também facilitou o pedido de divórcio, flexibilizou as leis sobre pesquisa com células-tronco, endureceu a legislação contra a violência doméstica e pôs fim ao financiamento oficial da Igreja católica.*

*Se a Espanha legalizar a eutanásia, se somaria à Holanda e à Bélgica como únicos países a autorizar essa prática, embora a Suíça permita alguns casos de suicídio assistido. Os conservadores da oposição são contra a idéia e se juntaram à Igreja para denunciar a maior parte da campanha de reformas do governo, por considerar que ela atenta contra os valores tradicionais sobre a família e a religião.*

#### **Repercussão**

*A iniciativa sobre eutanásia deverá ainda ser debatida no Parlamento, mas alguns esperam que o caso de Echeverría seja decisivo. Seus apelos têm atraído grande interesse dos meios de comunicação. Os jornais, por exemplo, estampam em suas primeiras páginas fotos da paciente.*

*Echeverría, que ficou doente aos 11 anos, quer que os médicos desconectem o respirador que a mantém viva. Já há muito tempo abandonou seu sonho de ser médica.*

*Para Fernando Martín, médico e porta-voz de uma associação pró-eutanásia chamada Direito de Morrer com Dignidade, o pedido de Echeverría é legal.*

Transcrito da Gazeta do Povo, 03/12/2006.

## **FILMAGENS E FOTOGRAFIAS DE PACIENTES DEVEM SEGUIR RÍGIDOS PRINCÍPIOS DE PRESERVAÇÃO DE IDENTIDADE**

CRMPR\*

**Palavras-chave:** filmagem, fotografia, documento, preservação de identidade, autorização expressa

### **FILMS AND PHOTOGRAPHS OF PATIENTS MUST FOLLOW STRICT PRINCIPLES OF IDENTITY PRESERVATION**

**Key words:** film, photograph, document, preservation of identity, special authorization

O Conselho Regional de Medicina do Paraná no uso das atribuições que lhe confere a Lei n.º 3268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo decreto 44.045, de 19 de julho de 1958 e,

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

CONSIDERANDO que o médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente;

CONSIDERANDO que o médico deve manter sigilo quanto às informações confidenciais que tiver conhecimento no desempenho de suas funções;

CONSIDERANDO que é vedado ao médico efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal (salvo em iminente perigo de morte);

CONSIDERANDO que é vedado ao médico revelar o fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão;

CONSIDERANDO que é vedado ao médico fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos, em programas de rádio, televisão ou cinema, e em artigos, entrevistas ou reportagens em jornais, revistas ou outras publicações leigas;

CONSIDERANDO que é vedado ao médico divulgar informação sobre assunto médico de forma sensacionalista, promocional, ou de conteúdo inverídico;

CONSIDERANDO ser vedado ao médico participar de anúncios de empresas comerciais de qualquer natureza, valendo-se de sua profissão;

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 1701/2003, com ênfase no Artigo 9º, caput, parágrafo 2º, itens D e E e no Artigo 10º;

---

\* Conselho Regional de Medicina do Paraná.

CONSIDERANDO a necessidade de normalizar o uso de imagens televisivas destinadas ao público leigo

**RESOLVE:**

Art. 1º - As filmagens ou documentos fotográficos devem seguir os princípios de preservação da integridade e do pudor dos pacientes, tomando o cuidado de não expor a sua identidade;

Art. 2º - O paciente sempre deve ter sua imagem preservada, salvo situações de interesse do mesmo;

Parágrafo único – O paciente, ou o responsável legal, sempre deverá emitir autorização expressa para a divulgação de sua imagem.

Art. 3º - A divulgação de imagens de procedimentos médicos deve ser de uso restrito para informações de caráter científico, salvo as situações de comprovada necessidade de informação à coletividade;

Art. 4º - As imagens de atos ou procedimentos médicos a serem editados em consultórios, clínicas e hospitais públicos ou privados, deverão ser autorizadas previamente pelo Diretor Clínico e/ou Diretor Técnico responsável pelo estabelecimento;

Art. 5º - O médico assistente do paciente é co-responsável, juntamente com os Diretores Clínico e Técnico, acima referidos, por imagens ou exposições inadequadas de seus pacientes;

Art. 6º - Ficam os Diretores Clínico e Técnico das instituições geradoras do material, responsáveis pela liberação de imagens de procedimentos ou documentação de casos médicos, podendo ser responsabilizados por denúncia ou "ex-officio", com abertura de sindicância pelo CRMPR, para averiguação de infração ao Código de Ética Médica;

Art. 7º - A divulgação de qualquer documentação, seja por fotografia ou por imagens dinâmicas, não poderá ser vinculada de modo comercial ao profissional médico envolvido no caso;

Art. 8º - A CODAME poderá, a qualquer momento, propor ao CRMPR abertura de averiguação de infração ao Código de Ética Médica por denúncia ou "ex-officio" pelo não cumprimento destas normativas, segundo o Art. 15º, item C, da Resolução CFM nº 1701/2003;

Art. 9º - Estas Normas entram em vigor na data de sua publicação, sendo revogadas as disposições em contrário.

Curitiba, 07 de agosto de 2006.

Hélcio Bertolozzi Soares  
Presidente

Donizetti Dimer Giamberardino Filho  
Secretário Geral

---

**Resolução CRMPR Nº. 148/2006**  
**Resolução Aprovada**  
**Sessão Plenária 1790º, de 07/08/2006**  
**Publicado em D.O.U. 30/08/2006**

---

## **DIREITO DE VISITA EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO E ACESSO AO PRONTUÁRIO POR PARENTE MÉDICO**

Roseni Teresinha Florêncio\*

**EMENTA** - Visita é permitida ao paciente internado em hospital psiquiátrico, salvo restrições, orientadas pelo médico- Acesso ao prontuário, por parente médico, de pacientes internados em hospital psiquiátrico, deve ser autorizado pelo paciente ou seu representante legal- Prontuário médico é protegido pelo segredo profissional.

**Palavras-chave:** visita hospitalar, hospital psiquiátrico, prontuário médico, acesso parente, autorização do paciente, segredo profissional

### **THE RIGHT TO VISIT IN PSYCHIATRIC HOSPITALS AND ACCESS TO MEDICAL FILES BY PHYSICIANS WHO ARE RELATIVES**

**Key words:** hospital visit, psychiatric hospital, medical files, access of relatives, patient authorization , professional secret

#### **CONSULTA:**

Trata-se de consulta formulada com o seguinte teor:

“Venho pedir a este Conselho, como médica e cidadã, esclarecimentos quanto aos meus direitos de visitas e acesso aos prontuários de duas parentes (irmã e sobrinha) internadas em clínica para doentes mentais, que teria ocorrido na Clínica Heidelberg (Rua Padre Agostinho, 665/687), aos cuidados dos médicos Alexandre Karam e Ana Paula Sato”.

#### **FUNDAMENTAÇÃO E PARECER**

Todo paciente internado tem direito a receber visita de seus parentes e amigos, salvo restrições orientadas pelo médico, nos horários estabelecidos em cada entidade hospitalar, conforme as normas internas dos mesmos. No momento em que o paciente é ali internado, a família geralmente recebe orientações nesse sentido. Isso permite a cada Instituição, manter a regularidade do funcionamento, conforme as necessidades de cada serviço. Em algumas situações, não é permitido a permanência

---

\* Conselheira Relatora CRMPR.

de um familiar acompanhante, devido às características da enfermidade ali tratada, como é o caso do atendimento aos pacientes psiquiátricos.

A Resolução do CFM <sup>1</sup> 1407/94 adota os “Princípios para proteção de pessoas acometidas de Transtorno mental e para melhoria da assistência à saúde mental”, aprovada pela Assembléia Geral das Nações Unidas, em 17/12/91, como guia a ser seguido pelos médicos no Brasil. No anexo dessa Resolução, no Princípio 13, dos direitos e condições de vida em Estabelecimentos de Saúde Mental, no Item 1, Letra C, diz: “Todo usuário de um estabelecimento de saúde mental deverá ter, em especial, o direito de ser plenamente respeitado em sua liberdade de comunicação, que inclui liberdade de se comunicar com outras pessoas do estabelecimento; liberdade de receber e enviar comunicação privada não censurada; liberdade de receber, privadamente, visitas de um advogado ou representante pessoal e, a todo momento razoável, outros visitantes; e liberdade de acesso aos serviços postais e telefônicos, e aos jornais, rádio e televisão.

Quanto ao acesso ao prontuário médico, há de se considerar alguns aspectos:

O Prontuário Médico é, no exercício da Medicina, de vital importância para o devido registro das evoluções, exames e prescrições do paciente. Contribui, ainda, para o acompanhamento do quadro clínico do paciente e serve como base para atendimentos médicos futuros. É também documento de relevante importância em eventuais processos na justiça, já que é admissível como instrumento de prova.

Para cada paciente deve ser elaborado um prontuário, sendo vedado ao médico negar ao paciente acesso ao mesmo, bem como deixar de dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionar riscos para o paciente ou para terceiros (artigos 69 e 70 do Código de Ética Médica -CEM).

O médico é o depositário fiel das informações dos pacientes contido nos prontuários e, portanto, cumpridor das normas éticas e legais vigentes em relação ao segredo profissional. Tem o médico a obrigação de zelar e respeitar o segredo profissional e, ainda, não revelar fatos de que tenha conhecimento em virtude do exercício da profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.

Importante comentar que o segredo profissional firma-se em bases jurídicas, morais e sociais onde o sigilo é a regra. Em situações especiais, admite-se a sua quebra e, para tanto, é primordial a existência de um interesse realmente justificável.

Diz o Artigo 102 do CEM: “É vedado ao médico revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, **salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente**”. (GRIFO NOSSO).

Ainda, o Artigo 103, do mesmo Código diz: “É vedado ao médico revelar segredo profissional referente ao paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsável legal, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente.

Entende-se assim que, no que tange ao acesso e/ou liberação de Prontuários Médicos, só poderão ser feitos se incorrer nas alternativas constantes no Código de Ética Médica (CEM).

O art. 154 do Código Penal Brasileiro também é claro quando tipifica a revelação de segredo em função da profissão: “Art. 154 – Revelar alguém, sem justa causa, segredo de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem. Pena – Detenção de três meses a um ano, ou multa.”

A justa causa sempre haverá quando a revelação for o único meio de conjurar perigo atual ou iminente e injusto para si e para outrem e, ainda, deve ser amparada em lei.

Em relação à autorização do paciente para quebra do sigilo, deve ser esta autorização precedida de explicações necessárias e detalhadas para que o paciente tenha ciência plena do que está permitindo. O interesse visado deve necessariamente ser o do paciente e deve se ter em mente que não se pode revelar segredo de maneira irresponsável, motivado pela má-fé e leviandade.

O hospital figura na posição de guardião do prontuário médico e, no ponto de vista da ética médica, esta responsabilidade repousa na figura do Diretor Técnico.

No presente caso, há de se considerar, ainda:

1. A Resolução do CFM <sup>1</sup> 1408/94, no Artigo 11, que diz: “As pessoas com transtorno mental tem direito de acesso às informações concernentes a elas, a sua saúde e aos registros pessoais mantidos pelos estabelecimentos de saúde. Esse direito poderá estar sujeito a restrições, com o fim de evitar danos sérios à saúde do paciente ou risco à segurança de outros”.

2. A Resolução do CFM <sup>1</sup> 1598/00, que normatiza o atendimento a pacientes portadores de Transtornos Mentais, e no Artigo 14 diz: “Os pacientes psiquiátricos tem direito de acesso às informações a si concernentes, inclusive as do prontuário, desde que tal fato não cause dano a si ou a outrem”.

3. A Resolução do CFM <sup>1</sup> 1605/00, que normatiza a revelação do sigilo médico e o acesso ao prontuário médico, e no Artigo 1º diz: “O médico não pode, sem o consentimento do paciente, revelar o conteúdo do prontuário ou ficha médica”.

## **CONCLUSÃO**

Assim, resta-nos concluir que:

- Sobre a visita aos seus familiares internados em Clínica Psiquiátrica, ela é permitida, seguindo as normas de funcionamento da instituição, orientadas e esclarecidas quando da admissão hospitalar, salvo exceções, conforme orientação médica, sempre visando o bem estar e a segurança do paciente e das demais pessoas.

- Sobre o acesso aos prontuários, mesmo que seja por médicos, parentes do paciente, deve ser autorizado pelo paciente, ou seu responsável legal, caso esse não tenha condições de decisão, naquele dado momento, visto que as informações ali contidas são de direito do paciente. Há de se entender a necessidade do bom senso e do respeito mútuo entre os profissionais médicos, além do que ao médico é

vedado revelar fatos que tenha conhecimento, no exercício da sua profissão. Deve-se ter, também, compreensão diante das restrições citadas acima, nas Resoluções do Conselho de Medicina.

É o parecer.

Curitiba, 19 de agosto de 2006.

