



UNIVERSIDADE PAM AMAZÔNICA
TRABALHOS ACADEMICOS DE DEFESA

ALEX FERREIRA GUEDES

02340009183

ORIENTADORES

PROFº.

PROF.^a

CASTANHAL

“Lei e Legislação de Tratamentos e Terapias na Luta para a Cura de Doenças em Recém-Nascidos, Crianças Indígenas Deficientes, Filhos de militares e população, o Direito em Saúde”.



FACULDADE PAN-AMAZÔNICA

CURSO DE DIREITO

“Lei e Legislação de Tratamentos e Terapias na Luta para a Cura de Doenças em Recém-Nascidos, Crianças Indígenas Deficientes, Filhos de militares e população, o Direito em Saúde”.

ALEX FERREIRA GUEDES

Belém – PA

2021



FACULDADE PAN-AMAZÔNICA

CURSO DE DIREITO

“Lei e Legislação de Tratamentos e Terapias na Luta para a Cura de Doenças em Recém-Nascidos, Crianças Indígenas Deficientes, Filhos de militares e população, o Direito em Saúde”.

Artigo científico
Acadêmico, tcc
monografia
apresentado para
disciplina de curso
e Bacharel em
Direito, do curso de
Direito, da
Faculdade Pan
Amazônica
(Fapan), como
avaliação final de
curso, sob
orientação da Prof.
Silvya.

Belém – PA

2021

AUTOR/ALUNO

ALEX FERREIRA GUEDES

TEMA:

“Lei e Legislação de Tratamentos e Terapias na Luta para a Cura de Doenças em Recém-Nascidos, Crianças Indígenas Deficientes, Filhos de militares e população, o Direito em Saúde”.

Artigo científico Acadêmico, tcc monografia apresentado como método consultivo e diretivo para elaboração do TCC (Trabalho de Conclusão do Curso de Bacharel em Direito) a ser apresentado à Faculdade Paraense de Ensino FAPAN como requisito parcial para obtenção do grau em Bacharel em Direito, sob a orientação da Prof.^a Me. Sylvia Soriano.

Belém

2021

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CREMESP - Centro de bioética do embrião humano.

CeITc - Cell Technology. In: www.celltechnology.com. Biodireito.

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz.

ANVISA – Vigilância sanitária.

CSIB - Coeficiência da Saúde Infantil, Brasil, os 100 anos de Saúde Infantil.

ABRAPEE - Revista acadêmica - Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional.

Le Journal des Savants - Capa do Jornal e revista francesa, Journal of management and primary Health Care www.jmphc.com.br

SDCI - Saúde doença da criança indígena – Folha de Boa vista e saúde indígena.

CISI - Cooperação Internacional da saúde indígena.

OMS - Organização Mundial de Saúde, Ministério da saúde.

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância.

OIT - Organização internacional do trabalho.

AMS - Assembléia Mundial de Saúde.

BBC – Banco do Brasil Cooperativa, News Brasil.

INCA - Instituto Nacional do Câncer.

ABRALE – Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia.

AF Assistência Farmacêutica.

ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

APS Atenção Primária a Saúde.

CAFSUS Comissão de Assistência Farmacêutica no Serviço Público.

CAMED Câmara de Medicamentos.

CAP Coeficiente de Adequação de Preços.

CIB Comissão Intergestores Bipartite.

CIT Comissão Intergestores Tripartite.

CFT Comitê de Farmácia e Terapêutica.

CMED Câmara de Regulamentação do Mercado de Medicamentos.

CNS Conselho Nacional de Saúde.

CONASS Conselho Nacional de Secretários da Saúde.

CPMI Comissão Parlamentar Mista de Inquérito.

FB Farmácia Básica.

FIOCRUZ Fundação Oswaldo Cruz.

FNS Fundo Nacional de Saúde.

IDH Índice de Desenvolvimento Humano.

IFES Instituição Federal de Ensino Superior.

IPEA Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

LGL Lei Geral das Licitações.

MS Ministério da Saúde.

MPF Ministério Público Federal.

NEI Nova Economia Institucional.

PAISM Programa de Assistência à Saúde da Mulher.

PF Preço de Fábrica.

PFPB Programa de Farmácia Popular do Brasil.

PIB Produto Interno Bruto.

PMC Preço Máximo ao Consumidor.

PMVG Preço Máximo de Venda ao Governo.

PNAF Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

PNM Política Nacional de Medicamentos.

RENAME Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.

REMEME Relação Estadual de Medicamentos Essenciais e Excepcionais.

REMUME Relação Municipal de Medicamentos Essenciais.

SAF Superintendência da Assistência Farmacêutica.

SES Secretaria Estadual de Saúde.

SIGAF Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica.

SRP Sistema de Registro de Preço.

SUS Sistema Único de Saúde.

TCT Teoria dos Custos de Transação.

TCU Tribunal de Contas da União.

LISTA DE SÍMBOLOS

§	Inciso	
# §	parágrafo	º .ª Indicador ordinal
¶	Pé de mosca	' Plica
%	Porcentagem	
—	Underscore	
	Barra vertical	
∴	Sinal de Conclusão	
”	Idem	
:	Dois pontos Triangulares	
I, II, III	Algarismos romanos.	
a, b	Alíneas de artigos.	
”	Apóstrofo	
()	parênteses	
[]	Colchetes ou parênteses retos.	
{ }	Chaves ou chavetas	
,	Virgula.	
--	Travessão.	
-	Meia Risca.	
..	Hírfen	
....	Reticências	
.	Ponto Final	
!	Ponto de Exclamação.	
?	Ponto de Interrogação	
+	Sinais de Mais	
-	Sinais de Menos.	
÷	Sinal de divisão	
=	Sinal de Igual	
±	Sinal de mais ou Menos	
¤	moeda	
\$	Dólar	
¢	Cêntimo	
£	Libra esterlina	
¥	Iene/ Renminbi	
€	Euro	
₽	Rublo	
฿	Bitcoin	
&	"E" comercial ou <i>ampersand</i>	
*	asterisco	
©	símbolo de direitos autorais	
®	símbolo de marca registrada comercial	
@	arroba	
“”	aspas	
\	barra inversa ou contra barra	
<>	<i>chevron</i>	
•	ponto lista	
† ‡	obelisco	
°	grau	

MEUS AGRADECIMENTOS

Quero agradecer o direito a este Artigo científico acadêmico, tcc monografia aos dez meses de estudo e pesquisa de campus, FAPAN, FAPEN, Biblioteca, Professores, técnicos, mãos de obra, etc. sem estes não seriam possíveis conclusões históricas e novas curas, também ao apoio de classe do corpo docente estudantil, professores, pessoas de apoio à instituição, membros de direção e coordenação do curso de **Bacharel em Direito da Fapan** em Belém-pa. Agradecimentos e respeito aos operadores do **Direito, ao Direito e Estatuto da criança, Conselho tutelar da criança, Associações de crianças com doenças especiais, Advocacia da União, a Justiça Federal, a Justiça Estadual, Ministério Público, a justiça comum, a Justiça Militar, a Justiça da Saúde Militar da criança, Saúde Militar, a Saúde Neonatal Militar, a Justiça da Saúde, Judiciário Médico, a Justiça Sanitária, vigilância Sanitária e Meio Ambiente, Sanitário e meio Ambiente, Justiça Ambiental, aos colaboradores a justiça, as finanças e economia do Ministério da Saúde, ordem pública e todos que lutaram e lutam pela cura do covid.**

Agradecimentos às varas jurídicas que vem trazendo melhores resultados jurídico a responsabilidade jurídico processual nos inúmeros casos de óbitos e outros processos nas áreas civis por erro médico e injustiças na economia da saúde.

Agradecimento, respeito e o direito a todos que neste momento difícil de doença que lutam pela cura, Prefeitura e Órgãos Sanitários de Urbanização e ciência inteligência de Limpeza pública, as Empresas de produtos Sanitários e Higiene Ambiental, agradecer a Economia do Sanitário Ambiental, a Economia da Sanitária pública uma a outra dependente para a lógica.

Agradecer, respeito e o direito às instituições de cura, Hospitais particulares e públicos, Hospitais Militares, centros acadêmicos de instrução a Saúde Infantil, Órgãos regulamentadores dos novos profissionais da Saúde Infantil e demais, aos conselhos de Fármacos, e legalizadores Fiscais dos fármacos, Vigilância Sanitária, aos centros de enfermagem, a economia da saúde, etc..

Outros também importantes que estão sofrendo com a doença, a Educação de Ensino Superior e conselhos da Educação e Secretarias do MEC, também agradeço a Ordem Pública do Estado de interesse.

Agradecer, respeito e o direito a aqueles que psicologicamente se perderam com a doença e aqueles que lutam bravamente, colaboram e respeitam a justiça, o direito da dignidade do embrião humano, feto humano, recém-nascido, menor, a criança e o adolescente o que é muito difícil estes humanos ainda terem “respeito” neste país e regiões, onde o estatal não prega

a saúde como prioridade ainda mais nesse momento histórico de doença alastrante, problemática atrasada e cruel, quem somos nós para decidir a vida de uma criança pessoa, o doente inimputável, os doentes congênitos e os demais casos, por isso não devemos perder a vida nem deixá-la morrer em hipótese alguma, e temas como este que tratam do **“Direito da Saúde Fetal e da criança”**, que não tem respeito ainda também.

Agradecer, respeito e direito, neste momento de doença alastrante, a aqueles que respeitam, a aqueles que lutam pelo respeito prioridade da saúde e vida do embrião, recém-nascido e criança, o respeito pela alfabetização, e aqueles que lutam para conquistar respeito para soletrar a linguagem da Lei e legislação da saúde infantil no hospital e social, ao culto a fé a linguagem da Lei e legislação da saúde infantil, que a arrogância no nosso social médico da saúde infantil seja banida e em todo o mundo, e este artigo está para domínio público, e que o domínio público possa melhorar nestes temas.

Agradecimento à modernidade a aqueles que tratam da psicologia para a cura insolúvel, estúpida, dos altos das decisões para este momento de doença e cura, que a violência linguagem jurídico médico hospitalar se torne cura.

Em mais agradecimentos, respeitos e direitos aos que estão sofrendo desesperadamente nesta pandemia, ao embrião humano, feto humano, o recém-nascido, a criança menor, a criança indígena portadora de deficiência, filhos de militares, a todas as crianças de comunidades e todos as pessoas da cidade que sofrem com as dificuldades de saúde e luta pela vida, agradeço também aos órgãos públicos de saúde e instituições de saúde, no sentido de não ofender, que este meu texto impactante, que busca soluções para curas infantis, seja aplaudido, esta é a melhor felicidade que quem busca novas soluções de cura pode receber.

Decifrando obscuros paradigmas e escrevendo, moldados servem de cura para enfermidades e doenças, nosso maior obstáculo nesse momento desta maligna pandemia, e como achar novas espécies de tesouros curas, isso graças à resistência do Meio acadêmico e a busca dos novos estudantes.

Lei e Legislação de Tratamentos e Terapias na luta para a cura de Doenças em Recém-Nascidos, Crianças Indígenas Deficientes, Filhos de militares e população, o Direito em Saúde, este é o objetivo a vencer as resistências e imbecis obstáculos, especialmente esta pandemia.

Quero agradecer também a luta da **Legislação** neste contexto, sem ela como **instrumentação cirúrgica**, não há como ter seriedade no meio estudante, ordem pública, ribeirinhas, pobres e nas doenças, sem estes como orientadores e solucionadores para a cura a resistência e vencida.

Vou agradecer não só a mesa examinadora deste texto trabalho, mais agradecer também aos leitores que possam entender que este trabalho não será apresentado dados tecnológicos de fabricação, peças e montagem, tem em seu texto apenas dados referentes aos **Direitos Humanos da Criança**, dados de doenças que continuam a levar a nossa saúde a maior fonte de vida, pois se trata de um assunto de extremo fenômeno que busca a cura, que envolve risco a vida, onde há elementos envolvendo física, química e biologia que ainda são um mistério para o sehumano.

Participe com argumentação enviando mensagem de texto para meu **canal youtube**, para debatermos está lógica cronológica e temática.

NOTA DE ESCLARECIMENTO

CIÊNCIA PERICIAL (Legista, Técnicos, e outros)

Neste trabalho não serem apresentados dados tecnológicos de fabricação, peças e montagem, tem em seu texto apenas dados referentes aos **Direitos Humanos da Criança**, dados de doenças em crianças.

A verdade é que não há justiça na ciência tecnológica, e a nova geração do Brasil nasceu no meio da sucata e o sucateamento vive aumentando e nos machucando, nos amputando e matando onde morremos que nem moscas, como o momento que estamos vivenciando nossas vidas sendo levadas pela pandemia, que culpo sim a legislação de insumos e da saúde, e também culpo sim o judiciário Brasileiro (Não comentei nem polemizei nós vídeos). Como ficaram estes avanços da ciência e tecnologia que são para nossa cura para os próximos anos.

Relação do plano da ciência econômica dessas administrações Mundiais, que culpo também o judiciário, o plano de execução de profissional, que geralmente envolve pessoa, e milhões de populações e termina em pandemia, genocídio, tragédias, assassinato, morte acidental (**Justiça de acidentes aéreos, justiça automobilística, outras justiças que cuidam de causas sociais e tragédias**), outros tipos de mortes, diversas amputações e as doenças hospitalares. E a relação do plano dessas ciências econômicas dessas administrações com o mundo atual da Nova corrida da ciência e a tecnologia, são uma total complexidade e desacordo, com respostas que são um paradigma e enigma.

Outra realidade é que o “**Risco Administrativo**” vem ganhando grande espaço na nova realidade, e que podemos mudar esse paradigma.

LEI E LEGISLAÇÃO – Engenharia Médica, Engenharia clínica, Engenharia de equipamentos, Manual técnico fabricação, outros:

Eu tenho projeto de um novo Tablet Softer de mesa mais avançado e ecológico, um softer avançado de engenharia Médico Hospitalar (ESCANNER), com definições e rotinas apresentadas neste manual visando atender às exigências regulamentadas na gestão de equipamentos de saúde. Segundo a RDC 2, de 25 de janeiro de 2010 da ANVISA, equipamentos de saúde, são definidos como o conjunto de aparelhos e máquinas, suas partes e acessórios utilizados por um estabelecimento de saúde que desenvolvem ações de diagnose, terapia e monitoramento. São considerados equipamentos de saúde os equipamentos de apoio, os de infraestrutura, os gerais e os médicos assistenciais. Dentre estes a Engenharia Clínica atual nos procedimentos protocolares com curas.

A Engenharia Clínica corporativa núcleo de engenharia e arquitetura. O protocolo de priorização de manutenções e atendimentos técnicos visa garantir a disponibilidade de equipamentos médicos seguros, adequados à necessidade do paciente e em tempo oportuno

Verificando seu impacto e efeitos para o doente paciente e sociedade hoje, sofrer escâner de cura, que é um tema polêmico e complexo, devido esse fato e de necessidade de melhor segurança, não deve se levado a publicação sem a participação da lei, discussão, negociação, briga feroz, entidades, fundações, instituições, inúmeras papeladas e interesse de conexão de parcerias de patrocínios de grandes seguradores e empresas.

Há uma grandiosa complexidade de poder judicial na administração do direito da saúde autoral hoje, o que é de difícil acesso para novas tecnologias de curas terem acesso ao mundo da exposição de saúde.

Expor tecnologias de cura polêmicas em grande potência, publicando em edição de livro para leitores, necessita de uma Conexão de grande potência, como parcerias de patrocínios de grandes seguradores e empresas, o que venho a vós pedir a todos os leitores deste artigo acadêmico para compreender minha intenção de lógica, e que estes leitores de interesse possam negociar esta minha literatura de texto com estas seguradoras e empresas para esta conectividade lógica e sua futura publicação.

Peço aos leitores que possa fazer a análise deste livro acadêmico e quais querem que seja a opinião a lógica e contraria a aprovação (Reprovação) desta minha literatura de texto cura, por parte de grandes seguradores e empresas, vós agradeço pelo interesse, pois sem estes grandes seguradores e empresas, eu não tenho interesse de publicá-la sozinho.

Sendo assim, também peço aos leitores que possa fazer a preservação de minha pessoa e prevenir tais casos, como autor deste texto, e prevenindo tais casos, a minha não participação e nem envolvimento nas políticas de textos publicitários e jornalísticos, prevenindo de tais fatos (Violências de Marketing, TV e de risco de vida), sendo nessa razão, estou pronto para compartilhar-mos esta minha lógica, e também estou pronto para vós responder maiores perguntas e dúvidas.

Esclarecimento:

Quando se trata de legislação de financiamento público para tratar dessas doenças nos recém-nascidos, crianças indígenas deficientes e crianças a questão é miserável... miserável...

A cara de pau da **LEGISLAÇÃO DA ANVISA** diz que:

“Essas pesquisas e custas para esses tratamentos são muitos caros e absurdos...”.

Legislação da ANVISA com a maior cara de pau diz:

“Que não pode comprá-las para disponibilizar para a população por serem muito caras...”.

Ver o saite:

Resumo Artigo

COVID

O dinheiro é a causa de todos os problemas da saúde da humanidade? Pergunta-se, mais a economia da saúde é um caos eterno, neste artigo venho fazer um levantamento e relatar uma irresponsabilidade jurídico processual, que também culpa o judiciário, dos inúmeros casos de obitos por covid pandemia, inúmeros casos de óbitos de crianças que não são divulgados e mostrados, outros processos nas áreas civis por erro médico e a CPI de improbidades com a economia da saúde.

Covid, pandemia, respiradores desnecessários, economia sanitária, economia de resíduos, hemoderivados, restos cirúrgicos, economia da saúde que assassinou milhões de vidas, uma grande irresponsabilidade pública, jurídico processual, que também culpa o judiciário, as leis de audiências e desrespeito com as vidas das crianças e pessoas.

Todos os povos do mundo estão na luta contra a guerra do Covid coronavírus e pandemia, precisamos combater a doença urgentemente que deixa as crianças e pessoas desvulneráveis ao covid19.

Doença maligna e perversa, a criança tem menos chance de desenvolver a doença com manifestações mais graves, e não podemos deixar a criança ser contaminada em hipótese alguma, ninguém estará protegido do coronavírus até que todos estejam especialmente à criança. A solidariedade é a melhor ferramenta para combater a pandemia ainda mais quando salva a criança.

Principais doenças que deixam as crianças desvulneráveis ao covid-19:

Doenças crônicas, crianças com síndrome, doenças injustas da escassez: Parasitose, anemia, leucemia, hidrocefalia, linfoma de Hodgkin, autismo, alzheimer, meningite B HPV, rotavírus, hanseníase.

E cuidados com, Pessoas que fumam ou que têm doenças crônicas como diabetes e hipertensão, pessoas com insuficiência cardíaca, insuficiência renal, doenças que comprometam o sistema imunológico, pacientes que receberam transplante de órgãos, que estão em tratamento de câncer ou que convivam com HIV também têm maior risco...

Com a Pandemia, dentre outras as mais severas dificuldades:

As campanhas de refugiados, não está combatendo o coronavírus para não se espalhar entre os refugiados e a comunidade local na região Norte do Brasil. As Ajudas Humanitárias construíram um hospital de campanha com capacidade para atender 2000 pessoas, o que é insuficiente, o que seria necessário isolar casos suspeitos e confirmados e aumentando os leitos de UTI

disponíveis na região. Não podemos deixar ninguém para trás: doações para proteger as crianças, refugiados e a população local da COVID-19 e garantir o acesso a serviços de saúde (Convenção sobre os Direitos da Criança, Instrumento de direitos humanos mais aceitos na história universal. Foi ratificado por 196 países, e artigos).

São vários os fatos sem justiça, e desculpa e motivos da Política da Economia da Saúde para excluir vidas, dar causas a inúmeras mortes e generalização de criminalidades, quando apresenta irregularidades em desvios dos recursos e verbas destinadas para os programas de tratamentos da moléstia covid e pandemias. (CPI da pandemia)

E comum que a pandemia de covid-19 e um tema da medicina, de saúde pública e de economia, de segurança pública, um tema de direitos humanos, um regime democrático entre outras razões pelo profundo impacto que causa sobre as vidas das pessoas. Com o declínio do multilateralismo evidenciado nos anos que precederam essa pandemia, as organizações internacionais não têm feito nem um esforço para oferecer aos Estados condições que contribuam para minimizar os efeitos negativos das medidas de combate à pandemia sobre a dignidade humana, o direito à saúde da criança e outros direitos e liberdades fundamentais pela razões de pouco recursos destinados. Assim, é preciso ter respostas urgente da Organização Mundial de Saúde, o Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial, os inúmeros inconscientes seguros de saúde; e respostas imediatas dos mecanismos internacionais de proteção aos direitos humanos e irresponsabilidades com a humanidade.

O “Patologo doentil” e sua inteligência de Economia global é uma total brutalidade, severa problemática, a explicação e que e só um trabalho de segurança, uma paciência. Um exemplo, uma matéria jornalística fala de guerra em Israel e guerra na Colômbia, uma espécie de palhaço animador e uma pura farça de cinema do regime democrático e globalização (**Cara de pau da Guerra dos Sites e Satélites espaciais**), historia de séculos, muito antes de cristo e durante o período da pedra lascada, isso se dar a um fato de ser uma cotidiana Guerra biologica com pandemia, eterna guerra comercial. Não há dinheiro ou milionarismo que tenha preço esse patrimônio de conflitos (Entrigas ideológicas, as diabólicas Alíneas do Direito), não e tão simples assim, guerra sem isolamento para o conflito que não disponibiliza passaportes e mata crianças inocentes e seus pais que não tem nada a ver com essa “Economia patológica doentil”; que quebram, destroem e matam a ordem pública com o próprio regime democrático e globalizante, isso afeta todos os países e as crianças desses países, morte de criança, isso é inaceitável.

Esperanza maligna dessa economia de saúde global, desse doentil conflito eterno, sem lógica a vida da criança e a vida humana, onde a criança e nós somos um brilhante organismo vivo de deus, temporariamente aqui na terra; não à toa, mais sim com algum propósito.

“Generalização de doença que nem o Hospital militar escapou e afetou e dizimou com 4 (quatro) mortes por dia só no Brasil”.

Hospital militar do Brasil, militarismo de fins pacíficos e o socorrista humanitário, que já tinha vários problemas na saúde militar sofre com o alastramento da pandemia do covid, a instituição não escapou desde caus., enfraqueceu a instituição de saúde de força de representação do país e as demais, onde quem faz esses socorros humanitários e o hospital militar, sem hospital militar humanitário estamos perdidos.

Nota, que o hospital militar e o encarregado de todos os hospitais de cuidar da saúde humanitária do Brasil e população, morreram muitos filhos de militares e militares por covid, hospitais da polícia militar entraram com ações de saúde **“Bebês Heróis na UTI Neonatal”**, e a problemática e a insuficiência e falha de equipamentos de saúde de empresas de equipamentos de saúde milionária, empresas que lucraram com a pandemia.

O objetivo a alcançar neste artigo científico Acadêmico, tcc monografia e entender a temática a lógica e objetiva a sanarem este tema que discute o tempo cronológico de atrasos, sem sentido, e farsas **da Lei e legislação da saúde e mídia** desde o ano de 1700 aos tempos atuais. Discutir estas idéias da época que houveram métodos no ano de 1700 para a cura, as técnicas e processos normatizados na época dentro da **Lei e legislação de tratamentos e terapias para acura de recém- nascidos, crianças indígenas deficientes, filhos de militares e toda a população uma vez que estes pertencem a instituição nacional de acordo direito**. Outra que, os vírus da pandemia podem ser modificado para a cura, mais há toda uma política de monopólio de saúde, e são 100 anos de investimento em saúde.

A imprudência com o sanitário é a causa perversa das doenças pandêmicas, e a falta de fiel responsabilidade com as políticas econômicas sanitárias de uma cidade, e essa irresponsabilidade continua ainda desde o passado com o sanitário do urbano das cidades. A seriedade da economia neste caso tem uma historia marcante na historia dos parasitários na humanidade por imprudência com a sanitária urbana das cidades, onde temos um exemplo à pior de todas que houve a **“PESTE NEGRA”** na Europa que conforme o tempo tecno cronológico não faz muito tempo, dizimou a população na Europa, isto temos como a mesma situação ainda acontecendo atualmente com imprudência econômica político com a falta fiel responsabilidade com o sanitário do urbanismo da cidade, ridículo e humilhante.

E outras doenças antigas que já deveriam não mais existir no nosso planeta e continuam ainda matando, como **Peste bubônica, Varíola, Cólera** (Sua primeira epidemia global, em 1817, matou centenas de milhares de pessoas), **Gripe Espanhola** (Acredita-se que entre 40 e 50 milhões de pessoas tenham morrido na pandemia de gripe espanhola de 1918, causada por um vírus influenza mortal), **Gripe Suína (H1N1)** - Conhecida como Gripe suína, o H1N1 foi o primeiro causador de pandemia do século 21.

O vírus surgido em porcos no México, em 2009, e se espalhou rapidamente pelo mundo, matando 16 mil pessoas. No Brasil, o primeiro caso foi confirmado em maio daquele ano e, no fim de junho, 627 pessoas estavam infectadas no país, de acordo com o Ministério da Saúde. Ridículo, irresponsável e incompetente às políticas das economias sanitárias.

“E infiel a economia do saneamento e sanitário, e as políticas de monopólio de saúde, equipamentos e fármacos de saúde perversos e mercenários, e lucros com a pandemia”.

“E irresponsável, e não tem respeito à economia com o resíduo hospitalar, lixo hospitalar, materiais hemorivados e restos de transplantes (LIXÕES)

Contexto, neste venho relatar os objetivos deste tema contextual, para expor a todos publicamente os fatos e os ocultos da saúde e política sanitária e os motivos da pandemia, estes que são derivados da pesquisa científica já com os novos mecanismos de comunicações atual da **Lei e legislação da saúde**. Dessa maneira, eu, materializo a forma de um relato acerca dos resultados originais do estudo realizado dentro dos novos apurados meios temáticos da **lei e da legislação de tratamentos e terapias para a cura de recém-nascidos, crianças indígenas deficientes, filhos de militares e população** que vem sofrendo e sendo enganadas por muitos anos atrás, informações e dados publicamente publicados dentro dos dados apurados para serem divulgados novamente neste trabalho (Artigo, tcc monografia).

Dados apurados que são para a cura das doenças e pandemia: Medicamentos e tecnologia de saúde que são fabricados desde a transição do Brasil colônia, Gráfico da Mortalidade neonatal, Gráficos das principais doenças neonatal (**Covid, Anemia que bate recorde, Leucemia cerebral infantil, as doenças injustas Linfoma de Hodgkin que ataca a criança com severos tumores, Rotavirus a diarreia aguda que mata a criança, Hanseníase a antiga lepra, Autismo, Alzaima, Hidrocefalia a doença de demência mental e vômitos**), Gráfico de Lei e legislação de Tratamentos e terapias para cura de recém-nascidos, Lei e legislação dos preços porcentagem de alimentos farmacêuticos que são caríssimos e absurdos, A Lei e legislação dos preços e os valores dos novos tipos de tratamentos e terapias que são caríssimos e absurdos, o que a legislação da saúde pública, privada e estatal ainda não disponibiliza com facilidade para estas instituições, para a cura de recém-nascidos, crianças, civis, filhos de militares e população, Lei e legislação de Audiências Processuais por mortes, com indenizações injustas aos pais indenizados por seus filhos mortos, com valores muitos baixos, etc.

“Pandemia”, vira marketing mundial, dados possivelmente serão divulgados em revistas científicas, jornais, redes sociais, etc., as quais possuem uma seção destinada a alcançar a lógica dos anos de investimento da população e da sociedade na saúde pública.

Propósito e alcançar a cura total a cerca da nova **Lei e legislações de tratamentos e terapias para recém- nascidos, crianças indígenas deficientes, filhos de militares e população** com novos dados apurados para

direcionamento da temática, com novos objetivos, novas metas, novos resultados em paliativos, novos gráficos com curas, também debater os dados divulgados dentro do centro acadêmico e nas redes sociais e também em outros grupos a alcançar mais respostas e curas.

Metodologia para a cura de doença alastrante e pandemia, **Lei e legislações de tratamentos e terapias para recém- nascidos, crianças indígenas deficientes, filhos de militares e população** esta eu respeitando e acompanhando dentro do meio acadêmico público e institucional, dos espaços públicos e disponíveis e liberados para as temáticas e paliativas, respeitando todas as complicações e diversidades metodológicas com a intenção de resultados e persistência, pois o tema relaciona-se ao livramento injusto e inaceitável da perda da saúde e da vida de **recém- nascidos, crianças indígenas deficientes, filhos de militares e população que cuida desta**. Metodologia constitucional de caráter nosso cultural e promulgação de nossa tradição da constituição.

Resultados voltados para a cura desta doença mal do século, **Lei e legislações de tratamentos e terapias para recém- nascidos, crianças indígenas deficientes, filhos de militares e população** são mostrados em seus relatos neste artigo científico, pesquisas de leis e artigos, mortalidade, CPIs de mortalidades, gráficos da perda da saúde por pandemia, gráfico das principais doenças, gráficos das curas, e os preventivos que devemos tomar imediato para os próximos futuros.

Conclusão em curas e vidas, nesta quero iniciar e alcançar esta briga e realizar esta instrumentação cirúrgica a **Lei e legislações de tratamentos e terapias para recém- nascidos, crianças indígenas deficientes, filhos de militares e população** em nossas regiões ribeirinhas, povo, comunidades, cidades, economia e os centros do alto da inteligência pública, uma vez que estes devem ser entregues a todos como consta na constituição.

Palavras chaves: Covid e Pandemia, doenças, criança indígena, saúde pública, altos da inteligência pública, consta na constituição, economia da saúde, CPIs.

Summary
Article

COVID

Is money the cause of all human health problems? It is asked, more the economics of health and an eternal cause. In this article, I survey and report a procedural legal irresponsibility, which I also blame the judiciary, of the numerous cases of deaths by covid pandemic, numerous cases of child deaths that are not disclosed and shown, other lawsuits in civil areas for medical error and the CPI of misconduct with the health economics.

Covid, pandemic, unnecessary respirators, sanitary economy, saving waste, blood products, surgical remains, health economics that killed millions of lives, a great public irresponsibility, procedural legal, which I also blame the judiciary, the laws of hearings and disrespect for the lives of children and people.

All the peoples of the world are fighting the Covid coronavirus and pandemic war, we urgently need to fight the disease that leaves children and people invulnerable to covid19.

Malignant and perverse disease, the child has less chance of developing the disease with more severe manifestations, and we cannot let the child be contaminated under any circumstances, no one will be protected from the coronavirus until everyone is specially for the child. Solidarity is the best tool to fight the pandemic even more when it saves the child.

Main diseases that leave children invulnerable to covid-19:

Chronic diseases, children with syndrome, unfair scarcity diseases: Parasitosis, anemia, leukemia, hydrocephalus, Hodgkin's lymphoma, autism, alzheimer, meningitis B HPV, rotavirus, leprosy.

And care for, People who smoke or who have chronic diseases such as diabetes and hypertension, people with heart failure, kidney failure, diseases that compromise the immune system, patients who have received organ transplants, who are being treated for cancer or who are living with HIV also have greater risk...

With the Pandemic, among others the most severe difficulties:

Refugee campaigns are not fighting the coronavirus so as not to spread among refugees and the local community in the northern region of Brazil. Humanitarian Aid built a field hospital with a capacity to serve 2000 people, which is insufficient, which would require isolating suspected and confirmed cases and increasing the number of ICU beds available in the region. We cannot leave anyone behind: donations to protect children, refugees and the local population of COVID-19 and ensure access to health services (Convention on the Rights of the Child, Most Accepted Human Rights Instrument in Universal History. It has been ratified. by 196 countries, and articles).

There are several facts without justice, and excuses and reasons for the Health Economics Policy to exclude lives, cause countless deaths and widespread criminality, when it presents irregularities in the diversion of resources and funds destined for treatment programs for the covid disease pandemics. (CPI of the pandemic)

It is common that the covid-19 pandemic is an issue in medicine, public health and economics, public safety, a human rights issue, a democratic regime and other reasons for the profound impact it has on people's lives. With the decline of multilateralism evidenced in the years that preceded this pandemic, international organizations have not made any effort to offer States conditions that contribute to minimizing the negative effects of measures to combat the pandemic on human dignity, the right to health of the child and other fundamental rights and freedoms due to limited resources. Thus, it is necessary to have an urgent response from the World Health Organization, the International Monetary Fund and the World Bank, the countless unconscious health insurances; and immediate responses from international mechanisms for the protection of human rights and irresponsibility towards humanity.

The "Sick Pathologist" and his Global Economy intelligence is a total brutality, severe problematic, the explanation and that it is only security work, a patience. An example, a journalistic article talks about war in Israel and war in Colombia, a kind of animator clown and a pure farce of cinema of the democratic regime and globalization (**Pause from the War of Sites and Space Satellites**), history of centuries, very before Christ and during the period of the chipped stone, this has become an everyday biological war with a pandemic, eternal trade war. There is no money or millionaires to price this heritage of conflicts (Ideological intrigues, the diabolical Lines of Law), it is not that simple, war without isolation for the conflict that does not provide passports and kills innocent children and their parents who have nothing to do with this "Sick Pathological Economy"; that break, destroy and kill public order with the democratic and globalizing regime itself, this affects all countries and the children of those countries, child death, this is unacceptable.

Malignant cunning of this global health economy, this sickening eternal conflict, illogical child life and human life, where the child and we are a glowing living organism of god, temporarily here on earth; not for nothing, but with some purpose.

"Generalization of disease that not even the Hospital Militar escaped and affected and decimated with 4 (four) deaths per day in Brazil alone".

Military hospital in Brazil, militarism for peaceful purposes and the humanitarian aid worker, who already had several problems in military health, suffers from the spread of the covid pandemic, the institution has not escaped since. and the others, where those who provide humanitarian aid and the military hospital, without a military humanitarian hospital, we are lost.

Note that the military hospital and the one in charge of all hospitals to take care of humanitarian health in Brazil and the population, many children of military and military personnel died for covid, military police hospitals filed health actions **"Babies Heroes in the Neonatal ICU"**, and the problematic and insufficiency and failure of healthcare equipment from millionaire healthcare equipment companies, companies that profited from the pandemic.

The objective to achieve in this academic scientific article, monograph tcc and to understand the theme the logic and aims to remedy this theme that discusses the chronological time of delays, meaningless, **and farces of the Law and legislation of health and media** from the year 1700 to the current

times. Discuss these ideas from the time that there were methods in the 1700s for healing, the techniques and processes standardized at the time within the Law and **legislation on treatments and therapies for the healing of newborns, disabled indigenous children, children of soldiers and the entire population as these belong to the national institution by right agreement.** Another one is that pandemic viruses can be modified for a cure, but there is a whole health monopoly policy, and 100 years of investment in health.

Recklessness with regard to health care is the perverse cause of pandemic diseases, and the lack of faithful responsibility for the economic and health policies of a city, and this irresponsibility continues from the past with regard to the health of urban cities. The seriousness of the economy in this case has a remarkable history in the history of parasites in humanity due to recklessness with urban sanitation in cities, where we have an example the worst of all that there was the **"BLACK PLAGUE"** in Europe which, according to chronological time, does not do much. time, decimated the population in Europe, we have as the same situation still happening today with political economic imprudence with the faithful lack of responsibility for the sanitation of the city's urban planning, ridiculous and humiliating.

And other ancient diseases that should no longer exist on our planet and are still killing, such as **Bubonic Plague, Smallpox, Cholera** (Its first global epidemic in 1817 killed hundreds of thousands of people), Spanish Flu (It is believed to enter 40 and 50 million people died in the 1918 Spanish flu pandemic, caused by a deadly influenza virus), **Swine Flu (H1N1)** - Known as Swine Flu, H1N1 was the first pandemic cause of the 21st century. in pigs in Mexico in 2009, and it spread rapidly around the world, killing 16,000 people. In Brazil, the first case was confirmed in May of that year and, at the end of June, 627 people were infected in the country, according to the Ministry of Health. Ridiculous, irresponsible and incompetent with regard to health economics policies.

"The economics of sanitation and sanitation are unfaithful, and the health monopoly policies, perverse and mercenary health equipment and drugs, and profits from the pandemic."

"It's irresponsible, and they have no respect for the economy with hospital waste, hospital waste, hemorrhagic materials and transplant remains (DUMPLES)

Context, in this context, I report the objectives of this contextual theme, to publicly expose to everyone the facts and hidden aspects of health and health policy and the reasons for the pandemic, which are derived from scientific research already with the new communication mechanisms of the current Law and **health legislation.** In this way, I materialize the form of a report on the original results of the study carried out within the new thematic means of the law and **legislation on treatments and therapies for the cure of newborns, disabled indigenous children, children of soldiers and the population that has been suffering** and being deceived for many years, information and data publicly published within the calculated data to be re-released in this work (Article, tcc monograph).

Accurate data that are for the cure of diseases and pandemics: Medicines and health technology that have been manufactured since the transition of colony Brazil, Neonatal Mortality Chart, Charts of the main neonatal diseases (**Covid, Record-breaking anemia, Infantile cerebral leukemia, as Unfair diseases Hodgkin lymphoma that attacks the child with severe tumors, Rotavirus the acute diarrhea that kills the child, Leprosy the old leprosy, Autism, Alzaima, Hydrocephalus the mental dementia disease and vomiting**), Chart of Law and legislation on Treatments and therapies for the cure of newborns, Price law and legislation percentage of pharmaceutical foods that are very expensive and absurd, The price law and legislation and the values of new types of treatments and therapies that are very expensive and absurd, what health legislation public, private and

State government still does not easily make available to these institutions, for the cure of newborns, children, civilians, children of military personnel and the population, Law and legislation on Procedural Hearings for deaths, with unfair compensation to parents compensated for their dead children, with values lots of basses, etc.

“Pandemia” becomes global marketing, data will possibly be published in scientific magazines, newspapers, social networks, etc., which have a section designed to achieve the logic of years of investment by the population and society in public health.

Purpose and to achieve a total cure about the new Law and legislation on treatments and therapies for newborns, disabled indigenous children, children of military personnel and the population with new data to address the issue, with new objectives, new goals, new results in palliatives, new charts with cures, also debate the data disseminated within the academic center and on social networks and also in other groups to achieve more answers and cures.

Methodology for the cure of widespread diseases and pandemics, Law and legislation on treatments and therapies for newborns, disabled indigenous children, children of military personnel and the population I am respecting and following within the public and institutional academic environment, public and available spaces and released for thematic and palliative, respecting all the complications and methodological differences with the intention of results and persistence, as the theme is related to the unfair and unacceptable release from the loss of health and life of newborns, disabled indigenous children, children of the military and the population that takes care of it. Constitutional methodology of our cultural character and enactment of our constitutional tradition.

Results aimed at the cure of this disease of the century, Law and legislation on treatments and therapies for newborns, disabled indigenous children, children of military personnel and population are shown in their reports in this scientific article, research of laws and articles, mortality, CPIs mortality charts, pandemic loss of health charts, major diseases chart, cure charts, and immediate preventive measures for the near future.

Conclusion in cures and lives, in this I want to start and reach this fight and carry out this surgical instrumentation the Law and legislation on treatments and

therapies for newborns, disabled indigenous children, children of military personnel and population in our riverside regions, people, communities, cities, economy and high-level public intelligence centers, since these must be delivered to all as stated in the constitution.

Key words: Covid and Pandemic, diseases, indigenous child, public health, highs of public intelligence, contained in the constitution, health economics, CPIs.

“Quero iniciar e alcançar esta briga e realizar esta instrumentação cirúrgica a **Lei e legislações de tratamentos e terapias para recém- nascidos, crianças indígenas deficientes, filhos de militares e população** em nossas regiões ribeirinhas, povo, comunidades, cidades, economia e os centros do alto da inteligência pública, uma vez que estes devem ser entregues a todos como consta na constituição”.

Artigo científico Acadêmico, tcc monografia – Alex Ferreira, Ano 2020.

Nas palavras do Oficial de policia militar e Médico Juscelino Kubitschek: “O que está escrito na constituição deve ser entregue a todos e a população”.

Artigo científico Acadêmico, tcc monografia – Juscelino Kubitschek, Ano 1927 – 1957.

01

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO

1.0. COVID.....2

2.1. Direito do embrião Humano.....	2
3.2. Escândalo da saúde Infantil.....	5

2. MORTALIDADE

1.0. Revista, jornal, capa.....	15
2.2 O investimento na saúde.....	18
2.3 Gráfico de absurdo de Óbitos.....	20
2.4. Gráfico 1, mortalidade.....	20
2.5 LEI E LEGISLAÇÃO - MORTALIDADE DE RECÉM-NASCIDOS, CRIANÇAS INDIGENAS DEFICIENTES, FILHOS DE MILITARES E POPULAÇÃO.....	22
2.6 Gráfico 2, Leis das principais doenças em recém-nascidos e crianças.....	23
2.7 Gráfico 3, Leis dos principais Tratamentos e Terapias em recém-nascidos e crianças.....	24
2.8 Gráfico 4, Dos crimes da Saúde Infantil:	
2.9. Tese.....	27

3. PERICIAL JORNALISTICO

3.1. Foto 1 Morte por covid.....	30
3.2. Foto 2 Morte por vik vaporub.....	30
3.3. Foto 3 Morte por pnemonia.....	31
2.4. Foto 4 Mãos e pés amputados.....	31

4. LEI E LEGISLAÇÃO DE MEDICAMENTOS

1 Preços de Medicamentos fármacêuticos de Saúde.....	32
2 Os vários Medicamentos farmacêuticos com erros.....	32
3. Os vários Óbidos por (falta) de Medicamentos para tratamentos e terapias.....	33

4. Os vários Óbidos por (falhas) dos Medicamentos de tratamentos e terapias.....	33
---	----

5. LEI E LEGISLAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE

1. Preços de Equipamentos de Saúde.....	34
2. Os vários Equipamentos de Saúde com erros.....	35
3. Os vários Óbidos por (falta) de equipamentos para tratamentos e terapias.....	36
4. Os vários Óbidos por (falhas) dos equipamentos de tratamentos e terapias.....	37

6. LEI E LEGISLAÇÃO – RESONÂNCIA MAGNÉTICA:

1. SOFTWARE E RADIAÇÃO.....	39
2. SOFTWARE HOSPITALAR.....	42

7. LEI E LEGISLAÇÃO – RESÍDUOS HOSPITALAR:

1.LIXO HOSPITALAR.....	43
2.LIXO HOSPITALAR, CAPITALISMO, FOTO.....	44
3.VIGILÂNCIA SANITÁRIA.....	50

8. HOSPITAL E ECONOMIA:

1.DEFTI DA SAÚDE.....	50
-----------------------	----

9. AUDIÊNCIA PROCESSUAL (AÇÃO JUDICIAL) - ÓBIDO DE RECÉM-NASCIDO, CRIANÇAS INDIGENAS DEFICIENTES, FILHOS DE MILITARES E POPULAÇÃO DURANTE TRATAMENTO E TERAPIA.....	51
--	-----------

10. LEI E LEGISLAÇÃO – AUDIÊNCIA PROCESSUAL – ÓBIDO DE RECÉM-NASCIDO, CRIANÇAS INDIGENAS DEFICIENTES, FILHOS DE MILITARES E POPULAÇÃO DURANTE TRATAMENTO E TERAPIA.....	51
--	-----------

11. ART. 1º - ESTA LEI DISPÕE SOBRE A PROTEÇÃO INTEGRAL À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE, OS HOSPITAIS E DEMAIS ESTABELECIMENTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DE GESTANTES, PÚBLICOS.....	52
--	-----------

12. DAS MEDIDAS EMERGÊNCIAIS:

1. Teoria assustadora do surgimento de novos parasitários.....	53
--	----

2. Os piores lixos são do hospitalar, outros diferentes tipos de resíduo, e o material de descarte segue um caminho diferente do lixo doméstico.....	54
--	----

13. LEI E LEGISLAÇÃO – AUMENTO DE DOÊNCIAS EM RECÉN - NASCIDOS, CRIANÇAS INDIGENAS DEFICIENTES, FILHOS DE MILITARES E POPULAÇÃO NOS PROXIMOS ANOS.....	54
---	-----------

14. DAS MEDIDAS.....	55
-----------------------------	-----------

15. LEI E LEGISLAÇÃO – NOVAS SOLUÇÕES E CURAS PARA DOÊNCIAS EM RECÉN-NASCIDOS, E CRIANÇAS INDIGENAS DEFICIENTES, FILHOS DE MILITARES E POPULAÇÃO.....	35
--	-----------

16. DOS FATOS:

1. JUSCELINO KUBITSCHEK, Saúde.....	56
-------------------------------------	----

2. HISTÓRIA DA LEI E LEGISLAÇÃO DE MERCADO E FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL E NO MUNDO:

1. Os preços caríssimos, perversidade e mercenarismo dos fármacos da política de monopólio da saúde.....	57
--	----

2. Empresas de equipamentos de saúde e espacial com falhas.....	57
---	----

3. Estatal de medicamentos vem sendo privatizada.....	58
---	----

6. Lei e legislação da Anvisa suspende comercialização de medicamentos por falhas em produção, a lista completa está no site da Anvisa:

1. Medicamentos com falhas.....58
2. Empresas de medicamentos com falhas.....59
3. Monopólio e oligopólicas.....60
4. Lista de Empresas estatais de medicamentos e saúde....61
5. Lista de Laboratórios Oficiais Estatais.....61

17. LEI E LEGISLAÇÃO – MERCADO E FINANCIAMENTO DE TRATAMENTOS E TERAPIAS PARA CURA DE DOENÇAS EM RÉCEN-NASCIDOS, CRIANÇAS INDIGENAS DEFICIENTES, FILHO DE MILITARES E POPULAÇÃO.....62

18. A LEI E LEGISLAÇÃO DO MERCADO FARMACEUTICO, MEDICO, E DE EMPRESAS DE SAÚDE E EMPRESAS DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE:

1. LEI E LEGISLAÇÃO DA ANVISA.....62

19. LEI E LEGISLAÇÃO – MERCADO E FINANCIAMENTO DE TRATAMENTOS E TERAPIAS PARA CURA DE DOENÇAS EM RÉCEN-NASCIDOS, CRIANÇAS INDIGENAS DEFICIENTES, FILHO DE MILITARES E POPULAÇÃO.....39

20. LEI E LEGISLAÇÃO DOS PRINCIPAIS TRATAMENTOS E TERAPIAS..64

1. ESCANNER

1.1 Software, Engenharia Médica, Engenharia clínica, Engenharia de equipamentos, Manual técnico fabricação, outros.....64

2. CÉLULA TRONCO

3. QUIMIOTERAPIA

4. RADIOTERAPIA

21. LEI E LEGISLAÇÃO – TIPOS DE TRATAMENTOS E TERAPIAS PARA CURA DE DOÊNCIAS EM RECÉM-NASCIDOS, CRIANÇAS INDIGENAS DEFICIENTES, FILHOS DE MILITARES E POPULAÇÃO.....	64
---	-----------

22. HOSPITAIS MILITARES - EQUIPAMENTOS DE TRATAMENTOS, TERAPIAS E FARMACOS	65
---	-----------

23. LEI E LEGISLAÇÃO – TRATAMENTOS E TERAPIAS PARA CURA DE DOÊNCIAS EM RECÉM-NASCIDOS, CRIANÇAS INDIGENAS DEFICIENTES, FILHOS DE MILITARES E POPULAÇÃO EM HOSPITAIS MILITARES.....	67
---	-----------

24. LEI E LEGISLAÇÃO - EXAMES, PERÍCIAS, LAUDOS CATÁVERICOS E AUTÓPSIAS:	
---	--

1. Corpos de crianças e adultos intactos que rejeitam a se decompor.....	68
--	----

2. Corpos na sepultura que são encontrados virados de bruto no caixão depois de anos enterrados e mortos do covid são enterrados sem laudos, corpos são encontrados dentro de sacos em caixões sepultados.....	69
--	----

25. LEI E LEGISLAÇÃO - SAÚDE, PERÍODO NAZISTA NO BRASIL:	
---	--

1. Nazismo e Facismo da saúde.....	71
2. Nazismo Saúde.....	72
3. RESONÂNCIA MAGNÉTICA NO BRASIL.....	73
4. ‘REMÉDIO OU ARMA’, QUÍMICO FARMACOLÓGICO VS QUÍMICO NUCLEAR.....	74

5. Bioprospecção, Insumos passado e atualidade.....	79
6. Outra Guerra, Golfo Pérsico, Consequências em saúde de crianças de outros países inclusive Brasil, desastre ambiental com “70 mil crianças com menos de 15 anos” outro maior teste nuclear e de tecnologias depois da 2 guerra Mundial que geraram muitas consequências em saúde de milhões de crianças, a enrolação Abidulagem, a Abidulagem.....	80

26. LEI E LEGISLAÇÃO – SUÍCIDIO DE EMPRESÁRIO, SUÍCIDIO ASSISTIDO e o Transtorno de Identidade e Integridade Corporal.....	80
---	-----------

1. MANCHETES.....	81
2. Transtorno de Identidade e Integridade Corporal.....	86
27. LEI E LEGISLAÇÃO - HOSPITAL HURBANIZAÇÃO E PAISAGISMO.....	86
28. LEI E LEGISLAÇÃO - COMUNIDADE ISOLAMENTO SOCIAL para crianças e adolescentes com doenças especiais, patologias, doentes terminais e idosos:	
1.CONHEÇA O MODELO COMUNIDADE COHOUSING.....	87
2.PROJETOS COMUNIDADES NO BRASIL.....	88
29. LEI E LEGISLAÇÃO - LINGUAGEM NA ENFERMARIA MÉDICO HOSPITALAR.....	89
30. LEI E LEGISLAÇÃO - ESTRESSE, ARROGÂNCIA E BRIGA NA ENFERMARIA MEDICO HOSPITALAR.....	90
30. LEI E LEGISLAÇÃO – MANICÔMIO DO JUDICIÁRIO DO BRASIL	
1. Situação triste do manicômio do judiciário nos dias de hoje, a criança e o adolescente psiquiátrica infrator e a covid.....	91
31– CONCLUSÃO.....	92
1. Mortalidade infantil no mundo.....	96
2. Queda na mortalidade materna.....	97
3. Maiores taxas de mortalidade materna.....	97
4. No Brasil, a expectativa de vida ao nascer ficou em 75,1 anos, mesma da Colômbia.....	98
32. REFERÊNCIAS BIOGRAFICAS do Autor:	

1. Alex Ferreira , Artigo científico Acadêmico e tcc monografia, Ano 2020.....	99
2. Juscelino Kubitschek , Ano 1927 – 1957.....	99
3. QUINTANA , M. Poesias. Ano 1994.....	99

32 . PRINCIPAIS TRATAMENTOS E TERAPIAS:

1. ESCANNER	
1.1 Engenharia Médica, Engenharia clínica, Engenharia de equipamentos, Manual técnico fabricação, outros.....	99
2. CÉLULA TRONCO	
3. QUIMIOTERAPIA	
4. RADIOTERAPIA	

33. REFERÊNCIA BIOGRAFICA DO DIREITO A VIDA DO EMBRIÃO HUMANO.....

99

34. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DO DIREITO A SAÚDE AO EMBRIÃO HUMANO, RECÉM-NASCIDO, CRIANÇA INDIGENA DEFICIENTE, FILHOS DE MILITARES E POPULAÇÃO:

1.Inquéritos e a avaliação das políticas de saúde...	103
2.DIREITO A SAÚDE DO EMBRIÃO.....	104
3.DIREITO A SAÚDE AO RECÉM-NASCIDO.....	104
4.DIREITO A SAÚDE DA CRIANÇA MENOR.....	107
5. Doenças respiratórias, covid.....	107
6. DIREITO A SAÚDE A CRIANÇA INDIGENA E DEFICIENTE.....	110
7.Humanização no atendimento da criança indígena: respeitando o ser humano na comunidade, no ambulatório e no hospital....	112
8. DIREITO A SAÚDE DO FILHOS DE MILITARES.....	112
9. DIREITO A SAÚDE DA POPULAÇÃO.....	113

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE TRATAMENTOS E TERAPIAS COM ALIMENTO FARMACEUTICO E QUIMIOLOGICO PEDRIATRICO.....	115
--	-----

11.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DOS EQUIPAMENTOS HOSPITALAR PEDRIATRICO DE REDES PÚBLICAS E PRIVADAS.....	116
---	-----

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS - UTI pediátrica - Planta Física.....	122
--	-----

13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS - Assistindo o paciente criança em Pós-Operatório – UTI.....	124
---	-----

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS - Assistindo o paciente adulto em Pós-Operatório – UTI.....	126
--	-----

15. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS de Procedimentos especializados em UTI.....	130
--	-----

16. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS de Inquéritos e avaliação das políticas de saúde.....	131
--	-----

35. MANCHETES.....	131
---------------------------	------------

36. REFERÊNCIAS BIOGRAFICAS DE EMPRESAS ESTATAIS DE MEDICAMENTOS ESTRANGEIRAS OU NACIONAIS, PÚBLICAS OU PRIVADAS.....	133
--	------------

37. REFERÊNCIAS BIOGRAFICAS DO ARTIGO E PESQUISA.....	137
--	------------

38. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DA SAÚDE INFANTIL DAS FAMÍLIAS RICAS E FUNDAÇÃO DO BRASIL.....	141
--	------------

1.PERÍODO JUSCELINO KUBITSCHEK.....	141
-------------------------------------	-----

39. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DA INACEITÁVEL PERDA DA CRIANÇA PELA MORTE.....	145
---	------------

1. PERÍODO JUSCELINO KUBITSCHEK.....	145
--------------------------------------	-----

2. Pesquisa e inovação em saúde: uma discussão a partir da literatura sobre economia da tecnologia.....147

3. A PERDA DA LUTA INREVOGAVÉL, A MORTE.....151

40. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DA SAÚDE, PERÍODO NAZISTA NO BRASIL.....153

1. Nazismo e Facismo da saúde.....153

2. Saúde Nazista.....154

1. Outra Guerra, Golfo Pérsico, Conseqüências em saúde de crianças de outros países inclusive Brasil, desastre ambiental com “70 mil crianças com menos de 15 anos” outro maior teste nuclear e de tecnologias depois da 2 guerra Mundial que geraram muitas conseqüências em saúde de milhões de crianças, a enrolação Abidulagem, a Abidulagem.....154

1. RESONANCIA MAGNÉTICA NO BRASIL.....154

41. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DO EMPRESÁRIO E O SUÍCIDIO ASSISTIDO.....158

1. MANCHETES.....159

42. REFERÊNCIAS BIOGRÁFICAS DOS ANTIPARASITÁRIOS.....160

1. Parasitas mais mortais.....160

2. CONTROLE DE QUALIDADE DOS ALIMENTOS.....160

3. LISTA DE SUBSTÂNCIAS SUJEITAS A CONTROLE ESPECIAL.....161

43. REFERÊNCIAS BIOGRÁFICAS DE EXAMES, PERÍCIAS, LAUDOS CATÁVERICOS E AUTOPSIAS.....166

1. Corpos de crianças e adultos intactos que rejeitam a se decompor.....166

2. Corpos na sepultura que são encontrados virados de bruto no caixão depois de anos enterados 166

44. REFERÊNCIAS BIOGRÁFICAS DE UM SITE SOFTWARE HOSPITALAR.....168

1. SOFTWARE E RESONANCIA.....168

45. REFERÊNCIAS BIOGRAFICAS DA LINGUAGEM NA ENFERMARIA MÉDICO HOSPITALAR.....	171
46. REFERÊNCIAS BIOGRAFICAS DE ESTRESSE, ARROGÂNCIA E BRIGA NA ENFERMARIA MEDICO HOSPITALAR.....	171
47. REFERÊNCIAS BIOGRAFICAS DO HOSPITAL HURBANIZAÇÃO E PAISAGISMO.....	178
48. REFERÊNCIAS BIOGRAFICAS DE UMA COMUNIDADE ISOLAMENTO SOCIAL para crianças e adolescentes com doenças especiais, patologias, doentes terminais e idosos.....	186
1.CONHEÇA O MODELO COMUNIDADE COHOUSING...	190
2.PROJETOS COMUNIDADES NO BRASIL.....	190
49. LEI E LEGISLAÇÃO – MANICÔMIO DO JUDICIÁRIO DO BRASIL, Situação triste do manicômio do judiciário nos dias de hoje, a criança e o adolescente psiquiátrica infrator.....	193

2. INTRODUÇÃO

1.0. COVID

O cenário mundial numa novela antiga, “**Salvar Vidas ou Matar Vidas**”, Covid19 que tem um total arrebatamento, tem demora a sua lei para ser

sancionada para a cura, Corona vírus que se não tiver sendo aplicados severamente artigos de lei e legislações para frear e conter o reagente do foco do vírus, o vírus estará se propagando mais e proliferando, e continua contaminando outras pessoas, uma improvável extinção da humanidade.

Lembrando que esse foco viral ele já tinha sido encontrado em 1960, “A maior cara de pau do Governo Mídia”, que é uma classe da **família covid. 19 (código viral)**, e é engraçado que esse foco viral foi encontrado em 1960 e esse artigo 1º ele só foi sancionado em 17 de julho de 1975, ou seja, 15 anos depois, ou seja, parece que naquela época, esperaram para que morressem bastante recém-nascidos, crianças indígenas, crianças e pessoas para que sancionasse esse artigo de lei.

Covid, aqui ele aparece com 83% total de mortes por ano, desde o seu primeiro surgimento no ano **1960 até o ano atual que estamos 2020, que dizer quase o total de habitantes que residem no planeta, isso se for em bilhões, se for em trilhões, aí foram muito mais mortes do número de habitantes que residem no planeta, quem puder discutir comigo esses números de mortes no meu canal do youtube.**

O laboratório de insumo de vacina e medicamentos do Brasil é só Militares, coronéis e policiais, cada vez mais empresas militares estão ficando mais forte no mundo, e isso sempre leva o mundo e o país a beirado do colapso. Na CPI da covid, foram julgados os vendedores e negociadores da propina, que eram só militares, coronéis e policiais. O problema sanitário e da saúde com essa pandemia que já está levando milhões de mortos, esse problema todo e sim da economia da saúde, um problema de dinheiro, de milhões de dinheiro.

Esse fabricante de insumo da política do governo do Brasil são muito cara de pau e pilantra, esse fabricante da política do governo provou que o governo é só para passar a sua sujeira econômica, é nós ficaremos com mais essa cicatriz eterna. Esse site de fabricante da política do governo e com essa economia com esses vacineiros e Kit covid, são totalmente irresponsáveis e perversos, podemos concluir durante essa apuração de infrações.

E os números de mortos por covid foi um arrebatamento, foram milhões de vidas ceifadas, é inaceitável pra mim, eu não aceito esses números de mortos, é um total colapso de Roma, o pensamento radical, nazista **“Vamos Irritar os Deuses”**, cometendo o ato à morte de Cristo e milhões de vidas.

No texto a seguir, vamos ver os gráficos e déficits, o porquê eu não aceito esses números de mortos, o fator principal que é a moeda, o dinheiro a economia, o orçamento da Legislação da saúde é muito injusto, as crianças, nós, a população, o povo, eu pergunto, devemos investir nossa moeda nessa rede de saúde pública ainda.

Eu sou contra o uso de arma, e admiro aqueles que se regulamentam e documentam sua identidade diante a sociedade, não dar para acreditar que as

peças ainda estão votando em governo militar, o vício do radicalismo não acaba, e o radicalismo nacionalista ele não atende seus próprios compatriotas, que precisam de apoio, e esses compatriotas militares são os que nasceram doentes, militares com doenças especiais, militares deficientes em cadeira de rodas, militares deficientes que estão trabalhando ainda, e filhos de militares que nascem com doenças especiais, e também as pessoas que nasceram doentes e não tem recurso nenhum, que são as pessoas que tem doenças especiais: diabetes, crianças com doenças especiais em cadeiras de rodas que precisam de medicamentos caríssimos que o SUS não disponibiliza, medicamentos que são para doenças especiais que o SUS deve fornecer a essas crianças, e esses medicamentos vivem em falta (Insumos, fraldas, caneta de insulina para diabetes, seringas, ETc.). Esse ano morreram muitas crianças por falta desses medicamentos especiais, isso não é uma brincadeira, e essas crianças especiais e adultos com doenças especiais perderam o direito de dinheiro de sua aposentadoria, como pessoas com doenças incuráveis que tem que comprar remédios caríssimos, como ficará a situação dessas crianças e adultos.

Eu me refiro às pessoas pobres que não nasceram na economia da ordem pública, na riqueza da ordem pública, na riqueza da justiça, essas crianças e pessoas com doenças especiais que não tem condições de pagar por remédio, que tem que enfrentar as filas dos órgãos públicos, referindo-me, também a milhões de pessoas que são ricas e que pedem remédios por fast fund e não enfrentam filas de órgãos públicos, usam racherres protocolos pra não enfrentarem filas de espera (Transplante, sangue, etc.), imagine pessoas da fundation usando fila de órgão público inclusive de hospital, e tem também alguns servidores ricos que são malandros que não enfrentam filas de nada.

Com a pandemia, teve recente, uma adolescente que tinha uma doença rara, ela foi pessoalmente num vídeo pedir o medicamento ao ministro da saúde numa reunião com outros servidores, e não conseguiu seu medicamento e em 4 meses depois ela faleceu isso chocou muito nas redes sociais.

Olha uma análise, têm atualmente muitos Militares que são deficientes físicos, cadeirantes, doentes especiais que são militares servidores que trabalham no militar, cadeirantes policiais, e tem também os filhos de militares com doenças raras que precisam de apoio, e muitos problemas com falta de reabilitação para esses cadeirantes policiais que precisam de reabilitação, esses compatriotas são esquecidos pelo governo militar também (Forças armadas, polícia militar, polícia civil, bombeiro, etc.) a segurança do estado tem vários problemas com isso, e interessante a jogada do governo com isso, esse é o maior golpe seriíssimo no Brasil há décadas.

Como a CPI foi uma apuração de crimes que não se trata só de propina de dinheiro, e essa negociação de propina se procedeu uma irresponsabilidade pela morte de milhões de brasileiros inclusive as crianças e bebês que também eram filhos de militares, sendo um crime de Genocídio (Por quê? Se trata de

uma irresponsabilidade com o dinheiro da saúde pública, então esse é um crime de Genocídio). E também crime de genocídio já é uma prática velha e antiga, o que já deveria se ter uma lei e legislação severa para evitar esses crimes, com corte marcial de sentença de morte e tudo (Cadeira elétrica e Injeção letal), pelos menos uma Corte marcial de cinema, como nos estados unidos americanos de sentença de morte, que é uma pura farsa de cinema de Hollywood (Cadeira elétrica e Injeção letal), farsa de cinema americano, se for contar a verdade, pelo menos essa lei no Brasil valeria para manter-se a responsabilidade com as finanças da saúde, lei de proibição para apagamento de registros criminais por crimes (Retirada de tornozeleira após cumprida pena).

O Brasil precisa de um governo judicial, e não desses governos, a presidência da república deveria ser jurídica e não militar mais.

Falando da Vacinação do covid:

O teste com a vacina foi excluído para crianças, crianças não participaram dos testes, os especialistas da vacina dizem que a covid não afeta a criança, afeta sim, e tiveram divulgação de vacinação para crianças algumas cidades.

No adulto, a vacina ela apenas diminui o risco, tomar a vacina não quer dizer que a pessoa não venha pegar a covid ou a variante delta, e tiveram adultos que tomaram até a 2 dose vieram a falecer.

E o Médico Dr. Rarvey Risch com vários oncologistas do mundo afirmam que a vacina está desligando e anulando as defesas do organismo contra o câncer, e várias pessoas estão tendo câncer com vacina, tiveram seus anticorpos anulados e estão tendo câncer.

E essa variante é um acúmulo de covid, e tem 97% de transmissão, e o coronavírus ataca a respiração, ataca o pulmão com covid-19 grave, no pulmão, o vírus inicia uma inflamação grave, que ataca principalmente os alvéolos, os alvéolos são pequenos sacos de ar que ficam dentro dos pulmões e são responsáveis pela troca gasosa, ou seja, levam oxigênio ao sangue.

Esclarecendo que a fabricação de medicamentos e vacinas no Brasil (As primeiras boticas ou apotecas surgiram no século X e são consideradas as precursoras das farmácias modernas) no Brasil, o surgimento da farmácia teve início com os Jesuítas, criadores das primeiras boticas, mas esse comércio se intensificou com a vinda da Família Real, mais o que interessa que para o tempo cronológico político para estabilização econômica do Brasil e da saúde das pessoas, isso não faz muito tempo, há um erro em estabilização da saúde pública, das pessoas no Brasil.

E temos duas doenças aí no enfrentamento, que é a Covid e a variante da covid que aumenta a gravidade da doença, modificações genéticas que o vírus sofre durante seu processo de replicação.

E na doutrina jurídica o bem jurídico protegido é a ordem econômica e financeira, bem como a administração e da Justiça, então esse problema da economia do covid e do judiciário brasileiro e da justiça brasileira solucionar.

Na fundação do Brasil o SUS, o departamento do SUS, a repartição funcionava dentro do prédio do Poder Judiciário na época, e a legislação da saúde tem grandes problemas com várias loucuras, como prédios públicos hospitalares sempre sendo incendiado, abandonados, que ficam desabilitados e abandonados, geralmente incendiado, uma sujeira da economia.

Nessa atualidade, a economia do dinheiro da saúde é sim um problema da Legislação da saúde, do STJ, do Judiciário, da advocacia da União, da Justiça brasileira. O mais humilhante nessa CPI e que os integrantes da propina eram militares que eram funcionários de empresas de medicamentos, eram policiais, coronéis, que estavam nessa comercialização da vacina.

E essa vacina é uma sucata que enfiaram nas pessoas para o povo pobre salientar no dia a dia por ai. Com o covid a venda de medicamentos superou um milionarismo estúpido, vários empresários enriqueceram com a doença covid, tai a prova de que o covid ta sendo sim uma estratégia de mercado, a venda de medicamentos infelizmente é um mercado sujo.

São preços de medicamentos caríssimos que ficam vencidos de validade no armazém (Que são medicamentos contra o câncer \$800 uma cartela, e uma caixa pequena p tratamento \$25 mil reais).

São muitos anos de insumo e fabricação de medicamentos, olha eu não sou servidor público, eu vivo de economia privada, servidores públicos e seu governo querem jogar essa perda de mortes por covid, dizendo que a culpa e da sociedade, as mortes pelo covid foi um verdadeiro assassinato, e ficou impune, porque não tem mais como trazer as pessoas de volta, e tão engraçado, que essas mortes foram divulgadas tão simples e ficaram tão simples que nem se fala mais nada sobre a justiça dessas mortes.

O problema e sim ainda o dinheiro a economia para a solução da saúde no Brasil. O Brasil nunca apresentou uma contabilidade séria para a saúde nacional, o numero de mortos por covid e a CPI do roubo do dinheiro para a cura do covid, mostra isso, "13 carros de luxos no amazonas foram apreendidos na CPI do covid", com esse roubo se quebra a Lei do Acordo de leniência com CPI.

Em Hortolândia interior de são Paulo, tiveram milhões de mortes por respiradores que apresentaram problemas, cada cidade tem milhões de interiores todos com hospitais públicos, são muita população doente de covid.

Tem um vídeo no youtube que mostra um médico, que o paciente na fila do hospital aborrece o médico, e o medico desfere um espancamento nesse paciente que ele cai no chão e more, depois ele tenta reanima-lô, isso mostra a

paciência que está a saúde pública, os hospitais públicos, e o severo problema da economia da saúde.

Mais no texto a frente, eu conto as invenções e fabricação do insumo e medicamento como surgiram, o nazismo saúde, guerra pelo poder dos recursos do planeta, etc., como ele domina o mundo pra sempre, os horrores dos corpos de doentes nazistas que eram queimados em fornalhas para abafar a medicina suja, o que isso influenciou o Brasil, o que a história não conta, o monopólio no Brasil da IVERMECTINA, CLOROQUINA e HIDROXICLOROQUINA que eram produtos fabricados nazista, para o tratamento do covid, que na época era para a cura da malária da empresa Bahie Nazista, e também mais no texto a frente falar da falha da legislação da saúde na escrita do atestado de óbito do falecido (EX: Morte por insuficiência respiratória vem escrito, Morte por covid, e se for reivindicar pode sofrer ordem Ministerial de saúde) então eu conto esses fatos para termos como solução.

5G é a vacina COVID, é ou não é um mal pra saúde?

A inovação a evolução da tecnologia, mais a 5G (Política econômica), alguns dizem que vai causar uma infinidade de câncer, outros dizem que as ondas eletromagnéticas não são o suficiente para danificar as células. Outra que todos esses dispositivos não são energeticamente suficientes para arrancar os eletros dos átomos que compõem os nossos tecidos, as nossas moléculas ou o nosso DNA causando o câncer, por causa das altas ondas radioativas, e se caso tiverem esses materiais condutores eles serão excretados pelo intestino e saíram pela defecção.

A empresa – RUALE (Uso de 5G particular) em são paulo, é uma guerra comercial esse negocio, as novas vacinas vão vim sim evoluir em qualquer hora, com essas tecnologias e outras empresa como a fundação Bill Gates que faz implantes de pequenos cristais semicondutores em crianças africanas. Os cristais líquidos que vão oferecer risco a humanidade (empresa BILL Gates que vacina povos na áfrica do sul e faz vacinação para indentificação social), tem também chip ao cérebro humano, Neuralink, do Elon Musk apresenta Neuralink.

Resumindo a tecnologia 5G no futuro evoluirá muito e sim teremos muitos problemas com sintomas de saúde, inclusive, eu tenho uma torção no pescoço direito no cerebelo um orifício que emite radioatividade, com uma dor insuportável que eu estou periciando mais não consigo descobrir o que é, pode ser uma sucata no meu pescoço.

Como é um sintoma que me afeta, então e meu direito de expor minha defesa contra isso:

Acontece que vacinação de chips líquidos que vem sendo polemizada, se essas vacinas forem aplicadas em áreas subcutâneas e até em áreas e estruturas ósseas do corpo, a pessoa vai receber altas aplicação de gráficos

radioativo e eletromagnéticos, essas pessoas que estão com esses nanômetros 5G, os acúmulos de nanômetros no corpo vai ocasionar acúmulos de infecções de reagentes e organismos presos a gráficos, ocasionando resistência bacteriana, e doenças e morte súbita.

Outra que o Chip líquido fluorescente da vacina ele não se dissolve imediato leva anos, durante esse período, imagine a criança o adulto levando altas rajadas de radiação e ondas eletromagnéticas.

No texto a frente, também venho falar sobre a cura com o Escâner (Acomodação de um bebê nascido com emicorporectomia colocado na acomodação da ressonância e suas próprias células farão sua regeneração de sua parte do corpo), no futuro em alta potência, esse Escâner ele poderá facilmente regenerar partes do corpo de uma pessoa (Faremos a digitalização regeneração da parte doente órgão ou partes amputadas).

Com este Scanner de órgãos e tecidos, Nos traremos diversas regenerações e curas de doenças mortais, inclusive as de infecções e virais como covid.

Neste texto mais a frente, abordo assuntos polêmicos de artigos no judiciário brasileiro que são vários tipos de crimes na saúde, também o suicídio assistido, suicídio de empresários, pessoas que desejam amputar partes do corpo sem ter nenhuma doença (Transtorno de Identidade e Integridade Corporal).

(O projeto é da universidade FAPESP, O Dr. Jorge Vicente me autorizou a usar este vídeo e participo nesse projeto).

E aqui esse projeto ele traz uma nova cura que é a cura a base de ESCANNER de bioimpressão de órgão humano. Como Israel faz sucesso com esse escâner de bioimpressão de órgão humano. (Cientista Biotecnologista da universidade de televil)

Quem puder assistir o vídeo da campanha do Scanner, ele está disponível em WWW.canalciencia.ibict.br e youtube CAMPANHA - Bioimpressão de órgãos humanos – 4º Biorreator: <https://youtu.be/VbC7F3CAQF4>

2.1. Direito do embrião Humano

“Matar o embrião”

O planejamento para o desenvolvimento do embrião humano resistente ou não resistente, nunca será afetado por pandemias, uma vez que é

considerado improvável que haja efeitos congênitos do vírus no desenvolvimento fetal, responde e afirma a ordem científica.

A questão não é morte natural por pandemia, e sim por práticas ilícitas:

“O artigo 5º desrespeita o princípio da dignidade da pessoa humana quando permite a utilização do embrião humano vivo para diversas naturezas mutação”.

Quando começa a vida de acordo com o STF?

“Segundo entendimento decorrente de maioria de votos do Pleno do Supremo Tribunal Federal na ADIN 3510, a vida inicia-se com a nidação, ou seja, com a implantação eficaz do zigoto (ou ovo) no útero da mulher”.

(O embrião é a célula humana e a própria vida humana e é quem combate as moléstias e pandemias, onde ela deve ter seu espaço para desenvolvimento e se defender com seus anticorpos sozinha, e se defende sozinha de ameaças de moléstias, então ela é uma vida como a pessoa, o ser humano já formado organicamente sem diferenças por serem o mesmo, perdendo esta razão abre-se espaço para a imoralidade).

A extração de células-tronco embrionárias resulta na morte do embrião. Por estas razões, existe uma considerável corrente de pensadores que se opõem ao emprego de células-tronco extraídas de embriões no tratamento das moléstias humanas, sob alegação de que a morte do embrião constitui-se na morte de um ser humano em desenvolvimento, que possui o direito à vida e de nascer.

O embrião mede cerca de 2,5 centímetros. Em fase há o surgimento das células ósseas (osteoblastos) nas cartilagens do embrião, iniciando o processo de ossificação. Nesse período, o embrião já tem aparência humana e passa a ser chamado de feto resistente.

MARCO TEÓRICO – Parte I notas introdutórias, fundamentação teórica e metodológica. Notas introdutórias – Teses – Saúde Pública – Fiocruz/ ENVISA/Ministério da saúde/ Legislação da saúde. – O gráfico evidencia a tendência de queda do CMI no Brasil e regiões nos últimos 100 anos: Gráfico – Coeficiência da Saúde Infantil, Brasil, os 100 anos de Saúde Infantil – (Revista acadêmica - Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRPEE) Capa do Jornal e revista francesa *Le Journal des Savants*- Journal of management and primary Health Care saúde doença da criança indígena – Folha de Boa vista e saúde indígena – Cooperação Internacional da saúde indígena.

Dos direitos do embrião no Direito Brasileiro, tem proteção no sistema jurídico pátrio.

Estão ainda garantidos os direitos do embrião humano na constituição, o embrião humano resistente e não resistente merece respeito aqui, no artigo 5º, caput, que trata do direito à vida: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção

de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida”.

Nesse entendimento, já temos todas as propriedades e características da pessoa humana, ou seja, todo o material genético, já estão presentes no embrião humano. Nota-se que o embrião humano já é considerado ser humano com vida própria, sendo garantido, portanto, no ordenamento jurídico, a tutela do embrião humano.

Tendo este artigo da lei e teoria científica, temos em vista o embrião Humano como pessoa com potencial, o que o mesmo merece respeito e dignidade que é dado a todo sehumano, a partir do momento da concepção, com o direito do devido amparo jurídico para que não seja tratado como objeto.

Devem ser respeitados os direitos do embrião humano, o mesmo deve ser considerado como pessoa. Aceitar que o embrião é vida humana, significa reconhecer que ele é uma pessoa, e por isso deve ser respeitado como tal.

Porém, a realidade não se apresenta desta forma, e os direitos do embrião humano, são por muitas vezes violados até mesmo por experimentos de moléstias e pandemias. O que, por exemplo, pode ser constatado pelos protestos supracitados, que ignoram o fato de que o embrião pode ser considerado como ser humano, dotado, portanto, de direitos, mais miotas vezes sob por experimentos científicos e cobaia. O ser humano, e no caso, o embrião humano, detendo a qualidade de pessoa, é portador da dignidade ética e titular de direitos inatos, inalienáveis e imprescritíveis, como o direito à vida, ao qual o Estado deve respeito, por ser assegurado pelo nosso ordenamento jurídico.

É lamentável e triste, evidente de que o direito brasileiro não tutela e nem ampara devidamente, de fato, os direitos do embrião humano, e ainda ver de forma distorcida. Por obvio, os direitos garantidos não são exatamente àqueles dados à pessoa o embrião humano vivo, contudo, ainda lhe são garantidos certos distorcidos direitos que estão previstos pelo nosso ordenamento, e inclusive, são desconhecidos na prática, no cotidiano, de diversos âmbitos do direito.

MARCO TEÒRICO – Parte I notas introdutórias, fundamentação teórica e metodológica. Notas introdutórias – Teses – Saúde Pública – Fiocruz/ ENVISA/Ministério da saúde/ Legislação da saúde. – O gráfico evidencia a tendência de queda do CMI no Brasil e regiões nos últimos 100 anos: Gráfico – Coeficiência da Saúde Infantil, Brasil, os 100 anos de Saúde Infantil – (Revista acadêmica - Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE) Capa do Jornal e revista francesa Le *Journal des Savants*- Journal of management and primary Health Care saúde doença da criança indígena – Folha de Boa vista e saúde indígena – Cooperação Internacional da saúde indígena.

No caso de um tema tão relevante e discutido atualmente, o embrião humano se destaca no ordenamento jurídico brasileiro pela “falta de atenção” adquirida, apesar do fato de sequer ter o devido respeito de que é um ser vivo.

3. 2. Escândalo da saúde Infantil.

“Salvar Vidas ou Matar Vidas” e malícia da família ou falta de ânimo do hospital, Escândalo da saúde Infantil e a pandemia?

A política da saúde e o hospital público em decorrência de anos vem apresentando um total esgotamento, desânimo e estima por deixar de fazer cura e maliciar vidas de crianças e pessoas doentes que esperam por cura, onde muitos dos profissionais da saúde entram na carreira até mesmo para buscar cura para si próprio, com o alastramento do COVID, escandalizou mais os números da saúde infantil chegando ao seu fim nesta década, com os maiores números de mortos infantins, o que são milhões de mortos infantis um total particular das famílias e os funerais o que não são todos mostrados pela mídia, um total obscuro, com a multiplicação e infecção do vírus, **dizimou o hospital militar enfraquecendo a instituição de saúde de força de representação do país e as demais unidades de saúde**, o que desencadeou uma reação em cadeia expandindo-se por toda parte do mundo, um total colapso, afetando também outras idades, temos que levar em conta que esta pandemia vem afetar primordialmente primeiro a criança daí generalizando as demais idades, o que as instituições de saúde fundamental, deveriam priorizar, demonstrando esse fato em suas campanhas, o que não ocorreu, tivemos e estamos tendo uma campanha de pandemia de **doença de idosos** que não tinham alta imunidade, ridículo.

O pior é uma pandemia que já existia com as outras, e que nunca foram vencidas, e surgiram depois do surgimento da tecnologia, e se não arregaçarmos as calças elas nunca serão vencidas, outra que, a verdade é que a cura já existia há muito tempo atrás mais ela é oculta para a sociedade, monopólio, essa é a verdade.

“A infiel e irresponsabilidade com a economia do sanitário e saneamento, e as políticas de monopólio de saúde, equipamentos e fármacos de saúde caríssimos, perversos e mercenários, quando se trata da saúde da criança em questão”. (Pandemia no século, 2021).

MARCO TEÓRICO – Parte I notas introdutórias, fundamentação teórica e metodológica. Notas introdutórias – Teses – Saúde Pública – Fiocruz/ ENVISA/Ministério da saúde/ Legislação da saúde. – O gráfico evidencia a tendência de queda do CMI no Brasil e regiões nos últimos 100 anos: Gráfico – Coeficiência da Saúde Infantil, Brasil, os 100 anos de Saúde Infantil – (Revista acadêmica - Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRPEE) Capa do Jornal e revista francesa *Le Journal des Savants*- Journal of management and primary Health Care saúde doença da criança indígena – Folha de Boa vista e saúde indígena – Cooperação Internacional da saúde indígena.

6

Outra que, o que há anos são ocultos e obscuros, e que o vírus sempre pode ser modificado para a cura, mais há toda uma política de monopólio, e são 100 anos de investimento em saúde.

O escândalo vem sendo mostrado durante esses 100 anos pelas CPI, s de mortalidade infantil em números alarmantes de proliferação e expansão de doenças mesmo com pandemias como o covid que sempre estiveram

ocorrendo, nunca alcançaram a atenção e respeito à saúde e a vida da criança devidamente.

Com pandemias que nunca foram surpresas para vigilantes da sociedade, aproximadamente 10% dos bebês que nascem em nosso país necessitam de atendimento em UTI neonatal e saúde da criança. Destes, a grande maioria recebe alta com pouquíssimas recomendações, além daquelas que fazem parte dos cuidados habituais em puericultura.

Contudo, há aqueles que não conseguem seguir esse caminho e morrem, inaceitavelmente por umas idiotices ainda de nossa insuficiência material e orgânica, deixando um rastro de dor para todos nós e para os que compartilharam de sua história, por mais efêmera e passageira que tenha sido.

Mesmo com o marketing do covid, graças a potencia do genoma humano a doença covid não traz riscos ao corpo da mãe, como nos casos de morte intra-útero ou ainda de natimorto (**Lei e legislação do Direito do Nascituro e o Direito do Natimorto em prevenções e seguridade a doenças pandêmicas**) natimorto é a perda de um feto por causas naturais após a 20ª semana de gestação, ela traz consigo traços dos sonhos de seus pais desde a mais tenra idade.

Desejada ou não, a gravidez é um momento de fertilização, de criação de vida, de imaginação de um futuro repleto de realizações, de construção de devaneios e de expectativas sem fim, que nada tem a ver com a perda, concreta e finita ou insegurança com pandemia de covid .

Na razão a pandemias, grilos não podem afetar a vontade de felicidade de engravidar novamente, a perda deixa em seu lugar um enorme vazio, que, muitas vezes, pode não ser percebido por aqueles que, por não compartilharem a história daquela gestação, encontram dificuldades em enxergar como bebê alguém que nem chegou a viver fora do útero da mãe.

MARCO TEÓRICO – Parte I notas introdutórias, fundamentação teórica e metodológica. Notas introdutórias – Teses – Saúde Pública – Fiocruz/ ENVISA/Ministério da saúde/ Legislação da saúde. – O gráfico evidencia a tendência de queda do CMI no Brasil e regiões nos últimos 100 anos: Gráfico – Coeficiência da Saúde Infantil, Brasil, os 100 anos de Saúde Infantil – (Revista acadêmica - Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE) Capa do Jornal e revista francesa *Le Journal des Savants*- Journal of management and primary Health Care saúde doença da criança indígena – Folha de Boa vista e saúde indígena – Cooperação Internacional da saúde indígena.

7

Sendo assim, esta não dispõe de muitos interlocutores com quem dividir sua dor por aquele que já se foi; sob a ótica da maioria, ele sequer chegou. E tudo isso vale também para os pais de recém-nascidos cujas vidas não ultrapassam o período neonatal e da saúde da criança, o que temos que mostrar superação e determinação até mesmo em momentos como esses de pandemias.