Roseni Teresinha Florêncio  
Cons<sup>a</sup>. Relatora

---

---

**Processo-Consulta CRMPR Nº. 050/2006**  
**Parecer CRMPR Nº. 1759/2006**  
**Parecer Aprovado - Câmara III nº 1.816<sup>a</sup>**  
**Sessão Plenária de 21/08/2006**

---

---

---

---

## NOVA DIRETORIA DO CRM-PR

---

---

Tomou posse em 29/01/2007 a nova diretoria do Conselho Regional de Medicina do Paraná, para o período de 1º/02/2007 a 30/09/2008, constituída pelos seguintes conselheiros:

<b>Presidente:</b>	Conselheiro Gerson Zafalon Martins
<b>Vice-Presidente:</b>	Conselheiro Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho
<b>Secretário-Geral:</b>	Conselheiro Hélcio Bertolozzi Soares
<b>Primeiro Secretário:</b>	Conselheiro Sérgio Maciel Molteni
<b>Segundo Secretário:</b>	Conselheiro Wilmar Mendonça Guimarães
<b>Tesoureira:</b>	Conselheira Marília Cristina Milano Campos
<b>Segundo Tesoureiro:</b>	Conselheiro Carlos Roberto Goytacaz Rocha
<b>Corregedora:</b>	Conselheira Raquela Rotta Burkiewicz
<b>Corregedor Adjunto:</b>	Conselheiro Zacarias Alves de Souza Filho

## **ACÚMULO DE FUNÇÕES MÉDICAS**

Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke\*

**EMENTA** - Acúmulo de funções, diretor técnico, chefia da UTI, chefia da emergência, chefia do ambulatório, chefia de banco de sangue, delegado de CRM.

**Palavras-chave:** acúmulo de funções, permissão, impedimento, compatibilidade, caráter administrativo, resolução

### **ACCUMULATION OF MEDICAL FUNCTIONS**

**Key words:** accumulation of functions, consent, obstacle, compatibility, administrative nature, resolution

#### **CONSULTA:**

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, o consulente formula consulta nos seguintes termos:

“Venho por meio desta solicitar um esclarecimento: é permitido e/ou legal e/ou ético que o mesmo profissional médico em um hospital acumule as funções de diretor técnico, chefia da UTI, chefia da emergência, chefia do ambulatório, chefia do banco de sangue e ainda seja delegado regional do CRM?”.

#### **FUNDAMENTAÇÃO E PARECER:**

De acordo com a resolução CFM n° 1352/92 é vedado ao profissional médico exercer a função de diretor técnico/clínico em mais de duas instituições prestadoras de serviços médicos, públicas ou privadas, independente de localização geográfica distinta dentro do território nacional, desde que haja compatibilidade de horários, e também em conformidade com a resolução CFM n° 1342/91 a responsabilidade de diretores técnicos implica atuação efetiva no sentido de garantir o desempenho ético da medicina, o que só pode ser conseguido pela presença constante, o que a acumulação com outra função impede.

Da exemplificação acima podemos deduzir que ao médico somente será permitido acumular duas funções diferentes, mesmo em uma única instituição, desde que exista disponibilidade de horários, permitindo a autonomia necessária e as adequadas condições de trabalho, com risco de prejuízo ao atendimento dos pacientes.

---

\* Conselheira Relatora CRM/PR.

A função de delegado é uma atividade de colaboração para o bom exercício da medicina, indicado e eleito por seus pares ou eventualmente designado, aceito de maneira voluntária e consciente de seus deveres para com a população e a comunidade médica.

### **CONCLUSÃO:**

O acúmulo de funções não deve exceder a duas atividades previstas nas resoluções citadas, desde que compatíveis com a carga horária, com risco de comprometer o bom andamento do exercício da medicina, outrossim é matéria de caráter administrativo.

A participação como delegado, cargo de caráter honorífico pelo reconhecido saber e senso de justiça outorgado pela classe médica, a qual representa, deve ter sua continuidade de acordo com a própria consciência e disponibilidade.

É o parecer.

Curitiba, 17 de outubro de 2006.

Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke  
Cons<sup>ª</sup>. Relatora

---

---

**Processo-Consulta CRMPR N<sup>o</sup>. 059/2006**  
**Parecer CRMPR N<sup>o</sup>. 1771/2006**  
**Parecer Aprovado - Câmara IV - n<sup>o</sup> 1.836<sup>a</sup>**  
**Sessão Plenária de 23/10/2006**

---

---

---

---

### **DIAGNÓSTICO ERRADO CAUSA INDENIZAÇÃO**

---

---

*O Tribunal de Justiça (TJ) do Rio Grande do Sul condenou um laboratório do estado a indenizar uma gestante em R\$ 7 mil por danos morais devido ao resultado de um exame de sangue. De acordo com o TJ, o exame apontou fator Rh negativo para a mãe, o que levou seu médico a diagnosticar que a criança, ao nascer, poderia ter eritroblastose fetal, doença que ocorre quando mãe de Rh negativo tem um filho de Rh positivo. O erro só foi descoberto em novo exame realizado quando o bebê nasceu.*

Transcrito da Gazeta do Povo, 26/07/2006.

## **PRONTUÁRIO: COOPERATIVA MÉDICA E PLANOS DE SAÚDE PODEM TER ACESSO SE HOUVER PERMISSÃO ESPECÍFICA DO PACIENTE**

Antonio Celso de Albuquerque\*

**EMENTA** - Prontuários médicos – Hospitais - Entrega para Unimed os de seus usuários –Avaliação da conduta do Médico Cooperado – Possibilidade - Autorização expressa do paciente.

**Palavras-chave:** prontuário, hospital, entrega, permissão, finalidade, consulta, cooperativa, Unimed

### **MEDICAL FILES: MEDICAL COOPERATIVE AND HEALTH PLANS CAN HAVE ACCESS IF THERE IS A SPECIFIC CONSENT FROM PATIENT**

**Key words:** file, hospital, delivery, consent, purpose, appointment, co-operative, Unimed (Brazilian medical health plan)

#### **CONSULTA:**

A Comissão Ética Disciplinar de Defesa Profissional da Unimed Curitiba, formula consulta a este Conselho indagando se pode, para avaliar a conduta profissional dos médicos que integram a Cooperativa, solicitar encaminhamento, pelos Hospitais, de cópias de prontuários de seus usuários.

Justifica que esses documentos seriam utilizados para documentar a atuação do profissional médico cooperado, traduzindo a atenção dispensada aos clientes da Cooperativa. Esclarece que os hospitais têm negado o envio desses prontuários.

Isto posto passo as seguintes considerações:

#### **FUNDAMENTAÇÃO E PARECER:**

O artigo 102 do CEM, repetindo o que dispõe a Lei ordinária, estabelece que é vedado ao médico “revelar o fato de que tenha conhecimento, em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente”.

O CRM, por sua vez, tem como uma de suas finalidades principais fiscalizar o exercício da Medicina, especialmente em benefício do paciente. Nessa sua função, o

---

\* Consultor Jurídico CRMPR.

Conselho conta com o auxílio das Comissões de Ética dos Hospitais, que seriam no caso, um braço da própria Instituição, onde se filtram as questões que podem ser resolvidas internamente ou devem ser enviadas para investigação e avaliação, para verificação se existe ou não, no comportamento dos médicos, eventual infração ao CEM.

Ora, em se tratando da Unimed a situação me parece um pouco diferente. Se nos Hospitais se praticam atos médicos, na Cooperativa não, eis que esta apenas, como as empresas de medicina em grupo, administra planos de saúde.

Destarte, nessa toada, se as Comissões de Ética dos Hospitais não necessitam de autorização do paciente para examinar prontuários, por serem os nosocomios seus depositários, o mesmo não ocorre com a Unimed e empresas de Medicina em grupo, que não detêm a guarda desses documentos.

Assim sendo, entendo que é possível, respondendo especificamente a consulta, que a Unimed tenha acesso aos prontuários médicos de seus usuários, desde que para tanto possua, como dispõe o artigo 102 do CEM, autorização expressa para tanto, assim como também empresas que operam planos de saúde.

Vale ressaltar ainda, que não seria possível, na minha opinião, que essa autorização constasse, de praxe, nos contratos estabelecidos com os usuários, eis que isso se constituiria numa imposição e portanto, cláusula abusiva, passível de ser questionada judicialmente.

Por outro lado, a Unimed quando pretenda prontuário de paciente, que negue ao médico a entrega do mesmo, deverá informar este Conselho Regional de Medicina, para que este interfira, se entender conveniente.

Importante lembrar finalmente, que o sigilo profissional não é prerrogativa do médico, mas sim de todos aqueles que por dever legal devam manter segredo sobre fatos que tomem conhecimento em razão de função, ministério, ofício ou profissão e cuja revelação possa produzir dano a outrem. Quer dizer, se enviado prontuário para a UNIMED, por autorização expressa do paciente, todos os que o manusearem estão sujeitos ao sigilo profissional, sob pena de cometimento de crime previsto no artigo 154 do Código Penal.

É o parecer.

Curitiba, 23 de Junho de 2006.

Antonio Celso de Albuquerque  
Consultor Jurídico

---

---

**Processo-Consulta CRMPR N°. 070/2006**  
**Parecer CRMPR N°. 1760/2006**  
**Parecer Aprovado - Câmara IV - nº 1.826<sup>a</sup>**  
**Sessão Plenária de 25/09/2006**

---

---

## **ATESTADO MÉDICO PARA UTILIZAÇÃO DE PISCINA TEM PRESSUPOSTOS**

Romeu Bertol\*

**EMENTA** - Atestado para freqüentar piscina emitido por médico morador de condomínio- emitido em ambiente apropriado- preservar sigilo- declaração individual de aptidão.

**Palavras-chave:** atestado, atestado coletivo, atestado individual, médico freqüentador do condomínio, piscina

### **MEDICAL CERTIFICATE TO BE USED IN SWIMMING POOLS IS PRESUPPOSED**

**Key words:** certificate, collective certificate, individual certificate, physician who visits the condominium, swimming pool

#### **CONSULTA:**

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, o consulente formula consulta nos seguintes termos:

“Vimos através da presente solicitar a Vs. Ss, orientação e esclarecimento sobre o seguinte:

Temos um condomínio de casas no litoral do Paraná, com 80 casas que têm duas piscinas, uma grande e uma pequena para crianças, perguntamos se um médico que é freqüentador do condomínio pode fornecer atestados médicos para os condôminos freqüentarem as piscinas examinando as pessoas na residência de veraneio no próprio condomínio nos dias que ele permanece lá.

Perguntamos também se é legal que no mesmo atestado conste o nome de mais de uma pessoa (atestado coletivo) para a família”.

#### **FUNDAMENTAÇÃO E PARECER:**

O atestado médico é um direito do paciente. Podem emitir atestados, médicos e dentistas. A emissão de atestado deve ser precedida de um exame médico

---

\* Conselheiro Relator CRMPR.

no qual devem constar obrigatoriamente, anamnese, exame físico e exames complementares se necessários. O exame deve ser feito em ambiente apropriado, onde as pessoas não sejam expostas a constrangimento e a entrevista e o exame físico possam ser executados com liberdade e com a garantia da confidencialidade e de que seja preservado o sigilo médico. O exame deve ser individual, pessoa a pessoa, não sendo admitidos exames coletivos.

### **CONCLUSÃO:**

Médicos estão habilitados a fornecer atestados de aptidão para freqüência a piscina de uso coletivo. O exame deve ser feito em ambiente adequado, deve ser individual, e garantir a pessoa e ao médico, liberdade e garantia de que será preservado o sigilo médico. A declaração de aptidão deve ser individual.

É o parecer.

Curitiba, 08 de setembro de 2006.

Romeu Bertol  
Cons. Relator

---

---

**Processo-Consulta CRMPR Nº. 071/2006**  
**Parecer CRMPR Nº. 1759/2006**  
**Parecer Aprovado - Câmara IV - nº 1.824ª**  
**Sessão Plenária de 18/09/2006**

---

---

---

---

## **SETORES CATÓLICOS IMPEDEM ABORTO AUTORIZADO**

---

---

### **ARGENTINA**

*Pela segunda vez em menos de um mês, setores católicos conseguiram impedir ontem na Justiça uma prática de aborto autorizada pelas leis argentinas. Em Mendoza, organismos vinculados à Igreja Católica apresentaram um recurso de amparo contra a resolução judicial que havia autorizado a interrupção da gravidez de uma mulher com problemas mentais e que fora estuprada.*

Transcrito da Gazeta do Povo, Novembro/2006.

## **ATESTADO DE CONDIÇÕES DE APTIDÃO PARA SUBMISSÃO À CIRURGIA**

Alexandre Gustavo Bley\*

**EMENTA** - Atestado Médico – Exercício Profissional – Necessidade de Título de Especialista.

**Palavras-chave:** atestado médico, especialista, aptidão, cirurgia

## **CERTIFICATE OF APTITUDE CONDITIONS FOR SUBMISSION TO SURGERY**

**Key words:** medical certificate, specialist, aptitude, surgery

### **CONSULTA:**

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, o consulente formula consulta nos seguintes termos:

“Possuo Título de Especialista em Cirurgia Cardiovascular e gostaria de saber se posso emitir atestado que informe se determinado paciente está apto, ou não, do ponto de vista cardiológico, a ser submetido a determinada cirurgia. Por exemplo: recebo em meu consultório um paciente que implantou marcapasso há 5 anos e vai ser submetido a cirurgia de colecistectomia, posso atestar ao médico assistente que do ponto de vista cardiológico, este paciente está apto a fazer colecistectomia?”