“Neonatal e saúde da criança é um investimento e dinheiro, e então porque perdê-la, o que os números de mortes de neonatal e crianças mostram a certeza, não tem conscientização pública”. (Pandemias nunca afetaram o planejamento neonatal, a ciência afirma).

Para os pais e seus familiares, trata-se de um bebê concebido, aguardado, que nasceu e que existiu, mesmo que por um curto período de tempo. Para os demais, esse tempo foi pequeno, ficando difícil enxergar o bebê como sujeito de uma história e atribuir uma dimensão maior à sua perda.

Nesse sentido, propomos que este artigo seja um espaço de conversa sobre este tema. Para tanto, tentaremos responder às questões mais frequentes surgidas ao longo da prática em UTI Neonatal, tendo claro que temos condições apenas de nos aproximarmos um pouco do que esta vivência desperta em cada um dos familiares dos bebês.

2. “Ninguém me Disse que Isto Poderia Acontecer, A Lei é o conforto, e as pandemias?”

Diante da dor, muitas vezes recorremos à esperança, tentando lidar com um sofrimento que, de outra maneira, seria insustentável. Como foi visto, a internação de um recém-nascido traz consigo experiências muito especiais, em função dos sentimentos que provoca na família.

Então, nada mais compreensível que esta, por defesa, fixe seu olhar em torno das possibilidades de cura presentes no processo terapêutico sugerido pela equipe. Especialmente se os primeiros momentos de vida do bebê foram marcados por muitas lutas e incertezas, como acontece com a maioria dos neonatos hospitalizados.

Para muitos pais, só se recupera o fôlego para seguir em frente após algum alento como, por exemplo, a crença de que ‘o pior ficou para trás’. Infelizmente, nem sempre é assim.

Os pequenos grandes passos desses bebês não seguem necessariamente uma linha reta. Alguns alcançam grandes conquistas num certo dia ou semana e seguem adiante, sem muitos percalços e espalhando alegria para todos aqueles que acompanham seu progresso. Contudo, em alguns dias ou semanas, titubeiam e/ou sofrem reveses em sua evolução clínica.

MARCO TEÓRICO – Parte I notas introdutórias, fundamentação teórica e metodológica. Notas introdutórias – Teses – Saúde Pública – Fiocruz/ ENVISA/Ministério da saúde/ Legislação da saúde. – O gráfico evidencia a tendência de queda do CMI no Brasil e regiões nos últimos 100 anos: Gráfico – Coeficiência da Saúde Infantil, Brasil, os 100 anos de Saúde Infantil – (Revista acadêmica - Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRPEE) Capa do Jornal e revista francesa *Le Journal des Savants*- Journal of management and primary Health Care saúde doença da criança indígena – Folha de Boa vista e saúde indígena – Cooperação Internacional da saúde indígena.

8

Também podem surgir complicações, mais ou menos inesperadas, as previsíveis são as que, entre outras, fazem parte de algumas **Instruções normativas de Legislações de síndromes e malformações, já diagnosticadas como ‘incompatíveis com a vida’**, mais isso a lei não deixa de ser suporte para a busca da luta irrevogável, em casos de patologias e moléstias que venham oferecer riscos.

As inesperadas são aquelas que surpreendem a todos e, em alguns casos, até mesmo a equipe médica, provocando uma reviravolta nas expectativas e adiando a alta. As mais graves podem conduzir à morte, não obstante os esforços dos cuidadores e do próprio bebê.

Espera-se sempre da **Legislação da saúde e da Legislação da medicina** uma precisão de uma ciência objetiva. Ou seja, ao se necessitar de cuidados médicos, passa-se a considerá-la uma ciência exata, capaz de realizar previsões e cuidados absolutamente certos. Todavia, trata-se de um ramo do conhecimento voltado para o estudo da saúde de neonatal da criança, o que por si só já o torna subjetivo. Há algum tempo se escuta que ‘não existe a doença, mas sim o neonatal e a criança doente’, e que a reação de cada pessoa a cada patologia é diferenciada, não se acomodando os vigilantes da lei em rever tais casos de surpresas de novos casos de reagentes a imunoterapias, moléstias e graves imunológicos.

É claro que a legislação da medicina não pode ser encarada como uma **‘bola de cristal’ ou é uma bola de cristal?** Muitos familiares de recém-nascidos sintam-se a acreditar nessa magia. Daí também seu atordoamento diante de uma reviravolta com ansiedade a ver a resistência do bebê.

Além disso, em nossa sociedade pouco se fala em **morte e perda da luta irrevogável a incompetência do que se trata a vida da criança**, que é tida como um tabu, na irrelevância da desproteção e irresponsabilidade que estamos enfrentando no atual momento de reagentes sanitários pandêmicos.

A moléstia e pior ainda a pandemia, doença amedrontadora e temida, ela se torna ainda mais difícil de ser enfrentada quando diz respeito às crianças? A fé nas crianças não pode deixar de compartilhar, pois elas são fortes sim para vencer a doença. Doença – que se apresenta como um paradoxo para todos – dificulta a descoberta imediata de recursos para lidar com a possibilidade de sua cura. A sobrevivência a uma doença a um ambiente estressante como o de uma UTI Neonatal, pela vontade e necessidade de permanecer acompanhando os filhos mesmo em momentos graves, e por conta da dificuldade em lidar com dificuldade da doença a fé vence tudo, há uma paralelidade entre fé e sabedoria, e ter a cura como matemática da vida.

MARCO TEÓRICO – Parte I notas introdutórias, fundamentação teórica e metodológica. Notas introdutórias – Teses – Saúde Pública – Fiocruz/ ENVISA/Ministério da saúde/ Legislação da saúde. – O gráfico evidencia a tendência de queda do CMI no Brasil e regiões nos últimos 100 anos: Gráfico – Coeficiência da Saúde Infantil, Brasil, os 100 anos de Saúde Infantil – (Revista acadêmica - Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRPEE) Capa do Jornal e revista francesa Le *Journal des Savants*- Journal of management and primary Health Care saúde doença da criança indígena – Folha de Boa vista e saúde indígena – Cooperação Internacional da saúde indígena.

9

Com a pandemia, temos que nos super precaver, é isso que tem de acontecer, na medida em que reflete a intenção de continuar cuidando e de ficar próximo da criança. A matemática da vida ajuda a todos a se aproximarem velozmente da compreensão humana. Todos os cuidadores, profissionais ou familiares compartilham essa atitude e essa fé matemática. As crianças percebem e, eventualmente, reagem positivamente a essa conduta,

vivenciando momentos de conforto e tranquilidade, mesmo quando estes são mais incuráveis.

Em mesmo a submissão a pandemia ou a legislação, não devemos nós derrotar ou enfraquecer covardemente a essa tal tolice, o fato de o bebê internado na UTI Neonatal se encontrar inserido em um conjunto de risco – mesmo que rodeado por cuidados médicos e amparado por sua família – torna recomendável que sua família dê vazão às suas dúvidas e aos seus medos, solicitando aos profissionais todas as informações sobre o prognóstico do recém-nascido que estiverem ao seu alcance, dado o interesse em oferecer ao bebê tudo que ele merece.

Todos nós como super-herói já lúcido disto tudo, o que se deve observar é que, apesar das explicações da equipe sobre a gravidade do estado de saúde do bebê, a ausência de outras possibilidades terapêuticas pode sugerir que a atitude da família, em algumas ocasiões, pareça ser de alienação ou de dificuldade de escuta do que foi dito, já que a doença é um vilão e deve ser derrotada.

A qualquer momento podera alguém da família participar das conversas com a equipe de saúde. Confortante saber que a maioria dos serviços de neonatologia instrui a equipe médica para sempre privilegiar a transmissão imediata de informações – positivas ou negativas – para os pais.

Nos dias atuais, a orientação do **“Programa da Criança do Ministério de Saúde é a de total transparência na comunicação dos profissionais com os pais” e com o alastramento da doença ela e a maior força prodiagnóstica hoje a tantas outras persistências da pandêmica que dizimou o mundo em 1960 e as outras pandemias que arrebataram antes e depois desta**, pois quem a fazem na luta pela saúde e vida são todas as crianças e suas famílias efetivas.

Esta conduta é aplicada especialmente nos momentos de risco de vida do bebê. A Lei assegura e aconselha-se que a família seja imediatamente contatada e sua presença junto ao seu filho facilitada, que a família se aplique a essa luta, e a magestre abilitosamente.

MARCO TEÓRICO – Parte I notas introdutórias, fundamentação teórica e metodológica. Notas introdutórias – Teses – Saúde Pública – Fiocruz/ ENVISA/Ministério da saúde/ Legislação da saúde. – O gráfico evidencia a tendência de queda do CMI no Brasil e regiões nos últimos 100 anos: Gráfico – Coeficiência da Saúde Infantil, Brasil, os 100 anos de Saúde Infantil – (Revista acadêmica - Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRPEE) Capa do Jornal e revista francesa Le *Journal des Savants*- Journal of management and primary Health saúde doença da criança indígena – Folha de Boa vista e saúde indígena – Cooperação Internacional da saúde indígena.

É importante deixar sempre no hospital um número de contato telefônico, possibilitando a divisão da preocupação entre equipe e família, e, conseqüentemente, facilitando e permitindo a proximidade desta na tomada de decisões, pois a doença ou moléstia pandêmica tem se mostrado intolerante e insuportável com sua persistência improbi a querer alcançar a criança como seu objetivo principal, então exige de nós um super-humano.

3. Por que Isto Foi Acontecer Logo com o Meu Bebê, a Lei é o amparo, e assegura, o agente pandemico?

Mortalidade, Isto somente se deve ao fato de se não existisse **Lei e legislação orçamentária e seus mecanismos tecnológicos a combater este fogueiro, onde o foco** da lei e legislação, constituição são para dar poderes aos fetos humanos, recém-nascidos e crianças indígenas deficientes, e demais crianças onde estes são os poderes que designem os respeito da saúde e da vida.

Um sintoma com o bebê: uma possível explicação seria que cada um reage de uma determinada maneira ao tratamento médico Brasileiro. A singularidade de sintoma de cada recém-nascido responde por suas diferentes reações, as quais podem, em alguns casos, levar a desfechos imprevisíveis e não desejados, ora nós adultos tomamos nossas forças para energizar a criança a ela derrotar este mau. Outra explicação seria o de que determinadas legislações de patologias são realmente ‘incompatíveis com a vida’ em termos de tratamentos médico brasileiro, quando não se tem os mecanismos tecnológicos, embora tenha se tentado enfrentá-las, nem sempre se tem êxito, mais quando se tem os mecanismos tecnológicos precisos, temos sim um sucesso de vitória de uma legislação de imunodoença. Uma outra possibilidade de resposta seria a de que, infelizmente, é muito difícil controlar todas as variáveis e que uma intercorrência – como também por exemplo, uma parada cardíaca ou uma infecção – é algo que acontece, às vezes sem qualquer aviso, pertencendo ao universo do impossível, o que temos como resposta a lei e legislação com o **“Procardio do Senado”**, que vem com projetos já preparados para surpresas de casos raros de doenças cardiovasculares ou infecções generalizadas que venham atentar a vida de crianças e pessoas.

A orientação aos efetivos da criança e fundamental, sem está e incoerente, alguns bebês, especialmente os que foram muito pequenos ou que nasceram com doenças pulmonares e/ou cardíacas, diferentes a sintomas de moléstias intravascular pandêmica, não conseguem, após um imenso esforço, fazer frente a todas as exigências, emitindo sinais de que está sendo demais para eles e que, então, cabe a quem os cerca começar a pensar que se trata de algo impossível, de um excesso de esforço face ao qual a criança

MARCO TEÓRICO – Parte I notas introdutórias, fundamentação teórica e metodológica. Notas introdutórias – Teses – Saúde Pública – Fiocruz/ ENVISA/Ministério da saúde/ Legislação da saúde. – O gráfico evidencia a tendência de queda do CMI no Brasil e regiões nos últimos 100 anos: Gráfico – Coeficiência da Saúde Infantil, Brasil, os 100 anos de Saúde Infantil – (Revista acadêmica - Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRPEE) Capa do Jornal e revista francesa Le *Journal des Savants*- Journal of management and primary Health saúde doença da criança indígena – Folha de Boa vista e saúde indígena – Cooperação Internacional da saúde indígena.

(Ao feto humano, recém-nascidos e crianças indígenas deficientes, e demais crianças) não têm mais energia. Conversar com os bebês sobre isso e dizer o quanto são admirados e seus imensos esforços reconhecidos é oferecer carinho e desempenhar cuidados que eles esperam que possam surgir de pessoas tão importantes como só a mãe e o pai o são.

“Muitas vezes, essa questão pode estar envolvida por uma grande revolta e muita indignação, por parte e falta da orientação de direito que e de direito a todos” a moléstia e quem ganha a vitória?

Todos os parentes mais próximos do bebê têm necessidade de encontrar alguma razão para a dor que tanto os incomoda, e, em algumas ocasiões, a equipe obstétrica ou da UTI, um familiar, amigos ou vizinhos podem transformar-se em alvo desta reação de raiva, mais ainda a criança estando doente de uma doença curável e a atrapalho com pandemia á mesmo tempo. Tanto que, muitas vezes, as famílias não conseguem mais olhar para algumas das pessoas que cuidaram de seu recém-nascido. Ou não conseguem se aproximar da equipe que tenta trabalhar com eles. Esta também é uma das fases conhecidas pela qual pode passar a elaboração do psicológico de perda, enfraquecimento psicológico, de depressão violenta, fúria total.

O recomendável nesta situação aos efetivos pais e família, é a tentativa de amarrar e converter em cura o sofrimento, o choro, a fúria e o violento e evitar o contato com o bebê grave na UTI Neonatal. Por maior que seja o sofrimento neste momento, ele trará, no futuro, a possibilidade das lembranças do cuidado oferecido, do toque no corpo do bebê e das pequenas grandes respostas que este, mesmo debilitado, pôde oferecer.

Caso seja preciso retornar ao hospital para buscar alguma coisa deixada e/ou para conversar um pouco mais com alguém da equipe, não há porque se preocupar com palavras que foram ditas e com os sentimentos que foram expressados nos momentos de revolta. A equipe também viveu a dor, do seu jeito, por ter se envolvido alguns minutos ou muitas horas com o bebê, e estará experimentando algum tipo de luto, inclusive o da frustração de não ter alcançado o propósito de sua profissão, que é salvar vidas, e o que é de consciência e lógica ao uso o servidor ao público.

Os efetivos pais e família, retornar para conversar com a equipe é um ato magestral e excelência, provavelmente auxilia na compreensão de como tudo transcorreu. É desejável que haja uma explicação, uma narração para cada caso. É importante que os familiares do bebê tentem compreender todas as etapas do tratamento aplicado. Eles devem se necessários, perguntar mais de uma vez e repassar cada detalhe junto aos Profissionais. Alguns hospitais, inclusive, já contam com técnico médico perito do bebê ou da criança que descreve a engenharia medica e psicológica do sintoma da criança, Junto com os pais no decorre do tratamento, tendo como foco sua vitória ou luto.

MARCO TEÓRICO – Parte I notas introdutórias, fundamentação teórica e metodológica. Notas introdutórias – Teses – Saúde Pública – Fiocruz/ ENVISA/Ministério da saúde/ Legislação da saúde. – O gráfico evidencia a tendência de queda do CMI no Brasil e regiões nos últimos 100 anos: Gráfico – Coeficiência da Saúde Infantil, Brasil, os 100 anos de Saúde Infantil – (Revista acadêmica - Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRPEE) Capa do Jornal e revista francesa Le *Journal des Savants*- Journal of management and primary Health saúde doença da criança indígena – Folha de Boa vista e saúde indígena – Cooperação Internacional da saúde indígena.

4. O que a família deve fazer quando os médicos do hospital Conversa sobre a Gravidade do Estado do Bebê, no que diz respeito à Lei e a vitória ou luto?

Os momentos durante o óbito do bebê são dolorosos. Nesse momento, as condições são extremamente críticas, muitas UTIs, e **As Leis e legislações de instituições de saúde e legislações de órgãos de saúde**, aliás, cada família irá decidir como lidar com a dor da perda a partir de sua própria história.

As famílias que conscientes da gravidade do estado do bebê, optam por levá-lo para casa (**Tutela e tutelar, conselho tutelar da criança, ação processual de guarda de criança, ação processual de óbito de criança**), a fim de ficarem mais próximos durante o tempo e momento que lhes resta.

O que os médicos não aconselham tirar o Bebê do hospital mesmo sem antes terem outras soluções de cura, caso quando necessário e com o aval das equipes da UTI – um esquema de *home care* (atendimento especializado em domicílio) capaz de atender às necessidades do bebê.

<https://www.passeidireto.com> > Notícias internet:

história de Verônica

A história de Verônica é um exemplo de como é importante disponibilizar esta atenção: nascida com apenas 550 gramas, ficou internada em uma UTI durante 10 meses, quando, então, seus pais a levaram para casa contando com o apoio de um serviço de home care. Permaneceu no quarto carinhosamente arrumado por seus pais por apenas um mês.

A mãe, decorridos alguns anos após a morte de Verônica, ao encontrar a equipe, declarou: “sofri, sofri muito, mas valeu à pena”. E passou a contar com detalhes os momentos de intimidade que havia tido com sua filha.

A experiência da família de Lídia foi semelhante. Nasceu a termo, mas com Síndrome de Edwards, cuja expectativa de vida é de menos de um ano. Seus pais, após longas conversas com os médicos que a acompanhavam no hospital, preferiram cuidar dela em casa, contando com a ajuda da avó materna. Puderam ficar com a filha durante 8 meses,

MARCO TEÓRICO – Parte I notas introdutórias, fundamentação teórica e metodológica. Notas introdutórias – Teses – Saúde Pública – Fiocruz/ ENVISA/Ministério da saúde/ Legislação da saúde. – O gráfico evidencia a tendência de queda do CMI no Brasil e regiões nos últimos 100 anos: Gráfico – Coeficiência da Saúde Infantil, Brasil, os 100 anos de Saúde Infantil – (Revista acadêmica - Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE) Capa do Jornal e revista francesa Le *Journal des Savants*- Journal of management and primary Health saúde doença da criança indígena – Folha de Boa vista e saúde indígena – Cooperação Internacional da saúde indígena.

poucos meses após a morte de Lídia, seus pais retornaram ao hospital, relatando para a equipe e para o grupo de pais a história vivida com sua filha, tranquilos com o que haviam lhe oferecido até a hora de sua despedida.

Outra foi a Morte de criança com covid-19 mostra ataque do vírus ao coração, menina de onze anos de idade, sem problemas de saúde, mas que foi internada em estado grave e morreu devido a complicações causadas pela doença, foi analisado em detalhes, O estudo relatou, pela primeira vez, a presença de partículas do vírus da doença em células musculares cardíacas, determinando uma relação causal entre a covid-19 e a síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica (SIM-P), um processo inflamatório grave que pode afetar diversos órgãos, inclusive o coração, onde a criança não apresentava doenças previamente existentes.

veja em: <https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2020/08/25/morte-de-crianca-com-covid-19-mostra-ataque-do-virus-ao-coracao-diz-estudo.htm?cmpid=copiaecola>,

Num outro caso, Criança morre de Covid-19 horas após receber alta de hospital, a morte de Tagan White aconteceu no último dia 30, mas só foi divulgada ontem (5) pela mídia local. Lastassija, mãe da menina, disse que no dia 27 começou a notar que Tagan estava dormindo por muitas horas.

Fonte: Saúde - iG @ <https://saude.ig.com.br/coronavirus/2020-11-06/crianca-morre-de-covid-19-horas-apos-receber-alta-de-hospital.html>

Em todos os caos de duvidas e glilos, a tutelas e aseguramentos estão a dsiposição total aos efetivos pais e familiares, o que devem estes administrarem sempre.

Quando o bebê morre no próprio hospital, momento muito difícil, é recomendável que, caso seja este seu desejo, seja permitido aos pais permanecer a sós com o bebê.

Muitas vezes, para se despedirem, eles querem segurá-lo no colo por um tempo maior, conversar com ele, vesti-lo, banhá-lo ou limpá-lo, compondo um ritual único e de fundamental importância para uma tríade que se rompeu e que doravante só terá lugar no coração e na memória de quem dela participou.

Não há porque apressar a separação entre os familiares e o corpo do bebê. Nos primeiros momentos, contudo, pode ser que para alguns pais, e especialmente para as mães, seja muito difícil ficar com o corpo do bebê no colo.

MARCO TEÓRICO – Parte I notas introdutórias, fundamentação teórica e metodológica. Notas introdutórias – Teses – Saúde Pública – Fiocruz/ ENVISA/Ministério da saúde/ Legislação da saúde. – O gráfico evidencia a tendência de queda do CMI no Brasil e regiões nos últimos 100 anos: Gráfico – Coeficiência da Saúde Infantil, Brasil, os 100 anos de Saúde Infantil – (Revista acadêmica - Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRPEE) Capa do Jornal e revista francesa *Le Journal des Savants*- Journal of management and primary Health saúde doença da criança indígena – Folha de Boa vista e saúde indígena – Cooperação Internacional da saúde indígena.

A equipe pode oferecer aos pais a oportunidade de repensar sua opção, possibilitando-lhes uma aproximação mais lenta, na qual poderiam, por exemplo, colocar a mão sobre seu rosto e sua mão, e, logo após, abraçá-lo, se assim resolverem.

A ajuda de amigos ou parentes próximos também pode ser muito oportuna na resolução das providências a serem tomadas após o óbito. Pessoas capazes de auxiliar nas atividades de rotina que acompanham esse tipo de ocorrência sempre deverão estar por perto.

5. E Agora, Será que essa Dor Vai Passar, a Lei é o conforto, a doença moléstia e a culpáda?

Depois de **muitos analíticos e análises da luta irrevogável legislativa, confirmado o falecimento, mesmo assim, é inaceitável**, após a perda do bebê, a sensação que se tem é a de que o sofrimento nunca mais terá fim, por ser tão forte, forte o suficiente para invadir e tomar conta de todos os cantos da vida, que parece, então, tão destituída de sentido, tão vazia. Pergunta-se, então, se algum dia será diferente, se essa situação será esquecida.

As respostas são sim e não. A passagem do tempo pode ajudar, fazendo com que essa dor imensa não seja mais paralisante, mas não acabará com as lembranças que envolvem o bebê.

A lei legislação não termina sua presença ainda aqui, estas serão perenes, porque não é o tempo que determina a intensidade do amor e do afeto que liga o bebê à família, e sim os sonhos, as expectativas e o mundo criado na imaginação familiar para a chegada e participação em sua história, a legislação da saúde e uma consciência a vida o que ela sempre existiu nos nossos primórdios, e lei e consciência é uma vida eterna, o que diz que o ser vivo, a criança não morreu e nem deixou de existir.

Inicialmente, o tamanho que a sensação de perda traz nas rotinas diárias de seus parentes mais próximos e as recordações que certas palavras, cheiros ou objetos suscitarão serão inversamente proporcionais ao tamanho do bebê que se foi. A Lei e a legislação e o tempo são um aliado da família, permitindo que a dor profunda e imobilizadora se modifique, ajudando na construção de um lugar no qual ficarão preservados os momentos mais preciosos: os toques, as reações aos carinhos, as posturas preferidas para dormir e para descansar após os manuseios da equipe, o balançar dos pés, as expressões faciais, os olhares etc. E este reduto tão especial – erguido no íntimo de cada membro da família – poderá ser visitado a qualquer momento, aquecendo o coração dos que seguem com a vida, da qual faz parte a saudade.

MARCO TEÓRICO – Parte I notas introdutórias, fundamentação teórica e metodológica. Notas introdutórias – Teses – Saúde Pública – Fiocruz/ ENVISA/Ministério da saúde/ Legislação da saúde. – O gráfico evidencia a tendência de queda do CMI no Brasil e regiões nos últimos 100 anos: Gráfico – Coeficiência da Saúde Infantil, Brasil, os 100 anos de Saúde Infantil – (Revista acadêmica - Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRPEE) Capa do Jornal e revista francesa *Le Journal des Savants*- Journal of management and primary Health Care saúde doença da criança indígena – Folha de Boa vista e saúde indígena – Cooperação Internacional da saúde indígena.

Tal qual a passagem do tempo, cujo ritmo varia individualmente, também a maneira de processar o luto muda de pessoa para pessoa.

Esse tipo de perda é doloroso e eterno: há mães, por exemplo, que perderam outros filhos anteriormente, ou algum outro parente muito querido.

Ou seja, a história de cada gestação e de cada criança irá influenciar o processo de dor eterna. Só há uma recomendação válida para todas as pessoas atingidas por uma perda significativa: “Nada pior do que sufocar a dor, porque esta provavelmente se manifestará de outra forma, tendendo a tornar-se crônica e a crescer, caso reprimido”.

Para evitar atitudes com o intuito de abafar ou não espiritualizar a dor, cada familiar deve tentar escutar seu próprio sofrimento, e buscar o dos outros, compartilhar.

Antes de tomar iniciativas para ‘poupar’ a mãe, torna-se necessário perceber e respeitar seus anseios. Oferecer oportunidades para que ela decida, e seja de alguma maneira, ativa, favorecerá seu eventual controle sobre o processo de elaboração de luto, o que também pode ser facilitado por um contato maior com a realidade, o que é muito bom quando a iniciativa de **“Lei conforto e espiritualização”** vem da mãe, isso nos mostra consciência segurança e firmeza, lembrando que é surpreendente quando nós mesmos nos despertamos de um disperso, deparando com um acordar na exatidão na hora de enterrar um uma elaboração e pranejamento de toda a vida que é um filho, e é difícil velo ser enterrado, o vendo descer ao túmulo com seu corpo intacto, lindo e perfeito e se desesperar e enlouquecer. Nesse sentido também, não se deve desmontar o quarto do bebê e/ou sumir com suas coisas, como brinquedos e roupas, a mãe de um bebê permanece durante um período ao lado dos seus pertences, lidando com sua dor. Ela, muitas vezes, precisa confortar seus sentimentos.

O pai também sofre muito o que faz, o mesmo, revendo os pertences de seu Bebê. O pai tradicional e autor da hereditariedade e o maior e mais importante representante membro da sociedade para o surgimento da família no estado do direito, o que com a perda todos nós também sofremos, e também que geralmente tomas as providencias no caso de surgimento da perda.

O pranto, espiritual operador e inrevogável – até porque ‘sehumano que é sehumano não chora ou chora?

Na **Lei e Legislação do Brasil** temos um coletivo de enfrentamento do luto. São os grupos de pais que perderam seus bebês e se reúnem para conversar sobre seus sentimentos e contar seus sofrimentos, enfrentamentos e dor, dividindo com os outros essa dor eterna, com os participantes. Os pais mais presentes são aqueles cujos filhos já se foram, no período inicial de luto muitas vezes caracterizado pela reclusão.

MARCO TEÓRICO – Parte I notas introdutórias, fundamentação teórica e metodológica. Notas introdutórias – Teses – Saúde Pública – Fiocruz/ ENVISA/Ministério da saúde/ Legislação da saúde. – O gráfico evidencia a tendência de queda do CMI no Brasil e regiões nos últimos 100 anos: Gráfico – Coeficiência da Saúde Infantil, Brasil, os 100 anos de Saúde Infantil – (Revista acadêmica - Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRPEE) Capa do Jornal e revista francesa *Le Journal des Savants*- Journal of management and primary Health Care saúde doença da criança indígena – Folha de Boa vista e saúde indígena – Cooperação Internacional da saúde indígena.

A lei e a legislação sempre esteve dentro deste contexto, decorrido esse tempo, sempre em dúvidas, os encontros são de grande importancia, pois ajudam a diminuir a sensação de solidão por se estar lidando com um sofrimento “que de tão forte, tem um vocábulo na língua portuguesa”, contou-

nos um pai escritor cujo filho morreu ainda criança. Caso as reuniões tenham lugar no hospital no qual o bebê permaneceu internado e sejam coordenadas por um profissional da saúde, seria ideal que este tivesse tido contato com os participantes anteriormente.

E uma elegância a linguagem portuguesa quando acompanhada a trajetória daquele Bebê ou criança, partilhando as lembranças.

Em outros países a **Lei e a Legislação no Brasil** com os grupos de enfrentamento do luto, como Inglaterra e Estados Unidos, os pais que fazem parte desses grupos descobrem outras formas de expressar seus sentimentos e como prosseguir a continuação da vida, e alguns se encontram também para plantar árvores por seus filhos, formando pequenos parques nos quais têm a oportunidade de conversar e recordar os que se foram num ambiente aprazível. Portanto, é aconselhável que os pais interessados nesse tipo de coletivo de luto perguntem sobre sua existência na instituição hospitalar que os atendeu durante a doença do bebê.

A elaboração da perda por meio da liberdade de expressão dos sentimentos leva também ao seu dimensionamento da vida real. Afinal, só se pode despedir do que se teve. Em outras palavras, a falta desta elaboração favorece o aparecimento de marcas, que ressurgem mesmo sem que se dê conta, interferindo em ações e condutas em momentos diversos da continuação da vida.

Lembramos ainda que algumas famílias, ao negar ou ao recusar a existência de um vazio a partir da morte do bebê, mostram uma tendência em substituí-lo, muitas vezes, por uma outra criança, que pode, inclusive, receber o nome do irmão falecido. Certamente não se trata de uma boa solução, pois a substituição de alguém que realmente se amou não tem como acontecer. E o novo bebê que surge para a vida precisa receber a possibilidade de sua construção por ser ele quem é apenas ele, e não um outro que se foi.

Na consciência certa e na ceterza, uma nova gestação só é aconselhável quando essas questões estiverem encaminhadas, e os pais confiantes na sua capacidade de construir um espaço adequado e especial para cada um de seus filhos, garantindo ao que não mais está aqui seu lugar como o irmão mais velho dos que chegarem depois, todos estes feitos na consciência da concepção do direito e do estado de cidadania, a responsabilidade de pai e de geração de família é um vocábulo eterno e espiritual.

MARCO TEÓRICO – Parte I notas introdutórias, fundamentação teórica e metodológica. Notas introdutórias – Teses – Saúde Pública – Fiocruz/ ENVISA/Ministério da saúde/ Legislação da saúde. – O gráfico evidencia a tendência de queda do CMI no Brasil e regiões nos últimos 100 anos: Gráfico – Coeficiência da Saúde Infantil, Brasil, os 100 anos de Saúde Infantil – (Revista acadêmica - Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRPEE) Capa do Jornal e revista francesa *Le Journal des Savants*- Journal of management and primary Health Care saúde doença da criança indígena – Folha de Boa vista e saúde indígena – Cooperação Internacional da saúde indígena.

14

6. Como É que se Deve Agir com os Outros Filhos, a lei como espiritual?

Fazer orações sempre em memória da falência querida e manter-se eternamente espiritualizado com ela, e fazer-se a espiritualização, a oração de sétimo dia de transição de vida da criança. O acesso à verdade dos

acontecimentos e o direito a um processo de luto também não podem ser negados aos irmãos do bebê, parentes amigos, outros e comunidades. Em algumas ocasiões, os pais podem desenvolver a ilusão de que, ao omitirem as informações aos outros filhos, estarão poupando-os de uma dor imensa.

Mas, de fato, estarão contribuindo involuntariamente para seu agravamento, porque há o risco de deixá-los confusos, mesclando sentimentos de tristeza com uma eventual culpa, por exemplo. Frequentemente, os irmãos dos bebês internados se ressentem da ausência de seus genitores, às voltas com o que está hospitalizado. Podem, por causa disso, ficar com muita raiva do irmãozinho, por ele estar mantendo seus pais afastados de casa. Quando o bebê morre sem que haja muito espaço para conversar sobre o assunto, pode ser que se instale nos irmãos a fantasia de que eles são os culpados por tudo. Por isso, é importante que, além da troca de informações, não só os irmãos, mais parentes, amigos, vizinhos e comunidade a acompanhem de perto e participem da despedida do bebê, que também é deles, e cuja partida torna-se então, aos seus olhos, uma realidade.

Assim como ocorre com os adultos, os irmãos têm direito à livre expressão do seu pesar, de chorarem junto ou separado dos pais, de permanecerem tristes, de não ter vontade de passear ou de frequentar festas, de não quererem brincar, de enfrentarem dificuldades na escola. É sua contrapartida na dor que assola a família, sua principal referência na vida.

Por mais que magoe aos pais testemunhar o sofrimento dos filhos, depois de terem acompanhado a história de vida de sua caçula no hospital, só lhes resta ficar bem próximos, cientes de que estes filhos também estão a caminho do trabalho de elaboração de luto, e de que chegará – graças, em grande parte, ao seu carinho e apoio – o dia em que eles também serão capazes de, ao olhar uma foto daquele bebê, recordarem - se do irmão com carinho, tendo dentro de si um cantinho repleto de uma saudade acalentadora.

Para terminar uma conversa que não deveria ter fim, dada a infinidades questões que poderiam ser levantadas sobre o assunto, transcrevemos algumas palavras capazes de oferecer um eco aos sentimentos predominantes nestas linhas:

“Esta vida é uma estranha hospedaria de onde se parte sempre às tontas, e nossas malas nunca estão pronta se nossas contas nunca em dia...” (Quintana, 1994: 140)

MARCO TEÓRICO – Parte I notas introdutórias, fundamentação teórica e metodológica. Notas introdutórias – Teses – Saúde Pública – Fiocruz/ ENVISA/Ministério da saúde/ Legislação da saúde. – O gráfico evidencia a tendência de queda do CMI no Brasil e regiões nos últimos 100 anos: Gráfico – Coeficiência da Saúde Infantil, Brasil, os 100 anos de Saúde Infantil – (Revista acadêmica - Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRapee) Capa do Jornal e revista francesa *Le Journal des Savants*- Journal of management and primary Health Care saúde doença da criança indígena – Folha de Boa vista e saúde indígena – Cooperação Internacional da saúde indígena.

15

2. MORTALIDADE

Os números nos gráficos na mortalidade da saúde neste trabalho mostram o total caos que a população vem sofrendo desde décadas passada, o que não

faz muito tempo para o tempo cronológico da inovação da saúde, no **ano de 1700 a tecnologia da saúde foi solucionado, e depois daí ela foi melhorada; olhem o raciocínio.** O mais triste é que o Brasil enfrenta grande problema com a independência e guerra e logo após surgiu a tecnologia da saúde com maior sucesso, mais esse sucesso são mostrados neste trabalho que são absurdos hediondos e monstruosos, os números de mortes e os milhares de médicos com antecedentes criminais por perda de vidas de crianças, e tecnologias que são usadas desde a época de transição Brasil Colônia. “Médicos não poderiam mais ficar por aí sem registro de antecedentes criminais, legislação falha aqui com isso, veja as matérias divulgadas”:

1.0. REVISTA, JORNAL CAPA.

Revista, jornal capa ano 2020.



“ Generalização de doença que nem o Hospital militar escapou e afetou e dizimou com 4 (quatro) mortes por dia só no Brasil”.

[Forças Armadas registram 4 mortes e 912 casos confirmados ...noticias.r7.com > saude > forcas-armadas-registram-4-...](#)

27 de abr. de 2020 - No **Hospital** das Forças Armadas 20 pacientes foram recuperados da doença ... Brasil tem 4.543 **mortes** por **covid-19** e 66.501 casos confirmados. Em nove dias, o **número** de **militares** contaminados mais do que dobrou, ...

Revista, jornal Capa ano 2021.

A cada 5 minutos, 3 Brasileiros morrem em hospitais por falhas – **site uol 22/11/2017, Notícias.**
[https://noticias.uol.com.br.](https://noticias.uol.com.br)

“Com o número de mortos com o covid, mais uma vez a economia e o orçamento da Legislação da saúde prova sua irresponsabilidade”.

“Escândalo o números de exoneração de servidores da saúde por indisciplina administrativa Chega a faixa de 5.000 mil demissões por ano.

“Médicos com antecedentes criminais tem sua ficha de antecedentes limpa pela justiça, isso prejudica... e a Legislação da saúde perde força”.

MARCO TEÓRICO – Parte I notas introdutórias, fundamentação teórica e metodológica. Notas introdutórias – Teses – Saúde Pública – Fiocruz/ ENVISA/Ministério da saúde/ Legislação da saúde. – O gráfico evidencia a tendência de queda do CMI no Brasil e regiões nos últimos 100 anos: Gráfico – Coeficiência da Saúde Infantil, Brasil, os 100 anos de Saúde Infantil – (Revista acadêmica - Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE) Capa do Jornal e revista francesa Le *Journal des Savants*- Journal of management and primary Health Care saúde doença da criança indígena – Folha de Boa vista e saúde indígena – Cooperação Internacional da saúde indígena.

A moeda, o dinheiro a economia, o orçamento da Legislação da saúde é muito injusto, as crianças, nós, a população, o povo, eu pergunto, devemos investir nossa moeda nessa rede de saúde pública ainda.

Este trabalho mostra a **Legislação da Saúde** deste sua fundação.

Vem também mostrar o escândalo que é a miserável situação do prato de comida e emprego dos órgãos da saúde. A situação miserável que é os órgãos da saúde, onde dizem que a população e só demência mental e usuário de droga.

“O escândalo do número de demissões de servidores da saúde por indisciplina administrativa, tem ano que chega a faixa de 5.000 mil demissões”, um absurdo.

Aqui em todas estas Leis, artigos e legislação que serão mostradas são da instrução normativa lançada pela constituição nacional do Brasil, E são verdadeiras em questão de antecedentes de delegacia e de polícia científica:

Atualmente a facilidade para criar tecnologia de cura e muito simples, por exemplo, um indígena pode pegar uma planta e legalizá-la na lei e apresentar o projeto de cura.

Nesse trabalho vem mostrar só as principais Leis e legislações de tratamentos e terapias:

- Sem lei e legislações o **novo ESCANNER de escaneamento de tecidos, órgão com a coleta do sangue.**
- Lei e legislações de Células tronco.
- Lei e legislação de Medicamento e quimiológicos.
- Lei e legislação da antiga quimioterapia.
- lei e legislação da tradicional radioterapia.

Neste texto vem explicar como um pai de família pode salvar a saúde de sua família, e como ele pode contratar um banco particular de células e realizar os tratamentos e terapias, e como nós podemos conseguir Legislação para cura de doenças em recém-nascidos e crianças e também em adultos.

MARCO TEÓRICO – Parte I notas introdutórias, fundamentação teórica e metodológica. Notas introdutórias – Teses – Saúde Pública – Fiocruz/ ENVISA/Ministério da saúde/ Legislação da saúde. – O gráfico evidencia a tendência de queda do CMI no Brasil e regiões nos últimos 100 anos: Gráfico – Coeficiência da Saúde Infantil, Brasil, os 100 anos de Saúde Infantil – (Revista acadêmica - Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRPEE) Capa do Jornal e revista francesa *Le Journal des Savants*- Journal of management and primary Health Care saúde doença da criança indígena – Folha de Boa vista e saúde indígena – Cooperação Internacional da saúde indígena.

Esta lei vem se colocar a disposição para pessoas, pais de famílias, instituições de saúde, laboratórios e profissionais em geral a apresentarem tratamentos e curas.

E estes são também os Artigos e legislações **paliativas** para soluções dessas doenças incuráveis e doenças em recém-nascidos, crianças indígenas, e adultas.

Com estas novas leis, teremos melhores formas de curas e vida para os recém-nascidos, crianças indígenas deficientes, população e sociedade.

E Hediondo e monstruoso médicos sem registro de antecedentes, pois são milhares de médicos com antecedentes criminais por perda de vida de crianças, adultos, velhos e outros. Médicos não poderiam mais ficar por ai sem registro de antecedentes criminais, a legislação falha aqui com isso, a nossa moeda, o dinheiro, a economia o orçamento da legislação da saúde é muito injusto com isso, nós devemos investir nossa moeda nessa rede de saúde pública ainda.

E aqui nesse quadro eu mostro as principais doenças nos 100 ANOS que são preocupantes pois são as principais políticas das doenças sanitárias que nos já vimos sofrendo há muito tempo nesses 100 anos, é isso já deve e tem que serem sanados. E essas principais doenças são doenças antigas e populares, é e um gráfico somente de doenças em crianças não adultos, doenças que atacam crianças, gráfico somente da mortalidade de crianças. O meu objetivo e combater essas principais endemias que elas são velhas e matam muitas crianças, são políticas sanitárias antigas, quem já conhece essas principais doenças já entra direto nesse assunto, aqui é interessante que a aparição dessas doenças. A aparição dessas doenças parece ser de senvergonisse, mais não é, são um fenômeno essas aparições dessas doenças na criança.

O calendário e cartão de imunização de vacinas em crianças, são 19 imunizantes, que previnem 28 doenças, que, só no primeiro ano de vida da criança, e essas vacinas elas não tem muita eficácias por serem muito antigas.

No gráfico o Covid e anemia batem Recorde:

2.3. Gráfico de absurdo de Óbitos

O gráfico das infinidades de absurdos de Óbitos de recém-nascidos, crianças indígenas deficientes e crianças.

Aqui se refere às **doenças que tiveram problemas e atrasos para serem sancionadas pela lei para a cura:**

GRAFICO 1.

GRÁFICO DA MORTALIDADE

Óbito de recém nascido, criança indígena deficiente e criança por doença por ano durante 100 anos em Bilhões ou Trilhões:

DOÊNCIAS	Nº DE MORTOS
COVID	83 %
PARASITOSE	70,84 %
ANEMIA	82, 5 %
LEUCEMIA	59, 2 %
HIDROCEFALIA	11, 0 %
linfomas de Hodgkin	17, 0 %
AUTISMO	2, 2 %
ALZAIMER	55, 0 %
Meningite B HPV	3, 0 %
ROTAVÍRUS	45, 0 %
Hanseníase	1, 4 %

Dados: Revista Acadêmica, jornal Capa, Delegacia de polícia, polícia científica , Organização Mundial de Saúde, Ministério da saúde, UNICEF, OIT Organização internacional do trabalho, Quadragésima Terceira Assembleia Mundial de Saúde, BBC News Brasil, Instituto Nacional do Câncer ([INCA](http://www.inca.org.br)), <http://www.cancer.org/cancer/multiplemyeloma>, www.abrale.org.br/doencas/mieloma-multiplo - ABRALE - Associação brasileira de linfoma e leucemia, <http://www.mielomabrasil.org/faq.php>, <http://oncoguia.org.br>

MARCO TEÓRICO – Parte I notas introdutórias, fundamentação teórica e metodológica. Notas introdutórias – Teses – Saúde Pública – Fiocruz/ ENVISA/Ministério da saúde/ Legislação da saúde. – O gráfico evidencia a tendência de queda do CMI no Brasil e regiões nos últimos 100 anos: Gráfico – Coeficiência da Saúde Infantil, Brasil, os 100 anos de Saúde Infantil – (Revista acadêmica - Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE) Capa do Jornal e revista francesa Le *Journal des Savants*- Journal of management and primary Health Care.

A porcentagem de mortes que aparecem neste gráfico, são antigos, por isso temos que ficar vigilante e fiscalizar.

Este gráfico mostra somente o numero de mortes de crianças não de adultos, Estas são as principais doenças com maior numero de mortes que assolam as nossas vidas.

E este gráfico de doenças são somente de mortes de crianças, quem já conhece um pouco essas doenças, já entra direto nessa informação.

O covid, parasitose, anemia, leucemia no cérebro, o Linfoma que ataca o corpo da criança com tumores severos, o Rotavirus a diarreia aguda que mata criança, que voltou e ataca aqui no norte; a Hanseníase a lepra o nome lepra do passado que hoje é hanseníase, todas essas doenças nesses 100 anos de saúde. (GRÁFICO ACIMA: 1)

Autismo e Alzaim que são doenças antigas, as doenças injustas **linfoma de Hodgkin** que são tumores, gânglios, nódulos, carcinomas e sarcomas, **Hidrocefalia** que é a doença de demência mental e vômitos. **(GRÁFICO ACIMA: 1)**

Neste texto acima, dizemos assim, mais nesse ano um recém-nascido doente da atualidade ganhar cura, disse-se assim, o recém-nascido não tinha nascido ainda nessa época, mais acontece que esse ano, por exemplo, e o marco dos fabricados tecnológicos da saúde que tiveram mesmo sua dada iniciada por volta do ano de 1700 a 1800... e isso não faz muito tempo em relação à cronologia de inovação - **Tempo cronológico da inovação 1700 a 1800.**

Covid - Doença do século, e nesse meu tcc venho falar bastante sobre a irresponsabilidade com essa doença.

Parasitose - Gera índice de infecção, é infecção e um problema que não acaba, e afeta tanto ricos como pobres, a parasitose é um problema preocupante nas camadas sociais, é fator principal da irresponsabilidade da política sanitária. As parasitoses intestinais constituem um grave problema de saúde pública, especialmente nos países em desenvolvimento. No Brasil, apresentam-se bastante disseminadas e com alta prevalência, com altas taxas nas populações pobres pobres em decorrente das más condições de vida. O parasitismo intestinal ainda se constitui um dos mais sérios problemas de Saúde Pública no Brasil, principalmente pela sua correlação com o grau de desnutrição das populações, afetando especialmente o desenvolvimento físico, psicossomático e social de escolares.

Anemia - Profunda ou anemia falciforme, doença no sangue (Problemática da desnutrição da criança, venho chamar a atenção aqui que o país que não se preocupa com a desnutrição tem baixa expectativa de vida, e o Brasil e praticante velho de desnutrição infantil, com alta taxas de morte e injustiças

com a existência da Anemia no quadro de saúde do Brasil, as crianças daquele país com alta taxa de anemia precisam do programa de nutrição fundamental desde seu nascimento, pois se no seu nascimento não é feito um bom programa de nutrição, aquele país apresentará alta taxa de problemas de saúde mental, escassez em nutrição, o país terá alta problemática de desenvolvimento de doença mental), aqui se for comentar aprofundadamente esse assunto da Anemia no Brasil eu levaria muitas horas, porque é um problema de economia de governo, saúde pública, e muito extenso esse tema da anemia.

Leucemia - No cérebro, doença cerebral, o Linfoma que ataca o corpo da criança com tumores severos, Existem mais de 12 tipos de leucemia, sendo que os quatro primários são leucemia mieloide aguda (LMA), leucemia mieloide crônica (LMC), leucemia linfocítica aguda (LLA) e leucemia linfocítica crônica (CLL). As complicações da leucemia podem exigir tratamento. As pessoas podem precisar de transfusões de sangue caso a leucemia tenha causado anemia grave. Elas podem precisar de antibióticos caso se desenvolvam infecções. Caso ocorra hemorragia, elas podem precisar de transfusões de plaquetas.

Autismo e Alzaim - Que são doenças antigas, Alzheimer infantil afeta 500 crianças no mundo todo, ou seja: uma a cada 150 mil.

Linfoma de Hodgkin - As doenças injustas que são células que apresentam com aparição de severos tumores, gânglios, nódulos, carcinomas e sarcomas, com tumores no pescoço, em várias partes do corpo, em órgãos internos, aparece até no estômago da criança, dentro da boca, da bochecha, um inchaço na boca criança que a boca da criança fica aberta todo tempo de tanto tumor e ferimentos dentro da boca, uma doença injusta e estúpida.

Meningite BHPV - As meningites A meningite é uma inflamação das meninges, inchaço na região da moleira do BEBE, membranas que envolvem o cérebro e a medula espinhal. A meningite pode ser causada por vírus ou por bactéria, que é mais grave. Os principais vírus causadores da doença são o Enterovírus, Echovirus, Coxsackievirus, Arbovírus, vírus da febre do Nilo Ocidental e os vírus do grupo Herpes. Em casos menos recorrentes, a meningite pode ser causada por fungos como o Candida albicans, protozoários como o Toxoplasma gondii e a larva Taenia solium. (Aqui observamos que são vários agentes etiológicos sanitários) a Meningite é uma doença preocupante politicamente e sanitária.

Hidrocefalia - Que é a doença de demência mental e vômitos.

Rotavírus - A diarreia aguda que mata criança, que ela ataca muito aqui no norte.

Hanseníase - A lepra o nome lepra do passado que hoje é hanseníase, todas essas doenças nesses 100 anos de saúde, com essas principais doenças.. são doenças que foram sancionadas por políticos, por Parlamentares no parlamento que lutaram para a aprovação desses tratamentos e terapias para a população..

Este número de doenças por Óbitos são controladas pela instrução normativa:

2.5. LEI E LEGISLAÇÃO - MORTALIDADE DE RECÉM-NASCIDOS, CRIANÇAS INDIGENAS DEFICIENTES, FILHOS DE MILITARES E POPULAÇÃO.

LEI Nº 6.259, DE 30 DE OUTUBRO DE 1975. REGULAMENTO: QUE DISPOE SOBRE A ORGANIZAÇÕES DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, SOBRE O PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES, ESTABELECE NORMAS RELATIVAS À NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE DOENÇAS, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA FAÇO SABER QUE O CONGRESSO NACIONAL DECRETA E EU SANCIONO A SEGUINTE LEI:

ART. 1º Consoante as atribuições que lhe foram conferidas dentro do sistema Nacional de saúde, na forma do artigo 1º da Lei nº 6.229, inciso I e seus itens a e d, de 17 de julho de 1975, o Ministério da Saúde, coordenará as ações relacionadas com o controle das doenças transmissíveis, orientando sua execução inclusive quanto à vigilância epidemiológica, a aplicação da notificação compulsória, ao programa de imunizações e ao atendimento de agravos coletivos à saúde, bem como os decorrentes de calamidade pública.

Parágrafo único. Para o controle de epidemias e na ocorrência de casos de agravo à saúde decorrente de calamidades públicas, o Ministério da saúde, na execução das ações de que trata este artigo, coordenará a utilização de todos os recursos médicos e hospitalares necessários, públicos e privados, existentes nas áreas afetadas, podendo delegar essa competência às secretarias de saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos territórios.

MARCO TEÓRICO – Parte I notas introdutórias, fundamentação teórica e metodológica. Notas introdutórias – Teses – Saúde Pública – Fiocruz/ ENVISA/Ministério da saúde/ Legislação da saúde. – O gráfico evidencia a tendência de queda do CMI no Brasil e regiões nos últimos 100 anos: Gráfico – Coeficiência da Saúde Infantil, Brasil, os 100 anos de Saúde Infantil – (Revista acadêmica - Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE) Capa do Jornal e revista francesa *Le Journal des Savants*- Journal of management and primary Health Care saúde doença da criança indígena – Folha de Boa vista e saúde indígena – Cooperação Internacional da saúde indígena.

2.6 Gráfico 2, Leis das principais doenças em recém-nascidos e crianças
GRAFICO 2.

**LEI SANC: PRINCIPAIS DOENÇAS
EM RECÉM NASCIDOS E CRIANÇAS**

Lei 14 / 2020	COVID
LEI 2.099/ 1959 LEI 11.445/ 2007	PARASITOSE
Lei 11.440/2006	ANEMIA
Lei 7.713/1988	LEUCEMIA
Lei 4.803/2019	Hidrocefalia
Lei 7.713/1988	Linfoma de Hodgkin
Lei 13.977/2020	AUTISMO
Lei 11.736/2008	ALZAIMER
Lei 2.545/2015	Meningite B HPV
Lei /	ROTAVÍRUS
Lei 9.010/1995	Hanseníase

**SÍNDROME DE
CROUZON**



Fonte: Revista Capa,
jornal , Ano 2021.

(GRÁFICO ACIMA: 1 e 2)

As doenças que não apresentam número de Lei e nem artigo, ainda não há instruções normativa específica e nem previsão de projetos no senado por deputados, para estes tratamentos e terapias, há um jogo todo na relação dessa aprovação de vacinas para essas doenças no senado. Há um jogo todo e demora.. é a discussão muito nas redes sociais e que a eficácia da vacina e zero. E o dinheiro da aprovação dessa vacina é só para alimentar pesquisadores, e algumas cortes em pesquisas já vem sendo feitas pelo senado.

O rotavirus, aqui aparece sem nenhuma lei, quer dizer nenhum parlamentar interessado ainda, nenhuma nota, nenhuma matéria de jornal, com interesse em normatizar essa lei que essa doença já vem matando muitas crianças.

2.7 Gráfico 3, Leis dos principais Tratamentos e Terapias em recém-nascidos e crianças:

GRAFICO 3.

LEI SANCIONADA: TRATAMENTOS E TERAPIAS DE DOENÇAS EM RECÉM NASCIDOS, CRIANÇAS INDIGENAS DEFICIENTES, FILHOS DE MILITARES E P.

Lei nº	Art.	ESCANNER (Célula e órgão)
Lei nº 12.732 ,	Art.	QUIMIOTERAPIA
Lei nº 12.732,	Art.	RADIOTERAPIA
Lei nº 11.105,	Art. 2º	BACTERIAS E VÍRUS GENETICAMENTE MODIFICADOS
Lei nº 8.974,	Art.	
Lei nº 6.437,	Art.	Injeção de Zika Vírus purificado
Lei nº 12.305,	Art.	
Lei nº 11.930,	Art.	Doação de Medula com uma mutação genética
Lei nº 8.974,	Art. 8º	Retrovírus Endógenos (ERV)
Lei nº 11,105,	Art. 5º	CÉLULAS TRONCO



Fonte: Revista Capa,
jornal , Ano 2021.

Temos este outro gráfico::

As doenças que não apresentam número de Lei e nem artigo, ainda não há instruções normativa específica e nem previsão de projetos no senado por deputados, para estes tratamentos e terapias.

ESCANNER, site em contrução.

A aplicação de gráfico e laser (Quimioterapia, Radioterapia, terapia alvo, hormonioterapia, vacinas, etc.), o sucesso é ainda uma longa e distante jornada, nós próximos futuro teremos aperfeiçoamento pacientes com câncer que utilizam estes tratamentos tem muitas dores e inchaços devido à insuficiência destas tecnologias, o paciente com câncer fazendo tratamento tendo covid a situação de seu quadro de saúde se agrava mais ainda, imagine com câncer e tendo infecção respiratória.

Vacinas, cirúrgicos e radioterápicos podem provocar efeitos colaterais que variam de paciente para paciente dependendo de múltiplos fatores, podendo ser diferentes quanto à intensidade e duração. Alguns pacientes poderão

apresentar efeitos colaterais mais severos, outros mais leves ou mesmo não apresentar qualquer efeito colateral.

Existem vários tipos de radiação, porém as mais utilizadas são as eletromagnéticas (Raios X ou Raios gama) e os elétrons (disponíveis em aceleradores lineares de alta energia).

A radioterapia pode ser utilizada em diferentes situações, como após a cirurgia para destruir as células cancerígenas remanescentes, como tratamento principal ou para aliviar os sintomas da doença.

Nos casos de tratamento de câncer natural, o paciente fica com a veia dolorida, vermelha ou endurecida, por mais que os 3 dias de cuidados após a quimioterapia, necessitando sempre fazer uma nova avaliação. Por se tratar de um procedimento delicado, a quimioterapia, por exemplo, pelas veias requer total atenção do paciente, como principais efeitos tardios causados pelo tratamento do câncer são:

- Sequelas cirúrgicas.
- Problemas cardíacos.
- Problemas pulmonares.
- Problemas no sistema endócrino.
- Problemas ósseos, articulações e tecidos moles.
- Problemas com nervos, medula óssea e cérebro.
- Dificuldade de aprendizagem, memória e concentração.

Mas para outros pacientes, os sintomas permanecem por meses, anos ou mesmo indefinidamente *após a quimioterapia*.

Quimioterapia

A quimioterapia em crianças é o principal tratamento para a maioria das leucemias em crianças. É um tratamento que usa medicamentos anticancerígenos para destruir as células tumorais, são administrados por via venosa, no líquido cefalorraquidiano (intratecal) ou por via oral.

O tratamento da leucemia infantil em crianças é a quimioterapia, para algumas crianças com leucemias de alto risco, a quimioterapia em altas doses pode ser administrada junto com o transplante de medula óssea.

Quando acaba a quimioterapia, a anemia também pode surgir como consequência do tratamento, o que leva à sensação de fraqueza, falta de ar e cansaço. Esse se outros sintomas são bastante comuns de aparecerem após o fim do tratamento. Também são freqüentes os relatos de que os exames de sangue, colesterol, e outros apareçam ainda com alterações.

O tempo de duração do tratamento de leucemia em crianças, como a quimioterapia para a leucemia linfocítica aguda utiliza uma combinação de drogas antineoplásicas, administradas em três fases, geralmente por dois anos.

O tempo de duração do efeito colateral da quimioterapia, geralmente, os medicamentos chamados de citotóxicos, que são os que atacam células que se proliferam rapidamente (bastante utilizados no tratamento do câncer), possuem um tempo de duração dos efeitos entre horas e poucos dias. Já no caso dos anticorpos, este tempo é mais longo, variando de muitos dias a meses.

A quimioterapia causa muitos efeitos colaterais, Isso porque os medicamentos agem diretamente na corrente sanguínea e afetam a produção de glóbulos brancos, diminuindo a imunidade das pessoas que estão realizando tratamento contra o câncer. Uma grave deficiência de glóbulos brancos é chamada de neutropenia e afeta cerca de metade dos pacientes em quimioterapia.

Quando o câncer não responde à quimioterapia, estudos revelam que 70% dos pacientes com câncer não respondem à quimioterapia. Ou seja: sete em cada dez pessoas com a doença estão recebendo um tratamento inadequado. E o pior é que elas estão, provavelmente, caminhando para perder a luta contra seus respectivos tumores.

Radioterapia

A radioterapia não é administrada em *crianças* com menos de 3 anos, devido aos potenciais efeitos colaterais a longo prazo do desenvolvimento do cérebro. Os possíveis efeitos tardios num paciente infantil que foi submetido à radioterapia, muitos dos efeitos ligados à radioterapia, tais como os endocrinológicos, por exemplo, podem não se manifestar nos primeiros anos após o término do tratamento. Alguns efeitos provocados pela quimioterapia podem também se manifestar mais tardiamente, como insuficiência renal, cardiomiopatia e perda auditiva.

Os efeitos positivos e negativos da radioterapia, quando não é possível obter a cura, a radioterapia pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida. Isso porque as aplicações diminuem o tamanho do tumor, o que alivia a pressão, reduz hemorragias, dores e outros sintomas, proporcionando alívio aos pacientes.

A desvantagem da radioterapia é a impossibilidade de visualização do volume alvo e dos tecidos normais. Com isso, a entrega de dose é realizada em grandes volumes, com maior potencial de complicações e impossibilidade de aumentar, em muitas situações, a dose de radiação empregada.

Os efeitos colaterais da radioterapia mais freqüente do tratamento com radioterapia são:

- Fadiga. Um dos efeitos colaterais mais comuns.
- Reações cutâneas.
- Perda de cabelo.
- Alterações nas taxas sanguíneas.
- Náuseas e vômitos.
- Perda de apetite.
- Feridas na boca
- Vermelhidão da pele
- Diarréia

- Dor para urinar
- Boca seca (xerostomia)

A teleterapia, um tratamento individualista e não generalista. Considerando todos os benefícios que o tratamento radioterápico proporciona aos pacientes, os malefícios quase não são consideráveis, já que os possíveis efeitos colaterais são passageiros, pois, os tecidos sadios atingidos pela radiação ionizante, se regeneram.

As chances de cura na radioterapia são altamente eficazes contra diferentes tipos de câncer. A técnica, que consiste em atacar o tumor diretamente usando radiação ionizante, é responsável por 40% dos casos de cura da doença no mundo.

Problemas pulmonares

A quimioterapia e a radioterapia podem causar lesões nos pulmões. Pacientes que receberam quimioterapia e radioterapia (por exemplo, um paciente que recebeu os dois tratamentos para o transplante de células tronco) podem ter risco maior de lesão pulmonar. Alguns dos medicamentos que podem causar mais danos aos pulmões incluem a bleomicina, carmustina, prednisona, dexametasona e metotrexato. Os efeitos tardios podem incluir:

- Alteração na função pulmonar.
- Espessamento da mucosa dos pulmões.
- Inflamação dos pulmões.
- Dificuldade respiratória.

Pacientes com histórico de doença pulmonar e idoso podem ter problemas pulmonares adicionais.

Dentre outros

- Problemas no sistema endócrino
- Problemas com nervos, medula óssea e cérebro
- Dificuldade de aprendizagem, memória e concentração
- Problemas de visão e dentários
- Problemas emocionais
- Cânceres secundários
- Fadiga
- Neuropatia Periférica - Geralmente pacientes em tratamentos com câncer abandonam o tratamento.

BACTERIAS E VÍRUS GENETICAMENTE MODIFICADOS

As técnicas de manipulação genética e os protocolos de segurança em que confiamos para produzir vacinas e hormônios que injetamos em

nossos corpos, temos ou não que arriscar, vejamos os novos estudos para combater doenças:

“É FAKE que vacinas contra o novo coronavírus possam gerar seres geneticamente modificados”, jornal, internet 2021.

Afirmção falsa está em vídeo de osteopata americana que tem viralizado nas redes sociais. Tese é fantasiosa, apontam especialistas.
Por Roberta Pennafort, CBN

Um vídeo que tem sido compartilhado nas redes sociais afirma que vacinas para a Covid-19 podem criar seres geneticamente modificados. A mensagem é #FAKE. — Foto: G1

O vídeo, de pouco mais de 21 minutos, foi gravado por uma osteopata norte-americana chamada Carrie Madej. Ela diz: “As vacinas para a Covid-19 são projetadas para nos transformar em organismos geneticamente modificados. A tecnologia do DNA e RNA recombinante vai causar nas pessoas alterações genéticas permanentes e desconhecidas. Cria uma nova espécie, e talvez destrua a nossa”.

“Vacina para COVID-19 será transgênica” – jornal, internet. 2021

Uma empresa de biotecnologia canadense anuncia a fabricação – com grande potencial para manufatura e distribuição rápida, após aprovação da agência regulatória – de uma vacina para o SARS-Cov2, o novo coronavírus. Várias outras empresas e universidades estão trabalhando em diferentes abordagens para conseguir uma vacina. Qualquer uma que fique pronta primeiro, entretanto, terá que passar por um período de testes de, no mínimo, 18 meses a dois anos.

ZICA VÍRUS

Injeção de zica vírus purificado – Esse tratamento que é antigo aprovado por instrução normativa por essa lei, ela não vem apresentar a eficácia que sempre estamos esperando, aguardando esses balanços públicos, essas porcentagens publicas, ela não veio ainda apresentar uma eficácia, é a zica vírus é um problema hoje.

Uma doença causada pelo Zika vírus, que é transmitido pela picada de um mosquito, a febre por vírus Zika é descrita como uma doença febril aguda, autolimitada, com duração de três a sete dias, geralmente sem complicações a pessoa que vem a óbito. Na maioria dos casos, não há nenhum sintoma. Em alguns casos, o Zika pode provocar paralisia (síndrome de Guillain-Barré). Em gestantes, pode causar defeitos congênitos subsequentes. Quando presentes, os sintomas são leves e duram menos de uma semana. Eles incluem febre, irritação na pele, dor nas articulações e olhos vermelhos. Não há vacina ou tratamento específico. O foco está em aliviar os sintomas e inclui repouso, reidratação e paracetamol para febre e dor. Aspirina e fármacos anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), como ibuprofeno, devem ser evitados.

Zika vírus é similar à dengue, febre amarela e vírus do Nilo Ocidental. Transportado pelo mosquito infectado do *Aedes aegypti*, o Zika é ... doença que merece e deve respeito pelos agentes públicos, a sociedade, a população, a atenção das crianças e seus Pais..., e essa intrusão normativa da lei precisa melhorar para termos melhores porcentagens públicas no quadro de doenças sanitárias.

Em 2015, o **Zika vírus** começou a se espalhar nas Américas. Descobriu-se que o Zika pode causar microcefalia fetal, bem como outras anomalias neurológicas, sendo assim a zika uma doença do século...

A PROPAGAÇÃO

Por picadas ou ferroadas de animais ou insetos. Por sexo vaginal, anal ou oral sem proteção. A doença causada pelo **vírus zika** (ZIKV) é transmitida por mosquitos do gênero *Aedes*, causada pelo **vírus zika** (ZIKV) e tem como principais sintomas febre.

As principais doenças relacionadas ao Zika são:

1. Microcefalia. Acredita-se que a microcefalia possa acontecer devido a uma alteração no sistema imune da grávida que faz com que o **vírus** atravesse a placenta e chegue até o bebê, causando má formação cerebral. ...
2. Síndrome de Guillain- Barré.
3. Lúpus.

Vamos ver outro tratamento, que é para a cura da HIDS:

Doação de medula com uma mutação genética

Fazendo a mutação do material genético da medula, ela torna-se uma vacina de cura, e cura uma AIDS em uma criança. Doenças que afetam as células do sangue, como leucemia aguda; leucemia mieloide crônica; leucemia mielomonocítica crônica; linfomas; anemias graves; anemias congênitas; hemoglobinopatias; imunodeficiências congênitas; mieloma múltiplo; síndrome mielodisplásica hipocelular.

Transplante de medula de doador com rara mutação genética "cura" Aids. Traços do HIV-1, não são detectados no sangue periférico a vacina desse material genético.

Retrovírus endógenos (ERV)

Vírus ancestrais podem atuar na cura de doenças graves

Retrovírus endógenos são elementos virais endógenos no genoma que se assemelham e podem ser derivados de retrovírus. Eles são abundantes nos genomas de vertebrados com mandíbulas e compreendem até 5–8% do genoma humano. Existe desde a pré-história, Retrovírus endógenos são elementos virais endógenos no genoma que se assemelham e podem ser derivados de retrovírus. Eles são abundantes nos genomas de vertebrados com mandíbulas e compreendem até 5–8% do genoma humano.

Doença do neurônio motor no contexto da infecção pelo HIV, infecção pelo HIV, ESCLEROSE, AMIOTRÓFICA LATERAL, TERAPIA ANTIRRETROVIRAL, e também regulam a reprodução de proteínas específicas, limitando e inibindo a formação de células que levariam ao câncer pela reprodução descontrolada.

Transcriptase reversa

É falando do trabalho da transcriptase-se hoje, que é esse revertimento do material genético do vírus, na pesquisa científica de tratamentos de doenças. A transcriptase reversa e a sua função, a enzima transcriptase reversa, ou telomerase, tem a função de fazer o inverso do que faz a transcrição. Ou seja, sintetizar uma molécula de DNA tendo como molde uma molécula de RNA, reparando parte do que foi perdido da estrutura que protege nosso material genético, é um grande sucesso, mais a eficácia é muito baixa ainda no futuro aumentará sua potência nas curas.

Por que a transcriptase reversa é essencial para que?

A enzima transcriptase reversa é essencial, no caso para a cura, a multiplicação do vírus HIV por exemplo, pois catalisa a transformação do RNA viral em um molde de DNA, necessário para a formação, em série, de novos RNAs virais.

CÉLULAS TRONCO

A células tronco, nos termos práticos, podemos afirmar que células-tronco são células com o potencial de recompor tecidos danificados e, assim, auxiliar no tratamento de doenças como câncer, mal de Parkinson, mal de Alzheimer e doenças degenerativas e cardíacas, importantes ainda nas pesquisas de cura.

A obtenção legal de célula tronco, as células-tronco não obtidas a partir de fetos perdidos ou abortados o que é reprovado e abominado pela igreja católica, e sim de outros materiais genéticos o que se torna ciência jurídica legal. Cordão umbilical: As células-tronco podem ser obtidas a partir do sangue do cordão umbilical ou da placenta, depois do nascimento do bebê. Essas células-tronco podem produzir diferentes tipos de células sanguíneas. O desumano nas células tronco, para se utilizar células tronco embrionárias para fins de pesquisa o embrião precisaria ser destruído, o que para algumas pessoas seria considerado interrupção da vida, matando uma vida para salvar outra, e errado isso.

E a Lei e legislação traz esta nova cura que é a cura para a humanidade, o **ESCANNER** de bioempressão de órgão humano. Como Israel faz sucesso com esse escâner de bioempressão de órgão humano. (Cientista Biotecnologista da universidade de televil)

Israel que descobriu recentemente a combinação certa de compostos de medicamentos para a cura do covid, a cidade de Tel evill, país que sofre ataques de guerra, muito engraçado, surpreendi com inúmeras festas e badalações e um riquíssimo povo jovem e de alta qualidade universitária, vem trazer este projeto de cura.

E aqui nesse gráfico o scanner ele ainda não tem lei especifica ainda, e esse scanner está atrasado para a cura, porque, nós tivemos a invenção da impressão, impressora matricial, digitalização e equipamentos de serial, equipamentos que foram inventados e fabricados lá pelo ano de 1990 por ai, então essa bioempresão ela esta atrasada em justo ao tempo cronológico de inovação em saúde.

E olha só como funciona:

Trabalho da FAPESP , O Dr. Jorge Vicente e tenho participação nesse projeto venho falar sobre a cura desse Escanner (bebê nascido com Hemicorporectomia colocado na acomodação na resonancia, as suas próprias células faram a regeneração da parte de se corpo.

E no futuro o escanner pode funcionar como um reator nuclear em alta potencia e ser usado pelo protocolo hospitalar no geral, ou seja em todo o hospital, usando o Escanner como reator em grande potencia... pra retirar do ar do ambiente do hospital, e também das pessoas doentes, retirando os virus e bacterias que causam as infecções.

Mais isso é um trabalho da Lei e Legislação da engenharia clínica que precisa de uma série de permissões e autorizações legais para esse fazer esse experimento: **que envolve uma séries de equipamentos, como pneumáticos, Eletromecânica, Aparelhos de ventilação mecânica, Sistema de refrigeração – água gelada, Centrais de ar comprimido, Bobas de vácuo, Bombas água, Tanques de Gás, Sistema de Automação, Monitores, Alarmes de baixa pressão de rede de gases, e enfim uma série de equipamentos carrísimos...**

Quem puder assistir o vídeo da campanha do Scanner, ele esta disponível em WWW.canalciencia.ibict.br e youtube **CAMPANHA - Bioimpressão de órgãos humanos – 4º Biorreator:** <https://youtu.be/VbC7F3CAQF4>

Com o ESCANNER Acabaremos com as problemáticas dos crimes na saúde:

Os problemas dos acervos público de obtidos, acabaremos com os absurdos uso de órgãos e peças artificiais para transplantes, que crianças e adultos já vêm usando há muito tempo peças artificiais, órgãos artificiais (coração, fígado, rins, pâncreas, medula óssea, tec.), emborrachados ortopédicos e parafusos, um absurdo número de uso de emborrachados ortopédicos e parafusos e crianças e adultos morrem usando esses emborrachados ortopédicos. Outra também, e a criança ou o adulto ficar na espera de um doador para usar órgão de outra criança ou adulto, isso é um atraso, com essa inovação do scanner, iremos acabar também com as estúpidas amputações e partes do corpo, uso de perna robótica, a solução para um braço robótico, com o avanço desse Scanner no futuro nos traremos até um braço ou uma perna de volta, acabaremos com as absurdas estatísticas e incompetências por perdas de pacientes em fila em espera em hospitais, e os absurdos de doenças em fase terminais, as injustas doenças terminais.

Também acabaremos com as imprudências, negligências e imperícias nas unidades de saúde pobres.

2.8 GRÁFICO 4, DOS CRIMES DA SAÚDE INFANTIL

IMPLANTAÇÃO DO ESCANNER NAS UNIDADES DE SAÚDE POBRE, ACABARÁ COM OS CRIMES DA SAÚDE

Fonte: Revista Capa, jornal , Ano 2021.

ACERVO PÚBLICO DE ÓBIDOS	ESTÁTISTICA MORTALIDADE PAÍSES POB
TRÁFICO ÓRGÃOS HUMANOS ILÍCITOS	MERCADO MERCENÁRIO DE PREÇOS
PROBLEMAS COM TRANSPLANTES	PREÇO MERCENÁRIO DE PLANOS D SAÚDE.
PEÇAS E EMBORRACHADOS ORTOPÉDICOS.	PREÇO MERCENÁRIO D ALIM. FARMAC.
FILA DE ESPERA DE DOADOR	VENDA BARATA DAS ESTATAIS DA SAÚDE
AMPUTAÇÕES	TRÁFICO ILÍCITO DE MEDICAMENTOS
TRANSPLANTES DE ÓRGÃO, ant. método	PROBLEMÁTICAS COM NARCÓTICOS
PERDA DE PACIENTES POR INSUF. EQUIP.	PROBLEMAS COM TOXICOLÓGICOS
PERDA POR DOENÇAS TERMINAIS	DEFICIT DA SAÚDE
PERDA POR ESPERA DE TRATAMENTO	INÚMERAS EXONERAÇÃO DE PROF. SAÚDE
PREÇOS DE CIRURGIAS CLANDESTINAS	MORTE D EMBRIÕES HUM (CÉL.TRONC)
IMPRUD. NEGLIGÊNCIAS E IMPERÍCIAS	CRIMES COM EMBRIÕES HUMANO

Também acabaremos com monstruosidades como os crimes de tráfico de órgãos, doações de órgãos (Os problemas com transplantes), e também acabaremos com o mercado mercenário de preços da saúde, mais eu considero esse scanner está atrasado para a cura, pois ele foi divulgado já a muito tempo atrás.

2.9. TESE:

Como vão sendo apresentados novos tratamentos e terapias a Lei e legislação ela toma um tempo para averiguar e aprovar esses tratamentos e terapias apresentadas.

O Covid 19 Corona vírus, o que aconteceu, ele apresenta o mesmo problema das células tronco, que tem **atraso de sancionamento da lei para cura**. A legislação para contenção dessa doença teve um atraso aqui:

COVID ano 1960 – Lei sancionada ano 1975: 15 anos com mortes.

CELULAS TRONCO ano 2000 – Lei sancionada ano 2005: 5 anos com mortes.

LEI E LEGISLAÇÃO DOS ANTIPARASITÁRIOS

IVERMECTINA - Ano ivermectina foi descoberta em 1975 e introduzida no mercado em 1981 tratamentos de vários tipos de infestações por parasitas.

CLOROQUINA - A cloroquina foi descoberta em 1934 pelo investigador da Bayer, Hans Andersag. varias pessoas morreram por overdose. Em 1947 liberada tratamentos da malária.

HIDROXICLOROQUINA - Ano a droga foi sintetizada em 1946, por Surrey e Hammer, e aprovada para uso médico nos Estados Unidos em 1955 tratamentos da malária.

MARCO TEÓRICO – Parte I notas introdutórias, fundamentação teórica e metodológica. Notas introdutórias – Teses – Saúde Pública – Fiocruz/ ENVISA/Ministério da saúde/ Legislação da saúde. – O gráfico evidencia a tendência de queda do CMI no Brasil e regiões nos últimos 100 anos: Gráfico – Coeficiência da Saúde Infantil, Brasil, os 100 anos de Saúde Infantil – (Revista acadêmica - Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRPEE) Capa do Jornal e revista francesa *Le Journal des Savants*- Journal of management and primary Health Care saúde doença da criança indígena – Folha de Boa vista e saúde indígena – Cooperação Internacional da saúde indígena.

TABELA DA FARÇA E ATRAZO DA LEGISLAÇÃO DA SAÚDE E DA MIDIA

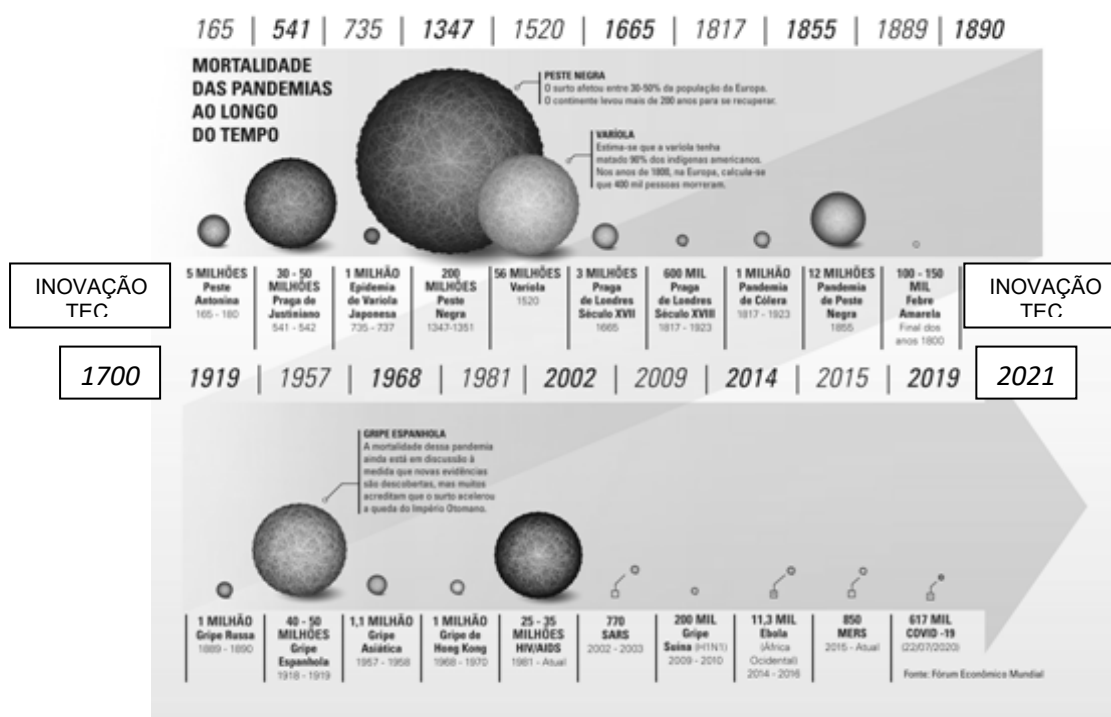
“Tempo cronológico da Lei e legislação da inovação da saúde ano 1700, 1800 até 2021 ”.

COVID – Surgimento ano 1960, em 1975 sancionada lei para recursos de pesquisa e tratamentos, em 2020 ano atual tem compostos incertos para a cura.

CÉLULA TRONCO – Surgimento ano 2000, liberação para tratamentos 2005 – Sancionada com 5 cinco anos o que morreram muitas pessoas.

ROTAVIRUS – Surgimento ano 1973, nesse ano apenas vacina para prevenção, a vacina para cura definitiva para Infectados somente no ano de 2006.

GRÁFICO, ERRO CRONOLÓGICO DA SAÚDE



MARCO TEÓRICO – Parte I notas introdutórias, fundamentação teórica e metodológica. Notas introdutórias – Teses – Saúde Pública – Fiocruz/ ENVISA/Ministério da saúde/ Legislação da saúde. – O gráfico evidencia a tendência de queda do CMI no Brasil e regiões nos últimos 100 anos: Gráfico – Coeficiência da Saúde Infantil, Brasil, os 100 anos de Saúde Infantil – (Revista acadêmica - Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRPEE) Capa do Jornal e revista francesa *Le Journal des Savants*- Journal of management and primary Health Care saúde doença da criança indígena – Folha de Boa vista e saúde indígena – Cooperação Internacional da saúde indígena.

Aqui no gráfico nós fomos muito sacaniado e enganado nesse decorrer da comercialização de insumo, vacina e medicamentos na tabela do tempo cronológico, que no direito ao respeito à vida, que trata da expectativa de vida do sehumano, com esse erro cronológico o sehumano fica baixando a expectativa de vida que a atual **expectativa de vida** no Brasil é de 75 anos.

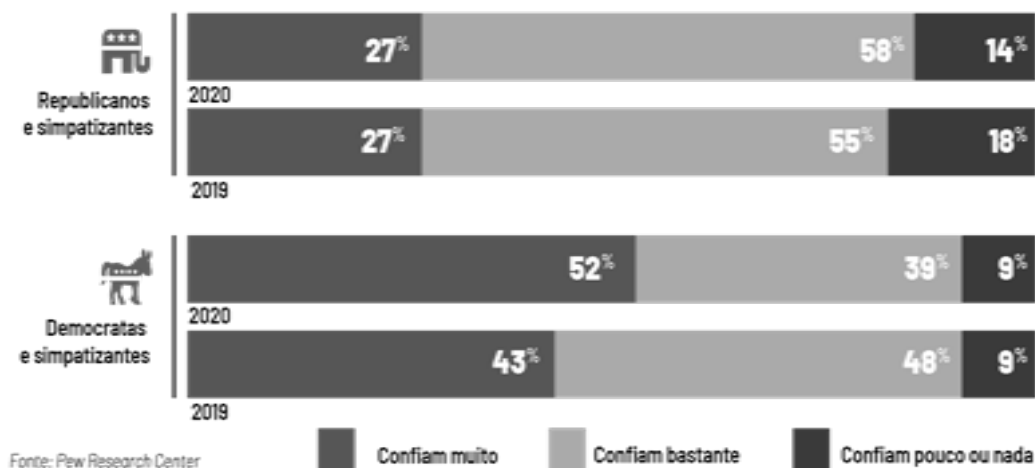
Mas, vivia-se muito mais antes nos anos até 1700 (Ano do lançamento da inovação da saúde), a estipulação diz que se poderia viver o dobro de tempo, a **expectativa de vida** máxima dos seres **humanos** com a saúde em perfeito estado, as pessoas podem viver entre 120 e 150 anos, o chinês Li Ching Yuen – Wikipédia, a enciclopédia livre, viveu mais de 256 anos, e isso é até polêmico porque, depois dos 150 anos, as sínteses protéicas ficam em meio decompostas pra não dizer em quase decomposição, mais as moléculas dos sinais vitais são sempre a mesma desde sua formação e nascimento, e a ciência não quer discutir muito isso, as sínteses protéicas ela entrou em decomposto, ai não se discuti mais...

O erro cronológico se dar ao fato de que, com a implantação das farmácias mercados com voracidade e capitalismo, se deu a aplicação dos protocolos de saúde nas unidades de saúde, o que se desencadeou o aumento do lucro da corrida monopolista pelos e maiores lucros da economia da saúde pública, o que muitos agentes públicos se apoderaram dos cargos da saúde para desvio de verbas da saúde, o que alastrou o aumento do déficit da saúde até os dias atuais, com projeções na mesma praticidade, o que a população sempre pagará esse déficit.

Tem pessoas que dizem é nós vamos pagar isso? Acontece que vamos sim ficar pagando essa dívida sim, dói muito ficar pagando isso, então é muito difícil aceitar isso, dói muito ficar pagando isso.

GRAFICO: <https://butantan.gov.br>

O resultado da segunda parte do título, ***mas principalmente entre simpatizantes dos democratas***, ajuda a entender a dificuldade que a divisão na sociedade impõe a um tema colhido no território da contenda política. Em 2019, a fatia dos que confiavam muito nos cientistas estava em 27% dos republicanos e seus simpatizantes. Em 2020...também. Uma parte entre a direita migrou para a classificação “confiam bastante” – 4% dos que respondem confiar pouco ou nada se juntaram a eles. Eram 18% os céticos em 2019, passaram a 14% em 2020.



No gráfico na porcentagem vermelha apresenta ainda um número altíssimo de pessoas que não confiam nas políticas sanitárias oferecidas e seus programas de prevenção a doença pandemia, preocupante.

3. PERICIAL JORNALISTICO

Vamos ver a divulgação da matéria:

FOTO: 1 MORTE POR COVID.

Fonte: Revista Capa, jornal , Ano 2020.
COVID



FOTO: 2 MORTE POR VICK VAPORUB.