### **FUNDAMENTAÇÃO E PARECER:**

O atestado referente à saúde de uma determinada pessoa, é baseado nas informações que o médico adquire, em virtude de sua profissão, sendo assim considerado um ato médico. A inscrição no Conselho Regional de Medicina do Estado em que se pretende exercer a profissão, funciona como a habilitação para a prática da Medicina, conforme estabeleceu a Lei Nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, em seu art. 17. Convém lembrar que a inscrição de especialidade(s) serve como fator elementar para a comprovação de habilitação específica, bem como balizador, para

---

\* Conselheiro Relator CRMPR.

a divulgação pública; porém esta não é obrigatória para o exercício da profissão de médico. Isto exposto, na teoria qualquer médico pode praticar qualquer tipo de ato médico. Na prática e por uma questão de bom senso, os profissionais procuram se ater nos procedimentos que apresentam experiência e habilitação específica, tentando evitar assim possível questionamento de imperícia. Com isso configuramos um impasse entre o que seria legal e o que seria o moralmente adequado.

Sob o mesmo fundamento, revela-se igualmente o Parecer 28/1987 do Conselho Federal de Medicina, de autoria do nobre relator Dr. Genival Veloso de França, que em sua fundamentação cita: "Pelo visto, entendemos que condicionar a emissão de atestado à especialização do médico constitui lesão aos princípios constitucionais que norteiam o livre exercício profissional e às normas que regulamentam o exercício da Medicina...".

Conclui-se, portanto, que cabe ao médico a prerrogativa de atestar os seus atos praticados, podendo emitir assim uma carta liberatória para cirurgia, não havendo condição legal quanto à necessidade de especialização. Frente a isso, existe clareza quanto a sua responsabilidade diante dos fatos atestados, podendo haver questionamento de imperícia ao médico que não possua habilitação específica para atestar situações específicas, como a que o consulente pergunta.

É o parecer.

Curitiba, 10 de setembro de 2006.

Alexandre Gustavo Bley  
Cons. Relator

---

---

**Processo-Consulta CRM/PR Nº. 078/2006**  
**Parecer CRM/PR Nº. 1762/2006**  
**Parecer Aprovado - Câmara IV - nº 1.826<sup>a</sup>**  
**Sessão Plenária de 25/09/2006**

---

---

---

---

**LIVRO COM PELE HUMANA NA CAPA INTRIGA A POLÍCIA**

---

---

**GRÃ-BRETANHA**

*A polícia de West Yorkshire, na Inglaterra, publicou em seu website imagens de um livro que teria sido encadernado com pele humana. Os policiais procuram o dono do livro (que pode ter sido descartado após um assalto). A maior parte do texto está em francês. Não era incomum, no tempo na Revolução Francesa, usar pele humana na encadernação de livros. Nos séculos 18 e 19, autos de um julgamento de homicídio eram encadernados na pele do assassino.*

Transcrito da Gazeta do Povo, /2006.

## **PROVA TERAPÊUTICA EM PACIENTE COM TUBERCULOSE**

Roseni Teresinha Florêncio\*

**EMENTA** - Teste Terapêutico para Tuberculose – Paciente com laudo Anátomo Patológico de Lesão Ulcerada Nasal Granulomatosa sugestiva de Tuberculose – PPD 5MM – Definição das causas exatas – exames - diagnóstico por pesquisa de lesão pulmonar – Indicação de prova terapêutica – Necessidade em determinadas situações – Escolha da prova terapêutica – Informes sobre o motivo do tratamento, benefícios e riscos – Acompanhamento da evolução da terapêutica – Termo de Consentimento Esclarecido.

**Palavras-chave:** tuberculose, teste diagnóstico, teste terapêutico, suspeita clínica, permissão ética

## **THERAPEUTICAL TEST FOR PATIENT WITH TUBERCULOSIS**

**Key words:** tuberculosis, diagnostic test, therapeutic test, clinical suspicion, ethical consent

### **CONSULTA:**

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, o consulente formula consulta nos seguintes termos:

“Pergunto se é contra a legislação e a ética médica, se realizar um teste terapêutico para Tuberculose, em um paciente com laudo anátomo-patológico de lesão ulcerada nasal granulomatosa sugestiva de Tuberculose, em que o PPD é de 5 mm (limítrofe), sem outras queixas, por não se conseguir encontrar a micobactéria na biópsia. Atenciosamente”.

### **FUNDAMENTAÇÃO E PARECER:**

Do perguntado tenho a aduzir:

Entende-se como Tuberculose à doença infecciosa, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Segundo o Ministério da Saúde, há no Brasil cerca de 50 milhões de infectados, com 111.000 casos novos e 6.000 óbitos anualmente.

---

\* Conselheira Relatora CRM/PR.

A forma mais comum de apresentação da doença é a pulmonar, vindo depois a extrapulmonar (pleural, óssea, meníngea, dentre outras); a forma cutânea está entre as mais raras.

Os sintomas mais comuns são: febre, adinamia, sintomas respiratórios, emagrecimento e sudorese há mais de duas semanas.

O diagnóstico de certeza se dá com a identificação do bacilo, através da coloração específica de Ziehl-Neelsen, que é a técnica de menor custo.

A cultura do espécime em análise, no meio de Löwenstein Jensen, entre outros, também é de grande valor, mas é necessário um tempo de três a oito semanas de incubação do material, para o crescimento do bacilo. Ela é importante na investigação da Tuberculose extra-pulmonar.

A Prova Tuberculínica Cutânea (PPD), avaliada através da técnica de Mantoux, é um método auxiliar para o diagnóstico da Tuberculose. O resultado positivo evidencia apenas a infecção por microbactérias, não caracterizando a presença de doença. O resultado, registrado em milímetro, origina a seguinte interpretação clínica:

- 0 a 4mm: não reator.

- 5 a 9mm: reator fraco (pessoa vacinada com BCG, infectada pelo bacilo da Tuberculose ou por outras micobactérias).

- 10mm ou mais: reator forte.

Essa classificação é válida para indivíduos com teste sorológico anti-HIV negativo. Se o teste for positivo, serão consideradas co-infectadas pelo bacilo da Tuberculose, se o PPD tiver endurecimento igual ou superior a 5mm.

Ainda, na interpretação do PPD, deve-se levar em consideração se o indivíduo foi vacinado com BCG há menos de três anos, a presença de doenças e/ou o uso de drogas imunossupressoras, vacinação com vírus vivo, gravidez e idade (menor do que dois meses ou maior do que 65 anos).

Exames laboratoriais, como os marcadores inflamatórios inespecíficos (VHS, Proteína C Reativa) tem pouca acurácia.

Todo paciente com suspeita e/ou diagnóstico de Tuberculose extra-pulmonar deve ser submetido ao exame radiológico simples do tórax, para avaliar os pulmões, tendo em vista que a doença pode se manifestar, ao mesmo tempo, em outro órgão ou sistema.

O método histopatológico é empregado principalmente na investigação das formas extra-pulmonares. A lesão apresenta-se como um granuloma, geralmente com necrose de caseificação e infiltrado histiocitário de células multinucleadas. O achado do bacilo na lesão é fundamental para o diagnóstico, visto que essa lesão pode aparecer em outras doenças, além da Tuberculose.

Outros métodos diagnósticos, como Detecção da produção de CO<sub>2</sub>, Detecção do consumo de O<sub>2</sub>, sorologias, Marcadores biológicos, Técnicas de biologia molecular e hemoculturas, não são utilizados de rotina, devido ao alto custo, além da ausência de provas consistentes em relação a sua sensibilidade e especificidade.

Todo o esforço deve ser feito, no sentido de isolar o bacilo, embora nem sempre consigamos sucesso nessa jornada.

A Tuberculose é doença de notificação obrigatória e o tratamento é realizado exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde, dentro de protocolo específico de tratamento.

No caso em análise, citado pelo consultante, temos apenas a informação de paciente com lesão ulcerada nasal granulomatosa, sugestiva de Tuberculose, PPD reator fraco, sem outras queixas.

Na publicação da “II Diretrizes Brasileiras para Tuberculose”, da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, em 2004, cita: “Iniciar uma prova terapêutica com medicamentos anti-Tuberculose não apresenta evidências de efetividade até o momento, não sendo indicada como instrumento diagnóstico”.

No artigo 2º do Código de Ética Médica diz: “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”.

No mesmo Código, o Artigo 59 diz: “É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal”.

### **CONCLUSÃO:**

Diante do exposto, concluo que a pergunta do consultante em relação à possibilidade de cometer infração ética quando indicar um teste terapêutico para Tuberculose, respondo que:

- Todo esforço deve ser empreendido, no sentido de definir a causa exata da lesão que acometeu o paciente, revisando e/ou repetindo exames, ampliando o arsenal diagnóstico, por exemplo, pesquisando lesão pulmonar, mesmo na ausência de sintomas.

- Indicar a prova terapêutica, tendo esgotado todas as outras possibilidades diagnósticas, ao alcance do médico e do paciente; embora não seja a opção ideal, pode ser necessária em determinadas situações; nesse caso, o profissional médico deve entender que essa é a melhor opção a ser oferecida naquele momento.

- Ao escolher a prova terapêutica, deverá o médico informar ao paciente sobre o motivo do tratamento, seus benefícios e riscos, acompanhando o paciente na evolução da terapêutica, sempre que possível através de um Termo de Consentimento Esclarecido.

É o parecer.

Curitiba, 10 de outubro de 2006.

Roseni Teresinha Florêncio  
Cons<sup>a</sup>. Relatora

---

**Processo-Consulta CRMPR N.º 080/2006**  
**Parecer CRMPR N.º 1773/2006**  
**Parecer Aprovado - Câmara III n.º 1.836<sup>a</sup>**  
**Sessão Plenária de 23/10/2006**

---

## **CURSO DE SOCORRISTA: NORMAS**

Roseni Teresinha Florêncio\*

**EMENTA** - O atendimento pré-hospitalar exige ação de equipe multiprofissional, mas é um serviço médico; devendo ser coordenada, regulada e supervisionada por médico. Ao profissional não oriundo da área de saúde será ministrado curso e treinamento continuado, dando-lhe competência para atuar no suporte básico de vida. É vedado o ensinamento de atos privativos do médico, incluindo os de suporte avançado de vida.

**Palavras-chave:** socorrista, curso, normas do CFM, limitação, restrição profissional, competências, atendimento pré-hospitalar, emergência

### **FIRST AID CLASS**

**Key words:** first aid person, class, CFM norms, limitation, professional restriction, competencies, pre-hospital care, emergency

#### **CONSULTA:**

Em documento encaminhado ao Conselho Regional de Medicina do Paraná, o consulente da Escola do Trabalhador PR – formula consulta nos seguintes termos:

“Desde já quero agradecer o atendimento de uma consulta que fiz anteriormente, mas surgiram algumas dúvidas.

A respeito da Resolução CFM N° 1718/2004 no seu artigo 3° **Art. 3°** - A capacitação em suporte básico de vida deve ser garantida a qualquer cidadão, desde que não haja o ensino de atos privativos dos médicos”.

A dúvida é pelo contido no artigo mencionado, entendemos que nossa empresa para poder oferecer o curso de socorrista (agente responsável pela segurança descrito na Portaria 2048/2002 do Ministério da Saúde), devemos obedecer à grade curricular mínima estabelecida da Portaria 2048/2002 do Ministério da Saúde e ainda obedecer à grade curricular descrita na Portaria e a Resolução 1671 de julho de 2003 do CFM.

Pois nesse curso que pretendemos oferecer nossa escola não irá ensinar atos médicos privativos e nem procedimentos **evasivos** e nem **atos privativos dos médicos** **Art. 3°** - A capacitação em suporte básico de vida deve ser garantida a qualquer cidadão, desde que não haja o ensino de atos privativos dos médicos”.

Pois para esse curso de socorrista, nossa escola irá contratar um médico para coordenar as atividades, bem como ministrar a maioria das aulas, nas aulas em

---

\* Conselheira Relatora CRM/PR.

que o médico não for ministrar Ex. aulas de atendimento a vítimas de afogamento, remoção de vítimas de veículos, operar os equipamentos de cortar ferragens irá acompanhar... mas estas serão ministradas por socorristas formados pelo Corpo de Bombeiros. Nossa escola irá contratar um médico que tenha o curso de ATLS e PHTLS.

*Queremos frisar que nossa escola somente irá ministrar esse curso obedecendo à capacidade de abrangência do suporte básico de vida ou seja será capacitado para exercer as Competências/Atribuições estabelecidas no Capítulo IV item 1.2.4 da Portaria 2048/2002 do Ministério da Saúde bem como o conteúdo Curricular nos itens 4.1 e 4.2 da Resolução 1671 de julho de 2003 do CFM”.*

## **FUNDAMENTAÇÃO E PARECER:**

A principal responsabilidade do médico é preservar a vida e aliviar o sofrimento.

Inúmeras vezes, a população necessitará ser atendida, em regime de urgência/emergência, antes de sua chegada ao hospital.

O atendimento pré-hospitalar comporta o trabalho em equipe multiprofissional, envolvendo pessoas pertencentes e não pertencentes à área de saúde.