Fonte: Revista Capa, jornal , Ano 2020.



FOTO: 3, MORTE POR PENEMONIA.

Fonte: Revista Capa, jornal , Ano 2020.



FOTO: 4 MÃOS E PÉS AMPUTADOS.

Mãos e pés amputados - Fonte: Revista Capa, jornal Ano 2020.



MARCO TEÓRICO – Parte I notas introdutórias, fundamentação teórica e metodológica. Notas introdutórias – Teses – Saúde Pública – Fiocruz/ ENVISA/Ministério da saúde/ Legislação da saúde. – O gráfico evidencia a tendência de queda do CMI no Brasil e regiões nos últimos 100 anos: Gráfico – Coeficiência da Saúde Infantil, Brasil, os 100 anos de Saúde Infantil – (Revista acadêmica - Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRPEE) Capa do Jornal e revista francesa *Le Journal des Savants*- Journal of management and primary Health Care saúde doença da criança indígena – Folha de Boa vista e saúde indígena – Cooperação Internacional da saúde indígena.

4. LEI E LEGISLAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Vamos ver esta lógica que enfrentamos:

1. Preços de Medicamentos farmacêuticos de Saúde:

A Lei e legislação dos preços e os valores dos novos tipos de tratamentos e terapias que são caríssimos e absurdos, o que a legislação da saúde pública, privada e estatal ainda não disponibiliza com facilidade para estas instituições, para a cura de recém-nascidos, crianças, civis, filhos de militares e a todos.

Lei e legislação dos preços de porcentagem de alimentos farmacêuticos que são caríssimos e absurdos:

Ex: Leite desnatado apenas para duas doses para um dia apenas, chega a R\$ 180 reais e mais carros, para um recém-nascido e criança, isso é um monopólio.

Temos grande problemas com alimentos agrotóxicos contaminados, necessitando o recém-nascido e crianças terem seus alimentos nessa etariedade de se alimentarem de alimentos farmacêuticos que são seguros.

Com esses balanços temos grandes e inúmeros de taxas de desnutrição e mortes. Óbitos de recém-nascidos, crianças indígenas, filhos de militares e pessoas que não tem condições de comprar.

2 Os vários medicamentos farmacêuticos com erros:

EX.: O **vick vaporub**, não teve nem uma discussão sobre a aprovação e liberação do vick vaporub para o comércio, e foi tão famosa a propaganda do vick vaporub que ele teve uma estúpida venda de mercado milionária, o que aconteceu, morreram várias crianças pela forte cânfora do vick vaporub. Teve criança que teve ataque cardíaco pela forte cânfora do vick vaporub. **(FOTO: 2)**

3. Os vários Óbitos por (falta) de Medicamentos para tratamentos e terapias:

Ex: Aqui mesmo em cotijuba no Pará, tivemos um caso absurdo de óbito de criança, em que a criança após recebido laudo de óbito do hospital teve seu velório em sua moradia, onde a criança acordou durante o velório e pediu um copo de água. Levantou do caixão e pediu um copo de água. E os pais solicitaram imediatamente ao hospital que refizesse a reconfirmação de seu óbito, e mesmo assim a criança e dada como morta pelo hospital, e gerou uma grande briga. **(FOTO: 3)**

Outra foi em que:

EX: A Criança teve pé e mãos amputadas, por não disponibilizar os medicamentos e tratamentos e terapias ideais para curá-la. **(FOTO: 4)**

Um absurdo isso... Um absurdo isso..

Inclusive a maior parte desses casos de óbitos infantis, são daqui do amazonas das áreas mais pobres...

E o recém-nascido e a crianças viver nesse artigo e legislação **de piscicultura, nessa, Legislação de monocultura hospitalar, não dar certo isso, e um recém-nascido ou criança não está preparado para receber esse método clínico legislativo**, não dar certo isso, e já foi comprovado, com isso nós ficamos perdendo o recém-nascido e a criança aos pedaços, Isso é um infanticídio, uma sujeira, e uma malignidade econômica e sem amor ao feto humano.

Hospital público e privado sem diferenças em termos de óbitos, (Quando se diz que só morrem em hospitais públicos, eu **não tenho mais nada a perder**).

E os serviços básicos de curativos e exames são ridículos só funcionam com policinha.

Devemos acabar com isso.

Com esses grandiosos e alarmantes dados estatísticos, os artigos e legislações de instituições de saúde apresentam uma grande incompetência e irresponsabilidade, e também a lei e a legislação não protege em hipótese nem uma o recém-nascido e a criança. Isso sendo uma grande matança, um infanticídio, uma crueldade, uma desmoralização, um desrespeito e uma total perda de ordem pública e um atraso.

Eu defino como uma esperteza da Legislação da economia estatal.

4. Os vários Óbidos por (falhas) dos Medicamentos de tratamentos e terapias:

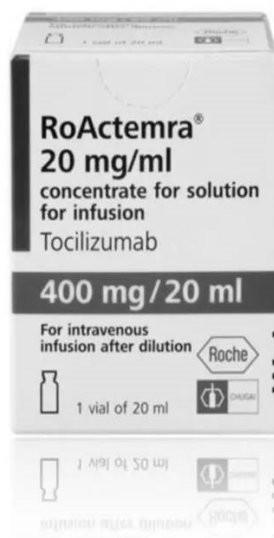
EX: <https://ictq.com.br › industria-farmaceutica - Noticias>

MATÉRIA ICTQ, Medicamento da Roche falha em teste para tratamento de covid-19:

O Actemra, **medicamento da Roche** Holding para artrite reumatoide, falhou no **teste** clínico de última fase para o **tratamento** de pacientes hospitalizados com **covid-19**. A droga não atingiu os objetivos primários ou secundários do estudo. 29 de jul. de 2020.

A notícia vem na esteira de um estudo italiano que mostrou que o medicamento não ajudou pacientes com pneumonia de Covid-19 em estágio inicial. Apesar do comunicado, as ações da Roche não oscilaram muito.

Cerca de 150 empresas estão desenvolvendo vacinas, mas não se pode esperá-las antes do início de 2021, alertou a Organização Mundial da Saúde (OMS) na semana passada. De forma geral, diversas companhias farmacêuticas estão emprenhadas para desenvolver tratamentos contra a pandemia de Covid-19, que já matou mais de 660 mil pessoas e está abalando economias de todo o mundo.



5. LEI E LEGISLAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE

1. Preços de Equipamentos de Saúde:

<https://www.cnnbrasil.com.br> > Saúde – Notícias

A corrida dos estados brasileiros para comprar respiradores no combate à Covid-19 tem mostrado grande variação entre os preços pagos, uma série de possíveis irregularidades e até questionamentos sobre a qualidade dos produtos e desnecessária sua utilização, se falando que o único país a fabricar os respiradores é a China onde iniciou o Covid, agora com o alastramento outros países entraram em fabricação, o que mostra um atraso total e caus. Os governos têm apontado que as diferenças de preço têm a ver com uma série de fatores, como a marca ou qualidade do produto, onde retirar o equipamento (junto ao fornecedor ou entregue diretamente na cidade), garantia de manutenção dos produtos prevista em contrato, bateria para funcionamento em caso de queda de energia, entre outros. Esses foram argumentos usados, por exemplo, pelo estado da Paraíba, que já comprou ao menos 30 respiradores ao custo de R\$ 164 mil por unidade. Falta de transparência sobre os modelos e marcas também dificultam a comparação. Dos 15 estados em que foi possível encontrar alguma informação sobre as aquisições, o valor mais barato pago por unidade é de R\$ 48,7 mil, em Minas Gerais. O estado comprou 1.047 equipamentos por R\$ 51 milhões, em uma atuação conjunta envolvendo secretarias, Ministério Público Federal e Justiça Federal.

MARCO TEÓRICO – Parte I notas introdutórias, fundamentação teórica e metodológica. Notas introdutórias – Teses – Saúde Pública – Fiocruz/ ENVISA/Ministério da saúde/ Legislação da saúde. – O gráfico evidencia a tendência de queda do CMI no Brasil e regiões nos últimos 100 anos: Gráfico – Coeficiência da Saúde Infantil, Brasil, os 100 anos de Saúde Infantil – (Revista acadêmica - Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRPEE) Capa do Jornal e revista francesa Le *Journal des Savants*- Journal of management and primary Health Care, saúde doença da criança indígena – Folha de Boa vista e saúde indígena – Cooperação Internacional da saúde indígena.

Ex: Respirador para o covid, o único fabricante e a china e custa US\$ 17 mil, começou a ser negociado a US\$ 24 mil. O **preço** subiu praticamente todos os dias, avançando para US\$ 33 mil, US\$ 40 mil, US\$ 43 mil e estava em US\$ 53 mil nesta terça-feira (7), também um monopólio. **(FOTO: 1)**

O uso de respiradores para a cura do covid foi desnecessária:

Corrupção na pandemia: contratos sob suspeita somam R\$ 1 ...

<https://noticias.r7.com › brasil › corrupcao-na-pandemi...>

9 de ago. de 2020 — Ministro Braga Netto afirma que teste de **covid-19** deu positivo ... Oito Estados tiveram problema ao adquirir **respiradores**, quase sempre a preços ... milhões (R\$ 79.051.100) são considerados dinheiro público **jogado fora** por ...

Governo federal pode ter de jogar fora 6,8 milhões de testes ...

<https://www.cnnbrasil.com.br › Saúde>

22 de nov. de 2020 — O RT-PCR é um dos exames mais eficazes para diagnosticar a **covid-19**. A coleta é feita por meio de um cotonete aplicado na região nasal e ...

Não encontrados: ~~respiradores~~ jogado

2. Os vários Equipamentos de Saúde com erros:

EX: <https://www.cnnbrasil.com.br › tudo-sobre › covid-19>

CNN Brasil, Saúde, em São Paulo 26 de maio de 2020 às 18:26 | Atualizado
26 de maio de 2020 às 19:28.

"Os respiradores chegaram com uma deficiência técnica que impede o uso para pacientes de covid-19. Eles seriam instalados em seis hospitais que estão sendo preparados para ampliar a oferta de leitos de terapia intensiva durante a pandemia. Todos os 152 equipamentos comprados da China apresentaram defeitos na hora da instalação e o governo paraense anunciou que serão devolvidos ao fabricante", informou a instituição.

O MP suspeita da existência de uma organização criminoso atuando para fraudar contratos emergenciais sem licitação na compra desses equipamentos de combate à Covid-19.

MARCO TEÓRICO – Parte I notas introdutórias, fundamentação teórica e metodológica. Notas introdutórias – Teses – Saúde Pública – Fiocruz/ ENVISA/Ministério da saúde/ Legislação da saúde. – O gráfico evidencia a tendência de queda do CMI no Brasil e regiões nos últimos 100 anos: Gráfico – Coeficiência da Saúde Infantil, Brasil, os 100 anos de Saúde Infantil – (Revista acadêmica - Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE) Capa do Jornal e revista francesa Le *Journal des Savants*- Journal of management and primary Health Care, saúde doença da criança indígena – Folha de Boa vista e saúde indígena – Cooperação Internacional da saúde indígena.

3. Os vários Óbidos por (falta) de equipamentos para tratamentos e terapias:

<https://www.poder360.com.br › governo › sus-nao-tem...>

SUS não tem leitos de UTI para enfrentar coronavírus, diz jornal, A rede pública de saúde da maioria dos Estados brasileiros não está preparada para atender casos graves de pacientes infectados pelo coronavírus, segundo reportagem da *Folha de S.Paulo*. O principal destino desses pacientes são as UTI (Unidades de Tratamento Intensivo) com equipamentos de respiração para ventilação mecânica. As piores situações estão nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, mais pobres e dependentes do SUS (Sistema Único de Saúde). O Rio de Janeiro é o único estado precário nesse ponto na região Sudeste. No Sul não há problemas.

Coronavírus: 60% das cidades não têm respiradores para enfrentar pandemia... - Veja mais em <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/03/20/coronavirus-60-das-cidades-nao-tem-respiradores-para-enfrentar-epidemia.htm?cmpid=copiaecola>

Cerca de 60% dos municípios brasileiros — nos quais vivem 33,3 milhões de pessoas — não têm nenhum respirador disponível em suas unidades de saúde. Esse "deserto de assistência" se concentra, em grande parte, nas regiões Norte e Nordeste. O equipamento é essencial para o atendimento de pacientes graves da pandemia.... –

EX: Faltando o equipamento os pacientes morrem, o equipamento faz parte do kit para a criação de leitos de UTI (Unidade de Tratamento Intensivo) e serve para dar suporte a pacientes com dificuldades respiratórias — quadro que tem acometido até 15% do total de vítimas do coronavírus em outros países (uma das principais consequências da infecção é um quadro de pneumonia).

FOLHA DE S.PAULO

DESDE 1921 ★ ★ ★ UM JORNAL A SERVIÇO DO BRASIL

DOMINGO, 15 DE MARÇO DE 2020

R\$ 7,00

SUS nos estados não tem UTIs para enfrentar o coronavírus

No mundo, demanda por leitos chegou a 2,4 por 10 mil habitantes; Brasil, com setor privado, tem 2,1

4. Os vários Óbidos por (falhas) dos equipamentos de tratamentos e terapias:

A respiração pulmonar é responsável pela troca de gases em todos os tecidos do corpo humano, se tratando de uma função vital para a sobrevivência. Em situações em que o paciente é incapaz de manter o ciclo respiratório, devido a fatores como doenças, anestesia e defeitos congênitos, é utilizado o ventilador pulmonar com o objetivo de prover suporte respiratório ao paciente.

PARÁ: Colaboração para o UOL, em Belém 08/05/2020 21h31 - Comprados da China, respiradores de R\$ 126 mil apresentam falhas na hora de iniciar o tratamento... - Veja mais em <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/05/08/pa-comprados-da-china-respiradores-de-r-126-mil-apresentam-falhas.htm?cmpid=copiaecola>.

GLOBO, g1 7 de mai. de 2020 — ... que pacientes com Covid-19 morreram por falta de respiradores em ... poderiam sobreviver se tivessem acesso a um respirador morrem no ...

Famílias denunciam que pacientes com Covid-19 morreram ...
g1.globo.com › amazonas › noticia › 2020/05/07 › famili...

EX: JORNAL DE MINAS GERAIS, ALEGA NEGLIGÊNCIA

6 de ago. de 2020 - Família de bebê vítima da COVID-19 alega falha no atendimento e cobra indenização

O menino, que pertence a uma família de baixa renda do Bairro Village do Lago 2, situado na Região Norte de Montes Claros, tornou-se o paciente mais novo morto por coronavírus no estado.



Hospital do Bairro Village do Lago 2, em Montes Claros, no Norte de Minas

O caso da morte do bebê de sete meses por COVID-19, ocorrida em Montes Claros, no Norte de Minas, em 16 de julho passado, será judicializado. A família da criança L. P. L. C. S anunciou que vai entrar com uma ação indenizatória contra o município de Montes Claros e contra o estado, alegando que houve “negligência e ineficiência” no atendimento ao bebê.

O menino, que pertence a uma família de baixa renda do Bairro Village do Lago 2, situado na Região Norte de Montes Claros, tornou-se o paciente mais novo morto por coronavírus no estado. A confirmação do teste positivo (PCR) foi divulgado pela Secretaria de Saúde do município dois dias após a morte. A Prefeitura de Montes Claros, no Norte de Minas, informou que o bebê morreu na quinta-feira (16), ao dar entrada em um hospital da cidade.

“Vamos ajuizar uma ação indenizatória contra o estado e o município para recompor a dor da família, mas sabemos que ocorreu uma perda irreparável”, disse o advogado Geraldo Magela Silva, constituído pelos familiares da criança.

O pai do bebê é auxiliar de serviços gerais e a mãe é dona de casa. O casal tem mais um filho, de 3 anos. Segundo o advogado, a mãe continua inconformada e muito deprimida, “chorando o tempo todo”. Após a morte, os demais integrantes da família foram submetidos a testes para coronavírus, todos com resultado negativo, informa o advogado. Ele afirma que houve vários equívocos no atendimento ao menino. “Além disso, a coleta do material para a realização do teste para coronavírus não foi feita a tempo, ocorrendo somente após o óbito”, sustenta Geraldo Silva.

De acordo com o relato do advogado, no dia 13 de julho, pela manhã, a criança foi levada ao posto do Programa de Saúde da Família (PSF), no Bairro Village do Lago 2, apresentando vômitos intensos. Na unidade, o bebê teria sido atendido por uma médica que suspeitou da COVID-19, orientando a família a ficar em casa em isolamento domiciliar, além de medicar a criança.

Mas como persistiram os sintomas, no mesmo dia, à noite, a família decidiu recorrer a um serviço de saúde de emergência. Segundo o advogado, levada pela mãe, a criança passou por dois hospitais - o Mário Ribeiro e o Aroldo Tourinho, mas só conseguiu atendimento no pronto-socorro do Hospital Universitário Clemente de Faria (HUCF), onde ela foi medicada e recebeu alta.

Ainda de acordo com Geraldo Silva, no dia 15 de julho, por volta das 14h, o menino foi levado novamente ao pronto-socorro do Village do Lago 2, com tosse, febre e vômito e o médico responsável pelo atendimento na unidade teria descartado a possibilidade de COVID-19, recomendando à família que não fosse ao hospital, porque “poderia ser contaminada lá”.

O advogado informou que no dia 16, por volta das 3h, com a continuidade dos sintomas, a criança deu entrada no pronto-socorro do HUCF, onde morreu, às 4h30”, sustenta. “O atendimento não foi correto. Com isso, a criança foi ficando

desidratada e acabou morrendo. Além disso, não foi feita a testagem para coronavírus no tempo certo”, alega Geraldo Silva.

Procurada pela reportagem, a Prefeitura de Montes Claros informou que “só vai se manifestar quando for citada no processo”.

Por ocasião do fato, o Hospital Universitário Clemente de Faria, por meio de nota, informou que o bebê foi atendido em seu pronto-socorro no dia 13 de julho, com sintomas gripais e vômito. “Mas como 'nao houve critérios' indicativos para internação, após a medicação a mãe foi orientada a retornar ao pronto-atendimento em caso de piora do quadro.

Ainda na ocasião, o HUCF informou, por meio de nota, que na madrugada do dia 16, a mãe retornou com a criança ao PSF do Village do Lago. No entanto, o paciente não apresentava sinais vitais, em consequência de uma parada cardiorrespiratória, o que foi constatado pela equipe plantonista. “Mesmo assim, todas as medidas de reanimação foram tomadas, não faltando em momento algum assistência à criança, alegou.

Procurado novamente, após a família anunciar a judicialização do caso, por meio de nota o Hospital Universitário, vinculado à Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), informou que “não vai se pronunciar a respeito do assunto”.

6. LEI E LEGISLAÇÃO – RESONÂNCIA MAGNÉTICA

1. SOFTWARE E RADIAÇÃO

Software e criado para ampliar segurança do paciente, Tecnologia de Informação do Hospital, cadastros de pacientes internados atualizado diariamente, reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados em saúde e melhorar a eficácia da comunicação, atender as equipes de enfermagem (Definidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Instrução Normativa do Estado)

MARCO TEÓRICO – Parte I notas introdutórias, fundamentação teórica e metodológica. Notas introdutórias – Teses – Saúde Pública – Fiocruz/ ENVISA/Ministério da saúde/ Legislação da saúde. – O gráfico evidencia a tendência de queda do CMI no Brasil e regiões nos últimos 100 anos: Gráfico – Coeficiência da Saúde Infantil, Brasil, os 100 anos de Saúde Infantil – (Revista acadêmica - Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRPEE) Capa do Jornal e revista francesa *Le Journal des Savants*- Journal of management and primary Health Care saúde doença da criança indígena – Folha de Boa vista e saúde indígena – Cooperação Internacional da saúde indígena.

Acidente Radiológico Césio-137, um drama recontado

O acidente radiológico com césio-137, desencadeado na cidade de Goiânia no ano 1987, não se encerra com o fim da contaminação radiológica e se estende a um processo judicial, médico-científico e narrativo de identificação e reconhecimento de novas vítimas. O drama ocupa um lugar central na dinâmica do evento radiológico ao estender seus limites, modular sua intensidade e atualizá-lo a cada nova narrativa. A etnografia, enquanto uma narrativa sobre o evento, incorpora e atualiza o drama como marco da análise e da descrição do tema e é também absorvida no processo dramático. O *césio-137, drama recontado* é um experimento textual dessa pesquisa e busca relatar uma Lei e Legislação nesta história baseada em personagens e acontecimentos reais extraídos de depoimentos reportados em diversas narrativas sobre o acidente radiológico na Paranaíba e Tocantins, no centro da cidade de Goiânia, funcionava o Instituto Goiano de Radiologia (IGR) em um terreno emprestado pela Sociedade São Vicente de Paulo (SSVP) desde 1972. Como contrapartida do empréstimo do terreno, o Instituto deveria oferecer exames gratuitos aos pacientes da Santa Casa de Misericórdia de Goiânia sob a administração daquela Sociedade.

A Lei e a legislação da saúde tem um papel significativo neste componentes, onde a substância radioativa usada no tratamento de doenças havia escapado da cápsula protetora e se transformara em uma terrível fonte de contaminação. Nas noites de setembro de 1987, o césio-137 emanava uma deslumbrante luz azul que seduzia os moradores. Sob a forma de pedra ou pó, o césio-137 circulava de mão em mão como uma dádiva maravilhosa que, por vezes, era recebida como um signo de sorte e bem-aventurança.

Setembro é o mês em que as partículas radioativas se difundiram pelos ares de Goiânia e a cápsula incógnita encantara os moradores do Setor Aeroporto com seu brilho azul, apenas visto à noite. Somente em outubro de 1987, a contaminação foi constatada e o episódio do rompimento da cápsula foi assimilado como ponto inicial de uma tragédia divulgada como o "acidente radioativo com o césio-137". A sequência de acontecimentos seria assimilada como um grave acidente radiológico.

Nesse intervalo, a movimentação das pessoas diretamente atingidas e a circulação de seus objetos contribuíram para a disseminação da radiação. Não apenas a cápsula (fonte principal) e seus fragmentos, mas também pessoas e objetos irradiados tomaram rumos insuspeitados.

As partículas radioativas suspensas no ar foram transportadas pelos ventos e precipitaram sobre o solo, plantas e animais. As pessoas afetadas se tornaram fontes irradiadoras e contaminariam hospitais e ambulatórios aos quais recorreram em busca de tratamento para os sintomas da contaminação.

As pessoas, que entraram em contato com a luz azul, foram categorizadas como vítimas e submetidas a um violento processo de controle intensivo sobre seus corpos e fluidos corporais. A substância radioativa foi inscrita de maneira indelével em seus corpos, convertidos em fontes de radiação. Os lugares, os objetos e os animais que estiveram em contato com pessoas contaminadas também foram irradiados. O signo radiológico penetrou no sistema de prestações e contraprestações entre parentes e vizinhos por meio de fragmentos extraídos do interior da cápsula de césio-137, ou por meio da circulação de objetos e animais contaminados.

No final daquele mês, a notícia da morte das primeiras vítimas elevou o drama a seu ponto culminante de exasperação. O episódio recrudesceu o medo na população goianiense revelando-lhe o caráter fatal da contaminação radiológica. Maria Gabriela e a criança Leide das Neves não suportaram a excessiva dose de radiação a que foram expostas e morreram no Hospital Naval Marcílio Dias, na cidade do Rio de Janeiro.

Maria Gabriela havia abrigado a cápsula em sua sala de visitas durante os dias em que seu marido Devair exibia o espetáculo da luz azul à vizinhança. A menina Leide das Neves de seis anos havia recebido do pai, Ivo, irmão de Devair, algumas pedrinhas azuis de césio-137 para brincar. A criança foi contaminada ao comer ovo cozido com as mãos sujas do pó radioativo durante o jantar. E morreria com o diagnóstico de contaminação interna aguda.

Um luto oficial de três dias, decretado logo após o falecimento das duas vítimas, terminou na manhã do dia 26 de outubro de 1987. Iniciaram-se, então, os preparativos para o sepultamento seguindo às medidas de radioproteção recomendadas pelos técnicos da CNEN.

A partir do dia do sepultamento das primeiras vítimas, procurei narrar um fragmento da história do evento radiológico do céσιο-137. Nesse ponto do drama, a luz azul irradiada pela cápsula de céσιο-137 que fascinara os moradores de alguns bairros de Goiânia esgotou-se e desapareceu completamente para dar lugar ao chumbo das urnas das primeiras vítimas fatais e dos tambores de lixo radioativo.

Outras doze vítimas em estado agudo de contaminação também haviam sido transferidas para o Hospital Naval Marcílio Dias onde eram submetidas a um tratamento extenuante à base de sucessivos banhos de descontaminação e à fórmula do Azul da Prússia ministrado como o antídoto para a contaminação com o céσιο-137.

Como céσιο-137 em Goiânia pôs Brasil no mapa de piores acidentes radioativos do mundo.

Drama azul

O DRAMA RECONTOADO É UMA HISTÓRIA baseada em personagens e acontecimentos reais extraídos de depoimentos reportados em diversas narrativas sobre o acidente radiológico com o céσιο-137. A montagem da intriga que conecta essas várias acontecimentos foi objeto de uma criação ficcional e vertida numa interpretação particular dos acontecimentos. A produção desse texto constitui um esforço de criação narrativa de minha pesquisa de memória em antropologia social (defendida no PPCLAS da Unicamp em 2016).

Ao agenciar intriga de modo a deixar o próprio texto ser afetado pela linguagem emocional do drama e ao adotar um estilo de produção textual dramático, este texto insere um posicionamento político em relação à produção do evento radiológico. Essa história constitui uma das várias possíveis sobre esse evento que marca a história da cidade de Goiânia, a história da energia nuclear no Brasil e a história dos acidentes radiológicos no mundo. O alcance da escrita é limitado e a criação do trama é sempre parcial e inacabada diante da dispersão espacial e temporal dos acontecimentos e da incerteza da disponibilidade das vítimas. A tragédia excede qualquer relato. O desfecho é sempre provisório e abre garfos e meadas para outras narrativas desentredadas e novas histórias.

O espaço textual se apresenta como um espaço de produção etnográfica onde experiência e narrativa são unidas. Um dos principais exercícios dessa pesquisa que deu origem ao "Drama recontoado" foi tentar conformar o drama como uma abordagem teórico-metodológica para a produção do evento radiológico do céσιο-137. Ao revisar uma parte da bibliografia, Bittencourt e cronografia sobre o evento, pude acompanhar um processo narrativo de constituição do drama.

Em 1987 marca o início do drama, cuja trama se desdobra e acrescenta novas vítimas. Em contraposição ao discurso oficial que tende a restringir o alcance do acidente e o número de pessoas afetadas, o processo de reconhecimento e constituição das vítimas se estende de a produção de narrativas que buscam incorporar novas vítimas à trama do evento. A disparidade e a discordância de informações acontecem a emergência e evolução do processo dramático e também as disputas políticas em torno da definição das extensões e medidas do evento.

Na contramão do discurso técnico e científico que limita o acidente ao momento da contaminação radiológica e define-lhe um fim, o drama agenciado pelas narrativas sobre o sofrimento das vítimas provoca contra o desfecho definitivo ao ampliar as possibilidades de atualização e de afecção do evento no presente.

Assim como as feridas, as ruínas e os rejeitos radioativos, as narrativas também resistem ao esquecimento e atualizam continuamente o evento. Escrever sobre ele se assemelha ao trabalho de desenterrar, escavar o momento de detalhes e fragmentos de histórias acumulados ao longo de 25 anos de evento.

O céσιο-137 foi deixando suas marcas na vida das vítimas, no cotidiano dos moradores no espaço e na história da cidade de Goiânia. A partir de 1987, o "fantasma" do céσιο-137 estaria presente nas expectativas de cada parte, de cada nova criança que nasceria e de cada doença que se manifestaria entre os membros das famílias que sofreram contaminação. O evento radiológico continua afetando as vítimas e sua descendência. As incertezas quanto ao desfecho do drama provocadas pela energia nuclear abrem sempre novas lacunas, novos fios e novas possibilidades de constituição da intrincada história do evento radiológico do céσιο-137.

2. SOFTWARE HOSPITALAR

Os prontuários médicos a digitalizado e gestão eletrônica vem formalizado pela nova lei, os hospitais e centros de saúde terão que seguir um outro padrão de atendimento de pacientes.

Os hospitais e centros de saúde terão que seguir um outro padrão de atendimento de pacientes. Em dezembro do último ano, o Diário Oficial da União aprovou a **lei 13.787/18**, que autoriza o armazenamento eletrônico de prontuários médicos em hospitais e o manuseio das informações pelo paciente, e a **Lei nº 13709, conhecida como lei Geral de Proteção de dados (LGPD), cria obrigações e impõe sanções às instituições que cuidarem dos dados com responsabilidade** – algo que parecer novo, mas que já é um aspecto fundamental de toda organização que digitaliza suas informações. O principal objetivo da lei é garantir **a proteção das informações pessoais compartilhadas nos meios digitais, além da liberdade e o livre acesso dos proprietários aos dados.**

Com essa decisão, padrão de atendimento ao paciente ainda esta longe de ser avançada. Muitas instituições de saúde ainda não possuem tecnologia necessária para atualizar os sistemas. A gestão eletrônica dos prontuários médicos no Brasil está em processo de amadurecimento. A maioria das instituições que possuem sistemas de prontuários eletrônico não consegue trabalhar com prontuários 100% eletrônicos, gerando uma quantidade representativa de documentos em papel, difícil situação, para os pacientes que pagam pelo protuarios eletrônicos.

Conforme Ministério da Saúde, a informatização de todo o sistema geraria uma economia de R\$ 22 bilhões. Prontuários eletrônicos é uma responsabilidade muito grande e deve-se ter muita cautela antes de se adotar medidas extremas como a eliminação deste prontuário.

Prontuário médico assinado pelo responsável, com certificado válido pelo ICP Brasil, já deveria ser o suficiente para dar validade jurídica ao documento e não faz sentido um conselho exigir que o certificado tenha sido emitido por ele próprio para que o documento possa ser válido. Seria como exigir que os médicos só possam ir para o trabalho com um carro vendido pelo Conselho de Medicina.

7. LEI E LEGISLAÇÃO – RESÍDUOS HOSPITALAR

1. LIXO HOSPITALAR

GAZETA DO POVO: 20% não tratam lixo hospitalar Um em cada cinco municípios brasileiros desrespeita legislação e joga material como luvas, agulhas e catéteres em lixões.

Leia mais em: <https://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/20-nao-tratam-lixo-hospitalar-a1khsdlx2wmnv0zh6viqfnuxa/>

Copyright © 2020, Gazeta do Povo. Todos os direitos reservados.

Os resíduos hospitalares contêm riscos biológicos. "A presença deste tipo de material no ambiente, pode causar a contaminação de corpos d'água, lençol freático, solo, fauna e propagar epidemias, enfermidades e moléstias" que agravam os problemas de saúde pública no país. Além disso, **substâncias tóxicas e radioativas presentes nos medicamentos podem afetar o solo e a água**, comprometendo os recursos naturais utilizados por toda população e trazendo consequências graves ao meio ambiente.

A pesquisa realizada pelo **"Tulam Health Maintenance Project"**, de New Orleans, relatada por KRAUS, indicou que 91 hospitais tinham seus resíduos, excluídos os considerados "patogênicos", removidos: 7 pelo serviço público; 19 pelo próprio hospital; 65 por particulares, por conta do hospital, isto é, menos de 8% deles utilizavam os serviços de limpeza pública da cidade.

No Brasil, todavia, as condições são diversas, sendo normal, especialmente nas cidades menores, que a remoção e a destinação dos resíduos, inclusive até daqueles potencialmente contaminados ou mesmo contaminados, sejam deixadas ao encargo dos serviços regulares de limpeza pública.

O primeiro contato que tivemos com o problema foi em 1951, quando descobrimos que o Hospital Municipal estava vendendo lavagem da cozinha, isto é, sobra da preparação de refeições e restos dessas, a chacareiros, para a engorda de suínos. O risco de contaminação por restos de internados, por exemplo, com tuberculose, parecia evidente, e o assunto foi levado à alta administração, devendo ser esclarecido que a prática continua, aqui, como nos Estados Unidos.

Em razão disso, a **Lei nº 12.305, de 2 de agosto de 2010**, que institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos, atribui aos geradores de resíduos de saúde a responsabilidade pela destinação final ambientalmente adequada desses resíduos e cria a obrigatoriedade de elaboração de um plano de gerenciamento específico.

2. LIXO HOSPITALAR, CAPITALISMO

FOTO

Amazonas não cumpre lei e 71 lixões são mantidos a céu aberto
“Todos os lixões no Amazonas eram para ter sido substituídos por aterros sanitários desde 2014, porém a realidade é outra.” **JAKELINE XAVIER 30 de agosto de 2019 - 14:01**



Ambientalista afirma que cada tipo de lixo traz um malefício para o meio ambiente | Foto: Ione Moreno

Lixo hospitalar se acumula ao lado de enfermarias com recém-nascidos
“Acumulo de lixo é comum nos hospitais públicos do Tocantins. Segundo funcionário, centenas de sacos estão sendo deixados no local há dois meses.”



Lixo volta a se acumular no Hospital Maternidade Dona Regina







Respiradores do covid, boatos alegam que teriam sido descartados:





MARCO TEÓRICO – Parte I notas introdutórias, fundamentação teórica e metodológica. Notas introdutórias – Teses – Saúde Pública – Fiocruz/ ENVISA/Ministério da saúde/ Legislação da saúde. – O gráfico evidencia a tendência de queda do CMI no Brasil e regiões nos últimos 100 anos: Gráfico – Coeficiência da Saúde Infantil, Brasil, os 100 anos de Saúde Infantil – (Revista acadêmica - Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE) Capa do Jornal e revista francesa *Le Journal des Savants*- Journal of management and primary Health Care saúde doença da criança indígena – Folha de Boa vista e saúde indígena – Cooperação Internacional da saúde indígena.

3. VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Reforma Sanitária, a vigilância em saúde deve se fazer com a participação da população, embora essa perspectiva não acontece com a territorialização das ações no Sistema Único de Saúde (SUS). A relação da vigilância em saúde com a participação popular e reflete-se sobre a construção da vigilância civil da saúde.

LEI Nº 9.782, DE 26 DE JANEIRO DE 1999.

Define o Sistema Nacional de **Vigilância Sanitária**, cria a Agência Nacional de **Vigilância Sanitária**, e dá outras providências. Art. ... III - pelos demais órgãos e entidades do Poder Executivo Federal, cujas áreas de atuação se relacionem com o sistema.

8. HOSPITAL E ECONOMIA

1. DEFTI DA SAÚDE

Pagina: <https://exame.com> – Notícias

A verdade é que o hospital é uma verdadeira farça, um verdadeiro império, riqueza e poder milionário, porém, o hospital Brasil tem déficit de 18 mil leitos hospitalares no SUS, diz Conselho Federal de Medicina. Segundo levantamento, Rio de Janeiro é o estado que mais sofre com o déficit de leitos: 9.300 leitos a menos na última década. Déficit de pessoal em hospitais municipais se agrava com vírus, **Tribunal de Contas apontava falta de 40% de funcionários antes da crise; 9% estão afastados, diz prefeitura.** <https://exame.com>

Comissão de Saúde oficia MP por déficit de leitos hospitalares, Em meio à pandemia do novo coronavírus, 51 pacientes com outras patologias aguardavam por internações.

Governo diz que orçamento de 2020 excede o mínimo em Saúde, Orçamento de 2020 prevê apenas R\$ 19,3 bi em investimento, valor 29,3% menor que o previsto para 2019 e até 15% abaixo do que deve ser executado neste ano. **Governo prevê também, déficit primário de R\$ 861 bilhões em 2020,** Ministério da Economia atualizou as estimativas para o Orçamento, o Ministério da Economia elevou para R\$ 861 bilhões a previsão de déficit primário em 2020. O valor consta no Relatório Bimestral de Avaliação de Receitas e Despesas. <https://exame.com>

<https://exame.com> – Notícias

“Pandemia e dívida pública: qual o cenário fiscal em 2020, Estudo do Ipea projeta aumento substantivo do nível do endividamento público até o final do ano. Crise sanitária e econômica fez países de todo o mundo aumentarem os gastos, A crise causada pela pandemia do novo coronavírus está levando à perda de emprego e ao fechamento de empresas em países ao redor do mundo. Coube ao poder público amparar os atingidos por esse cenário crítico, com diferentes tipos de apoio para a população mais vulnerável e empresas em dificuldade. Como resultado, os governos passaram a gastar mais – em diferentes escalas, a depender do país”.

EVOLUÇÃO DÍVIDA/PIB - A relação dívida/PIB ao se avaliar a saúde das finanças públicas . Essa relação compara a imensidão de dinheiro gasto de tudo o que o país deve com quanto ele consegue produzir de riqueza por ano.

9. AUDIÊNCIA PROCESSUAL (AÇÃO JUDICIAL) - ÓBITO DE RECÉM-NASCIDO, CRIANÇAS INDIGENAS DEFICIENTES, FILHOS DE MILITARES E POPULAÇÃO DURANTE TRATAMENTO E TERAPIA.

Aqui temos ridículos números absurdos de audiências processuais de óbitos de recém-nascidos e crianças, com indenizações aos pais que são miseráveis e desproporcionais e injustas, por serem muito poucos os valores pagos aos pais indenizados pelos hospitais e profissionais de saúde, indenizações por seus filhos mortos.

Se tratando que essas indenizações expressam o valor da vida desses recém-nascidos e crianças, o que não poderia ser barato.

Um descrédito e menosprezo ao valor da vida e significância da criança para o mundo, ferindo seu sentimentos a pessoa e a sua própria dignidade.

Então as legislações de audiências processuais de saúde são injustas quando se trata de Óbitos de recém-nascido.

Estes números de doenças por Óbitos são controladas pela instrução normativa:

10. LEI E LEGISLAÇÃO – AUDIÊNCIA PROCESSUAL – ÓBITO DE RECÉM-NASCIDO, CRIANÇAS INDIGENAS DEFICIENTES, FILHOS DE MILITARES E POPULAÇÃO DURANTE TRATAMENTO E TERAPIA.

MARCO TEÓRICO – Parte I notas introdutórias, fundamentação teórica e metodológica. Notas introdutórias – Teses – Saúde Pública – Fiocruz/ ENVISA/Ministério da saúde/ Legislação da saúde. – O gráfico evidencia a tendência de queda do CMI no Brasil e regiões nos últimos 100 anos: Gráfico – Coeficiência da Saúde Infantil, Brasil, os 100 anos de Saúde Infantil – (Revista acadêmica - Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE) Capa do Jornal e revista francesa *Le Journal des Savants*- Journal of management and primary Health Care saúde doença da criança indígena – Folha de Boa vista e saúde indígena – Cooperação Internacional da saúde indígena.

LEI Nº 8.069/90

11. ART. 1º - ESTA LEI DISPÕE SOBRE A PROTEÇÃO INTEGRAL À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE, PELO PAI E PELA MÃE, NA FORMA DO QUE DISPUSER A LEGISLAÇÃO CIVIL, ASSEGURADO A CRIANÇA.

ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE-LEI 8069/90 | LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHODE 1990, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA.

11. ART. 1º - ESTA LEI DISPÕE SOBRE A PROTEÇÃO INTEGRAL À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE, OS HOSPITAIS E DEMAIS ESTABELECIMENTOSDE ATENÇÃO À SAÚDE DE GESTANTES, PÚBLICOS.

CAOP – CENTRO DE APOI OPERACIONAL DAS PROMOTORIAS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE.

ART. 83º DA LEI Nº 8.069/90 – ECA – ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, PARA HOSPITAIS E ALBERGUES, SEJAM PÚBLICOS OU PRIVADAS.

ART. 10º - OS HOSPITAIS E DEMAIS ESTABELECIMENTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DE GESTANTES, PÚBLICOS E PARTICULARES SÃO OBRIGADOS A: I – MANTER REGISTRO.

12. DAS MEDIDAS EMERGÊNCIAIS:

Com o continuo déficit da economia da saúde no passado, aqui continuamos tendo um aumento de novas doenças para os próximos anos devido o acúmulo de doenças parasitárias que vem se acumulando por vários anos pela imprudência por não terem sido extinguidas do planeta, esses parasitas podem continuar se multiplicando e combinando com novos reagentes.

Se não contidas severamente, com as novas temáticas de Lei e legislação com os novos artigos temáticos e instruções normativas de doenças e legislações paliativas e campanhas de lei seca principal nas unidades de saúde pobre continuaremos com severas complicações políticas sanitárias e econômicas.

MARCO TEÓRICO – Parte I notas introdutórias, fundamentação teórica e metodológica. Notas introdutórias – Teses – Saúde Pública – Fiocruz/ ENVISA/Ministério da saúde/ Legislação da saúde. – O gráfico evidencia a tendência de queda do CMI no Brasil e regiões nos últimos 100 anos: Gráfico – Coeficiência da Saúde Infantil, Brasil, os 100 anos de Saúde Infantil – (Revista acadêmica - Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE) Capa do Jornal e revista francesa *Le Journal des Savants*- Journal of management and primary Health Care saúde doença da criança indígena – Folha de Boa vista e saúde indígena – Cooperação Internacional da saúde indígena.

O erro cronológico da inovação da saúde estipula um cálculo absurdo de números de Óbitos de recém- nascidos e população que teremos no futuro.

Então a cronologia da saúde continua em déficit, piorando mais com as **incertezas da política de carbono**.

1. Teoria assustadora do surgimento de novos parasitários

Na verdade, o descarte inadequado de lixo (**LIXÕES NO BRASIL**) é proibido no Brasil desde 1954, pela **Lei 2.312** de 3 de setembro, pelo Código Nacional da Saúde. Essa proibição foi reforçada em 1981 pela Política Nacional de Meio Ambiente, e recentemente, 2010, pela Política Nacional dos Resíduos Sólidos.

O lixo sem solução ainda, devido ao déficit de anos, vem aumentando causando o insolúvel acúmulo, vem trazendo o nascimento de novas espécies de tipos de histiócitos nos quais o parasito se multiplica, os **diversos tipos** de tropismos, hereditariedade dos **Parasitas** Intracelulares, **acúmulo** de substâncias **diversas** presentes no citoplasma do parasita, causando diversos tipos de infecção, outros são malignos, **infecções** bacterianas, vírus, fungos e **outros** agentes, e novos Hospedeiros que vem com novos ciclos biológicos, estes já tem ganhado potencia em invasão de tecidos corporais de um organismo hospedeiro por parte de organismos capazes de provocar doenças malignas e mortais; a rápida multiplicação destes organismos e entram rapidamente e ferozmente dentro do órgão humano e rápido acúmulo verminoses; e a reação dos tecidos do hospedeiro a estes organismos e às toxinas por eles produzidas são altamente mortais.

2. Os piores lixos são do hospitalar, outros diferentes tipos de resíduo, e o material de descarte segue um caminho diferente do lixo doméstico.

1. **Lixo** hospitalar: proveniente de hospitais, farmácias, postos de **saúde** e clínicas veterinárias, esse **tipo de lixo** é composto por seringas, vidros de remédios, algodão e gaze usados, e até órgãos. Esses materiais merecem cuidado especial, uma vez que podem propagar doenças graves.

2. Industrial.

3. Agrícola.

4. Material Radioativo.

5. Lixo Eletrônico.

6. Outros

Relatório do Banco Mundial alerta para um crescimento perigoso da quantidade de resíduos gerados daqui até 2050, e os tipos de lixo incluem todo material descartado que possui um destino incerto de doenças, como o câncer, mutações genéticas e, nos piores casos, a morte. Aproximadamente 7,7 milhões de toneladas de **lixo** são destinados a aterros sanitários.

Estes números de doenças por Óbitos são controladas pela instrução normativa:

13. LEI E LEGISLAÇÃO – AUMENTO DE DOÊNCAS EM RECÊN - NASCIDOS, CRIANÇAS INDIGENAS DEFICIENTES, FILHOS DE MILITARES E POPULAÇÃO NOS PROXIMOS ANOS.

LEI Nº 8.069/90

ART. 1º - ESTA LEI DISPÕE SOBRE A PROTEÇÃO INTEGRAL Á CRIANÇA E AO ADOLESCENTE, PELO PAI E MÃE, NA FORMA DO QUE DISPUSER A LEGISLAÇÃO CIVIL, ASSEGURADO A CRIANÇA E AO ADOLESCENTE.

ECA – ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE- PLANALTO.

ART. 1º ESTA LEI DISPÕE SOBRE A PROTEÇÃO INTEGRAL Á CRIANÇA E AO ADOLESCENTE, PELO PAI E PELA MÃE, NA FORMA DO QUE DISPUSER A LEGISLAÇÃO CIVIL, ASSEGURADO A CRIANÇA E AO ADOLESCENTE.

ECA – ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE- PLANALTO.

MARCO TEÒRICO – Parte I notas introdutórias, fundamentação teórica e metodológica. Notas introdutórias – Teses – Saúde Pública – Fiocruz/ ENVISA/Ministério da saúde/ Legislação da saúde. – O gráfico evidencia a tendência de queda do CMI no Brasil e regiões nos últimos 100 anos: Gráfico – Coeficiência da Saúde Infantil, Brasil, os 100 anos de Saúde Infantil – (Revista acadêmica - Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE) Capa do Jornal e revista francesa *Le Journal des Savants*- Journal of management and primary Health Care saúde doença da criança indígena – Folha de Boa vista e saúde indígena – Cooperação Internacional da saúde indígena.

LEI 8.069/90 | LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990, PRESIDENTE DA REPÚBLICA.

EDUCAÇÃO: UM DIREITO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE HOSPITALIZADOS, O HOSPITAL NÃO PODE SER COMPREENDIDO PELA CRIANÇA, DAS DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS OU TRANSMISSÍVEIS SEGUIDA PELO AUMENTO DA LEGISLAÇÃO QUE GARANTE A EDUCAÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE HOSPITALIZADO.

FIORUCRUZ: A JUSTIÇA PROTEGE A CRIANÇA E O ADOLESCENTE CONTRA MOVIMENTO ANTIVACINAÇÃO, A LEI DIZ SER “OBRIGATÓRIA” A VACINAÇÃO DAS CRIANÇAS NOS CASOS: SARAMPO, CATAPORA, CAXUMBA E OUTRAS.

14. DAS MEDIDAS

As medidas emergenciais são importantíssimas aqui, pois com elas tomaram as novas instruções normativas junto com as que já foram sancionadas a população como as de isolamento social, lockdown e uso de mascarás .

Medidas de como nos precisamos controlar e extinguir essas doenças do planeta, como: Intervenção com temáticas, severos artigos e legislações e severas seções de artigos temáticos, novos cartazes de lei seca de campanhas de doenças, tratamentos gratuitos (Cartazes grandes, banner com Lei seca da doença com a nova instrução normativa da lei), remédios gratuitos, acessos a informações a prevenção da doença e cura.

Obs.: A imprudência com o sanitário e falta de fiel responsabilidade e continua ainda desde o passado com o sanitário do urbano da cidade. (A seriedade da economia neste caso tem uma historia marcante na historia dos parasitários na humanidade por imprudência com a sanitária urbana, onde temos um exemplo à peste negra na Europa que dizimou a população na Europa, com isto temos como a mesma situação ainda acontecendo atualmente com imprudência econômica político com a falta fiel responsabilidade com o sanitário do urbanismo da cidade.).

Estes números de doenças por Óbitos são controladas pela instrução normativa:

MARCO TEÓRICO – Parte I notas introdutórias, fundamentação teórica e metodológica. Notas introdutórias – Teses – Saúde Pública – Fiocruz/ ENVISA/Ministério da saúde/ Legislação da saúde. – O gráfico evidencia a tendência de queda do CMI no Brasil e regiões nos últimos 100 anos: Gráfico – Coeficiência da Saúde Infantil, Brasil, os 100 anos de Saúde Infantil – (Revista acadêmica - Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE) Capa do Jornal e revista francesa *Le Journal des Savants*- Journal of management and primary Health Care saúde doença da criança indígena – Folha de Boa vista e saúde indígena – Cooperação Internacional da saúde indígena.

15. LEI E LEGISLAÇÃO – NOVAS SOLUÇÕES E CURAS PARA DOENÇAS EM RECÉM-NASCIDOS, E CRIANÇAS INDÍGENAS DEFICIENTES, FILHOS DE MILITARES E POPULAÇÃO.

LEI Nº 8.069/90

ART. 1º - ESTA LEI DISPÕE SOBRE A PROTEÇÃO INTEGRAL À CRIANÇA E O ADOLESCENTE, PELO PAI E PELA MÃE, NA FORMA DO QUE DISPUSER A LEGISLAÇÃO CIVIL, ASSEGURADO A CRIANÇA E O ADOLESCENTE.

16. DOS FATOS

1. JUSCELINO KUBITSCHEK, Saúde:

Lei nº 3.820 de 11 de novembro de 1960 DOU do ano de 21/11/1960, Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Farmácia, e dá outras Providências.

Brasília, 11 de novembro de 1960; 139º da Independência e 72º da República.

Juscelino Kubitschek

S. Paes de Almeida

Clóvis Salgado

Allyrio Sales Coelho

Pedro Paulo Penido

Nota: Com a presidência do Brasil por Juscelino Kubitschek, tivemos o marco inicial da saúde no Brasil e a reforma sanitária e inauguração de vários hospitais, que foram importantíssimas na época em que o país ainda sofria política de colonialismo de fármacos e severas corrupções, onde o país não tinha unidades de saúde e era um total caos. **(Hospitais inaugurados por Juscelino Kubitschek: Primeiras unidades hospitalares do Distrito Federal, Hospital Distrital, Hospital Juscelino Kubitschek, Hospital de base, Hospital Sarah Kubitschek).**

MARCO TEÓRICO – Parte I notas introdutórias, fundamentação teórica e metodológica. Notas introdutórias – Teses – Saúde Pública – Fiocruz/ ENVISA/Ministério da saúde/ Legislação da saúde. – O gráfico evidencia a tendência de queda do CMI no Brasil e regiões nos últimos 100 anos: Gráfico – Coeficiência da Saúde Infantil, Brasil, os 100 anos de Saúde Infantil – (Revista acadêmica - Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRPEE) Capa do Jornal e revista francesa *Le Journal des Savants*- Journal of management and primary Health Care saúde doença da criança indígena – Folha de Boa vista e saúde indígena – Cooperação Internacional da saúde indígena.

2. HISTÓRIA DA LEI E LEGISLAÇÃO DE MERCADO E FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL E NO MUNDO:

1. Os preços caríssimos, perversidade e mercenarismo dos fármacos da política de monopólio da saúde:

As economias e porcentagens oferecido para as pessoas e comunidades por empresas de equipamentos e saúde e fármacos, desde lá para cá trazem grandes infrações monetárias, desvalorização, distornos econômicos, e esses primeiros preços de tecnologias hospitalar só utilizavam pessoas de melhor renda financeira, esta é a verdade, é triste e lamentável.

Com a transição do Brasil colônia tornando-se independente as primeiras Empresas públicas de fármacos do Brasil tiveram muitas dificuldades econômicas e financeiras com severas precariedades, anos após aparecem milionárias.

A empresa **BAYER** que teve propaganda da malária (Cloroquina) no período da 2ª Guerra Mundial (1939 – 1945) começaram as pesquisas sobre guerra química.

O marco inicial da instrução normativa da Lei e legislação no Brasil foi muito importante para organização e controle dos químicos e fármacos no nosso decorrer de história com a guerra e os conflitos de mercados e industrialização da saúde.

A empresa BAYER, empresa de equipamentos muito importante na época da 2ª guerra mundial, e que fabrica equipamentos de saúde e fármacos, e outros equipamentos, desde a 2ª guerra mundial, tem muitos processos judiciais por mortes atualmente, e outras empresas com muitos problemas com preços e problemas com processos judiciais, empresas espaciais como:

2. Empresas de equipamentos de saúde e espacial com falhas:

- BAYER
- INTEL,
- Lifemed,
- Biocam,
- Medicalway,
- As empresas Etiópia medicamentos na Etiópia,
- As empresas japonesa Fujifilme medicamentos e Hisamitsu Pharmaceutical.
- Até a Gaza medicamentos no oriente médio.
- E muitas outras empresas.

3. Estatal de medicamentos vem sendo privatizada:

E outro problema severo, e a estatal de medicamentos empresas, empresa estatal de medicamentos, que vem sendo vendida para outros empresários públicos de outros países.

A Indústria de **medicamentos** genéricos teve origem na década de 60, por iniciativa do governo dos Estados Unidos – primeiro país a adotar essa política – onde os **medicamentos** genéricos representam atualmente 72% do receituário médico e entram no mercado, em média, três meses após expiração da patente.

Não se falando também da Legislação da mídia e marketing falsa e perversa de mercado dessas empresas, com várias mídias falsa de mercado e até falsa televisão e até cinema falso, e enfim umas infinitas empresas, Irresponsáveis, mercenárias, Com “MALIGNIDADE ECONÔMICA E SEM AMOR AO FETO HUMANO, E QUE NÃO TEM AMOR AO FETO HUMANO e calaram a boca do recém-nascido e criança com essas táticas de mercado”.

Empresas com vários problemas com preços, e com vários problemas com processos judiciais.

Se for contar a verdade dessa situação dessas legislações dessas empresas com vários problemas com processos, isso é catastrófico.

O tribunal deixou muito essas legislações dessas empresas abusarem com essas táticas de mercado, então isso é um problema da legislação de empresas.

Tem muitas mais informações técnicas com gráficos, que estas empresas apresentam, com severos problemas com legislações de preços.

6. Lei e legislação da Anvisa suspende comercialização de medicamentos por falhas em produção, a lista completa está no site da Anvisa:

1. Medicamentos com falhas:

Epocler, Dipirona sódica, Amoxicilina, Maracugina, Coristina e Biotônico Fontoura, anticoncepcional Microvlar, do Androcur para câncer de próstata, cloroquina, hidroxiclороquina, e outros,

2. Empresas de medicamentos com falhas:

Hypermarcas
 Brainfarma Farmacêutica
 Schering do Brasil
 Roche medicamentos
 J C Bressaglia Distribuidora ME
 Medlecy Distribuidora Ltda
 Outras demais,
 Outras que tiveram por fim,

Uma análise dos documentos oficiais do Ministério da Saúde mostra a situação atual do parque de laboratórios públicos e o alastramento do covid, com a existência de problemas de ordem política, administrativa e de funcionamento, e também à baixa capacitação tecnológica e à escassez de recursos humanos qualificados, o relatório da CPI dos medicamentos é um documento central para a análise das visões em diferentes segmentos envolvidos com pesquisa, produção, controle e consumo de medicamentos, tem sido insolúveis e perdidos.

Mercados Farmacêuticos; Política Nacional de Medicamentos; Laboratório Oficial, consumo é fortemente controlado pela necessidade de prescrição médica, e muitos remédios são consumidos sem receita e muitos medicamentos são reprovados para consumo. A diferenciação dos produtos por classe terapêutica, princípio ativo, composição química e embalagens gera um desequilíbrio ao consumidor, dificultando a escolha do produto. É, portanto, um setor baseado em ciência, cuja principal fonte de inovação e a diferenciação dos produtos que são do conhecimento de ciência e tecnologia (C&T) e das atividades de P&D das empresas.

Há várias denúncias de superfaturamento de matérias-primas e de abusos nos preços de medicamentos têm colocado, em evidência, o papel regulador do Estado frente a esse segmento industrial com personagem irresponsável. A atuação do Estado com regulador se injustifica, também, pela existência de falhas de mercado no setor, que justificariam a necessidade de uma estrutura de regulação voltada para amenizar os seus efeitos negativos sobre a população. Dentre as principais características que justificariam uma intervenção do Estado, podemos assinalar as seguintes: mercados concentrados, elevadas barreiras à entrada, demanda inelástica, variações nos preços dos produtos e assimetria de informações, o que exige contar com linhas de financiamento barato e gratuito para a aquisição e o acesso a medicamentos essenciais e campanhas de promoção do uso, caberia estabelecer normas para a produção, registro, comercialização, distribuição e dispensação de medicamentos.

Também, cabe uma ação continuada na formação e atualização de recursos humanos que lidam com a dispensação e a prescrição de medicamentos, em farmacoterapia, isenta do viés comercial hegemônico.

3. Monopólio e oligopólicas

Empresas estatais de medicamentos estrangeiras ou nacionais, públicas ou privadas:

Na atual pandemia, são aproximadamente 400 (quatrocentas) empresas farmacêuticas no Brasil. Dessas, vinte multinacionais dominam cerca de 80% do mercado, enquanto as 380 empresas de capital nacional são responsáveis por, aproximadamente, 20% do faturamento total. Dentre as empresas nacionais, destaca-se a Aché, que se mantém entre as dez maiores do setor. Cabe argumentar que o parque industrial brasileiro de medicamentos é bastante desenvolvido com relação à capacidade de fabricação de produtos finais. Se constata esse desenvolvimento na produção, que evidencia-se forte dependência da importação de farmacológicos. O desmantelamento de parte significativa do complexo industrial de química fina do Brasil promoveu o aumento da dependência da importação de matérias-primas pela indústria farmacêutica.

Programas de saúde pública em assistência farmacêutica insuficientes para a população e taxativo. De uma maneira geral, o conjunto de laboratórios públicos é capaz de produzir, aproximadamente, 11 bilhões de unidades farmacêuticas/ano, com 195 apresentações farmacêuticas, abrangendo mais de 107 princípios ativos. A produção desses laboratórios representa cerca de 3% da produção nacional em valor e 10% em volume equivalente a cerca de 10% do total de compras em medicamentos do Ministério da Saúde (MS) na atual pandemia.

Na atual pandemia, podemos observar uma nítida predominância de laboratórios vinculados aos governos estaduais:

O contador do estado argumenta que, apesar de a dependência externa em matéria de medicamentos ser um problema comum aos países em desenvolvimento, o Brasil é um dos poucos países a possuir um parque público estatal de produção de medicamentos, instalado em várias regiões do território nacional. Constitui, portanto, um importante patrimônio público formado por 18 laboratórios, alguns com quase duzentos anos de fundação, os quais não equilibra no abastecimento de medicamentos ao setor público, especialmente daqueles destinados a importantes doenças endêmicas que afligem a população, sem grande interesse comercial para o setor privado.

4. Lista de Empresas estatais de medicamentos e saúde

Central de Medicamentos (CEME)
 Relação Nacional de Medicamentos Básicos (RMB)
 Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)
 Política Nacional de Medicamentos (PNM)
 Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)
 Laboratórios oficiais em rede, Rede Brasileira de Produção Pública de Medicamentos
 Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A. (CONCEIÇÃO)
 Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (HEMOBRÁS)
 Ebserh
 HCPA
 GHC
 Outras demais,
 Outras que tiveram por fim,

5. Lista de laboratórios Oficiais Estatais

- Bio-Manguinhos – Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos - Rio de Janeiro (RJ)
- Far-Manguinhos – Instituto de Tecnologias em Fármacos - Rio de Janeiro (RJ)
- Fundação Ezequiel Dias (FUNED) - Belo Horizonte (MG)
- Fundação para o Remédio Popular (FURP) - Guarulhos (SP)
- Indústria Química do Estado de Goiás (IQUEGO) - Goiânia (GO)
- Instituto Vital Brazil (IVB) - Niterói (RJ)
- Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco S.A. (LAFEPE) - Recife (PE)
- Laboratório Farmacêutico do RGS (LAFERGS) - Porto Alegre (RS)
- Laboratório Químico Farmacêutico da Aeronáutica (LAQFA) - Rio de Janeiro (RJ)
- Laboratório de Ensino, Pesquisa e Extensão em Medicamentos e Cosméticos / Unidade de Produção de Medicamentos. FUEM (LEPEMC / UPM) – Fundação Universidade de Maringá - Maringá (PR)
- Laboratório Industrial Farmacêutico de Alagoas S.A. (LIFAL) - Maceió (AL)
- Laboratório Industrial Farmacêutico do Estado da Paraíba (LIFESA) - João Pessoa (PB)
- Laboratório Farmacêutico da Marinha (LFM) - Rio de Janeiro (RJ)
- Laboratório de Produção de Medicamentos (LPM) - Londrina (PR)

- Laboratório Químico Farmacêutico do Exército (LQFEX) - Rio de Janeiro (RJ)
- Laboratório de Tecnologia Farmacêutica (LTF) - João Pessoa (PB)
- Núcleo de Pesquisa em Alimentos e Medicamentos (NUPLAM) - Natal (RN)
- Fundação Universidade do Amazonas (FUAM) - Amazonas (MA)
- Núcleo de Tecnologia Farmacêutica (NTF) - Teresina (PI)
- Hemobrás – Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia - Brasília (DF)
- Outros,

Estes números de doenças por Óbitos são controladas pela instrução normativa:

17. LEI E LEGISLAÇÃO – MERCADO E FINANCIAMENTO DETRATAMENTOS E TERAPIAS PARA CURA DE DOÊNCIAS EMRÉCEN- NASCIDOS, CRIANÇAS INDIGENAS DEFICIENTES, FILHO DE MILITARES E POPULAÇÃO.

Lei nº 13.930/19, recursos para pesquisa de medicamentos, vacinas e terapias para doenças raras ou negligenciadas pela indústria farmacêutica.

Lei nº 10.205/ 2001, o § 4º art.199º art. 1º, Art. 10º e 15º emenda nº7, componentes e hemoderivados do sangue, relativo á coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, estabelece o ordenamento institucional indispensável á execução adequada dessas atividades, e dá outras providencias lei nº 8. 974/1995, lei da biossegurança, produção e comercialização de organismos geneticamente modificado e a pesquisa de células tronco.

18. A LEI E LEGISLAÇÃO DO MERCADO FARMACEUTICO, MEDICO, E DE EMPRESAS DE SAÚDE E EMPRESAS DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE:

1. LEI E LEGISLAÇÃO DA ANVISA:

Estas têm um papel significante na sociedade sem a legalização, organização e judicial não serão possíveis às soluções para os problemas da cura.

MARCO TEÓRICO – Parte I notas introdutórias, fundamentação teórica e metodológica. Notas introdutórias – Teses – Saúde Pública – Fiocruz/ ENVISA/Ministério da saúde/ Legislação da saúde. – O gráfico evidencia a tendência de queda do CMI no Brasil e regiões nos últimos 100 anos: Gráfico – Coeficiência da Saúde Infantil, Brasil, os 100 anos de Saúde Infantil – (Revista acadêmica - Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE) Capa do Jornal e revista francesa *Le Journal des Savants*- Journal of management and primary Health Care, saúde doença da criança indígena – Folha de Boa vista e saúde indígena – Cooperação Internacional da saúde indígena.

Quando se trata de Legislação de financiamento público para tratar dessas doenças em recém - nascidos à questão é miserável, veja só:

A cara de pau da Legislação da **ANVISA** diz que:

Essas pesquisas e custas para esses tratamentos são muitos caros e absurdos.

E a Legislação da ANVISA com a maior cara de pau diz:

“Que não pode comprá-las para disponibilizar para a população por serem muito caras”.

E a Legislação de preços de alimentos farmacêuticos para maternos infantis, ao exemplo dos alimentos farmacêuticos para neonatal que custam absurdos, sendo isso monopólio.

Tudo isso é um absurdo, uma legislação de preços altíssimos e absurdos, e isso é um homicídio, um assassinato, um extermínio, matança e também um estúpido atraso.

Estes números de doenças por Óbitos são controladas pela instrução normativa:

19. LEI E LEGISLAÇÃO – MERCADO E FINANCIAMENTO DE TRATAMENTOS E TERAPIAS PARA CURA DE DOENÇAS EMRÉCEN-NASCIDOS, CRIANÇAS INDIGENAS DEFICIENTES, FILHO DE MILITARES E POPULAÇÃO.

Lei nº 13.930/19, recursos para pesquisa de medicamentos, vacinas e terapias para doenças raras ou negligenciadas pela indústria farmacêutica.

Lei nº 10.205/ 2001, o § 4º art.199º art. 1º, Art. 10º e 15º emenda nº7, componentes e hemoderivados do sangue, relativo á coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, estabelece o ordenamento institucional indispensável á execução adequada dessas atividades, e dá outras providencias lei nº 8. 974/1995, lei da biossegurança, produção e comercialização de organismos geneticamente modificados e a pesquisa de células tronco.

20. LEI E LEGISLAÇÃO DOS PRINCIPAIS TRATAMENTOS E TERAPIAS:

Aqui estão os tipos de artigos e legislações de tratamentos e terapias que já são controlados pela nova Lei e Legislação com instrução normativa:

- **ESCANNER** - Escaneamento e Fabricação de tecidos, órgão e sangue sadio.
- **CÉLULAS TRONCO** – Morte de células já vivas do embrião humanos, a igreja abomina.
- **QUIMIOTERAPIA** - Seções de medicamentos e quimiológicos enfrentam problemas por Óbitos.
- **RADIOTERAPIA** – Tratamento com laser tem média de cura 80%.

Estes números de doenças por Óbitos são controladas pela instrução normativa:

21. LEI E LEGISLAÇÃO – TIPOS DE TRATAMENTOS E TERAPIAS PARA CURA DE DOENÇAS EM RECÉM-NASCIDOS, CRIANÇAS E CRIANÇAS INDÍGENAS DEFICIENTES, FILHOS DE MILITARES E POPULAÇÃO.

INSTRUÇÃO NORMATIVA – IN Nº 46, DE 21 e 22 DE AGOSTO DE 2019:

ART. 7º – Os hemoderivados ou medicamentos derivados do sangue ou plasma humano devem cumprir as Diretrizes Gerais de fabricação...

ART. 22 – A distribuição/ e ou produção de derivados do sangue produzidos no país ou importados será objeto de regulamentação por parte do Ministério da Saúde.

LEI Nº 10.205, DE 21 DE MARÇO DE 2001 - PORTAL CAMARÃ DOS DEPUTADOS (Projeto de Lei 1/99 – Projeto Gente).

MARCO TEÓRICO – Parte I notas introdutórias, fundamentação teórica e metodológica. Notas introdutórias – Teses – Saúde Pública – Fiocruz/ ENVISA/Ministério da saúde/ Legislação da saúde. – O gráfico evidencia a tendência de queda do CMI no Brasil e regiões nos últimos 100 anos: Gráfico – Coeficiência da Saúde Infantil, Brasil, os 100 anos de Saúde Infantil – (Revista acadêmica - Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRPEE) Capa do Jornal e revista francesa Le *Journal des Savants*- Journal of management and primary Health Care saúde doença da criança indígena – Folha de Boa vista e saúde indígena – Cooperação Internacional da saúde indígena.

22. HOSPITAIS MILITARES - EQUIPAMENTOS DE TRATAMENTOS, TERAPIAS E FARMACOS:

Hospital militar do Brasil que prega um militarismo de fins pacíficos e o socorrista humanitário que já tinha vários problemas na saúde militar, sofre com o alastramento da pandemia do covid, a instituição não escapou desde caus., onde quem faz esses socorros humanitários e o hospital militar.

Decreto de 9 de fevereiro de 1808, transição do Brasil colônia os hospitais militares recebem as primeira tecnologias em saúde, temos o fusex, saúde naval e hospital da aeronáutica que é assistência a saúde á família militar, para associados, civis, crianças indígenas, recém nascidos e também para a população, tem dificuldades a anos neste contexto pelas negligência desses equipamentos de saúde de grandes empresas milionárias.

Outra que equipamentos de saúde militar devem sempre estarem cientificamente compatível, pois destes são feitos os laços bilatérias de segurança mundial.

No período nazista, e no Brasil com o estado novo, a legislação do equipamento hospitalar e de tratamentos e terapias, tivemos os proprietários empresários desses equipamentos, que são os mesmos empresários proprietários ainda até os dias de hoje.

Onde enfrentamos grandes problemas com óbitos por falhas desses novos equipamentos tecnológicos hospitalares, onde chegam a morrer muitas crianças filhos de militares, crianças civis, crianças indígenas e outros.

Para piorar a situação, o Supremo Tribunal Federal (STF) proibiu que hospitais militares comecem a atender pacientes civis com Covid-19. Segundo a publicação, o pedido teria partido dos partidos políticos PT, PSOL, PCdoB, DEM, PSDB.

Mais notícias - Procuradoria Geral do Estado do Pará

<https://www.pge.pa.gov.br › noticias>

Na última sexta-feira (15) o Governo do Pará de duração do estendendo o “lockdown” de dez municípios para o dia 24 de maio. Até o dia 18 de maio, o estado havia 14.734 casos confirmados e 1.330 óbitos por coronavírus. Dos 375 leitos exclusivos para Covid-19 de UTI adulto, pediátrica e neonatal, 309 estavam ocupados. Os dados são da do Pará.

Mais notícias - Procuradoria Geral do Estado do Pará

[https://www.pge.pa.gov.br > noticias](https://www.pge.pa.gov.br/noticias)

Nota, que o hospital militar e o encarregado de todos os hospitais de cuidar da saúde da população, olha, que morreram muitos filhos de militares e militares com a covid, mais a problemática não deixa se ser a insuficiência e falha de equipamentos de saúde.

Exemplo na saúde infantil indígena:

[https://deolhonosruralistas.com.br > noticias](https://deolhonosruralistas.com.br/noticias)

“Coronel quem comanda a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), órgão que testemunha — em meio a diversas acusações de omissão — a explosão de casos de Covid-19 entre as etnias. Já são 146 os povos atingidos no Brasil, com 24.246 indígenas infectados pelo novo coronavírus. Ao contrário do que aconteceu com os ministros da Saúde, Silva se mantém no cargo.”
[https://deolhonosruralistas.com.br > noticias](https://deolhonosruralistas.com.br/noticias)

“A porcentagem de indígenas mortos por Covid-19 (3,2%, caso o critério seja esse universo oficial de atendidos pela Sesai), segue uma proporção bem maior que a do restante da população brasileira: 3,1 milhões de casos (1,5%) para uma população de 210 milhões. Só que os números da Sesai sobre infectados e mortos é bem menor que os compilados pelas organizações indígenas; as mortes, por exemplo, não chegam à metade.”
[https://deolhonosruralistas.com.br > noticias](https://deolhonosruralistas.com.br/noticias)

A secretaria foi criada pelo Ministério da Saúde em 2010 e é responsável pela garantia de atenção básica de saúde aos indígenas. O órgão coordena o Sistema de Atenção à Saúde Indígena (Siasi), um subsistema do Sistema Único de Saúde (SUS). O atendimento é dividido em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), que atendem 760,3 mil indígenas em todo o país.
[https://deolhonosruralistas.com.br > noticias](https://deolhonosruralistas.com.br/noticias)

O orçamento da Sesai para 2020 é ainda menor: foi destinado à pasta.

O Ministério da Saúde informou em nota que destinou em ações específicas de proteção aos indígenas para enfrentamento da doença.

Segundo a Sesai, o número de casos de Covid-19 entre indígenas no Brasil é de 18.404, com 322 mortes, de acordo com divulgado na última terça (11). O órgão conta apenas os casos e mortes confirmadas entre indígenas aldeados, que somam mais de 750 mil. <https://deolhonosruralistas.com.br/noticias>

Nesses fatos o estatal de tecnologia em saúde, continua o controle da política de monopólio.

Estes números de doenças por Óbitos são controladas pela instrução normativa:

23. LEI E LEGISLAÇÃO – TRATAMENTOS E TERAPIAS PARA CURA DEDOEÇAS EM RÉCEN-NASCIDOS, CRIANÇAS INDIGENAS DEFICIENTES, FILHOS DE MILITARES E POPULAÇÃO EM HOSPITAIS MILITARES.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA , usando das atribuições, artigo 81, item III da Constituição.

Lei nº 6.880, art. 50 de 9 de dezembro de 1980 (Estatuto dos Militares), em conformidade com os dispositivos dos artigos 76 e 82 da Lei nº 5.787, de 27 de junho de 1972(lei de Remuneração dos Militares):

Art. 1º – O militar da Marinha, do Exército e da Aeronáutica e seus dependentes tem direito á assistência médico-hospitalar, sob a forma ambulatorial ou hospitalar, conforme às condições estabelecidas neste decreto e nas regulamentações específicas das forças singulares.

Art.2º - A assistência médico hospitalar, a ser prestada ao militar e seus dependentes, será proporcionada através das seguintes organizações de saúde: I,II,III, IV, V e §1§2....

XXXII – Tratamento – é o conjunto de meios terapêuticos utilizados pelos profissionais habilitados para a cura ou alívio do paciente;

MARCO TEÓRICO – Parte I notas introdutórias, fundamentação teórica e metodológica. Notas introdutórias – Teses – Saúde Pública – Fiocruz/ ENVISA/Ministério da saúde/ Legislação da saúde. – O gráfico evidencia a tendência de queda do CMI no Brasil e regiões nos últimos 100 anos: Gráfico – Coeficiência da Saúde Infantil, Brasil, os 100 anos de Saúde Infantil – (Revista acadêmica - Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE) Capa do Jornal e revista francesa *Le Journal des Savants*- Journal of management and primary Health Care saúde doença da criança indígena – Folha de Boa vista e saúde indígena – Cooperação Internacional da saúde indígena.

24. LEI E LEGISLAÇÃO - EXAMES, PERÍCIAS LAUDOS CATAVERICOS E AUTOPSIAS:

1. Corpos de crianças e adultos intactos que rejeitam a se decompor:

Há muita obscuridade, dúvidas e falta de fiscalização em termos de lei para a Tanatopraxia antigo embalsamento que é realizada com aplicação de **produtos químicos** no **corpo** do **falecido**, o que se desconfia e que há criminalidades envolvendo uso de outros produtos químicos anestésicos usados para a prolongação estúpida de o defunto que tem a total conservação durante anos, e até mesmo produtos químicos anestésicos radiotivos usados criminosamente na intenção de manter corpos falecidos possivelmente ainda vivos sepultados até a morte, um escanda-lo ao poder público. .

Corpos sem vida com fé-pública: a perícia necroscópica no Instituto Médico Legal do Rio de Janeiro:

A definição medico legal da morte de uma criança ou adulto é uma atividade social e burocrática realizada por uma instituição em particular, o Instituto medico legal Afranio Peixoto, no Rio de Janeiro. Analizando os efeitos da institucionalização dos processos de morrer e da morte, são descritos de forma etnográfica todos os procedimentos em relação a um cadáver inclusive as perícias necroscópicas que estabelecem um cadaver como uma pessoa morta e os procedimentos institucionais e burocráticos necessários para a legitimação desta definição. Destacando a figura do perito médico legista, é elucidado como, no Instituto Médico Legal do Rio de Janeiro, estes profissionais atuam como mediadores na relação entre corpos e papéis, sendo sua assinatura aquilo que provê fé publica aos papeis dos corpos.

Corpo de menina sepultada há 10 anos estava intacto - Brasil ...

brasil.estadao.com.br › noticias › geral,corpo-de-menin...

13 de mar. de 2003 — Ao abrir-se a gaveta de uma sepultura vertical, onde seria enterrado o tio da menina Marli Aparecida Ribeiro, morta há quase dez anos, ...

Não encontrados: ~~rejeitam~~ | Precisa incluir: rejeitam

Uma crítica à produção do TDAH e a administração de drogas ...

www.scielo.br › [scielo](#)

de BA Cruz · 2016 — Una **crítica** de la producción TDAH y la administración de medicamentos a los niños ... Há uma utilização exacerbada de diagnósticos que **se** referem a problemas ... em seus efeitos sobre os **corpos de crianças** encaminhadas por escolas aos ... de sintomas no público infanto-juvenil, quando comparado ao público **adulto**.

Não encontrados: ~~intactos rejeitam decomper?~~

2. Corpos na sepultura que são encontrados virados de bruso no caixão depois de anos enterrados e mortos do covid são enterrados sem laudos, corpos são encontrados dentro de sacos em caixões sepultados:

São inúmeros e absurdos os casos no Brasil de defuntos que supostamente teriam tido cataplêpsia durante estarem no caixão sepultado e virarem de bruso, um fenômeno mal explicado pela ciência e a saúde nas mídias (Não conclusões de Investigações).

Outro escândalo que marca a história Brasileira e o numero de mortos pelo covid que tiveram que ser enterrados em cemitérios improvisados as presas muitos até sem velório e milhões deles sem laudos públicos.

Ossada 'virada' atrai curiosos - Folha de Londrina

www.folhadelondrina.com.br › [Folha Cidades](#)

3 de abr. de 1997 — As famílias têm até o final do ano para transferir os **corpos** recém-**enterrados** e ossadas. ... Segundo o coveiro Reginaldo Vieira Matos, 54 **anos**, havia no local ... O cemitério velho tem 1 alqueire e 1.136 **sepulturas** - já está ... Outra hipótese é que o **corpo** tenha sido **virado** no momento em que o **caixão** foi ...

Você visitou esta página 2 vezes. Última visita: 18/03/21

Não encontrados: ~~bruso enterados~~

Itália encontra esqueleto de menina enterrada de bruços ...

www.uol.com.br › [tilt](#) › [redacao](#) › [2014/10/07](#) › [esquel...](#)

7 de out. de 2014 — Como outros enterros diferentes, em que os mortos eram **enterrados** com um ... humilhar os mortos e impedir o indivíduo de subir da **sepultura**. "Em particular, o enterro [do **corpo** de bruços] estava ligado à crença de ... e têm ocorrido em todo o mundo a partir de 26 mil **anos** atrás até o início do século 20.

Não encontrados: ~~sepultura virados bruso enterados~~

Coronavírus: cemitério de SP já tem mais enterros e abre ...

saude.estadao.com.br › notícias › geral,coronavirus-ce...

Enterro no cemitério da Vila Formosa, na zona leste de **São** Paulo FELIPE RAU/ESTADAO ... Um dos enterros foi o do aposentado Carlos Eduardo Florencio, de 65 **anos**. ... Deu entrada no hospital às 20h30 **e** morreu **após** uma hora. ... Seis Estados admitem enterrar **corpos** sem laudo de coronavírus **e** apuram 390 mortes ...

Não encontrados: ~~virados bruso~~

veja.abril.com.br › brasil › sao-paulo-compra-5-000-sa...

São Paulo compra 5 000 sacos para enterrar vítimas de ...

8 de abr. de 2020 — Pedido atendeu a especificações técnicas para manejo de **corpos** com alto ... 5 000 **sacos** especiais para **enterrar** exclusivamente vítimas de coronavírus nos ... impermeável, antes de serem colocados **dentro** das urnas funerárias. ... como insuficiência respiratória, são sepultados em **caixões** lacrados.

esportes.yahoo.com › notícias › familias-abrem-caixoes...

Famílias abrem caixões lacrados em Manaus para ter certeza ...

29 de abr. de 2020 — Famílias abrem **caixões** lacrados à beira das covas coletivas para ter certeza de ... “Não é o certo, mas do jeito que está a coisa, estamos deixando para evitar ... colada ao **caixão** ou nos **sacos** plásticos que envolvem os **corpos** com fita ... **Encontrada** vagando em comunidade há cinco meses, modelo está ...



25. LEI E LEGISLAÇÃO - SAÚDE, PERÍODO NAZISTA NO BRASIL

1. Nazismo e Facismo da saúde:

A pertinência ou não do uso do conceito de revolução para movimentos e regimes de direita e mesmo de extrema-direita a partir da Itália fascista e da Alemanha nacional socialista, o que eram seu lema e foco a sua raça etiológica superior, com isso atacar e exterminar outras raças etiológicas de economia pobre do mundo, uma vez que a saúde e hospital nazista era a sua maior potência e força. Examina as principais correntes sobre o tema, cotejando historiadores importantes na citada polêmica, assim como certos discursos das lideranças fascista e nazista obscuramente teve ordenanças militares aos representantes de governos das outras repúblicas de países, inclusive o Brasil nessa época, tais fatos em decorrência que poderiam ser magistrados medicamente por **Juscelino Kubitschek** dando resposta como há o que se dar consequências e transtornos a se aplicar coercitivos sem coerências em repúblicas.

Nessa mesma época o Brasil sofria com as doenças, tais como malária, leishmaniose, doença de Chagas, peste, etc.

JUSCELINO KUBITSCHKEK, **"O Brasil não é só doença": o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek "Brazil isn't only disease": Juscelino Kubitschek's public health program** - Analisa o programa de saúde do candidato à Presidência da República Juscelino Kubitschek e seu diálogo com interpretações que identificavam o Brasil como '**país doente**' a ser recuperado pela medicina. Os contextos nacional e internacional são marcados pela ideia de desenvolvimento e pelo otimismo sanitário do pós-Segunda Guerra Mundial. Aborda o modo como Kubitschek elaborou, no contexto de seu projeto de desenvolvimento, os temas da centralidade das endemias rurais e do abandono do trabalhador rural, caros ao movimento sanitário da década de 1910, e indica a articulação de saúde e desenvolvimento nesse programa setorial, bem como a introdução de agendas sanitárias emergentes.

Verso:

" Já não somos mais ... o vasto hospital da frase, que se tornou histórica porque verdadeira, da observação clarividente de Miguel Pereira".

Juscelino **Kubitschek,**
candidato à Presidência da República, 1955.

Várias críticas a esse texto.

Uma saída histórica para esse impasse foi proposta pelo grande movimento social do início dos anos 60 no país, liderado e conduzido pelas elites progressistas que reivindicavam 'reformas de base' imediatas, entre as quais uma reforma sanitária consistente e conseqüente. Mas a reação política das forças sociais conservadoras levou ao golpe militar de 1964." (Luz, 1991), daí então derivando vários fatos e colapsos na saúde.

2. Nazismo Saúde

As décadas de 80 e 90

"A crise brasileira agravou-se após a falência do modelo econômico do regime militar, manifestada sobre tudo pelo descontrole inflacionário, já a partir do final dos anos 70. Ao mesmo tempo, a sociedade voltava a mobilizar-se, exigindo liberdade, democracia e eleição direta do presidente da República.

"Desde os anos 70, havia uma certa inquietação no interior do Estado com os gastos crescentes na saúde. A incorporação de grandes contingentes de trabalhadores no sistema de saúde, o desenvolvimento de novas tecnologias médicas mais complexas (encarecendo o atendimento) e a má distribuição destes recursos, tornavam a assistência médica previdenciária extremamente onerosa. Tudo isso, num quadro de crise econômica, prognosticava a falência do modelo.

O movimento sanitário vai ter, portanto, um ponto em comum com os setores até então hegemônicos: a necessidade de racionalizar os gastos com saúde. Do ponto de vista dos sanitaristas, o argumento da racionalização dos gastos podia servir, de um lado, à luta pela quebra do modelo prevalente, uma vez que o setor privado era responsável pelo aumento e pela maior parte das despesas na saúde. De outro lado, possibilitava uma maior democratização do atendimento médico, estendendo-o à população marginalizada que não contribuía diretamente com a Previdência Social.

— Mas JK sabia que a injeção não era suficiente — assinala Muniz. — O presidente abre um debate, que será desenvolvido muito depois em políticas de saúde pública, sobre aspectos ligados a doenças que vão além da tecnologia. Era preciso orientar as populações rurais a adotar mudanças nos hábitos cotidianos de higiene.