O atendimento emergencial requer o adequado comportamento da equipe no atendimento pré-hospitalar, pois disso depende o sucesso do seu trabalho.

O adequado funcionamento do serviço de atendimento pré-hospitalar trará diminuição de todos os agravos de urgência/emergência, reduzindo a morbimortalidade das vítimas.

A preocupação em normatizar e regulamentar as condições necessárias para o pleno e adequado funcionamento dos serviços pré-hospitalares no atendimento prestado à população, visando que neles o desempenho ético-profissional da Medicina seja efetivo, já está plenamente estabelecida na Resolução Nº 1671/03 do CFM (Anexa ao Parecer, com os itens do Anexo da Resolução, relevantes ao entendimento desse Parecer, quais sejam: 2.A, 3-1 à 3-4, 4-1, 4-2, 5, 6-1 e 6-2).

A referida Resolução contempla a regulamentação do atendimento pré-hospitalar.

No Anexo I da presente Resolução está normatizada a atividade na área de Urgência-Emergência, na sua fase pré-hospitalar. Esse Sistema de atendimento é um serviço médico; portanto, é coordenado, regulado e supervisionado exclusivamente pelo médico.

Esse serviço deve ter uma ação integrada com outros profissionais, não médicos, habilitados para prestar esse tipo de trabalho.

O treinamento do pessoal envolvido nesse serviço deverá ser efetuado em cursos ministrados por instituições ligadas ao SUS, envolvendo as escolas médicas e de enfermagem locais, sob a coordenação das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Deverá haver um programa mínimo que contemple todo o conhecimento teórico e prático necessário à realização eficaz dos atos praticados. A aprovação dos treinandos deverá obedecer ao critério da competência, ou seja, o aluno deverá demonstrar, na prática, em exercícios simulados, plena capacidade e competência para realizar os atos.

O sistema deverá dispor de um programa de treinamento continuado e supervisão médica e de enfermagem em serviço.

Bombeiros, Agentes da Defesa Civil e Condutores são profissionais não oriundos da área de saúde, que serão habilitados, após treinamento específico em instituições ligadas ao SUS, para prestar atendimento pré-hospitalar e credenciados para integrar a guarnição de ambulâncias do serviço de atendimento pré-hospitalar. Fazem intervenção conservadora (não-invasiva) no atendimento pré-hospitalar, sob supervisão médica direta ou à distância, utilizando materiais e equipamentos especializados. As atividades dos bombeiros atendem aos princípios constitucionais que estabelecem suas competências para atendimento e proteção da vida.

Existem requisitos gerais necessários a todos os profissionais, quais sejam:

- Disposição pessoal para a atividade;
- Equilíbrio emocional e autocontrole;
- Disposição para cumprir ações orientadas;
- Manter sigilo profissional;
- Capacidade de trabalhar em equipe.
- Treinamento em suporte básico de vida.

A normativa também estabelece todas as competências para cada função, de forma detalhada, que deve ser conhecida e treinada, em exercícios simulados, incluindo programas de treinamento continuado, dando plena capacidade e competência para cada profissional realizar os atos de sua devida competência.

O Ministério da Saúde, através da Portaria 2048/2002, estabelece as competências e atribuições de todos os profissionais envolvidos no atendimento pré-hospitalar. No Capítulo IV, Item 1.2.4 cita a regulamentação da referida Portaria, no que tange os Profissionais responsáveis pela segurança. No Capítulo VII, Item 2.1 A, está descrito o conteúdo do curso que deverá ser ministrado aos profissionais não oriundos da área de saúde (anexos a esse Parecer).

### **CONCLUSÃO:**

A Resolução do CFM e a Portaria do MS trazem subsídios claros e suficientes, para que o consulente possa definir se o Curso de Socorrista que pretende implementar está de acordo com a determinação dos órgãos competentes, tanto no aspecto legal, quanto ético-profissional, tendo em vista que os ensinamentos transmitidos aos profissionais não médicos devem ficar absolutamente restritos ao que lhes é permitido, dentro de suas competências.

É o parecer.

Curitiba, 11 de outubro de 2006.

Roseni Teresinha Florêncio  
Cons<sup>a</sup>. Relatora

---

---

**Processo-Consulta CRMPR Nº. 081/2006**  
**Parecer CRMPR Nº. 1769/2006**  
**Parecer Aprovado - Câmara III nº 1.836<sup>a</sup>**  
**Sessão Plenária de 23/10/2006**

---

---

**ANEXO I**  
**VIDE RESOLUÇÃO CFM nº1.671/03**  
**(Publicada no D.O.U. de 29 de Julho 2003, Seção I, pg. 75-78)**

Dispõe sobre a regulamentação do atendimento pré-hospitalar e dá outras providências. (Vide Arq Cons Region Med do PR 2004, 21:(81)20-35)

**PORTARIA 2048/2002/ MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**Capítulo IV: Atendimento Pré-Hospitalar Móvel:**

Item 1.2.4 - Profissionais Responsáveis pela Segurança: Policiais militares, rodoviários ou outros profissionais, todos com nível médio, reconhecidos pelo gestor público da saúde para o desempenho destas atividades, em serviços normatizados pelo SUS, regulados e orientados pelas Centrais Públicas de Regulação Médica das Urgências. Atuam na identificação de situações de risco, exercendo a proteção das vítimas e dos profissionais envolvidos no atendimento. Fazem resgate de vítimas de locais ou situações que impossibilitam o acesso da equipe de saúde. Podem realizar suporte básico de vida, com ações não invasivas, sob supervisão médica direta ou à distância, sempre que a vítima esteja em situação que impossibilite o acesso e manuseio pela equipe de saúde, obedecendo aos padrões de capacitação e atuação previstos neste Regulamento;

Requisitos Gerais: maior de dezoito anos; disposição pessoal e capacidade física e mental para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; capacitação específica por meio dos Núcleos de Educação em Urgências, conforme conteúdo estabelecido por este Regulamento; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para a capacitação discriminada no Capítulo VII, bem como para a re-certificação periódica.

Competências/Atribuições: comunicar imediatamente a existência da ocorrência à Central de Regulação Médica de Urgências; avaliar a cena do evento, identificando as circunstâncias da ocorrência e reportando-as ao médico regulador ou à equipe de saúde por ele designada; identificar e gerenciar situações de risco na cena do acidente, estabelecer a segurança da área de operação e orientar a movimentação da equipe de saúde; realizar manobras de suporte básico de vida sob orientação do médico regulador; remover as vítimas para local seguro onde possa receber o atendimento da equipe de saúde; estabilizar veículos acidentados; realizar manobras de desencarceramento e extração manual ou com emprego de equipamentos próprios; avaliar as condições da vítima, observando e comunicando ao médico regulador as condições de respiração, pulso e consciência; transmitir, via rádio, ao médico regulador, a correta descrição da vítima e da cena; conhecer as técnicas de transporte do paciente traumatizado; manter vias aéreas pérvias com manobras manuais e não invasivas, administrar oxigênio e realizar ventilação artificial; realizar circulação artificial pela técnica de compressão torácica externa; controlar sangramento externo por pressão direta, elevação do membro e ponto de pressão, utilizando curativos e bandagens; mobilizar e remover pacientes com proteção da coluna vertebral, utilizando pranchas e outros equipamentos de imobilização e transporte; aplicar curativos e bandagens; imobilizar fraturas, utilizando os equipamentos disponíveis em seus veículos; dar assistência ao parto normal em período expulsivo e realizar manobras básicas ao recém nato e parturiente; prestar primeiro atendimento à intoxicações, sob orientação do médico regulador; conhecer e saber operar todos os equipamentos e materiais pertencentes ao veículo de atendimento; conhecer e usar os equipamentos de bioproteção individual; preencher os formulários e registros obrigatórios do sistema de atenção às urgências e do serviço; manter-se em contato com a Central de Regulação, repassando os informes sobre a situação da cena e do paciente ao médico regulador, para decisão e monitoramento do atendimento pelo mesmo; repassar as informações do atendimento à

equipe de saúde designada pelo médico regulador para atuar no local do evento. Capítulo VII: Núcleo de Educação em Urgências:

Item 2.1 – Profissionais do Atendimento Pré-Hospitalar Móvel

A - Profissionais Não Oriundos da Área da Saúde

A-1 - Profissionais da Área de Segurança, Bombeiros e Condutores de Veículos de Urgência do Tipo B, C e D:

TEMAS	CONTEÚDO	HABILIDADES	CARGA HORÁRIA (CH)
1. Introdução	Programa e atividade integração. Pré e Pós-teste.	Trabalho em equipe	01 T

TEMAS	CONTEÚDO	HABILIDADES	Carga Horária (CH)
1. Introdução	Programa e atividade de integração Pré e Pós-teste.	Trabalho em equipe	01 T (Teórica)
2. Sistema de saúde local e serviços relacionados.	Apresentação da rede hierarquizada dos serviços de saúde	Conhecer a organização do sistema de saúde local de acordo com a hierarquia dos serviços.	01 T
3. Serviço Pré Hospitalar Móvel	Histórico do serviço pré-hospitalar móvel. Perfil profissional: Apresentação do serviço de atendimento pré-hospitalar (APH) móvel de sua cidade Apresentação da Portaria GM/MS nº 2048 de 5 de novembro de 2002 - Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência Conceitos de ética médica ligada ao APH	Trabalho em equipe Conhecer os conceitos da Portaria e as competências dos profissionais da área de segurança, bombeiros.	02 T
4. Central de Regulação e Equipamentos	Manejo de equipamentos da central de urgência (rádios), veículos e materiais utilizados na APH móvel, rotinas operacionais.	Manuseio do sistema de rádio e técnicas de comunicação.	01 T
5. Anatomia e Fisiologia	Anatomia topográfica: regiões anatômicas e noções gerais de anatomia topográfica. Aparelhos e sistemas: anatomia e fisiologia dos aparelhos e sistemas do corpo humano: em especial esquelético, cardíaco, respiratório.	Conhecimento das principais divisões anatômicas, regiões anatômicas, e noções de anatomia topográfica. Conhecimento dos aspectos morfológicos e fisiológicos dos diversos aparelhos para formulação de correlação anátomo-clínica.	08 T 02 P (Prática)

6. Cinemática do Trauma	Exame da cena e mecanismos de lesões.	Conhecer a importância do exame da cena do acidente para identificar sinais de gravidade.  Saber correlacionar a cenas com os mecanismos de lesões.	03 T
-------------------------	---------------------------------------	---	---------

7. Abordagem do paciente.	<p>Abordagem Primária e secundária de uma Vítima; técnicas relativas à avaliação de sinais vitais de vítimas: pressão arterial, frequência respiratória e de pulso, temperatura e outros.</p> <p>Escala de coma de Glasgow e escala de trauma revisado ou escala de trauma utilizada pelo serviço local.</p> <p>Obstrução de Vias Aéreas.</p> <p>Desobstrução de Vias Aéreas.</p> <p>Sinais e Sintomas de parada respiratória e cardíaca.</p> <p>Técnicas de reanimação cardiopulmonar em adulto e criança.</p> <p>Materiais e equipamentos utilizados em parada cardio respiratória.</p> <p>Materiais e Equipamentos utilizados em oxigênio terapia.</p> <p>Conhecer as principais doenças transmissíveis.</p> <p>Conhecer normas de biossegurança, materiais e métodos de controle de infecções.</p>	<p>Realizar a abordagem primária e secundária para reconhecer sinais de gravidade em situações que ameaçam a vida de forma imediata e as lesões dos diversos segmentos.</p> <p>Saber utilizar a escala de Glasgow e de trauma.</p> <p>Reconhecer e manejar obstrução de vias aéreas; Realizar oxigênio terapia. Conhecer equipamentos utilizados em parada cardiorespiratória.</p> <p>Estar habilitado para técnicas de RCP.</p> <p>Utilizar técnicas e métodos de controle de infecções.</p>	08 T 12 P 06 T 18 P 02 T
---------------------------	--	---	---

a. Manejo de Vias Aéreas/Ressuscitação Cardiopulmonar			
b. Biossegurança			
8. Ferimentos / hemorragia / Bandagem/Choque	Tipos de ferimentos; hemorragia; choque, principalmente choque hipovolêmico;  Curativos e Bandagens.  Técnicas de Suporte Básico de Vida para o tratamento do choque hipovolêmico.	Reconhecer os diversos tipos de ferimentos, hemorragias, choque hipovolêmico;  Possuir habilidades psicomotoras relativas às aplicações de técnicas de curativos e bandagens com controle de hemorragias e suporte básico nos casos de choque hipovolêmico.	04 T 06 P
9. Trauma músculo- esquelético e imobilizações	Trauma Músculo Esqueléticos e seus sinais e sintomas.  Técnicas relativas à imobilização de extremidades lesadas.  Materiais e equipamentos utilizados para a imobilização de extremidades lesadas.	Reconhecer os diversos tipos de trauma músculo-esquelético  Executar técnicas de imobilização de extremidades lesadas com equipamentos adequados.	02 T 10 P
10. Traumatismos específicos	Traumatismo Cranioencefálico Traumatismo Raquimedular Trauma Torácico e Abdominal Trauma de Face Trauma na Criança e na Gestante Agravos por eletricidade Queimaduras	Conhecer as peculiaridades e prestar o atendimento inicial nos diversos traumatismos específicos	12 T
11. Remoção de vítima	Materiais e equipamentos utilizados para a remoção de vítimas de acidentes.  Técnicas de remoção de vítimas de acidentes: rolamento, elevações, retirada de veículos, transporte com ou sem a utilização de materiais e equipamentos.  Técnicas relativas à remoção de vítimas de acidentes aquáticos e em altura com especial cuidado à coluna vertebral.	Saber utilizar materiais e equipamentos para remoção de vítimas de acidentes nas diversas situações encontradas.	04 T 30 P

12. Assistência ao Parto e Cuidados com o Recém-Nascido	Trabalho de Parto - período expulsivo Cuidado com o Recém-Nascido	Possuir habilidades psicomotoras relativas ao atendimento ao parto normal e cuidados com o recém-nascido	04 T
13. Intervenção em crises e atendimentos de pacientes especiais	Reconhecimento e Intervenção em situação de crise	Conhecer as peculiaridades e prestar o atendimento inicial nessas situações	02 T

14. Afogamento	Fisiologia e técnicas de abordagem. Peculiaridades no atendimento.	Conhecer as peculiaridades e prestar o atendimento inicial.	02 T
15. Intoxicação Exógena	Reconhecimento e peculiaridades no atendimento inicial.	Conhecer as peculiaridades e prestar o atendimento inicial.	02 T
16. Emergências Clínicas	Peculiaridades e Atendimento inicial de emergências clínicas mais freqüentes.	Conhecer as peculiaridades e prestar o atendimento inicial.	06 T
17. Acidentes com múltiplas Vítimas e Catástrofes	Conceito Princípios de Controle da Cena Triagem, tratamento e transporte.	Saber manejar situações de acidentes com múltiplas vítimas.	02 T 02 P
18. Acidentes com produtos perigosos	Conceitos/Legislação Princípios de atendimento	Prestar o atendimento inicial de maneira adequada garantindo a segurança da equipe e das vítimas.	02 T
20. Estágios hospitalares	Rotinas de atendimento de pronto socorro; maternidade.	Conhecer fluxo de atendimento dos hospitais da rede hierarquizada bem como presenciar atendimento das emergências.	12 P
21. Estágios em Ambulâncias	Vivência prática de atendimento.	Familiarização com a rotina de serviço e participar de atendimento de vítimas em situações reais.	24 P
22. *Avaliação teórica e prática do curso	Provas escritas e práticas de avaliação de conhecimento.	Demonstrar conhecimentos adquiridos.	04 T 06 P
23. Salvamento** MODULO COMPLEMENTAR	Conceitos e técnicas de: Salvamento terrestre; Salvamento em alturas; Salvamento aquático; Materiais e equipamentos.	Conhecimento e habilidade psicomotora para realização de salvamento terrestre, aquático e em alturas.	10 T 20 P
TOTAL		200 H	

\* Número de horas para avaliação a serem distribuídas durante o Curso.

**\*\*Módulo específico para profissionais da área de Segurança ou Motoristas de Viaturas de Tipo B, C e D.**

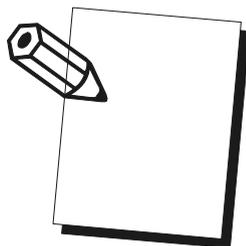
**A 2- Conductor de Veículos de Urgência do Tipo A**

TEMA	CONTEÚDO	HABILIDADES	CH
1. Introdução 2. Geografia e estrutura urbana da cidade	Apresentação do programa e atividade de integração. Apresentação da geografia e estrutura urbana da cidade.	Responder a aplicação do pré e pós-teste de conhecimento escrito e individual. Participar das atividades de Grupos. Identificar ruas/logradouros/bairros da cidade. Identificar a localização dos serviços de saúde da cidade. Identificar as portas de entrada dos serviços de urgência hospitalares e não hospitalares. Identificar endereços e regiões de difícil acesso.	01 T (Teórica) 03 T 10 P (Prática)
3. Sistema de saúde e rede hierarquizada de assistência	Apresentação do sistema de saúde local e serviços relacionados com a saúde.	Reconhecer as funções de cada serviço de acordo com sua hierarquia. Identificar a localização dos serviços de saúde da cidade. Identificar serviços em locais de difícil acesso. Dominar a geografia da região para viabilizar rotas alternativas.	2 T
4. Serviço de atendimento pré-hospitalar móvel (APH móvel)	Apresentação da Portaria GM/MS nº 2048, de 5 de novembro de 2002 - Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.	Dominar os conceitos da Portaria, a regulação médica das urgências e os fluxos da central de regulação. Identificar as funções do condutor de veículos de urgência. Dominar o funcionamento e organização do APH móvel de sua cidade.	2 T
5. Papel do condutor de veículos de urgência	Manejo de equipamentos da central de regulação de urgências.	Estabelecer contato com a central de regulação de urgências. Operar o sistema de rádio comunicação para contato com a central. Dominar o uso de códigos de rádio, conforme protocolos do serviço.	2 T 10 P

<p>6. Suporte básico de vida</p>	<p>Realização de medidas de suporte básico de vida</p>	<p>Descrever a cena das ocorrências, identificando sinais de risco.</p> <p>Identificar necessidade de articular outros serviços para atendimento na cena da ocorrência e comunicar à central.</p> <p>Auxiliar a equipe de saúde nos gestos básicos de suporte à vida.</p> <p>Auxiliar a equipe nas imobilizações e transporte de vítimas.</p> <p>Identificar todos os tipos de materiais existentes nos veículos de socorro e sua utilidade, a fim de auxiliar a equipe de saúde.</p> <p>Realizar medidas reanimação cardiopulmonar básica.</p> <p>Identificar sinais de gravidade em situações de urgência traumática, clínica, obstétrica, psiquiátrica.</p> <p>Aplicar conhecimentos para abordagem de pacientes graves em urgência clínica, traumática, psiquiátrica, pediátrica, obstétrica.</p>	<p>04 T 16 P</p>
<p>7. Direção defensiva 8. Acidente com produtos perigosos</p>	<p>Técnicas de Direção Defensiva Noções sobre acidentes com produtos perigosos</p>	<p>Aplicar técnicas de direção defensiva.</p> <p>Utilizar sinais sonoros e luminosos nas situações de urgência.</p> <p>Viabilizar a sinalização e segurança da cena.</p> <p>Dominar a legislação do transporte de perigosas.</p> <p>Aplicar técnicas de abordagem de veículos com produtos perigosos.</p> <p>Aplicar normas de segurança na exposição a produtos perigosos.</p> <p>Auxiliar na organização da cena em situações de acidentes com cargas perigosas.</p>	<p>02 T 08 P 02T 02P</p>
<p>TOTAL</p>		<p>64 H</p>	



## MUDANÇA DE ENDEREÇO



Fone 0 xx 41 - 3240-4000

Fax 0 xx 41 - 3240-4001

e-mail: crmpr@crmpr.org.br

### Lei nº 3.268 de 1957. Decreto Federal nº 44.045 de 19.07.1958.

Artigo 6º - Fica o médico obrigado a comunicar ao Conselho Regional de Medicina em que estiver inscrito, a instalação de seu consultório ou local de trabalho profissional, assim como qualquer transferência de sede, ainda quando na mesma jurisdição.

## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

RUA VICTÓRIO VIEZZER, 84 - VISTA ALEGRE - CAIXA POSTAL 2.208  
CEP 80810-340 - CURITIBA - PR - FONE (0xx41) 3240-4000 - FAX (0xx41) 3240-4001

### FORMULÁRIO PARA ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO

Médico(a):..... CRM/PR.....

***Favor assinalar o endereço onde deseja receber as correspondências:***

**END. POSTAL RESIDENCIAL:**.....

Nº:..... andar:..... Bairro:.....

Cidade:..... UF:..... CEP:.....

Telefone residencial: (.....) .....

**End. Eletrônico:**..... Fax: (.....).....

**END. POSTAL COMERCIAL:**.....

Nº:..... andar:..... Bairro:.....

Cidade:..... UF:..... CEP:.....

Telefone comercial: (.....) .....

**End. Eletrônico:**..... Fax: (.....).....

***Permite a divulgação do seu endereço para terceiros?***

Não  Sim: [.....] Residencial [.....] Comercial [.....] E-mail

Observações:.....

Em ...../...../.....

Assinatura:.....

Endereço atualizado em ...../...../.....

Visto do Funcionário CRMPR:.....

**PROFISSIONAIS MÉDICOS DEVEM ESGOTAR AS  
ALTERNATIVAS DE FÁRMACOS PREVISTAS NOS  
PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO  
MINISTÉRIO DE SAÚDE**

**MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ**

Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Proteção à  
Saúde Pública. Promotoria de Justiça de Proteção à Saúde de Curitiba

**RECOMENDAÇÃO ADMINISTRATIVA Nº 11/2006**

CONSIDERANDO que a vida e a saúde constituem direitos fundamentais do ser humano, sendo de grande relevância pública, conforme previsto no art. 197, da Constituição Federal;

CONSIDERANDO que a saúde é direito de todos e dever do Estado, nos termos do art. 196 da Constituição Federal;

CONSIDERANDO o artigo 197, também da Constituição Federal, bem como o art. 168, da Constituição do Estado do Paraná, que estabelecem que *“são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre a sua regulamentação, fiscalização e controle”*;

CONSIDERANDO que o inciso II, do artigo 7º, da Lei Federal nº 8080/90, prega a *“integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”*;

CONSIDERANDO que a alínea ‘d’, do inciso I, do artigo 6º, da LF nº 8080/90, expressa estar incluída no SUS a *“assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica”*;

CONSIDERANDO que a demanda por medicamentos, receitados por médicos do Sistema Único de Saúde vem aumentando cada vez mais, principalmente, pelas drogas de natureza excepcional, muitas vezes, de custo elevadíssimo e não constantes dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde;

CONSIDERANDO também, que pode haver influência da indústria farmacêutica, incentivando a receita de remédios, muitas vezes, possuidores de caráter experimental e, sem sempre, de eficácia indiscutível; e que, esta relação de indução à prescrição, em alguns casos reprovável, já é objeto de discussão no Conselho Federal de Medicina (Medicina – Conselho Federal, nº 159, de abril/maio/junho);

CONSIDERANDO que os médicos prestadores de serviços ao SUS, executam atividade tipicamente pública, ao ponto de suas prescrições exprimirem as próprias vontade e responsabilidade do poder público na adequada execução de suas obrigações sanitárias, sendo, portanto, contraditório ao Sistema Único de Saúde, em alguns casos, prescrever o medicamento e, ao mesmo tempo, negar sua dispensação;

CONSIDERANDO, por outro lado, que a Constituição Federal, no seu artigo 37, *caput*, obriga a Administração Pública à obediência, entre outros, aos princípios

da moralidade e eficiência; e que gastos divorciados da estrita necessidade técnica, motivados exclusivamente pela propaganda dos laboratórios farmacêuticos, não são razoável, moral ou eficazmente justificáveis;

CONSIDERANDO que o artigo 15, inciso II, da LF nº 8080/90 expressa ser atribuição comum dos entes públicos a *“administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde”*;

CONSIDERANDO o inciso V, do artigo 18, da mesma norma, que dispõe caber ao gestor municipal do SUS *“dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde”*;

CONSIDERANDO o inciso IV, do artigo 13, da Lei Estadual nº 13.33101 (*“compete à direção municipal do SUS, além do constante na Lei Orgânica da Saúde: IV – executar, no âmbito municipal, a política de insumos e equipamentos para a saúde”*);

CONSIDERANDO, ainda, a seu tempo, a referência feita na Portaria/MS nº 399/06 (Pacto pela Saúde), no item *“Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS”*, que indicar ser responsabilidade dos municípios *“promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, promovendo seu uso racional, observadas as normas vigentes e pactuações estabelecidas”*;

CONSIDERANDO, ainda, o inciso XVI, do sub-item 2.1., do mesmo diploma, que indica ser obrigação do gestor municipal do SUS *“estimular e viabilizar a capacitação e a educação permanente dos profissionais das equipes”*;

CONSIDERANDO, a seu tempo, a alínea ‘d’, do sub-item 3.1., da Portaria/MS nº 399/2005 (Pacto pela Saúde), é indicadora de que *“a Assistência Farmacêutica será financiada pelos três gestores do SUS devendo agregar a aquisição de medicamentos e insumos e a organização das ações de assistência farmacêutica necessárias, de acordo com a organização de serviços de saúde; e segue, colocando que “a responsabilidade pelo financiamento e aquisição dos medicamentos de dispensação excepcional é do Ministério da Saúde e dos Estados, conforme pactuação e a dispensação, responsabilidade do Estado”*;

CONSIDERANDO mais, que o mesmo dispositivo ainda expressa que *“as Diretrizes a serem pactuadas na CIT, deverão nortear-se pelas seguintes proposições: definição de critérios para inclusão e exclusão de medicamentos e CID na Tabela de Procedimentos, com base nos protocolos clínicos e nas diretrizes terapêuticas”*;

CONSIDERANDO o contido no artigo 127, da Constituição Federal, que dispõe ser *“o Ministério Público instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis”*;