‘Ser pobre não é ser sujo’

O projeto era resumido em um trecho de uma cartilha elaborada pelo Departamento Nacional de Endemias Rurais e distribuída aos guardas sanitários durante o seu treinamento: “Ser pobre não é ser sujo! Ensine-lhes o horror à sujeira, às moscas e outras pragas que invadem a casa da gente. Repita-lhes sempre essa quadrinha: Deus que é bom e ama a pobreza sempre a quer em boa limpeza”.

3. RESONANCIA MAGNÉTICA NO BRASIL:

A análise desse período inicia pela descrição e discussão do Programa de Saúde Pública do candidato Juscelino Kubitschek, documento político, marco importante para a elaboração das tecnologias de exames médicos públicos para a população pobre, o que não contam nos livros de histórias sobre esse assunto, no qual são divulgadas as metas e as promessas da campanha presidencial para a área da saúde. Como primeira ação no cumprimento do seu programa, Juscelino cria em 1956 o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), instituição centralizadora dos serviços nacionais de saúde. Nessa empreitada, JK teve o apoio imprescindível do sanitarista e político Mario Pinotti. Principal personagem nacional da saúde pública na década de 1950, Pinotti cria um método de combate à malária. O sal cloroquinado nomeado de Método Pinotti foi reconhecido internacionalmente como importante contribuição brasileira para erradicação mundial da malária. A doença, que estava controlada no início do governo JK, torna-se a mais importante endemia em 1958, quando o Brasil assumiu o compromisso com a Organização Mundial de Saúde (OMS) de converter seus programas de controle em programas de erradicação. Para isso foi instalado um Grupo de Controle e Erradicação da Malária sob a direção de Pinotti. A malária seria uma importante moeda de negociação no contexto da política de desenvolvimento de JK (AU).

No período entre 1950 e 1970 a RM e arteriografia foi desenvolvida e utilizada para análises moleculares físicas e químicas a radiografias e RX, tecnologias que deveriam ser usadas e disponibilizadas para a população pobre, e foram usadas somente por classes burocráticas ricas que tinham condições de usar.

4. “REMÉDIO OU ARMA”, QUIMICO FARMACOLOGICO VS QUIMICO NUCLEAR

A história da invenção e fabricação dos Medicamentos, Armas Nucleares e os Softwares de guerra têm toda a sua origem Alemanha Nazista, os bens Nazistas, o monopólio global.

1943 – SCHERING:

Um bombardeio na noite de 22-23 de novembro destrói totalmente o edifício principal de administração e os principais armazéns da planta Wedding em Berlim.

Schering AG - 1939 1939 - SCHERING

Por ser uma empresa importante para o esforço de guerra, a Schering AG oferece proteção a um grande número de colaboradores sob ameaça de cunho político ou racista contra perseguições do estado e do partido (NSDAP).

1933 – BAYER:

Com 2.200 lâmpadas e diâmetro de 72 metros, a Cruz da Bayer na planta de Leverkusen, na Alemanha, era considerado o maior painel publicitário iluminado independente do mundo.

1921 – BAYER:

Devido ao grande sucesso dos produtos, em 1921 foi fundada a Química Industrial Bayer Weskott & Cia, que, além de importar e comercializar os produtos da Bayer alemã iniciou a produção local de medicamentos, alavancada por Aspirina® e CafiAspirina®.

Sede em Leverkusen - 1912 – BAYER:

A sede da empresa é transferida para Leverkusen.

O tempo em que a Bayer apoiou o nazismo, A Bayer é possivelmente uma das multinacionais da indústria farmacêuticas mais conhecidas do mundo, abrangendo na sua área de negócios fármacos para humanos e animais, produtos médicos generalizados e uma atuação na agricultura com os seus produtos biotecnológicos através da Monsanto. É também conhecida por comercializar a aspirina e outros medicamentos úteis.

O tempo em que a Bayer apoiou o nazismo:

A multinacional farmacêutica beneficiou voluntariamente do nazismo e dos campos de concentração para testar os seus medicamentos. No início dos anos 30, doou 400 mil marcos a Adolf Hitler e ao Partido Nazista.

A Bayer é possivelmente uma das multinacionais da indústria farmacêuticas mais conhecidas do mundo, abrangendo na sua área de negócios fármacos para humanos e animais, produtos médicos generalizados e uma atuação na agricultura com os seus produtos biotecnológicos através da Monsanto. É também conhecida por comercializar a aspirina e outros medicamentos úteis.

Foi a Bayer, juntamente com outros dois gigantes químicos – A BASF e a Hoechst – que desenvolveu o gás cloro (Cl₂) usado na Primeira Guerra Mundial e levou à produção de nitrato sintético para a extração de azoto.

Em 1925, as três empresas e outras duas formaram um cartel – a IG Farben –, que se tornou o líder mundial em farmacêutica, corantes e químicos, sendo o maior conglomerado desta indústria no globo.

A Alemanha que inventou a aspirina comercializou nos meados do século XIX, um dos medicamentos mais explorados pela companhia, as relações entre a IG Farben e o Partido Nazista começaram em 1930, ano em que a empresa se tornou o maior financiador da campanha eleitoral de Adolf Hitler. No ano decisivo antes de Hitler conquistar o poder, a farmacêutica doou 400 mil marcos ao político e ao Partido Nazista.

Após uma reunião em 1932, em que ficou acordado verbalmente um protocolo de trabalho, a empresa e o Partido Nazista estreitaram as suas relações e a IG Farben ganhou uma maior presença industrial, com uma troca assídua de correspondência entre oficiais do regime e chefes da empresa, onde era celebrado o futuro domínio do mundo pela Alemanha.

O gás usado nos campos de concentração para matar os prisioneiros (o sintético Zyklon-B) começou a ser fornecido pela IG Farber, além de outros gases e armamento.

O Holocausto, numa versão muito resumida, resultou na morte de pelo menos seis milhões de judeus e na perseguição e aniquilação sistemática deste povo, mas também a outros grupos considerados "indignos" como ciganos, homossexuais, deficientes físicos e mentais, etc., isto certamente seria ditado nos países conquistados que tinham bases de estratégia como em canal do linguado no rio Grande do Sul no Brasil.

150 mulheres foram mortas durante testes com medicamentos. Mesmo perante este avultado número de mortes, Vetter pediu a Rudolf Höss, então o comandante de Auschwitz, mais 150 mulheres para novos testes, pagando-lhe 170 marcos por elas.

Nos campos de concentração, a IG Farben tinha à sua disposição indivíduos para testar químicos, independentemente dos efeitos secundários que poderiam ocorrer – tinha assim livre passe para fazer experiências em humanos.

O que aconteceu à Bayer depois da guerra? O fim da guerra levou à cisão da IG Farben no ano de 1951, pelo o Conselho de Controlo dos Aliados, ainda que a Bayer continuasse a manter as suas funções.

Em agosto de 1947, o Tribunal de Guerra de Nuremberg iniciou as sessões contra a IG Farben, durante as quais o procurador norte-americano Telford Taylor declarou: "Estes criminosos do IG Farben, não os lunáticos nazista, são os principais criminosos de guerra. Se a culpa destes criminosos não é iluminada e se estes não são castigados, irão representar uma maior ameaça para a futura paz do mundo do que se Hitler ainda estivesse vivo!".

A sentença foi conhecida em 1948: ao todo, dos 24 arguidos, 13 foram sentenciados por crimes de tortura, assassinato em massa e escravidão em territórios ocupados, e culpados de apoiar eventuais invasões a outros países ou de pertencerem à Schutzstaffel (SS).

Fritz ter Meer, o diretor operacional em Auschwitz da IG Farben, viu-lhe aplicada uma sentença de sete anos, mas foi libertado dois anos depois, regressando à direção da Bayer em 1956 até 1964. Todos os arguidos viram reduções de penas similares, depois do chanceler da República Federal da Alemanha, Konrad Adenauer, conceder anistia a todos os que foram presos no decorrer deste processo em 1952.

A BASF e a Hoechst viriam a ter também na sua gestão ex-membros do partido nazista, que também pertenceram à IG Farben. Otto Ambos acabou por trabalhar como consultor na hidrogenização de carvão do Departamento da Energia dos EUA.

As inovações Químicas Farmacológicas e Armas Nucleares na Alemanha e no Brasil industrialização farmacêutica:

Produtos que serviam para fabricação de medicamentos eram também utilizados para Armas químicas como tabun e sarin, a cloroquina antimalárica, a metadona e as metanfetaminas, bem como a pesquisa médica em hipotermia, hipóxia, desidratação e outros, foram todas descobertas nesse período. Problemas severos na nossa atualidade como a mutação de vírus para a cura de pessoas ao mesmo tempo são utilizados como Armas Biológicas continuando a pratica nazista no mundo.

Outros inventos fabricados da Química farmacológica e nuclear na Alemanha que exportaram e influenciaram outros países, inclusive o Brasil, são:

Inventou a aspirina, Vitaminas, suplementos e testosterona, cocaína-morfina, um coquetel hoje conhecido como speedball, Mutaflor, morfina, heroína, analgésicos, outros

Infinidades de Gases: cianeto de potássio, cianeto de hidrogênio.

Técnica de fixação da amônia a partir do nitrogênio do ar serviu tanto à criação de explosivos quanto ao desenvolvimento de fertilizantes baratos para a lavoura de alimentos.

Primeira vez o ingrediente ativo do ópio, no início do século 19. Décadas depois, uma empresa alemã, a Bayer, lançaria um produto derivado do ópio: a heroína (nome que foi escolhido pela empresa por High Hitler: como o uso de drogas mudou o desfecho da 2ª Guerra Os soldados nazistas - e o próprio Führer - usaram quantidades cavalares de droga. Cocaína, metanfetamina e heroína: todas elas alteraram o curso da guerra.

A multinacional farmacêutica beneficiou voluntariamente do nazismo e dos campos de concentração para testar os seus medicamentos. No início dos anos 30, doou 400 mil marcos a Adolf Hitler e ao Partido Nazista.

(Medicamentos usados pelos nazistas no momento da guerra: Aspirina, e outros medicamentos, Pervitin a metanfetamina fabricado pelo laboratório alemão Temmler, por remeter a outro remédio muito popular, a aspirina, que ela também inventou).

A heroína era vendida em farmácias e recomendada para tosse, enxaqueca, insônia e mal-estar.

A indústria farmacêutica se tornou uma das grandes forças econômicas da Alemanha depois da 1ª Guerra. Entre 1925 e 1930, mesmo sem plantar um único botão de papoula, o país já exportava 40% da morfina para o mundo.

Da mesma forma, daí as empresas de outros países logo aprenderam a produzir a metanfetamina.

Dez minutos antes, uma tropa especial havia tomado a dianteira do Exército alemão. O Pionierkommando 36 era um batalhão de cientistas com uniforme militar e máscaras protetoras, liderados por um ganhador do prêmio Nobel de química o alemão Fritz Haber.

MARCO TEÓRICO – Parte I notas introdutórias, fundamentação teórica e metodológica. Notas introdutórias – Teses – Saúde Pública – Fiocruz/ ENVISA/Ministério da saúde/ Legislação da saúde. – O gráfico evidencia a tendência de queda do CMI no Brasil e regiões nos últimos 100 anos: Gráfico – Coeficiência da Saúde Infantil, Brasil, os 100 anos de Saúde Infantil – (Revista acadêmica - Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRPEE) Capa do Jornal e revista francesa *Le Journal des Savants*- Journal of management and primary Health Care saúde doença da criança indígena – Folha de Boa vista e saúde indígena – Cooperação Internacional da saúde indígena.

Ao sinal de Haber, foram abertos 730 cilindros, com 100 quilos cada um, de gás cloro. Assim nasceu a nuvem que castigou os franceses. O saldo: 10 mil mortos e 5 mil feridos.

Otto Hahn, outro ganhador do Nobel que liderou um ataque com gás, foi um dos descobridores do processo de fissão nuclear, usado em bombas atômicas e em usinas nucleares.

A fissão nuclear, reação física que permite a explosão de uma bomba atômica, foi descoberta pelos cientistas alemães Otto Hahn, Fritz Strassman e Lise Meitner, que estavam sob o comando de Hitler.

Após o final da segunda guerra mundial, os bens alemães, fora do território alemão, foram levados a hasta pública nos países aliados e nos países do terceiro eixo, mantendo tanto o nome SCHERING de medicamentos bem como sua estrutura societária. Já nos países aliados, em sua grande maioria, a Schering foi adquirida pelos acionistas americanos dando-se o nome de SCHERING PLOUGH. No Brasil a aquisição foi feita pelo grupo capitaneado por Assis Chateaubriand e sendo vendido aos americanos na década de 60, tornando-se assim uma filial americana da SCHERING-PLOUGH americana.

Em 9 de março de 2009 foi anunciado que a Schering-Plough e Merck se uniram. Em 4 de novembro de 2009 Schering-Plough foi comprada pela Merck & Co e por meio de uma fusão deixou de ser uma empresa-chave e tornou-se uma subsidiária.

História sobre os Farmacêuticos e produtos de consumo:

A Schering foi fundada em 1851 por Ernest Christian Friedrich Schering com o nome Schering AG na Alemanha. Plough, Incorporated foi fundada por um empresário de Memphis, Tennessee chamado Abe Plough (1892–1984) em 1908. Ele pegou \$125 de seu pai para iniciar o negócio aos seus dezesseis anos. Como um negócio de um homem só, ele misturou "óleo de cura anti-séptico de Plough", uma "cura certa para qualquer doença de homem ou animal", e vendeu-o com um carrinho puxado por cavalos. As aquisições da Plough incluíram Aspirina de São José para crianças, Maybelline cosméticos, e Coppertone produtos de pele. Plough também operava uma divisão de radiofusão, atuando em Atlanta, Geórgia; Baltimore, Maryland; Boston, Massachusetts; Chicago, Illinois; e Memphis, Tennessee. Seguindo a entrada dos Estados Unidos na Segunda Guerra Mundial em 1941, o presidente dos Estados Unidos Franklin Delano Roosevelt ordenou que os produtos da Schering AG fossem apreendidos. A Schering AG se tornaria Schering Corporation.

MARCO TEÓRICO – Parte I notas introdutórias, fundamentação teórica e metodológica. Notas introdutórias – Teses – Saúde Pública – Fiocruz/ ENVISA/Ministério da saúde/ Legislação da saúde. – O gráfico evidencia a tendência de queda do CMI no Brasil e regiões nos últimos 100 anos: Gráfico – Coeficiência da Saúde Infantil, Brasil, os 100 anos de Saúde Infantil – (Revista acadêmica - Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRPEE) Capa do Jornal e revista francesa *Le Journal des Savants*- Journal of management and primary Health Care saúde doença da criança indígena – Folha de Boa vista e saúde indígena – Cooperação Internacional da saúde indígena.

Ela foi administrada pelo governo estatal até 1952, quando foi vendida ao setor privado. Em 1957, a Schering adquiriu a White Laboratories. Em 1971, a Schering Corporation foi fundida com a Plough, Incorporated. No tempo da fundição, Abe Plough foi o presidente da empresa recém fundida. Em 2000, a Schering Plough comprou um novo campus em Summit, New Jersey, da Novartis. Em 9 de março de 2009 foi anunciado que a Schering-Plough e a Merck deveriam se fundir. Em 4 de novembro de 2009, a Schering-Plough fundiu-se à Merck & Co. e, por meio de uma fusão reversa, a Merck tornou-se uma subsidiária da Schering-Plough, que se renomeou Merck.

Laboratório: SCHERING DO BRASIL QUIMICA E FARMACEUTICA LTDA

5. Bioprospecção, Insumo passado e atualidade:

<https://www.gov.br> › Assuntos › Notícias › 2021 › Junho

“Em 2020, o presidente da República, Jair Bolsonaro, assinou uma Medida Provisória destinando um crédito extraordinário de R\$ 1,9 bilhão para viabilizar o desenvolvimento, produção e aquisição do imunizante contra o coronavírus. O acordo que agora permitirá o IFA nacional é resultado da cooperação entre o governo brasileiro e governo britânico, onde estão sediadas a Universidade de Oxford e a farmacêutica AstraZeneca, responsáveis pelo desenvolvimento da vacina.”

Com esse acordo o Brasil entra em uma nova dieta, firma importação com esses países e o comercio pobre não só do Brasil mais de outros países pobres passam a ser da industrialização internacional (Industrialização VS comércio).

Historia do Insumo no Brasil

A historia do insumo do Brasil tem uma das mais marcantes industrialização e comercio com explorações internacionais, Foundation, fundações de pesquisas monopolistas que desencadearam um eterno defit em economia, gerações vão continuar pagando eternamente.

Com o defit da pandemia o preço do insumo passa a ser capital monopolista de internacional, dificultando acesso a novos produtores e pessoas de consumo sem renda.

MARCO TEÓRICO – Parte I notas introdutórias, fundamentação teórica e metodológica. Notas introdutórias – Teses – Saúde Pública – Fiocruz/ ENVISA/Ministério da saúde/ Legislação da saúde. – O gráfico evidencia a tendência de queda do CMI no Brasil e regiões nos últimos 100 anos: Gráfico – Coeficiência da Saúde Infantil, Brasil, os 100 anos de Saúde Infantil – (Revista acadêmica - Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE) Capa do Jornal e revista francesa *Le Journal des Savants*- Journal of management and primary Health Care saúde doença da criança indígena – Folha de Boa vista e saúde indígena – Cooperação Internacional da saúde indígena.

A história da Grippina e dos remédios ‘milagrosos’ contra gripe espanhola



Legenda da foto,

O laboratório Sanitas usava de seu respaldo científico para anunciar os comprimidos Oxyform, "único remédio profilático e curativo da influenza espanhola"

6.Outra Guerra, Golfo Pérsico, Conseqüências em saúde de crianças de outros países inclusive Brasil, desastre ambiental com “70 mil crianças com menos de 15 anos” outro maior teste nuclear e de tecnologias depois da 2 guerra Mundial que geraram muitas conseqüências em saúde de milhões de crianças, a enrolação Abidulagem, a Abidulagem:

<https://escolaeducacao.com.br/guerra-do-iraque/>

Em todos esses países, com exceção da Líbia, do Iraque e da Síria, meninas e meninos de até 15 anos têm mais probabilidade de morrer de doenças nessas áreas de conflitos, ameaças são exacerbadas durante conflitos, quando ataques deliberados e indiscriminados destroem infraestruturas, ferem grupos de funcionários e cortam a energia que mantém os sistemas de água, saneamento e higiene funcionando. O conflito armado também limita o acesso a equipamentos essenciais de reparo e consumo, como combustível ou cloro – que podem ser esgotados, racionados, desviados ou bloqueados na entrega. Com demasiada freqüência, os serviços essenciais são deliberadamente negados, não se falando dos hospitais e os equipamentos de saúde que foram e são bombardeados.

Excluindo a Síria e a Líbia, crianças com menos de 5 anos têm quase 20 vezes mais probabilidade de morrer de doenças diarréicas ligadas à falta de água, saneamento e higiene do que como resultado da violência coletiva.

Que as crianças foram às maiores vítimas das bombas de urânio, o aumento assustador da incidência de casos de câncer e de bebês com deformidades congênitas. A causa seriam as bombas e armas carregadas de urânio empobrecido, que os aliados usaram em 1991 e estão usando novamente agora. Veja na reportagem de Caco Barcellos. A menina Mesétia nasceu com apenas um quilo e meio em abril de 96. Esta foto de uma geladeira do hospital mostra corpos de bebês, todos com deformações graves. Os que sobreviveram mais tempo, como esta menina de 12 anos, de Basra, sofreram com a falta de remédio para aliviar a dor.

Crianças que deixaram de fazer cirurgias por falta de anestesia. Várias crianças tiveram a morte abreviada pela subnutrição e a falta de medicamentos, as histórias delas provam que as bombas além de causaram morte e destruição imediatas, também provocam sofrimento ao longo dos anos, dentre outra, não foi divulgado casos de outras doenças.

Doenças respiratórias e infecções - Uma epidemia de doenças respiratórias atingiu de imediato a população local, que se tornou também mais suscetível a riscos de defeitos congênitos e ao câncer. Diretamente, as 80 mil toneladas de explosivos das forças aliadas provocaram a morte de aproximadamente cem mil soldados iraquianos.

A Síndrome da Guerra do Golfo é uma patologia ligada a agentes químicos, a presença de diversas doenças undiagnosed, sintomas extensamente divergentes como o cansaço, as dores de cabeça, a dor articular, a indigestão, os problemas do sono e as dificuldades da memória.

A última guerra do Golfo Pérsico foi responsável por um desastre ambiental, chegou a atingir a marca de 110 mil pessoas. Cerca de mil civis morreram na guerra e outros 300 mil deixaram o país. O Exército iraquiano também danificou 737 poços de petróleo, provocando danos ambientais em toda região do Golfo Pérsico. No Iraque, a guerra deixou 3.664 civis mortos - e o país ficou em ruínas.

Prédios e monumentos históricos completamente destruídos, museus e palácios saqueados, mulheres estupradas, além do surgimento de movimentos anarquistas que incitavam o ódio. Além disso, houve um crescimento da deterioração da situação humanitária, principalmente no Iraque.

A Guerra do Golfo provocou a morte de milhares de soldados e civis após ataques. Tanto em decorrência da invasão iraquiana, como também do bombardeio aéreo. Os prejuízos sociais, culturais e econômicos acabaram por somarem-se imensos.

Motivo da Guerra do Golfo foi desencadeada pela invasão do Kuwait pelo Iraque, em 2 de agosto de 1990, por ordem do ditador Saddam Hussein, com o objetivo de tomar as grandes reservas de petróleo daquela nação, cancelar uma grande dívida que o Iraque tinha com o Kuwait e expandir o poder iraquiano na região, mais também conflito militar travado entre o Iraque e forças da Coalizão internacional, liderada pelos Estados Unidos e patrocinada

pela Organização das Nações Unidas, com a aprovação de seu Conselho de Segurança, através da Resolução 678, autorizando o uso da força militar para alcançar a libertação do Kuwait, ocupado e anexado pelas forças armadas iraquianas sob as ordens de Saddam Hussein.

A Guerra do Golfo Pérsico foi uma das maiores campanhas militares da história moderna, com uma enorme mobilização de recursos humanos e materiais em um curto espaço de tempo, introduzindo no campo de batalha diversos novos meios bélicos e tecnológicas sofisticadas de ponta, para a época, também já com os modernos transportes químicos. Novos vocábulos foram adicionados ao léxico global, e problemática fiscal com problemas após a guerra com o uso de:

- **Não foram divulgados:** As empresas de tecnologias participantes.
- **Não foram divulgados:** Como ataques de milícias do terror tiveram marcos e procedências em diversas áreas do globo depois da guerra.
- **Não foram divulgados:** Como armas de grande potência de guerra ainda estão sendo apreendidas.
- **Não foram divulgados:** O uso de Softwares, Monitores de tela, celulares de tela touches, aplicativos e manuais de fabricação ultramodernos.
- **Não foram divulgados:** O uso de Softwares, Monitores de tela e os 5.000 (Cinco Mil Satélites que atualmente atuam no espaço), sistemas de posicionamento global (GPS), (11) *touchscreen*, e (12) inteligência artificial com programa de interface com voz do usuário (SIRI) ultrapassados e ultramodernos.
- **Não foram divulgados:** O uso de Softwares, Monitores de tela de uso ambiental (Espacial, Espaço Aéreo, Espaço Terrestre e Aquático) e uso de armas GPS (Tipo Misil Avanguarda) ultramodernos.
- **Não foram divulgados:** Bombas químicas ultramodernas.
- **Não foram divulgados:** Uso de Armas específicas ou especiais, pistolas que deram origem a pistolas de vacinação veterinária e humana ultramodernas.
- **Não foram divulgados:** Logística completa de armamento e poder bélico explosivo ultramodernos.

Tecnologias usadas:

- **Software Militar:** Sistema de Gerenciamento de Batalha Avançada, feito para Força Aérea americana, também trabalham com outras vertentes da tecnologia para aprimorar seus processos. No caso da Força Aérea, a Anduril melhorou a conexão de militares por meio de computação em nuvens e links sem fio. Digitalização de mapas em 3D, programas com a Google, que utilizam de algoritmos para analisar imagens de drones.

- **Transporte** Químico e Radioativo.
- **Armas cinéticas** como mísseis antiradiação, de suprimir fisicamente radares, como é o caso dos mísseis MAR-1 e AGM-88C.
- **Combinação de armas** cibernéticas e eletromagnéticas com a função de iludir, enganar, inviabilizar a capacidade de detecção, ataque e de troca de informações do inimigo. Tais ações ocorrem de forma conjunta.
- **Site Sistema** de Armas apresenta outra divisão. “A GE, três subdivisões distintas: Medidas de Apoio de Guerra Eletrônica - MAGE, Contramedidas Eletrônicas - CME e Contra-Contramedidas Eletrônica
- **Veículos Aéreos** Não Tripulados (VANTS), também conhecidos como Drones, na política internacional.
- **Aviões stealth**, aviões especializados em guerra eletrônica (EF - F111 Raven) para criar corredores por onde aviões F-16, Tornado, F-15 e F-18
- **Bombas inteligentes**, radares, mísseis antiaéreos e mísseis antiradiação.
- **Ataques cinéticos** com mísseis de cruzeiros e ataques aéreos com bombas inteligentes contra alvos específicos, especialmente as tropas inimigas em solo.
- **Lançamento do infravermelhos** ou eletromagnética que foram depois usados pela ressonância magnética em hospitais para exames radiográficos.
- **Radares de abertura sintética** dos F-15E Strike Eagle e F-16 Fighting Falcon.
- **Radares doppler**, sistemas de supressão de emissão de infravermelho e robustas emissões de contramedidas para reduzir a capacidade de mísseis antiaéreos, especialmente os moderníssimos SAM-6.
- **Sensores e atuadores**, operando no espectro eletromagnético, que interferem nas comunicações, neutralizando sistemas de defesa e garantindo uma supremacia eletromagnética, com vistas a anulação de pontos vitais de defesa e do sistema logístico.
- **Todos os tipos de veículos**, navios e aeronaves militares modernos possuem uma suíte de guerra eletrônica integrada (como por exemplo, o israelense Black Fox para tanques de guerra, a Spectra do caça francês Rafale e o sistema LIG NEX1 SLQ-200 das fragatas sul-coreanas da classe Sejong).
- **Aviões radares** ou com a missão específica de supressão de defesa (exemplo o EA-F18 Growler).
- **Caças Mirage F-1**, da França, material bélico chinês e armamento brasileiro, como tanques e lança mísseis foram fornecidos a Bagdá. Durante a década de 1980, os Estados Unidos acabaram fornecendo tecnologia sobre armamentos nucleares, devido ao perigo representado pelo Irã, na Guerra Irã-Iraque.

- **Conflito também foi um dos primeiros a ser mostrado ao vivo** das linhas de frente, com transmissão via satélite, catapultando à notoriedade a rede de televisão CNN e o formato de "jornalismo 24 horas".

- **Guerra eletrônica:** Uma consequência direta da evolução da tecnologia de detecção e comunicações ocorrida durante e depois da Segunda Grande Guerra Mundial. A invenção dos radares, aperfeiçoamento dos sistemas de interceptação e interferência de ondas de rádio e da criptografia, revolucionou a forma como se fazia a guerra.

- **Guerra cibernética / guerra eletrônica** – conceitos, desafios e espaços de interação em radiodifusão e nas transmissões de televisão, radares e ainda pela radiação infravermelha, incluindo o espectro óptico familiar da luz visível, de vermelho a violeta, até as mais altas, das radiações ultravioleta, raios X e gama.

- **Guerra eletrônica** é um termo genérico que engloba todas as ações militares, destinadas a assegurar o uso mais eficaz possível de emissões eletromagnéticas e eletro-ópticas e impedir que o inimigo consiga fazer uso dos seus. Os sistemas que permitem o uso militar e desprendimento desta energia, tanto de forma ofensiva ou defensiva, variam amplamente. Podemos classificar as "ações" da guerra eletrônica em quatro tipos: i. detecção (radares, sonares, receptores de alerta antecipado); ii. coleta de informações (Sigint - Signals Intelligence, Elint - Electronic Intelligence, Comint - Communications Intelligence); iii. contramedidas (chaffs, flares, anti-jamming); e iv. interferência intencional (jamming, desvio de sinais/dissimulação e armas do tipo Electro-magnetic Pulse).

- **Evolução da guerra eletrônica:** a) Ataque eletrônico - Uso de energia direcionada ou armas antiradiação para atacar, destruir e inutilizar a capacidade de combate do adversário; b) Proteção eletrônica - ações para proteger equipamento de qualquer ação ou uso de espectro eletromagnético do inimigo e c) Apoio a guerra eletrônica - ações que permitam ao comandante operacional procurar, localiza e interceptar emissões de energia eletromagnéticas.

- **Software de controle de dois tipos de Vants**, o Predator e o Reaper, foram infectados por um vírus comum que afeta o sistema operacional Windows chamado Keylogger.

- **Vírus de contaminação de computadores:** Worm Conficker/ Downadup, malwares, vírus Chameleon que pode ser transferido via redes wi-fi abertas,

- **Surgimento de utilização de técnicas** de emissão eletromagnética para permitir o roubo de informações em computadores, através de modems e roteadores wi-fi, abre novos desafios à tecnologia de encriptação de dados como os de data link, destruições e explosões do coração da guerra centrada em rede como exemplo de data link, o Link 16 (OTAN) e o Link BR (Brasil).

- **O surgimento do ciberespaço**, um “ambiente” artificial caracterizado por uma complexa e não centralizada rede de emissões e transmissores de informações, composta não apenas pela Internet (rede mundial de computadores), mas também por redes privadas (intranets) e telecomunicações em geral. Utiliza meios físicos (ex: cabos de fibra ótica), wireless e espaciais (satélites). Convergência tecnológica entre computadores, comunicações, equipamentos eletrônicos, software e criptografia. O aumento da importância crescente dos sistemas de wireless para a internet trás consequências óbvias para a guerra eletrônica. A convergência entre as armas cibernéticas e o aspecto eletromagnético, centrado em conceito fundamental da Revolução dos Assuntos Militares (RAM), a guerra centrada em rede, guerra centrada em rede é quase uma evolução do conceito de sistemas adaptativos complexos que vem da biologia e da computação, a expressão Network Centric Warfare: soldados, navios, aviões, helicópteros, etc... fazem parte desta rede trocando informações em tempo real. Os novos riscos a segurança cibernética, advindos do uso intensivo da tecnologia wireless, trazem à guerra eletrônica ameaças antes impensáveis.

-- **Surgimento da “Inteligência estratégica da Guerra”** - As forças terrestres iraquianas estavam virtualmente destruídas, sem capacidade coordenada de reação. A tática exposta no parágrafo anterior tem a grosso modo, os seguintes objetivos: primeiro, a diminuição de perda de vidas civis (o que evita que oficiais militares destes países possam sofrer processos por violarem o protocolo I da Convenção de Genebra); segundo, redução da exposição dos soldados ao combate, que ocorre somente depois de boa parte da capacidade militar do adversário estar inoperante ou destruída; terceiro, diminuição dos custos com o uso de bombas e mísseis inteligentes (cada vez mais caros), que pode ser direcionada mais efetivamente, contra as forças armadas adversárias; quarto, que as forças ocupantes 23 “A Guerra do Golfo introduziu um novo paradigma de aplicação do poder aéreo: os planejadores operacionais selecionaram como alvos os nós fundamentais de um sistema para alcançar objetivos desejados em vez de visarem todo o sistema para destruí-lo.

- **Não foram divulgados:** Outras tecnologias ultramodernas.

Guerra do golfo surgiu vários ataques de Hackers na saúde (Guerra cibernética / guerra eletrônica):

Ransomwares Hackers estão atacando os sistemas de informações de serviços públicos de saúde em várias países inclusive regiões do Brasil, que envolve a utilização de tecnologia de guerra eletrônica e diversos tipos de malware utilizando a tecnologia wifi como modo de transmissão, a evolução da tecnologia tem tornado as fronteiras de guerra eletrônica e cyberwar tênues, de tal forma que, num futuro talvez haja uma nova área de interseção, a da guerra centrada em redes e sistemas sem fio, e os *hackers* veem como alvo os serviços de *saúde* como presa fácil.

Hackers querem tanto dados de empresas de saúde, um dos setores mais visados pelos cibercriminosos é o de saúde, isso se dá por uma combinação de fatores: há informações confidenciais sobre a saúde do paciente, as empresas trabalham na urgência e dados são essenciais para procedimentos médicos, e também porque a área vem movimentando valores bilionários.

Grupos de hackers Dragonfly rede de espionagem, Cyber War e a China são uma ameaça em potencial, a guerra cibernética, refere-se a ataques de motivação política que podem destruir dados ou até causar danos físicos à infraestrutura de um país específico. No entanto, é o ataque e para roubar informações das empresas que são com a intenção financeira pura, e isso é uma forma de crime cibernético.

Veja mais em
<https://www.uol.com.br/tilt/noticias/redacao/2021/05/14/sistema-de-saude-da-irlanda-e-paralisado-por-ciberataque.htm?cmpid=copiaecola>

Ataque afeta cadastro para vacina da covid-19 Por causa do ataque, o portal aberto para que pessoas com mais de 50 anos se cadastrem para receber a vacina contra a covid-19 está paralisado. Enquanto isso, quem já pode receber a primeira dose do imunizante precisa entrar em contato com o hospital público por telefone. Além disso, o ataque afetou o sistema de médicos da família e o sistema de referência para testagem de pessoas que tiveram contato com casos positivos para covid-19. Os resultados de quem foi testado para covid-19 também devem atrasar, segundo o serviço de saúde. Quem tem horário marcado para se vacinar foi aconselhado a ir normalmente para os centros de vacinação.

Novo approach

Vírus e worms também podem ser utilizados para causar danos em equipamentos físicos, como por exemplo, no caso de equipamentos hospitalares. A realpolitik não desaparece na era da Informação, mas permanece centrada no Estado, numa era organizada em torno de redes, inclusive redes de Estados. 204 Revista Política Hoje - Volume 26, n. 1 (2017) - p. 201-217.

Adversários não assimétricos como grupos terroristas ou exércitos não estatais, são a temática desse jogo, onde esses hackers explodem hospitais com pacientes, isso não sendo seu objetivo foco, mais para irritar o adversário.

A guerra do Golfo, muito provavelmente, foi o primeiro exemplo deste novo tipo de guerra que nasceu nos laboratórios e centros de estudos de defesa (como por exemplo o Air Force Research Laboratory - AFRL/IF - da Força Aérea dos Estados Unidos). Como destaca Amarante (2010, p. 07).

Mesmo que a possibilidade de mortes em um ataque cibernético seja baixa em hospitais em outras regiões, um ataque a sistemas de computadores pode ser maciçamente disruptivo e deixar um país impotente vis-à-vis a ação de um adversário tanto militar paciente internado em um hospital, quanto economicamente um paciente milionário internado em outro hospital, mesmo que estes estejam fora da área de conflito de guerra, corre-se o risco de ataques.

(<http://www.cyactive.com>)

A empresa CyActive, identificou em 2014 pelo menos cinco grandes grupos de hackers que utilizam malwares para ação criminosa: Snake, BlackPoS, Gyges, Dragonfly e Zberp. Nos casos da situação de conflito militar entre as forças, técnicas de ataque cibernético seriam as primeiras a serem utilizadas, antes mesmo da ação de forças de combate. Quem for mais capaz de atacar e resistir aos ataques cibernéticos estará em vantagem.

26. LEI E LEGISLAÇÃO – SUÍCIDIO DE EMPRESÁRIO, SUÍCIDIO ASSISTIDO e o Transtorno de Identidade e Integridade Corporal:

Em muitos países o direito a morte está subordinado ao Estado sustentando a ideia que o poder público deve preservar a vida humana em todo e qualquer momento infringindo o direito de cada ser de ter seu direito de Eutanásia.

Legislação•14/12/2007• Notícias

“Dos A.C.S., bem como, **assistindo** às pessoas que necessitam de atenção de Enfermagem. (Portaria MS nº 648 /06 alteração) - Realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas... a transtornos mentais persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, tentativas de **suicídio**, situações de violência intrafamiliar, consumo excessivo de medicamentos. - Integrar a saúde mental.... - Realizar trabalho de campo, nos locais onde os usuários de droga se encontram. - Realizar o levantamento da demanda populacional alvo **assistida**. - Elaborar relatórios semanais do trabalho em campo.”

1. MANCHETES

Suicídio Assistido = morte digna! Caso do Espanhol que pôs fim à vida da esposa, após 30 anos dela, com Esclerose Múltipla

"Se você é daqueles que esperam e TORCEM MUITO para que chegue a sexta-feira e só assim sair para o happy hour, você é uma pessoa infeliz!"
(Texto extraído de palestras de Clóvis de Barros Filho,...

Eutanásia no Brasil é crime?

Você sabe qual é a diferença entre eutanásia, suicídio assistido, ortotanásia e distanásia? E mais: você sabe o que pode e o que não pode no Brasil? Hoje vou trazer algumas questões jurídicas...

MARCO TEÓRICO – Parte I notas introdutórias, fundamentação teórica e metodológica. Notas introdutórias – Teses – Saúde Pública – Fiocruz/ ENVISA/Ministério da saúde/ Legislação da saúde. – O gráfico evidencia a tendência de queda do CMI no Brasil e regiões nos últimos 100 anos: Gráfico – Coeficiência da Saúde Infantil, Brasil, os 100 anos de Saúde Infantil – (Revista acadêmica - Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRPEE) Capa do Jornal e revista francesa *Le Journal des Savants*- Journal of management and primary Health Care saúde doença da criança indígena – Folha de Boa vista e saúde indígena – Cooperação Internacional da saúde indígena.

81

A eutanásia como solução?

Uma mulher, com aproximadamente 20 anos de idade, alegou ter sido estuprada dos cinco aos quinze anos e, em consequência, passou a sofrer de Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT), anorexia,...

Morte digna: as visões da medicina e do direito sobre o fim da vida humana

Morte digna: as visões da medicina e do direito sobre o fim da vida humana
São Paulo 2015 SUMÁRIO Introdução... 03 Direito e medicina...04 Conclusão...07 Bibliografia...09 Introdução O fim da vida é...

Eutanásia, ortotánasia, morte assistida e o tratamento penal

Relacionada ao direito primordial garantido constitucionalmente, direito à vida, e que, ainda, pode ser mencionado à dignidade da pessoa humana; percebemos que o Código Penal Brasileiro vigente não...

A morte e o Direito

1. Introdução A morte sempre intrigou a humanidade. Nossa consciência racional com relação ao mundo que nos cerca fez com que desenvolvêssemos diversas questões e respostas filosóficas com relação a...

Eudes Quintino Sociedade de Advogados

Autonomia da vontade do paciente e a morte

O homem age de acordo com sua natureza racional, toma suas decisões com liberdade, busca seus objetivos e traça seu projeto de vida que, num resumo bem objetivo, é realizar toda a programação para se...

Morre a jovem com câncer que planejou suicídio assistido

Notícias•03/11/2014•Isabella

Diagnosticada com um tumor incurável no cérebro, Brittany Maynard, de 29 anos, decidiu encerrar a própria vida e morreu ao lado da família no sábado. Brittany Maynard, a jovem americana de 29 anos que decidiu encerrar a própria vida após ser diagnosticada com um câncer incurável no cérebro, morreu no último sábado, informou a ONG Compassion & Choices (Compaixão e Escolhas, em tradução literal). "Ela morreu em paz, em sua cama, rodeada por sua família", disse a organização, que se dedica a assessorar...

Suicídio Assistido no Direito Brasileiro

Artigos•06/05/2015•Herrera Patrocinio.

82

Aspectos Gerais. 1 INTRODUÇÃO - Pensar na morte do ser humano não é tarefa fácil. O presente trabalho visa compreender a ambição de quem deseja a boa morte, por meio do suicídio assistido. Este tema é discutido em vários níveis: desde o da moral ao da religião, da filosofia ao da ética. Portanto, o assunto envolve questões filosóficas, antropológicas, psicológicas, míticas e práticas a respeito do tema morte, suscitando dilema entre a ciência e as questões morais, éticas e legais. A morte é a única...

Comissão britânica recomenda descriminalização do suicídio assistido

Notícias•05/01/2012•Estadão

A chamada Comissão Britânica para Suicídio Assistido recomendou que se permita aos médicos ajudar doentes terminais a morrerem sem que por isso sejam processados. A recomendação está contida em um relatório que será divulgado nesta quinta-feira para incentivar um debate geral no Reino Unido e mudar a atual legislação sobre o suicídio assistido. A legislação britânica estabelece penas de até 14 anos de prisão para quem ajude uma pessoa a cometer suicídio. A comissão, a cargo do ex-procurador-geral...

Grã-Bretanha lança diretrizes para casos de suicídio assistido

Notícias•10/10/2009•G1 - Globo.com

O suicídio assistido é ilegal na Inglaterra há quase 50 anos. Porém, ordenado pelos tribunais para esclarecer a lei, o principal promotor do país recentemente divulgou uma lista de condições nas quais seu gabinete dificilmente processaria pessoas que tivessem ajudado amigos ou parentes a se matarem. As novas diretrizes provavelmente irão facilitar que os doentes terminais e pessoas com doenças degenerativas recebam ajuda para cometer suicídio. Porém, o promotor, Keir Starmer, diretor do serviço ...

Casos de suicídio assistido de estrangeiros dobram em 4 anos na Suíça

ZURIQUE Suíça (Reuters) - O número de estrangeiros que viajam à Suíça para cometer suicídio assistido dobrou em um período de quatro anos, mostrou um estudo publicado no Journal of Medical Ethics na quinta-feira (horário local). Em 2012, 172 estrangeiros se mataram na Suíça, que tem regras liberais para a eutanásia, contra 86 casos em 2009. Cidadãos da Alemanha e da Grã-Bretanha compõem quase dois terços do total, segundo o estudo. O suicídio assistido é legal na Suíça desde a década de 1940 se ...