CONSIDERANDO o disposto nos artigos 129, inciso II, da mesma Carta Constitucional, bem como no artigo 120, inciso II, da Constituição do Estado do Paraná, que atribuem ao Ministério Público a função institucional de *“zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados nesta Constituição, promovendo as medidas necessárias a sua garantia”*;

CONSIDERANDO, ainda, o artigo 27, parágrafo único, inciso IV, da Lei Federal nº 8.625, de 12 de fevereiro de 1993, o qual faculta ao Ministério Público expedir recomendação administrativa aos órgãos da administração pública federal, estadual e municipal, requisitando ao destinatário adequada e imediata divulgação”;

CONSIDERANDO o artigo 57, V, da Lei Complementar nº 85, de 27 de dezembro de 1999, que define como função do órgão do Ministério Público, entre outras, a de promover a defesa dos direitos constitucionais do cidadão para a garantia do efetivo respeito pelos Poderes Públicos e pelos prestadores de serviços de relevância pública;

o Ministério Público do Estado do Paraná, no exercício das suas funções institucionais de que tratam os artigos 127 e 129, II, da Constituição Federal, e arts. 5º, I, "h", II, "d", III, "e", e IV, e 6º, VII, "a" e "c", da Lei Complementar nº 75/93, e art. 27, parágrafo único, IV, da Lei Federal nº 8.625/93, bem como no artigo 120, II, da Constituição do Estado do Paraná, dentre outros dispositivos legais,

expede a presente

### **RECOMENDAÇÃO ADMINISTRATIVA**

Ao doutor LUCIANO DUCCI, d. Secretário Municipal de Saúde de Curitiba, a fim de que, tendo em vista as disposições acima mencionadas, adote providências administrativas imediatas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, no sentido de orientar os profissionais médicos e esgotarem as alternativas de fármacos previstas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde e demais atos que lhe forem complementares, antes de prescreverem tratamento medicamentoso diverso aos pacientes. Se ainda assim for prevalente tecnicamente a prescrição de droga curativa não apresentada nos Protocolos, o profissional responsável deverá elaborar fundamentação técnica consistente, indicando quais os motivos da exclusão dos medicamentos previstos nos regulamentos citados, em relação ao paciente; quais os benefícios do medicamento prescrito mo caso concreto; apresentação de estudos científicos eticamente isentos e comprobatórios dessa eficácia (revistas indexadas e com conselho editorial); menção à eventual utilização anterior, pelo usuário, dos fármacos protocolizados, sem resposta adequada e, por fim, manifestação sobre possíveis vínculos, formais ou informais, do prescritor com o laboratório fabricante do remédio em comento, justificando, assim, essa excepcional orientação clínica.

Da mesma forma se procederá quando o fármaco prescrito, embora constante dos Protocolos, for receitado em face de situação diversa da ali descrita.

Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias úteis a partir do recebimento desta para manifestação do destinatário, acerca das medidas determinadas em face da presente Recomendação.

Dê-se ciência ao Conselho Regional de Medicina e ao Conselho Municipal de Saúde.

Curitiba, 20 de setembro de 2006.

Marco Antonio Teixeira  
Procurador de Justiça

Marcelo Paulo Maggio  
Promotor de Justiça

Luciane Maria Duda  
Promotora de Justiça

## **MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ**

Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Proteção à Saúde Pública. Promotoria de Justiça de Proteção à Saúde de Curitiba

### **RECOMENDAÇÃO ADMINISTRATIVA Nº 12/2006**

CONSIDERANDO que a vida e a saúde constituem direitos fundamentais do ser humano, sendo de grande relevância pública, conforme previsto no art. 197, da Constituição Federal;

CONSIDERANDO que a saúde é direito de todos e dever do Estado, nos termos do art. 196 da Constituição Federal;

CONSIDERANDO o artigo 197, também da Constituição Federal, bem como o art. 168, da Constituição do Estado do Paraná, que estabelecem que *“são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre a sua regulamentação, fiscalização e controle”*;

CONSIDERANDO que o inciso II, do artigo 7º, da Lei Federal nº 8080/90, prega a *“integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”*;

CONSIDERANDO que a alínea ‘d’, do inciso I, do artigo 6º, da LF nº 8080/90, expressa estar incluída no SUS a *“assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica”*;

CONSIDERANDO que a demanda por medicamentos, receitados por médicos do Sistema Único de Saúde vem aumentando cada vez mais, principalmente, pelas drogas de natureza excepcional, muitas vezes, de custo elevadíssimo e não constantes dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde;

CONSIDERANDO também, que pode haver influência da indústria farmacêutica, incentivando a receita de remédios, muitas vezes, possuidores de caráter experimental e, sem sempre, de eficácia indiscutível; e que, esta relação de indução à prescrição, em alguns casos reprovável, já é objeto de discussão no Conselho Federal de Medicina (Medicina – Conselho Federal, nº 159, de abril/maio/junho);

CONSIDERANDO que os médicos prestadores de serviços ao SUS, executam atividade tipicamente pública, ao ponto de suas prescrições exprimirem as próprias vontade e responsabilidade do poder público na adequada execução de suas obrigações sanitárias, sendo, portanto, contraditório ao Sistema Único de Saúde, em alguns casos, prescrever o medicamento e, ao mesmo tempo, negar sua dispensação;

CONSIDERANDO, por outro lado, que a Constituição Federal, no seu artigo 37, *caput*, obriga a Administração Pública à obediência, entre outros, aos princípios

da moralidade e eficiência; e que gastos divorciados da estrita necessidade técnica, motivados exclusivamente pela propaganda dos laboratórios farmacêuticos, não são razoável, moral ou eficazmente justificáveis;

CONSIDERANDO que o artigo 15, inciso II, da LF nº 8080/90 expressa ser atribuição comum dos entes públicos a *“administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde”*;

CONSIDERANDO o inciso VIII, do artigo 17, da mesma norma, que indica ser atribuição do gestor estadual do SUS *“em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde”*;

CONSIDERANDO o inciso III, do artigo 12, da Lei Estadual nº 13.331/2001 (Código de Saúde do Estado do Paraná), que expressa caber a direção estadual do SUS *“formular, executar, acompanhar e avaliar, em caráter suplementar à União, a política de insumos e equipamentos para a saúde”*;

CONSIDERANDO, também, o inciso XVIII, da norma estadual, que indica como responsabilidade do gestor estadual *“organizar, controlar e participar da produção e da distribuição de medicamentos, de componentes farmacêuticos básicos, produtos químicos, biotecnológicos, imunológicos, hemoderivados e outros de interesse para a saúde, facilitando o acesso da população”*;

CONSIDERANDO, ainda, a seu tempo, a referência feita na Portaria/MS nº 399/06 (Pacto pela Saúde), no item *“Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS”*, que indicar ser responsabilidade dos estados *“promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas”*;

CONSIDERANDO, a seu tempo, a alínea ‘d’, do sub-item 3.1., da Portaria/MS nº 399/2005 (Pacto pela Saúde), é indicadora de que *“a Assistência Farmacêutica será financiada pelos três gestores do SUS devendo agregar a aquisição de medicamentos e insumos e a organização das ações de assistência farmacêutica necessárias, de acordo com a organização de serviços de saúde; e segue, colocando que “a responsabilidade pelo financiamento e aquisição dos medicamentos de dispensação excepcional é do Ministério da Saúde e dos Estados, conforme pactuação e a dispensação, responsabilidade do Estado”*;

CONSIDERANDO mais, que o mesmo dispositivo ainda expressa que *“as Diretrizes a serem pactuadas na CIT, deverão nortear-se pelas seguintes proposições: definição de critérios para inclusão e exclusão de medicamentos e CID na Tabela de Procedimentos, com base nos protocolos clínicos e nas diretrizes terapêuticas”*;

CONSIDERANDO que o mesmo Pacto pela Saúde (item ‘B’) prega ser responsabilidade dos Estados *“promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas”*;

CONSIDERANDO o contido no artigo 127, da Constituição Federal, que dispõe ser *“o Ministério Público instituição permanente, essencial à função*

*jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis”;*

CONSIDERANDO o disposto nos artigos 129, inciso II, da mesma Carta Constitucional, bem como no artigo 120, inciso II, da Constituição do Estado do Paraná, que atribuem ao Ministério Público a função institucional de “*zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados nesta Constituição, promovendo as medidas necessárias a sua garantia*”;

CONSIDERANDO, ainda, o artigo 27, parágrafo único, inciso IV, da Lei Federal nº 8.625, de 12 de fevereiro de 1993, o qual faculta ao Ministério Público expedir recomendação administrativa aos órgãos da administração pública federal, estadual e municipal, requisitando ao destinatário adequada e imediata divulgação”;

CONSIDERANDO o artigo 57, V, da Lei Complementar nº 85, de 27 de dezembro de 1999, que define como função do órgão do Ministério Público, entre outras, a de promover a defesa dos direitos constitucionais do cidadão para a garantia do efetivo respeito pelos Poderes Públicos e pelos prestadores de serviços de relevância pública;

o Ministério Público do Estado do Paraná, no exercício das suas funções institucionais de que tratam os artigos 127 e 129, II, da Constituição Federal, e arts. 5º, I, “h”, II, “d”, III, “e”, e IV, e 6º, VII, “a” e “c”, da Lei Complementar nº 75/93, e art. 27, parágrafo único, IV, da Lei Federal nº 8.625/93, bem como no artigo 120, II, da Constituição do Estado do Paraná, dentre outros dispositivos legais,

expede a presente

### **RECOMENDAÇÃO ADMINISTRATIVA**

Ao doutor CLÁUDIO MURILO XAVIER, d. Secretário Municipal de Saúde do Paraná, a fim de que, tendo em vista as disposições acima mencionadas, adote providências administrativas imediatas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, no sentido de orientar os profissionais médicos e esgotarem as alternativas de fármacos previstas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde e demais atos que lhe forem complementares, antes de prescreverem tratamento medicamentoso diverso aos pacientes. Se ainda assim for prevalente tecnicamente a prescrição de droga curativa não apresentada nos Protocolos, o profissional responsável deverá elaborar fundamentação técnica consistente, indicando quais os motivos da exclusão dos medicamentos previstos nos regulamentos citados, em relação ao paciente; quais os benefícios do medicamento prescrito no caso concreto; apresentação de estudos científicos eticamente isentos e comprobatórios dessa eficácia (revistas indexadas e com conselho editorial); menção à eventual utilização anterior, pelo usuário, dos fármacos protocolizados, sem resposta adequada e, por fim, manifestação sobre possíveis vínculos, formais ou informais, do prescritor com o laboratório fabricante do remédio em comento, justificando, assim, essa excepcional orientação clínica.

Da mesma forma se procederá quando o fármaco prescrito, embora constante dos Protocolos, for receitado em face de situação diversa da ali descrita.

Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias úteis a partir do recebimento desta para manifestação do destinatário, acerca das medidas determinadas em face da presente Recomendação.

Dê-se ciência ao Conselho Regional de Medicina e ao Conselho Municipal de Saúde.

Curitiba, 20 de setembro de 2006.

Marco Antonio Teixeira  
Procurador de Justiça

Marcelo Paulo Maggio  
Promotor de Justiça

Luciane Maria Duda  
Promotora de Justiça

## PORTUGAL FARÁ REFERENDO SOBRE ABORTO

### BIOÉTICA

*Lisboa – Portugal deu um passo na direção da legalização do aborto. Em Lisboa, o Parlamento aprovou ontem a convocação de um referendo que colocará a questão nas mãos dos eleitores.*

*O país tem hoje uma das mais restritivas leis de aborto da Europa. A legislação autoriza a prática em casos de estupro, malformação ou risco de saúde para a mãe. Em qualquer dos casos, o aborto só pode ser feito nas 12 primeiras semanas de gravidez.*

*Se aprovado no referendo popular, o projeto de lei garantirá o direito para todas as mulheres até a 10ª semana de gravidez.*

*Na Europa, apenas a Polônia e Irlanda têm regras tão restritivas como as de Portugal, enquanto Malta proíbe o aborto em qualquer circunstância.*

*Atualmente, as portuguesas que podem arcar com a passagem viajam para a Espanha a fim de fazer abortos. Ainda assim, estima-se que cerca de 10 mil mulheres são hospitalizadas todo o ano em Portugal devido a complicações decorrentes de cirurgias realizados em improvisadas clínicas clandestinas.*

*“Temos de pôr fim a essa praga de abortos clandestinos”, disse na semana passada o primeiro-ministro português, Jose Sócrates. “Isto torna Portugal um país retrógrado”.*

Transcrito da Gazeta do Povo em Outubro/2006.

## **NOS EUA, PAIS MANTÊM FILHA COMO “CRIANÇA PERMANENTE”**

### **Menina com paralisia cerebral foi submetida a tratamento e cirurgias para evitar crescimento**

*“Nossa filha Ashley teve um nascimento normal, mas suas faculdades mentais e motoras nunca se desenvolveram.” Com essas palavras, os pais da menina americana de 9 anos iniciam um longo e detalhado relato na internet em que justificam a polêmica decisão de impedir que a filha cresça e de retirar suas mamas e seus útero. O caso tem provocado acaloradas discussões nos EUA.*

*Ashley nasceu com uma paralisia cerebral de origem desconhecida. Ela não consegue se mexer sozinha nem falar. Os pais não sabem nem ao menos se a menina consegue reconhecê-los. O casal, que não quis se identificar, vivem em Seattle e tem outros dois filhos, mais novos que Ashley e saudáveis.*

*O casal começou a se preocupar quando, aos 6 anos, a menina teve os primeiros sinais de uma puberdade precoce. Os dois então se deram conta de que logo a filha ficaria grande e pesada demais para ser levantada, para ser levada a passeios, para ser cuidada – teria, portanto, de passar o dia todo dentro de casa.. Consultaram médicos do Hospital de Crianças de Seattle. Uma comissão de 40 profissionais da instituição estudou o caso e deu luz verde para o polêmico tratamento. Para evitar processos, advogados também foram ouvidos.*

*Ainda aos 6 anos, Ashley teve as mamas, o útero e o apêndice extirpados. Segundo os pais, as mamas da filha já haviam começado a crescer e logo poderiam provocar incômodos, já que a menina não consegue se movimentar sozinha. No caso do útero, a idéia era fazer com que Ashley deixasse de passar pelos inconvenientes da menstruação. Em relação ao apêndice, quiseram evitar que a menina sofresse – sem pode avisar – de uma possível apendicite. O casal de Seattle explicou que a retirada do útero e das mamas também foi motivado pelo medo de a menina sofrer um abuso sexual e engravidar.*

*Logo após as cirurgias, Ashley começou um tratamento com hormônios que impedem o crescimento. As cirurgias e o tratamento, segundo um artigo publicado pelos médicos de Seattle na edição de outubro da revista especializada Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, ocorreram com sucesso. Aos 9 anos, Ashley tem cerca de 1,30m e 34 kg. Assim deverá ficar.*



**DECISÃO** - Ashley: sem crescer

Transcrito do Estado de S. Paulo 05/01/07

## **AMERICANOS FARÃO TRANSPLANTE DE ÚTERO**

**Após sucesso com animais, hospital de Nova York cadastra voluntárias; cirurgia pode resolver alguns casos de infertilidade**

**Operação será a primeira desde o fracasso de teste na Arábia Saudita, em 2000; estudiosos de bioética dos EUA criticam os médicos**

*Médicos nos Estados Unidos iniciaram neste ano uma triagem entre mulheres candidatas a passar por um transplante de útero em caráter experimental, operação que querem realizar até o fim do ano.*

*Os cirurgiões de Nova York responsáveis pelo novo procedimento estão finalizando agora seus planos. O órgão transplantado deverá ser retirado de uma doadora morta e transferido a uma paciente com problemas reprodutivos.*

*“Acredito que estejamos prontos”, diz o médico Giuseppe Del Priore, líder do projeto no Downtown Hospital de Nova York. “O desejo de ter um filho dá uma tremenda força de vontade para muitas mulheres. Acreditamos que podemos ajudar muitas mulheres a realizar esse desejo tão básico.”*

*Se os transplantes de útero se tornarem possíveis, poderiam beneficiar mulheres jovens que tenham nascido sem o órgão ou tiveram de remove-lo após câncer ou complicações de gravidez. Acredita-se que uma parcela grande das mulheres que hoje recorrem a barrigas de aluguel possam se candidatar a entrar na fila de espera para um eventual transplante.*

*A única tentativa de transplante de útero feita até hoje foi em 2000, com uma mulher de 26 anos na Arábia Saudita. A paciente, porém, teve problemas, e o órgão precisou ser removido 99 dias após a cirurgia.*

*Naquela ocasião, a doadora do útero era uma mulher de 46 anos, que entregou o órgão durante uma operação para remover cistos nos ovários.*

*A equipe de Del Priore, porém, recorre a um cadastro de mulheres que consentiram doar seus úteros após a morte. O plano é transplantar o órgão e monitorar a adaptação do paciente por três meses, antes de tentar uma gravidez por fertilização in vitro.*

*Ao fim da gravidez, o bebê nasceria por cesariana e o útero seria retirado junto com a criança, para que a mãe não precisasse mais tomar drogas imunossupressoras contra a rejeição do transplante.*

*“Estamos chamando a operação de transplante temporário. Isso implica em um risco menor para as pacientes”, afirma Del Priore.*

### **Controvérsia bioética**

*Cientistas já tiveram sucesso em transplantes de útero realizados em diversos animais, incluindo camundongos, ovelhas, cães e macacos. Alguns pesquisadores, porém, acreditam que ainda é preciso fazer mais testes antes de começar a aplicar a cirurgia em humanos.*

*“Isso levanta um conjunto de questões éticas e médicas muito difíceis”, diz Thomas Murray, do Centro Hastings, um instituto de pesquisa em bioética de Nova York. “Acho que isso é muito questionável e será difícil tentar justificá-lo”.*

*Del Priore reconhece que há mulheres que se candidatam a cirurgia estão sendo totalmente informadas sobre os riscos que elas e os bebês podem enfrentar ao se submeterem ao procedimento.*

*“Realmente não acredito que seja o papel do médico dizer à paciente que seus valores não são importantes”, diz o cientista. “Cabe a nós, médicos, aconselhar nossos pacientes e conduzi-los com segurança à melhor vida que eles possam ter”.*

Transcrito da Folha de São Paulo 19/jan/2007.

## **PROPAGANDA DE REMÉDIO PODE SER CRIME**

Entre as várias doenças nacionais existe uma que não se cura com remédios, mas com uma boa dose de vergonha na cara. É a velha doença do jeitinho brasileiro. Leis, normas e portarias são publicadas todos os dias, mas parece que a doença em questão é imune. Se o problema é falta de profissionais para trabalhar em pronto-socorros, clínicas e hospitais, administradores inescrupulosos dão um jeitinho: a fila de pacientes já está incorporada à rotina do brasileiro.

O polêmico caso da propaganda de remédios é um exemplo de como isso nos prejudica. O estímulo provocado pelas propagandas é a automedicação – responsável pelo aumento de doenças e internações. Quem receita é o médico, não a televisão ou o rádio. Somos a favor da proibição desse tipo de propaganda nos veículos de comunicação e nas farmácias e drogarias.

A frase veiculada ao final de cada anúncio, “ao persistirem os sintomas o médico deve ser consultado”, é um absurdo. Admite que o medicamento é inócuo. Porém, sabemos que seu uso pode mascarar doenças. Nossa proposta é a veiculação de uma publicidade institucional: “Antes de utilizar qualquer medicamento consulte um médico”.

Recente estudo do pesquisador Álvaro Nascimento, do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, mostrou que as regulamentações da Anvisa – que tentam conter os abusos cometidos pelas indústrias farmacêuticas, agências de publicidade e meios de comunicação – ainda não conseguem evitar essas propagandas.

Para o pesquisador, o atual regulatório é ineficaz e fortalece a cultura da automedicação. Ele analisou 100 peças publicitárias de 2003. Todas deixaram de seguir a legislação em pelo menos um artigo. Álvaro Nascimento, também jornalista e tecnologista da Fiocruz, admite que a forma e o conteúdo dos anúncios de medicamentos, além de prometerem resultados impossíveis, estimulam o uso irracional de produtos.

O problema é ainda mais grave quando consideramos o fato de os medicamentos terem sido o principal agente de intoxicação humana no Brasil, segundo dados fornecidos pelo Sistema Nacional de Informações Toxicológicas da Fiocruz.

Em 2003, foram registrados 13.859 casos, já excluindo tentativas de suicídio. A propaganda abusiva não é a única responsável pelas intoxicações, mas sem dúvida é parte importante da questão.

A fim de reduzir a automedicação, a Anvisa proibiu (em resolução publicada em agosto do ano passado) propaganda de medicamentos no interior das farmácias e drogarias, exceto medicamentos genéricos, permitida somente afixação dos preços dos produtos.

A automedicação continua sendo estimulada pelos balconistas. Não há uma fiscalização efetiva. Multas, quando ocorrem, são irrisórias.

Está na hora de debater o assunto. A Constituição diz: “Compete à Lei Federal estabelecer os meios legais que garantam à pessoa e à família a possibilidade de se defenderem de programas ou programações de rádio e televisão (...) bem como da propaganda de produtos, práticas e serviços que possam ser nocivos à saúde e ao meio ambiente”.

Precisamos adotar critérios éticos para a propaganda de medicamentos, preconizados pela Organização Mundial de Saúde, em vigor em muitos países. Essa é uma das formas de evitar que o jeitinho brasileiro continue causando vítimas e prejuízos.

Dr!Editorial  
Mar/Abr/2006  
Diretoria do SIMESP

**ÉTICA**

**MÉDICO DESLIGA APARELHOS DE ITALIANO QUE  
ACENDEU DEBATES SOBRE EUTANÁSIA**

**A CONTRAGOSTO, PIERGIORGIO WELBY ERA MANTIDO VIVO DESDE  
1997. CASO PROVOCOU DISCUSSÃO POLÍTICA NA ITÁLIA.**

**Roma**

**Palavras-chave:** paciente terminal, limitar terapêutica, eutanásia, distanásia, recusa terapêutica, morte digna, qualidade de vida, direito, suicídio assistido, eutanásia no mundo

**PHYSICIAN DISCONNECTS FROM LIFE SUPPORT AN  
ITALIAN WHO STARTED DEBATES ON EUTHANASIA**

**Key words:** terminal patient, limit therapeutics, euthanasia, distanasia, therapeutical refusal, death with dignity, quality of life, right, assisted suicide, euthanasia in the world

Um médico italiano aplicou uma injeção sedativa e desligou os aparelhos que mantinham vivo o poeta e escritor Piergiorgio Welby. Nos últimos meses, o paciente havia aparecido em programas de TV e escrito ao presidente da Itália para pedir a sua morte. Welby sofria de distrofia muscular e era mantido vivo desde 1997 por um respirador e alimentado por sondas. A morte, no fim da noite de anteontem, desencadeou um inflamado debate sobre eutanásia no país.

O primeiro-ministro da Itália, Romano Prodi, considerou que foi aberto um debate que “terá de ser levado em frente”. Apesar disso, ele havia defendido a permanência da vida de Welby. O deputado do partido Forza Itália Enrico Loggia, da coalizão conservadora, destacou que a morte do poeta foi um ato “ilegal”.

O deputado da União dos Democratas-Cristãos (UDC) Luca Volonté pediu a prisão do médico, que, para ele, deveria ser acusado de homicídio. Na semana passada, o papa Bento XVI reafirmou a posição do Vaticano contrária à eutanásia.

“O caso de Welby não é eutanásia. Trata-se apenas de se recusar a receber um tratamento”, disse o anestesista Mario Riccio, responsável pelo desligamento dos aparelhos. As testemunhas disseram que Welby agradeceu três vezes antes de morrer aos amigos e aos que o apoiaram em sua batalha jurídica.

Welby completaria 61 anos na terça-feira e sofria de distrofia muscular havia 40 anos. Sua luta começou em setembro, quando enviou uma carta ao presidente da República, Giorgio Napolitano, em que reivindicava seu “direito à eutanásia”. Logo depois, enviou também um pedido oficial a um de seus médicos para pedir que o tratamento fosse suspenso e o respirador fosse desligado, apresentando seu caso ao Tribunal Civil de Roma.

Entretanto, nem o tribunal nem o relatório divulgado nesta semana pelo Conselho Superior de Saúde, que estudou o caso, deram razão ao doente. A Justiça entendeu que o direito de retirar o respirador não estava “concretamente garantido” pela lei italiana. Advogados questionaram a decisão dizendo que a Constituição sustenta que ninguém pode ser obrigado a aceitar tratamento de um médico.

Welby decidiu não esperar por uma resolução jurídica. E o anestesista Riccio, que trabalha em um hospital de Cremona, no norte da Itália, atendeu ao seu desejo. O médico disse ontem, em entrevista coletiva, que o doente confirmou sua “vontade de ser sedado e interromper” a respiração artificial. “Os hospitais italianos suspendem terapias toda hora. E isso não conduz a uma investigação ou a problemas de consciência”, disse.

O médico se declarou “muito tranquilo” e afirmou não temer conseqüências legais. A entrevista foi convocada pelo Partido Radical italiano, que recentemente se transformou em porta-voz da batalha de Welby.

### **ANESTESIA NA VEIA**

A família do poeta declarou que o importante agora era que ele e sua luta não fossem esquecidos. Nos dias que passava no hospital, Welby se dedicava a escrever ensaios e poesias. Riccio aplicou em Welby uma anestesia endovenosa, para que não sofresse quando ficasse sem ar. Depois disso, desligou os aparelhos na presença da mulher do paciente, outros familiares e amigos. Ele morreu cerca de 20 minutos antes da meia-noite de anteontem. A irmã de Welby, Carla, disse que tudo havia se passado “como ele desejara”.

Segundo o deputado do Partido Radical Marco Cappato, Welby teve seu desejo atendido “em pleno respeito” à lei e à Constituição. O presidente da Câmara dos Deputados, o comunista Fausto Bertinotti, declarou “grande respeito” a Welby, que “viveu sua dor em um espaço público, pensando assim pode enfrentar seu caso e contribuir para iniciar uma discussão”, na Itália.

### **OUTROS CASOS**

No ano passado, o mundo acompanhou a luta da americana Terri Schiavo, de 41 anos, que morreu em 31 de março, depois de ficar três semanas sem se alimentar. O marido havia conseguido uma autorização judicial para não mais prolongar a vida da mulher, mas seus pais não concordavam. Até o presidente Geogre W. Bush se manifestou contrário à morte de Terri.

Na Espanha, o tetraplégico Ramón Sampetro se suicidou em 1998 com cianureto depois de insistentes pedidos para que tivesse o direito à eutanásia. O francês Vicent Humbert, de 22 anos, teve a ajuda da mãe e do seu médico para morrer em 2003 após se tornar tetraplégico e surdo por causa de um acidente de carro.

#### **• REUTERS, AFP, EFEAP**

---

---

## **“O QUE ME RESTA NÃO É MAIS UMA VIDA”, ESCRVEU WELBY**

Em carta ao presidente e em livro recém-lançado, o paciente revelava sua vontade de morrer.

*“Eu amo a vida. Vida é a mulher que te ama, o vento no seu cabelo, o sol no seu rosto, uma caminhada noturna com um amigo. Vida é também a mulher que te abandona, um dia chuvoso, um amigo que te engana. Não sou melancólico nem maniaco-depressivo. Acho a idéia de morrer horrível. Mas o que me resta não é mais uma vida”.* As palavras de Piergiorgio Welby foram escritas em setembro ao presidente italiano, Giorgio Napolitano, antes da negação pela Justiça do pedido de desligamento de seu respirador.

Digitando com uma mão e uma pequena haste, Welby escreveu a carta e o livro *Deixem-me Morrer*, que acaba de ser lançado. Ele acabou levantando o debate da eutanásia na Itália e se tornou um porta-voz da morte assistida. Quase todos os dias seu nome é mencionado nos jornais italianos e virou tema político.

À Igreja Católica e aos que se opunham a seu pedido, Welby dizia que não estava cometendo suicídio, mas recusando um tratamento. “É uma tortura insuportável”, escreveu há duas semanas. Recusar tratamento médico é permitido pela lei italiana, mas o país tem outra, segundo a qual é crime ajudar a morrer, mesmo com consentimento.

## CONTRADIÇÕES

A própria Igreja tem ensinamentos conflitantes sobre o que fazer em casos como esse. A defesa da vida é tema central da doutrina. Na semana passada, o Vaticano reafirmou sua oposição à eutanásia. Mas, ao mesmo tempo, a Igreja se opõe a tratamentos que prolonguem a vida artificialmente.

“A questão é saber quando estamos diante de um prolongamento artificial da vida”, disse o cardeal Javier Lozano Barragán em uma entrevista na semana passada. Presidente do Conselho Pontifício para a Pastoral da Saúde, ele já havia dito que a Igreja considera “inaceitável o uso de tratamentos desproporcionais e inúteis para manter os doentes terminais vivos”.

“O que há de natural em ter um buraco na barriga com uma bomba que te alimenta?” escreveu Welby ao presidente. A carta foi entregue com um vídeo que o mostra deitado na cama com o respirador e um laptop falando com voz metalizada.

“Se a coisa fosse feita privadamente, haveria como acomodar o desejo de descontinuar a vida”, afirmou o médico Myles N. Sheehan, padre jesuíta especialista em ética sobre eutanásia. Mas, com sua luta, Welby queria eliminar essa ambigüidade. • AP

---

---

## EM ALGUNS PAÍSES, A PRÁTICA DA EUTANÁSIA É PERMITIDA

*A morte do italiano Piergiorgio Welby reabre o debate sobre eutanásia e suicídio assistido em vários países. Alguns, no entanto, já têm leis sobre o tema.*

**ITÁLIA** - A eutanásia é proibido. Colaborar com o suicídio de um paciente terminal pode render até 15 anos de prisão. O médico que desligou o respirador de Welby alega que agiu dentro da lei, apenas tendo “suspensão de uma terapia”.

**BRASIL** - É ilegal no País. A prática não pode se confundir com a ortotanásia, que é quando os médicos interrompem tratamentos que prolongam a vida dos doentes em estado terminal ou sem chance de cura. A prática recebeu em novembro a aprovação do Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio de uma resolução publicada no Diário Oficial da União.

**HOLANDA E BÉLGICA** - O primeiro legalizou a prática em 2001. O segundo, em 2002. Os pacientes que podem recorrer à eutanásia devem ser terminais e ter dores insuportáveis apesar do uso de remédios. Dois médicos têm de atestar que não há chance de cura. Uma comissão analisa o pedido e emite a autorização.

**SUIÇA** - Permite a assistência passiva de um médico para pacientes terminais. Seu desejo de morte deve ter sido claramente expresso.

**GRÃ-BRETANHA** - Aprovou uma lei em 2004 permitindo que se registre em documento o tipo de tratamento que se deseja receber em caso de doenças graves ou de incapacidade de tomar decisão. Em maio, a Câmara dos Lordes vetou a lei que permitiria aos médicos prescrever drogas letais a pacientes terminais.

**FRANÇA** - Permite que pacientes terminais ou sem esperança de cura possam não querer receber tratamento. Médicos podem administrar analgésicos, mesmo que seus efeitos colaterais possam encurtar a vida do paciente.

**ESPAÑA** - É ilegal na Espanha. Qualquer pessoa que ajude um paciente a morrer pode ser punida com pelo menos seis meses de prisão.

**ESTADOS UNIDOS** - Permite que o paciente solicite a suspensão de um tratamento, mesmo que isso aumente o risco de morte. Eleitores do Oregon aprovaram, em referendo, a primeira lei que permite o suicídio assistido por médicos, em 1994. A questão está na Justiça. • AP

---

---

## EUTANÁSIA

---

---

### IGREJA NEGA FUNERAL A ITALIANO QUE QUIS MORRER

---

---

*A Igreja Católica italiana anunciou que não dará um enterro religioso a Piergiorgio Welby, o tetraplégico de 60 anos que teve seus aparelhos desligados por seu médico e morreu na quarta-feira. Segundo a Igreja o italiano se afastou da doutrina cristã ao pedir a eutanásia. “A vontade de Piergiorgio Welby de pôr fim a sua vida, afirmada de maneira repetida e pública, é contrária à doutrina católica”, informaram representantes da Igreja em Roma num comunicado. O funeral, sem celebração religiosa, deverá ocorrer hoje de manhã na capital italiana.*

Transcrito do Estado de São Paulo, 23/12/2006.

## VIDA COM DIGNIDADE

As questões éticas sempre permeiam os debates sociais. Em diferentes ramos do conhecimento humano, a contribuição da ética espírita pode ser uma importante ferramenta para a discussão e a solução das cruciais questões de nosso tempo. Recentemente, a Confederação Espírita Pan-americana (Cepa) foi escolhida, por meio de um representante de seus quadros, para compor o Conselho Nacional de Saúde, órgão plural que é responsável pela fixação de diretrizes que norteiam a política de saúde em nosso País, ilustra a necessidade sempre premente da inserção dos espíritas na sociedade, participando ativamente de políticas públicas, contribuindo efetivamente para a construção de um mundo melhor.

O Conselho Federal de Medicina editou recentemente norma específica (resolução) delimitando a possibilidade clínica da ortotanásia, isto é, a permissão para que o médico interrompa os tratamentos que prolongam a vida dos doentes em estado terminal e sem chance de cura, desde que essa seja a vontade do paciente ou de seus familiares.

Não se trata, pois, da decantada eutanásia, quando a ação ou omissão do profissional médico (ou de outras pessoas) importa, deliberadamente, na provocação da morte. Do contrário, a hipótese envolve elevado grau de humanismo, porque permite que o indivíduo possa ter, em seus últimos momentos de vida física, uma condição de dignidade. Isto porque a medida se fundamenta na perspectiva de redução do sofrimento aos portadores de doenças terminais ou incuráveis, concebendo procedimentos científicos que podem ser adotados, caso a caso, permitindo que a morte possa "chegar" de modo natural) o chamado "livre curso da vida"), sem recorrer a recursos de prolongamento artificial da vida.

O princípio básico para a adoção desse procedimento é o da anuência do paciente ou de seus familiares próximos. Ao ato clínico deve preceder a informação circunstanciada (ao paciente ou seus familiares) de que a cura (segundo os parâmetros e recursos médicos disponíveis) é impossível. Havendo concordância, os procedimentos artificiais de preservação da vida são interrompidos.

Evidentemente, a matéria tem requisito de polêmica, envolvendo a eterna dicotomia entre ciência e religião. Há, conhecidamente, filosofias e crenças que adotam a ortodoxia de conceitos e regras dogmáticas que impedem qualquer discussão racional. Por isso, é fundamental a promoção de debates - tanto no âmbito da comunidade médico-científica, quanto no ambiente social - que sejam fundamentais para o esclarecimento desta e de outras questões pertinentes ao divisor vida/morte.

Se a medicina alcançou sofisticado nível de complexidade tecnológica, prolongando a vida de pacientes, verificam-se casos em que a ciência é impotente para a recuperação total dos enfermos, resultando em quadros irreversíveis. A ortotanásia, assim, podem ser uma alternativa para reduzir o sofrimento, tanto do paciente quanto de familiares, desembocando no resultado de uma vida - ainda que em tempo reduzido - com dignidade.

O ponto crucial, entendemos, é o fomento ao debate em torno da bioética - a ética da vida.

Opinião de Marcelo Henrique Pereira, mestre em ciência jurídica e delegado da Confederação Espírita Pan-americana (Cepa) - harmonia@floripa.com.br - publicada no jornal Notícia (SC) em 05/01/07. [http://www.crmp.org.br/ver\\_artigos.php?id=72](http://www.crmp.org.br/ver_artigos.php?id=72)

## JUSTIÇA ARGENTINA DISCUTE ORTOTANÁSIA

### **Médicos querem desligar aparelhos que mantêm vivo garoto em coma**

*A Justiça argentina está analisando um caso inédito no país: a possibilidade de desligar os aparelhos que mantêm vivo o garoto Brian Andrade, de 5 anos, em coma desde abril de 2005, em um hospital da cidade de Puerto Madryn, na Patagônia. Os médicos do Hospital Andrés Bóla, onde Brian está internado, argumentam que não podem fazer nada para recuperá-lo. Mas os pais rejeitam a possibilidade de desligar as máquinas.*

*Brian está em coma desde que foi atropelado e teve traumatismo craniano. Os médicos argumentam que o estado do menino é irreversível. O caso ganhou repercussão nacional e desatou um debate intenso sobre bioética - que envolveu o próprio Ministro da Saúde, Ginés González García.*

*A polêmica começou quando os médicos propuseram aos pais de Brian o desligamento dos aparelhos. Após três tentativas para convencê-los, os médicos recorreram à Justiça. No meio da polêmica, a Secretária de Saúde de Chubut, Graciela Di Perna, deu respaldo à decisão do Comitê de Bioética do hospital. Os pais de Brian, José Andrade, de 24 anos, e Balbina, de 20, estão desesperados diante da perspectiva de que o hospital desligue as máquinas. Eles argumentam que o menino dá sinais de sair do coma e que, ocasionalmente, abre os olhos e fixa a visão. Os médicos afirmam que esses sinais não passam de reflexos de um corpo em coma.*

*"Não assinaremos a sentença de morte de nosso filho", sustenta a família Andrade. "Deus saberá o momento de levá-lo para sempre. Enquanto isso, não faremos nada para que a morte ocorra", dizem.*

*O casal conta com o respaldo do prefeito da cidade, Carlos Eliceche, e do governador de Chubut, Mario das Neves. Os analistas não descartam que o apoio de alguns políticos aos Andrade não passe de oportunismo eleitoral, já que neste ano serão realizadas eleições gerais.*

Transcrito do Estado de São Paulo, 05/01/2007.

01



02



### **FOTOTECA - ÁLBUM DO PROF. DR. ALÔ T. GUIMARÃES**

Foi com imenso prazer que recebemos a doação de dois álbuns fotográficos para a nossa fototeca com imagens do Prof. Dr. Alô T. Guimarães, do período acadêmico de 1921 a 1927. Eles nos proporcionam inúmeros detalhes históricos deste período na faculdade de medicina da Universidade do Paraná. Também acompanham fotos como médico psiquiatra, professor de psiquiatria da Universidade do Paraná, Secretário de Estado, prof. de Medicina Legal na Faculdade de Direito da UFPR, etc. Foi sem dúvida um ilustre paranaense.

Doador: Dr. Manuel M. Guimarães (neto do Dr. Alô) e família.

(1) Foto da capa do álbum (2) Foto na sala de anatomia em 1924.

**Palavras-chave** - fototeca, álbum de fotografia, história da medicina, Museu de Medicina, Alô T. Guimarães

**Key-words:** collection of photographs, photography album, history of medicine, Museum of Medicine, Alô T. Guimarães

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

**Para doações:** Telefone: 0xx41. 3024-1415 - Fax: 0 xx 41 32-42-4593  
E-mail: amp@amp.org.br  
Rua Cândido Xavier, nº 575 CEP 80240-280 - Curitiba - PR  
Visite o Museu em nosso site