Britânica que sofre de esclerose múltipla perde recurso por suicídio assistido

Notícias•19/02/2009•Folha Online

A britânica Debbie Purdy, 45, perdeu nesta quinta-feira um recurso legal no qual tentava forçar o governo a esclarecer a lei sobre suicídios assistidos. Vítima de esclerose múltipla, ela queria proteger seu marido de qualquer processo futuro. Purdy, de Bradford, queria forçar o Diretório de Processos Públicos (DPP) a dar garantias de que o marido não será processado caso a ajude a ser internada para ser submetida a eutanásia em uma clínica no exterior. A Alta Corte rejeitou no ano passado o proc...

Notícias•05/07/2010•Estadão

O dono da clínica de suicídio assistido suíça Dignitas, Ludwig Minelli, defendeu a política da organização de oferecer seus serviços a pacientes com doenças crônicas e até mentais, como esquizofrenia, e não apenas aos doentes terminais. A organização já ajudou mais de mil pessoas a morrer nos últimos 12 anos, muitas delas estrangeiros que vão à Suíça porque a prática não é permitida em seus países de origem. "Como um advogado da área dos direitos humanos, estou convencido de que o direito de pôr...

Parlamento britânico prevê começar a discutir suicídio assistido em setembro

Notícias•20/08/2015•Consultor Jurídico

O Reino Unido vai voltar a discutir o direito de se matar assistido por um médico. O Parlamento britânico prevê começar a analisar projeto de lei sobre o suicídio assistido em setembro. A proposta em discussão garante a doentes terminais, com menos de seis meses de expectativa de vida, o direito de receber uma dose de injeção letal. O suicídio assistido já foi discutido pelo

Judiciário britânico diversas vezes. Em todas as ocasiões, prevaleceu o entendimento de que só o Parlamento pode autorizar...

Parlamento do Reino Unido rejeita projeto que legalizava suicídio assistido

Notícias•14/09/2015•Consultor Jurídico

MARCO TEÓRICO – Parte I notas introdutórias, fundamentação teórica e metodológica. Notas introdutórias – Teses – Saúde Pública – Fiocruz/ ENVISA/Ministério da saúde/ Legislação da saúde. – O gráfico evidencia a tendência de queda do CMI no Brasil e regiões nos últimos 100 anos: Gráfico – Coeficiência da Saúde Infantil, Brasil, os 100 anos de Saúde Infantil – (Revista acadêmica - Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE) Capa do Jornal e revista francesa Le *Journal des Savants*- Journal of management and primary Health Care saúde doença da criança indígena – Folha de Boa vista e saúde indígena – Cooperação Internacional da saúde indígena.

84

O projeto que autorizaria o chamado suicídio assistido na Inglaterra foi rejeitado por ampla maioria pelos deputados britânicos. O texto, considerado bastante polêmico, foi debatido na sexta-feira (11/9) no Parlamento do Reino Unido e descartado. A proposta previa que profissionais de saúde ajudassem um doente terminal, com menos de seis meses de vida, a se matar. O fracasso do projeto era esperado. O primeiro-ministro britânico, David Cameron, já tinha declarado ser fortemente contra a proposta...

Suicídio Assistido no Brasil: Direito do indivíduo ou do Estado?

Artigos•09/12/2019•Macely

Em muitos países o direito a morte está subordinado ao Estado sustentando a ideia que o poder público deve preservar a vida humana em todo e qualquer momento infringindo o direito de cada ser de ter a sua liberdade de viver, no caso de morrer. A atuação do poder do Estado não esbarraria na do indivíduo no que se refere a dignidade da pessoa humana? Qual limite definiria essa atuação? No Brasil essa atuação do Estado é baseado no Código Penal o qual estabelece pena de dois a seis anos de prisão q..

2. Transtorno de Identidade e Integridade Corporal

São grandes os números de casos de pessoas que desejam amputar partes de seu corpo sem terem nenhuma doença, como um braço, perna e até mesmo absurdos como ficar cega, doença ou inconsciência a síndrome do Transtorno de identidade, o transtorno psicológico chamado de apotemnofilia, ou seja a insatisfação com o próprio corpo,

“70% das amputações no Brasil ocorrem por causa do diabetes, diz OMS”.

Assim como o ex-governador do DF Joaquim Roriz, que teve a perna direita amputada, 55 mil brasileiros perdem uma parte do corpo devido à doença todos os anos:

MARCO TEÓRICO – Parte I notas introdutórias, fundamentação teórica e metodológica. Notas introdutórias – Teses – Saúde Pública – Fiocruz/ ENVISA/Ministério da saúde/ Legislação da saúde. – O gráfico evidencia a tendência de queda do CMI no Brasil e regiões nos últimos 100 anos: Gráfico – Coeficiência da Saúde Infantil, Brasil, os 100 anos de Saúde Infantil – (Revista acadêmica - Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRPEE) Capa do Jornal e revista francesa *Le Journal des Savants*- Journal of management and primary Health Care saúde doença da criança indígena – Folha de Boa vista e saúde indígena – Cooperação Internacional da saúde indígena.

86

“Ainda de acordo com o órgão da ONU, 70% das amputações realizadas no Brasil são decorrentes do diabetes, o que representa em torno de 55 mil procedimentos desse tipo por ano. Globalmente, o número é ainda mais assustador: a cada minuto, três pessoas têm alguma parte do corpo extirpada por complicações decorrentes da doença”.

No âmbito jurídico brasileiro, a negativa à amputação advém do artigo 13 do Código Civil, que veda os atos de disposição do próprio corpo que resultem em diminuição permanente da integridade física ou violem os bons costumes, excetuando-se apenas as hipóteses de exigência médica. Ainda, a doutrina nacional acrescenta à ordem das discussões a violação da dignidade da pessoa humana.

Situação polêmica desse artigo no judiciário Brasileiro, conclui-se que neste sentido o estado, a dignidade da pessoa humana delimita uma esfera de liberdade para o sujeito, na qual terceiros – seja o Estado ou particulares – não podem intervir.

27. LEI E LEGISLAÇÃO - HOSPITAL HURBANIZAÇÃO E PAISAGISMO:

Na segunda década do século XX, quando a palavra “favela” passou a fazer parte do vocabulário carioca não mais como nome próprio, mas como substantivo comum, os médicos higienistas (dominava a reflexão sobre o espaço urbano) deixam pouco a pouco de se interessar pelo cortiço para voltar suas atenções para os agrupamentos de casebres em morros.

No entanto, tais aglomerações nos morros da cidade já existiam pelo menos ao longo de todo o século XIX. O que, afinal, aconteceu para que a partir da segunda década do século XX, os agrupamentos de casebres em morros, tão heterogêneos entre si, fossem agrupados sob uma denominação comum, tornando-se alvos de intervenção médica? A emergência da favela como objeto de governo se encontra fortemente entrelaçada à nova geografia da cidade

revelada pelos médicos, e que a geografia histórica da favela é, também, a história da emergência de uma nova geografia urbana.

A questão da humanização hospitalar parece ser temática bastante recorrente hoje, nas ciências da saúde, bem como na arquitetura. Este estudo visa compreender, através de um olhar voltado para a arquitetura, a estruturação e as práticas dos processos de humanização nos ambientes hospitalares.

MARCO TEÓRICO – Parte I notas introdutórias, fundamentação teórica e metodológica. Notas introdutórias – Teses – Saúde Pública – Fiocruz/ ENVISA/Ministério da saúde/ Legislação da saúde. – O gráfico evidencia a tendência de queda do CMI no Brasil e regiões nos últimos 100 anos: Gráfico – Coeficiência da Saúde Infantil, Brasil, os 100 anos de Saúde Infantil – (Revista acadêmica - Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE) Capa do Jornal e revista francesa *Le Journal des Savants*- Journal of management and primary Health Care saúde doença da criança indígena – Folha de Boa vista e saúde indígena – Cooperação Internacional da saúde indígena.

87

28. LEI E LEGISLAÇÃO - COMUNIDADE ISOLAMENTO SOCIAL para crianças e adolescentes com doenças especiais, patologias, doentes terminais e idosos:

1. CONHEÇA O MODELO COMUNIDADE COHOUSING:

A escuta pedagógica à criança hospitalizada: discutindo o papel da educação no hospital Pedagogical "listening" and the hospitalised child: a discussion of the role of education in hospital.

Centro Urbano de Tratamento para Doentes Terminais / NORD Architects *equipe de projeto*. O Centro de Tratamento para Doentes Terminais se desenvolve junto com a comunidade diaconisa como um lugar que propicia um ambiente pacífico em meio ao urbano para que as pessoas possam receber tratamentos paliativos. **Copenhague, Dinamarca ano 2020.**

Lilian Lubochinski, arquiteta, uma das maiores estudiosas de cohousing no Brasil, ano 2020.

<https://www.uol.com.br › idoso-velhice-cohousing>

“NADA DE ASILO, Vila dos Idosos, Projeto de Héctor Vigliecca - Novos modelos de moradia estimulam a vida em comunidade na terceira idade e dão um chega pra lá na solidão - cohousing para idosos do Brasil já está com inscrições encerradas Imagine se seus vizinhos fossem seus melhores amigos e vocês pudessem fazer aula de ioga juntos pela manhã, participarem de um debate sobre filosofia à tarde e cozinhareм juntos à noite.

Tudo isso aos 80 anos. Partindo deste princípio, de morar sozinho, mas perto das pessoas com quem tem afinidade, a associação de professores da Unicamp, em Campinas, desenvolveu a Vila ConViver. Prevista para ser inaugurada em 2020, essa será a primeira cohousing para idosos do Brasil”.

Modelo de habitação cohousing sênior cai no gosto de quem quer uma velhice independente e tranquila - O envelhecimento da população e as novas configurações familiares têm levado grupos a buscar novas formas de moradia pró-independência, sustentabilidade e qualidade de vida.

COMUNIDADE - Grupo de professores aposentados da Unicamp trabalham desde 2013 na implementação da Vila ConViver e esperam, até 2021, morar no cohousing (foto: Sandra Lopes/Divulgação).

MARCO TEÓRICO – Parte I notas introdutórias, fundamentação teórica e metodológica. Notas introdutórias – Teses – Saúde Pública – Fiocruz/ ENVISA/Ministério da saúde/ Legislação da saúde. – O gráfico evidencia a tendência de queda do CMI no Brasil e regiões nos últimos 100 anos: Gráfico – Coeficiência da Saúde Infantil, Brasil, os 100 anos de Saúde Infantil – (Revista acadêmica - Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE) Capa do Jornal e revista francesa Le *Journal des Savants*- Journal of management and primary Health Care saúde doença da criança indígena – Folha de Boa vista e saúde indígena – Cooperação Internacional da saúde indígena.

88

2. PROJETOS COMUNIDADES NO BRASIL:

E se morássemos todos no mesmo condomínio? Iniciativa do governo estadual da Paraíba, o Cidade Madura - conjunto de moradias populares para idosos - já contempla seis municípios e cumpre importante papel social. Conjunto habitacional inaugurado em 2014 em João Pessoa é voltado para pessoas acima de 60 anos que querem uma vida independente e tranquila.

Comunidade no Estado de Minas - Esteve no Cidade Madura da capital paraibana, o primeiro a ser fundado, em 2014. Os padrões da casa se repetem: são 40 unidades por condomínio, com 50m² cada residência. Os imóveis são equipados com interfone e chuveiro, e cada idoso decora como lhe convém. Os residentes pagam R\$ 50 por mês, valor referente à taxa de manutenção das áreas externas.

Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan, Elderly quality of life in the community: application of the Flanagan's Scale, Calidad de vida del anciano en la comunidad: aplicación de la Escala de Flanagan.

Longe de parentes, idosos de SP apostam na vida em comunidade :

Capital paulista registra 1,6 milhão de pessoas a partir de 60 anos. Com 130 programas assistenciais, Prefeitura de SP atende apenas 14.752 idosos **SÃO PAULO**, 08/09/2018 - 05h15 (Atualizado em 08/09/2018 - 12h03) Plínio Aguiar, do R7.

Comunidade Co-lares:

Vida em comunidade para idosos - **Cohousing ou co-lares é um conceito de moradia, que ainda não é muito conhecido no Brasil, mas que vem despertando interesse de algumas pessoas, principalmente de idosos.**

GRUPO DE IDOSO PLANEJAM COMUNIDADE PARA MANTER AUTONOMIA E EVITAR SOLIDÃO - 21 de mai. de 2017 — ... das **comunidades** alternativas das décadas de 1960 e 1970. Agora, reúnem-se para um projeto neo-hippie: moradias coletivas de **idosos**.

MARCO TEÓRICO – Parte I notas introdutórias, fundamentação teórica e metodológica. Notas introdutórias – Teses – Saúde Pública – Fiocruz/ ENVISA/Ministério da saúde/ Legislação da saúde. – O gráfico evidencia a tendência de queda do CMI no Brasil e regiões nos últimos 100 anos: Gráfico – Coeficiência da Saúde Infantil, Brasil, os 100 anos de Saúde Infantil – (Revista acadêmica - Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE) Capa do Jornal e revista francesa Le *Journal des Savants*- Journal of management and primary Health Care saúde doença da criança indígena – Folha de Boa vista e saúde indígena – Cooperação Internacional da saúde indígena.

89

CIDADE CHINESA ISOLADA :

Hospitais blindados e estações-fantasmas em Wuhan, a ...

brasil.elpais.com › nCoV

24 de jan. de 2020 — Hospitais blindados e estações-fantasmas em Wuhan, **cidade** chinesa **isolada** pelo coronavírus. Familiares de **doentes** reclamam da falta de...

<https://g1.globo.com/fantastico/noticia/2020/01/26>

Brasileiro conta rotina de cidade isolada onde surgiu o coronavírus -

Heros Martines mora há dois anos em Wuhan, onde estuda mandarim. Cidade é o marco zero do vírus que assusta o mundo.

29. LEI E LEGISLAÇÃO - LINGUAGEM NA ENFERMARIA MÉDICO HOSPITALAR:

O hospital e os profissionais de enfermagem médica, não sabem, não usam ou não querem usar formalmente a lei e legislação de saúde consiliadora adequadamente nos hospitais, lembrando que a lei e legislação de saúde é fundamental de todas as leis, para com respeito com os pacientes.

A linguagem na enfermagem Médica hospitalar na atualidade com muitos dos profissionais da saúde entram na carreira até mesmo para buscar cura para si próprio, afogam-se com a economia da saúde, é um verdadeiro mistério, uma total complicação entre o mundo da saúde e a periferia favelação, onde diverge a linguagem técnica da saúde e a linguagem da marginalidade, uma paralelidade e obscuridade, onde há uma diversidade paralela de pensamento

perdido ao conceito de Freud, onde a economia da saúde já não tem mais significância.

E engraçado, por exemplo, um Senador Médico no congresso, expressar um texto em prosa diplomático, toda vez entra em contradição com o cenário real da saúde e periferia, outra que, por exemplo, quando vai um indivíduo baleado para a sala de cirurgia, aí temos um cenário de linguagem e respostas para a sociedade.

MARCO TEÓRICO – Parte I notas introdutórias, fundamentação teórica e metodológica. Notas introdutórias – Teses – Saúde Pública – Fiocruz/ ENVISA/Ministério da saúde/ Legislação da saúde. – O gráfico evidencia a tendência de queda do CMI no Brasil e regiões nos últimos 100 anos: Gráfico – Coeficiência da Saúde Infantil, Brasil, os 100 anos de Saúde Infantil – (Revista acadêmica - Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRPEE) Capa do Jornal e revista francesa *Le Journal des Savants*- Journal of management and primary Health Care saúde doença da criança indígena – Folha de Boa vista e saúde indígena – Cooperação Internacional da saúde indígena.

90

30. LEI E LEGISLAÇÃO - ESTRESSE, ARROGÂNCIA E BRIGA NA ENFERMARIA MÉDICO HOSPITALAR:

A dificuldade para buscar a cura é tão asfáltica nos hospitais que entram num campo de batalha: doentes, profissionais de saúde, crianças, pessoas em geral gerando um espaço incompressível.

Estresse ocupacional, outros tipos de estresse de trabalho são incompressíveis.

O campo para equipes de comunicação em hospitais e de baixo entendimento entre as equipes de um hospital, o quadro aponta para um número incerto..... foram apontados no espaço hospitalar déficits em faltas de elementos, tais como, falta de sentimento humano, falta de emoções do ser humano, consideração, necessidade do respeito, respeito mútuo, sinceridade, confiança, honestidade, compreensão, interlocução, dissimulação ou máscara.

E outros que são atrasos em comentar: erros de medicação, quedas e outras complicações.

Temos um fator psicossomático de sintoma de saúde que estafa o psicológico do organismo do ser humano nos hospitais, que se chama “Irritação”, pessoas que facilmente se irritam, ou tem uma irritação denominada estresse, e muitas a tem geneticamente, outras escondem este sintoma, o que num instante momento a mesma comete atos de violência e infrações desumanas as outras pessoas, uma problemática na saúde. **Lembrando que o hospital não tem administração e é uma infinita complexidade com uma inteligência de ciência que é incerto e misterioso o momento de realização de seus procedimentos protocolares, ela também é uma psicossomática,** a comunicação da equipe de enfermagem de uma enfermaria de clínica médica tem fator importantíssimo na comunicação e no papel da linguagem no comportamento humano, avaliar a linguagem no leito hospitalar é imprescindível para referendar o relatório de alta hospitalar e encaminhar ao quadro de casos para o registro de diagrama de estatística. Banco de Termos

da Linguagem Especial de Enfermagem da Clínica Médica de um Hospital, são imprescindíveis quando alcançadas, para concílios aos pacientes da Enfermaria da Clínica Médica Geral, pois ela pode melhorar ou piorar, testar um modelo de visita médica hospitalar que priorize o paciente, inúmeras aderências e com muita objetividade e em linguagem técnica e o que o futuro sempre espera destes concílios. Entender o prontuário médico ou prontuário do paciente, antes sempre foi difícil e uma complexidade, o primeiro hospital a organizar um Serviço de Arquivo Médico e Estatística, linguagem para a definição e manipulação de dados, linguagem coloquial, a linguagem permite o sujeito se ligar mais a uma certeza e não.

MARCO TEÓRICO – Parte I notas introdutórias, fundamentação teórica e metodológica. Notas introdutórias – Teses – Saúde Pública – Fiocruz/ ENVISA/Ministério da saúde/ Legislação da saúde. – O gráfico evidencia a tendência de queda do CMI no Brasil e regiões nos últimos 100 anos: Gráfico – Coeficiência da Saúde Infantil, Brasil, os 100 anos de Saúde Infantil – (Revista acadêmica - Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRPEE) Capa do Jornal e revista francesa *Le Journal des Savants*- Journal of management and primary Health Care saúde doença da criança indígena – Folha de Boa vista e saúde indígena – Cooperação Internacional da saúde indígena.

91

30. LEI E LEGISLAÇÃO – MANICÔMIO DO JUDICIÁRIO DO BRASIL

1. Situação triste do manicômio do judiciário nos dias de hoje, a criança e o adolescente psiquiátrica infrator e a covid:

Não foram devidamente divulgados os números de mortes de crianças e adolescentes por covid dentro das detenções socioeducativas prisionais, isso deixa a situação mais nervosa.

As crianças e os adolescentes em privação de liberdade são mais vulneráveis a contrair a COVID-19 devido às condições confinadas em que vivem, surtos ocorrem dentro das instalações, em muitos países, a COVID-19 se espalhou pelas prisões, cadeias e internação, deixando-os potencialmente ainda mais em desvantagem. Além disso, a contaminação continua se alastrando dentro dos presídios, e a administração estadual se desestimulou totalmente.

Mortes de crianças e adolescentes por Covid-19 chegam a ...

<https://www.hojeemdia.com.br › horizontes › mortes-de...>

10 de jun. de 2021 — Desde o início da pandemia, em março do ano passado, a doença já matou 30 bebês, 28 **crianças** de 1 a 9 anos e 44 jovens de até 19. Ao todo, 102...

Covid-19 no sistema prisional brasileiro: da indiferença como...

<https://www.scielo.br ›>

De JS Costa · 2020 · Citado por 15 — “Aqui a sentença de morte estava escrita antes da **Covid** chegar em avião de... lactantes, mães ou responsáveis por criança de até doze anos de idade ou por...

Sistema prisional registra quase 450 óbitos por Covid-19 - G1

<https://g1.globo.com › noticia › 2021/05/17 › sistema-pris...>

17 de mai. de 2021 — São 237 funcionários mortos pela doença, ante 200 detentos vítimas do novo coronavírus. Condições dentro dos presídios favorecem a disseminação da Covid-19.

Registros de Contágios/Óbitos - Portal CNJ

<https://www.cnj.jus.br> >... > Covid-19

Monitoramento quinzenal dos casos de contágios e **mortes** por **Covid-19** nos sistemas prisionais e socioeducativo, categorizados entre servidores e pessoas em...

91

Existem no Brasil 18 manicômios judiciários, nestas 18 unidades avaliadas, encontrou-se 2.864 pacientes/presos, e desse total, 61% estavam recolhidos em celas comuns. “Em sete, dos dezessete **manicômios** pesquisados, há superlotação, que varia de 110% da capacidade de vagas instaladas a 410%”.
Site: <http://www.justificando.com>

A precariedade do manicômio do judiciário atual é igual aos outros departamentos públicos de saúde, e que vem desde 1984 com essas precariedades e déficits

Dentro das precariedades temos falta de advogados, dificuldades processuais, falta de psicólogos, e os alojamentos de cela que são prolíferos de semelhanças a culturas nazistas.

Cenário continua pondo os pais no cenário de colapso e sem chance de economia e estabilidade para as camadas populares mais pobres, o que aumenta o elitismo global em disfarce, os departamentos públicos cada vez mais não deixam de ser uso para táticas de riqueza.

A criança louca infrator

No mais mortal e desumano para completar o que elenca no art. 228 que: “são penalmente inimputáveis os menores de dezoito anos, sujeitos às normas de legislação especial”, legislação especial esta é as punições do ECA, com

disposições semelhantes no art. 27 do Código Penal (CP) e no artigo, o que não apascenta a criança ou o adolescente nas altas taxas de chacinas, candelárias e mortes de crianças e adolescentes nas periferias populações pobres, no mais triste e mercenário capitalismo com o reformatório infantil que é um precariedade e pobreza, no caso dos delinqüentes com idade entre 14 e 17 anos, o destino seria uma escola de reforma (ou **reformatório ou tratamento médico**), onde receberiam educação e aprenderiam um trabalho, os menores de 14 anos que não tivessem família seriam mandados para a escola de preservação, uma versão abrandada do **reformatório**, a criança com

psiquiatria comprovada, para que Serve o reformatório? Significado de **Reformatório**, substantivo masculino estabelecimento a que são recolhidos menores delinquentes.

Outra que são pobre e precário os recursos para a aplicação da medida sócio-educacional de prestação de serviços a comunidade e das medidas protetivas de tratamento psicológico, medicamentos e matrícula e frequência obrigatória em estabelecimento oficial de ensino, no que diz ao vestimento básico e fundamental, neste contexto incluem sanidade básica para a criança e o adolescente, alimento, roupas e água o que são caríssimos esses recursos para as grandes quantidades de crianças e jovens em acolhimento sócio educativo, Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), o **Brasil** tinha 26 mil adolescentes cumprindo medidas em regime fechado ou semiliberdade em 2016 – em comparação, no mesmo ano, o sistema carcerário tinha 726 mil adultos presos. Os crimes mais graves são minoria entre os adolescentes presos. Site: **Como o Brasil trata menores infratores dos tempos do Império até hoje** - <https://www.bbc.com/portuguese/brasil>

Medida de Segurança enquanto pena perpétua, o mito da periculosidade presumida (nos exames de cessação de periculosidade, ainda que a presunção de periculosidade tenha sido varrida legalmente desde 1984) e, sobretudo, o descompasso entre as novas formas de abordagem, tratamento e responsabilização do louco infrator, amparadas nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, e outras legislações, portarias, etc.; e também em novos modelos assistenciais exitosos, PAI-PJ (MG), ligado ao Tribunal de Justiça do Estado e PAII (GO), ligado à Secretaria de Estado da Saúde”. Site: <http://www.justificando.com>

Depoimentos de crianças detentas em grades iguais penitenciárias de adultos e que levam suras e chibatadas diárias toda hora podem ser vistas nos **vídeos youtube**: Repórter Record 21/06/09 - Pequenos Infratores, **vídeos youtube**: Juízo do jovem infratores do Brasil, **vídeos youtube**: Conexão Repórter - Prisão De Menores 24 Horas II - Parte 1, 2, 3 - **vídeos youtube**: FUNDAÇÃO CASA: haverá futuro para os jovens infratores? - Cidade Ocupada (com Fred Melo Paiva) – **Vídeos Youtube**: Jovens Isolados: conheça casa de recuperação para menores infratores.

21 – CONCLUSÃO

O maior arrebatamento que já houve na história da vida humana, COVID nesta década foi um total ataque de guerra comercial, um desentendimento, contraste, colapso desencadeando para os próximos futuros, que culpo sim a legislação de insumos e da saúde, e também culpo sim o judiciário Brasileiro (Não comentei nem polemizei nós vídeos)

(Covid, doença intravascular que causa coágulos e trombose nos vasos e arterias, Bacteria amplificada por radiação eletromagnética de 5G que produz inflamação hipoxia, coagulação do sangue o que leva a trombose que o sangue não conseguiu circular e não oxigena o coração e os pulmões fazendo a pessoa morrer rapidamente porque não conseguiu respirar, e a vacinação em testes para a cura da doença, vem trazer vários tipos de efeitos e irritações no organismo humano (transtorno psicossomático) que causaram novas doenças e matando mais crianças e pessoas)

Concluirmos que os 100 anos de investimento em saúde no Brasil especialmente das altas taxas de mortalidade infantil e várias vergonhosas CPI da mortalidade, têm um total colapso, lamentável, triste e feio, com crianças e pessoas sendo enterradas vivas, com estes fatos, os afetos, o humanismo e os amores nunca existiram na saúde pública.

Um total satanismo com a criança em seu desenvolvimento e vida, um descrédito e menosprezo ao valor da vida e significância da criança para o mundo, ferindo seu sentimentos a pessoa e a sua própria dignidade.

A compreensão do uso da legislação dentro dos hospitais brasileiros e uma difícil conquista e ainda impossível, devido a insuficiência de equipamentos causando um alto índice de estress e arrogância, e é também impossível uma pessoa conquistar a moral e respeito usando a linguagem da legislação da enfermagem médica dentro dos hospitais brasileiros e na carreira médica, e outra que a maioria dos proficionais de legislação de saúde estão

com alguma imunodeficiência ou doente, e estão lutando pela sua própria cura, gerando o estresse, arrogância e brigas que são extremas nos hospitais brasileiros, e a verdade é que o profissional legislador de saúde no Brasil não consegue salvar vidas, e os hospitais Brasileiros não tem nenhuma cura para oferecer, e a pessoa com preventivo de saúde tem que tomar cuidados com políticas sanitárias, sendo tudo isso um verdadeiro abatedouro.

A pessoa doente no hospital brasileiro tem que se curar sozinha, e muitas pessoas tem se curado sozinhas, as crianças e pessoas pagam os hospitais para utilizar para se curarem e sempre falta remédios e equipamentos, essa é a verdade que vem acontecendo.

MARCO TEÓRICO – Parte I notas introdutórias, fundamentação teórica e metodológica. Notas introdutórias – Teses – Saúde Pública – Fiocruz/ ENVISA/Ministério da saúde/ Legislação da saúde. – O gráfico evidencia a tendência de queda do CMI no Brasil e regiões nos últimos 100 anos: Gráfico – Coeficiência da Saúde Infantil, Brasil, os 100 anos de Saúde Infantil – (Revista acadêmica - Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRPEE) Capa do Jornal e revista francesa *Le Journal des Savants*- Journal of management and primary Health Care saúde doença da criança indígena – Folha de Boa vista e saúde indígena – Cooperação Internacional da saúde indígena.

93

E continua, e história velha a irresponsabilidade com o sanitário, e é continua as “Violências da Saúde” (As violências: Vacinas, Medicamentos genéricos inseguros, Armas biológicas, Armas de fogo ilícito, armas químicas, diferenças sociais, falência de empresas, desemprego, fome, miséria, etc.) contra a criança, pessoas e povos. Os governos, a ciência e a legislação nunca priorizaram e nunca irão priorizar a saúde da criança e população e uma matemática lógica, das muitas vezes que houve ataque com epidemias, o futuro poderia está garantido a estas “Violências” se fossem contidas com políticas de Lei e legislação de desmaterialização de crimes biológicos (Nanômetros, e outras ameaças) em armas biológicas no mundo como sofremos com o covid.

Concluimos também que o Brasil no decorrer tecnológico da saúde (**Período Nazista, ditadura e saúde**) o país sofre diversas explorações econômicas que sacrificaram as porcentagens salariais das mãos de obras de Brasileiros que estes eram para curarem as dívidas previdenciárias e públicas de déficit de saúde de inicialização do Brasil República colonial.

E total e despreparo a irresponsabilidade da **Lei e Legislação** da instituição de saúde atual, me refiro a “**Lei e legislação da saúde**” tanto parlamentar e a usada no meio Legislação Médico Hospitalar, pois a Lei somente é sancionada para a fabricação da vacina, somente depois do estágio em que a doença se alastra, uma total “**Incógnita**” e uma total cara de pau, quando o sucesso do fabricados da saúde para a cura da saúde vem desde ano de 1700 no Brasil Colonia, o que foram então várias as vezes que a Lei e legislação da economia da saúde do Brasil teve chances para solucionar os problemas da saúde para a nova população e sociedade, e colapso dos números de perdas de vidas de crianças.

No ano de 1900, tivemos uma grande chance para o país, ano em que o Legislador Médico (Figura verdadeira e formal para a vitória da saúde nacional Brasileira) assume a presidência da república do Brasil, e que foi o último até então presente dias atuais, e foi a última oportunidade da Lei e Legislação da

Saúde a apresentar e exigir a decisão de medida e solução econômica sanitária as entidades governamentais e nações unidas, o que o Legislador médico e policial Brasileiro no mais alto das preparações, **Juscelino Kubitschek** tendo como força política o militarismo Brasileiro a seu favoritismo, militar, constitucional e jurídico que são a decisão e legalização para caus de natureza econômica, que já sabia dos piores caus e atrazo que é o pensamento “Genocídio”, naquela época e ano de inauguração da saúde no Brasil poderia-se ter definido a economia da saúde do Brasil e solucionados as problemáticas dos defts da economia sanitária.

MARCO TEÓRICO – Parte I notas introdutórias, fundamentação teórica e metodológica. Notas introdutórias – Teses – Saúde Pública – Fiocruz/ ENVISA/Ministério da saúde/ Legislação da saúde. – O gráfico evidencia a tendência de queda do CMI no Brasil e regiões nos últimos 100 anos: Gráfico – Coeficiência da Saúde Infantil, Brasil, os 100 anos de Saúde Infantil – (Revista acadêmica - Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRPEE) Capa do Jornal e revista francesa *Le Journal des Savants*- Journal of management and primary Health Care saúde doença da criança indígena – Folha de Boa vista e saúde indígena – Cooperação Internacional da saúde indígena.

94

Juscelino Kubitschek que era o oficial legislador da saúde da campanha presidencial nacional do Brasil na época, poderia ter dado fim ao governo imperial da saúde militar que reinava ainda no mundo (Republica Imperial portuguesa, Republica Velha, Nova República, Estado Novo) os reasendidos arquivos obscuros da economia da saúde da coroa portuguesa, nazismo que prevalecem eternamente.

O elaborado plano de governo de **Juscelino Kubitschek**, não era suficiente para o tamanho do Brasil, presisava ser maior e gigantesco, sairia mais barato, o que acabou em um colapso, esquecendo de diversas áreas improbis do Brasil como matagais, favelas e militares com suas famílias, empregados e desempregados e suas famílias nas condições sem dar heranças a suas famílias.

A verdade e que **Juscelino Kubitschek** era um verdadeiro condenado, escravo, falsário e maldito Nazista e sob condição Nazista.

A causa da morte de **Juscelino Kubitschek** se deu foi por um sofrimento nazista, e a economia sanitária que é um problema insolúvel.

O fim trágico de **Juscelino Kubitschek** de forma estranha e obscura aos mesmos tempo da morte de Jhon Kenned (JK) nos Estados Unidos, fatos da criação de SUS em 17 de maio 1988 Lei nº 8.080/90 e a Lei 8142 e a Lei 8142/90 (**Proteção e Recuperação da Saúde, organização e funcionamento**) pela Constituição Federal de 1988 (ESTATUTO), o que também vem fortalecendo a obscuridade, trecho atual do STF ao STM com a frase: “O respeito a separação dos poderes, Ditadura Militar nunca mais”, o que o superior tribunal militar do Brasil já poderia ter posse e assumir essa identidade no cenário mundial, ficando o Supremo Tribunal Federal apenas para juízos civis.

Na verdade de todos os fatos a economia da saúde no Brasil não iniciou gloriamente e nunca tem vitória, o que deu atualmente um marco uma luta por busca a economia a saúde “**Corrupção na Saúde**” desencadeando um assassinato com falta de leitos e aumento de negligências com curas. O

mercado da saúde e perverso atualmente (Crimes de doações de órgãos, mercado da saúde, outros, etc.) este paradigma mata cruelmente as crianças e pessoas, infelizmente essa é a verdade.

Os mecanismos de tecnologias em avanços de curas de países estratégicos, a mídia nacional oculta em todas as hipóteses por argumentos venéreos.

Se vier a força a Emenda Constitucional da Saúde (**EMC29 altera os art. 34, 35, 156, 160, 167 198 da Constituição Federal e acrescenta art. ao ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos**

MARCO TEÓRICO – Parte I notas introdutórias, fundamentação teórica e metodológica. Notas introdutórias – Teses – Saúde Pública – Fiocruz/ ENVISA/Ministério da saúde/ Legislação da saúde. – O gráfico evidencia a tendência de queda do CMI no Brasil e regiões nos últimos 100 anos: Gráfico – Coeficiência da Saúde Infantil, Brasil, os 100 anos de Saúde Infantil – (Revista acadêmica - Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRapee) Capa do Jornal e revista francesa *Le Journal des Savants*- Journal of management and primary Health Care saúde doença da criança indígena – Folha de Boa vista e saúde indígena – Cooperação Internacional da saúde indígena.

95

mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde)

se tomar a lógica em tempo cronológico teremos melhora nas principais na economia sanitária, equipamentos biológicos de equilíbrio ambiental e as soluções dos lixos, lixões e radiativos.

Incógnitos: Monopólio de fabricados da saúde, gastos interno Hospitalar, Registro civil de laudos catavéricos (IML), Interesses pessoais, corrupção, Arte em desvio de dinheiro público da saúde, monopólio em saúde, mercenarismo em economia em saúde, nazismo saúde, teste da ressonância 3d em guerra, etc.

Com o fim da escravidão de Negros Angolanos e Indígenas Tupinambas, o Brasil precisava de uma economia de saúde e sanitária, vem o Nazismo Saúde economia, prática reprovada pelos protocolos de paz, e que é uma criação da elite monopolista do planeta, exterminadora que continua exterminando vidas e a saúde de populações pobres que continuaram morrendo.

O Nazista Saúde é um verdadeiro contínuo holocausto, no Brasil com **Juscelino Kubitschek**, tivemos vários episódios que continuam ocorrendo até os dias atuais, que são: brigas entre políticos donos de terras, os atrasos indígenas, divergências agrárias latifundiárias, carimpage, pistolagem, milícias, conflitos de terras, desvio de dinheiro público e mortes de políticos de assembleias municipais em vários interiores e ribeirinhos dos estados do Brasil, tivemos um colapso eterno na economia da saúde até aos dias atuais sem cura para os Brasileiros e nossas crianças, sem cura que geraram atrasos eternos, preços baixos da mineração da saúde, privatizações, mortes de sanitários e falsas curas em hospitais brasileiros, tudo uma pura farsa da saúde Nazista que continuou até os dias de hoje, tudo podendo ser lido no **Livro: Conflitos na Amazônia e guerras de outros países pela posse da região amazônica - <https://www.brasildefato.com.br>**. Outro também “**A Revolução Acriana**” (em espanhol: **Guerra del Acre**) uma série de conflitos de fronteira entre a **Bolívia** e a Amazônia Brasil, o tema é contado em uma minissérie da rede

Globo: **Amazônia**. Também Livro: **"Cangaço: a Milícia do Coronelismo" no nordeste** - <https://amzn.to/3BcObwu>

E também a perda da formação dos novos cidadãos que deveriam vir pro's próximos anos, crianças e adolescentes, perdemos nossas crianças para a pior de todas a **"Criminalidade Psiquiátrica"** Manicômio de crianças e adultos psiquiátricos infratores com a nova pandemia, o que não tem saída mais para a criança pobre, há uma malandragem econômica total com essa situação, uma malandragem total, o que é engraçado para uns que dizem que a paisagem não tá muito feia, que são vistas nos novos vídeos tecnológicos:

Depoimentos de crianças detentas com grades iguais à penitenciária de adultos que levam suras e chibatadas diárias toda hora podem ser vistas nos **vídeos**:

96

Video youtube: Repórter Record 21/06/09 - Pequenos Infratores, **vídeos youtube:** Juízo do jovem infratores do Brasil, **vídeos youtube:** Conexão Repórter - Prisão De Menores 24 Horas II - Parte 1, 2, 3 - **vídeos youtube:** FUNDAÇÃO CASA: haverá futuro para os jovens infratores? - Cidade Ocupada (com Fred Melo Paiva) – **Vídeos Youtube:** Jovens Isolados: conheça casa de recuperação para menores infratores.

. Com tudo isso, temos o contínuo deficit da economia da saúde e contínuo aumento de doenças parasitárias e problemas criminais sociais que se multiplicam a cada ano em **"Novos Malignos Prolíferos"** se tornando a maior vergonha da humanidade.

Então a economia da saúde e sanitária do Brasil e de parlamento **"TOME A VACINA SE QUISER"** é uma causa perdida eterna, isso sempre fica como no quadro de outros países que lutam na pobreza.

O país atualmente prossegue o mesmo cronograma de despesas orçamentárias de deficit de saúde passados, com esta, tem que apresentarem em imediato novas leis e legislações parlamentares e novos candidatos de favoritismo na governança das regiões estados e ribeirinhas devem remediar e tomar acordos a está lógica para os setores da economia da saúde, tudo imediatamente deste marco inicial em diante, ou continuaremos perdendo o país para o deficit Mundial de saúde infantil.

Veja os dados pelo Link:

"https://www.germedpharma.com.br/sua-saude-detahes/ha_um_longo_caminho_ate_o_fim_da_pandemia_diz_oms".

Os dados fazem parte da Estatística de Registro Civil, pesquisa do IBGE 31.160 crianças menores de um ano morreram em 2015 no País. O total representou queda de 21,9% em relação ao apurado dez anos antes, de 39.921.

A Organização Mundial de Saúde, divulgou que seu relatório anual sobre a saúde no mundo. A mortalidade infantil (crianças abaixo de cinco anos de idade) no mundo caiu pela metade entre 2000 e 2018, mostra o documento.

Houve uma queda de 76 para 39 mortes a cada mil nascidos vivos na média mundial. Entre os recém-nascidos, caiu de 31 para 18 o número de mortes a cada mil nascimentos.

A meta da organização é **zerar ambos os indicadores até 2030**. Como objetivo mínimo, os países devem conseguir ter, no máximo, 25 mortes a cada mil crianças abaixo de 5 anos, e até 12 mortes de recém-nascidos para cada mil nascimentos.

O Brasil já cumpriu o objetivo inicial. O relatório da OMS aponta 14 mortes a cada mil crianças de até 5 anos de idade em solo brasileiro; para os recém-nascidos, foram 8 mortes a cada mil nascimentos.

97

Veja a comparação com o Brasil:

2 . Mortalidade infantil no mundo

10 maiores índices e comparação com o Brasil. Número se refere a crianças menores de cinco anos. Fonte: OMS

O menor índice registrado foi de 2 mortes para cada mil crianças, em países como . O maior foi na , com 122 mortes para cada mil crianças; em seguida vieram , com 120 mortes, e , com 119 (*veja gráfico*).

Entre os recém-nascidos, o **menor índice foi de uma morte a cada mil nascimentos**, em países como e, de novo, o Chipre, além de e obter as maiores taxas apareceram no (42 mortes a cada mil nascimentos), (41 a cada mil) e (40 a cada mil).

Afeganistão (152), Chade (127), Angola (111), Guiné-Bissau (109), Nigéria (107), Somália (106), Mali (103) e Serra Leoa (102). Diante desse cenário, a Organização das Nações Unidas (ONU) incluiu a redução da mortalidade infantil entre uma das oito Metas de Desenvolvimento do Milênio.

2. Queda na mortalidade materna

2 de 3 Mulher grávida é vista com roupas protetoras contra a Covid-19 em Nova York, no dia 27 de abril. —AFP

Também houve queda na mortalidade materna em todo o mundo, mas os índices ainda são muito altos em vários países. Os piores foram registrados no (com 1.150 mortes para cada 100 mil nascimentos), seguido do (1.140 mortes) e (1.120 mortes).

O Brasil registrou 60 mortes maternas a cada 100 mil nascimentos, segundo o relatório (dados de 2017).

3. Maiores taxas de mortalidade materna

A cada 100 mil nascimentos; comparação com o Brasil. Fonte: OMS

Já a Bielorrússia, a Itália, a Noruega e a Polônia tiveram o menor índice de mortalidade materna: nesses países, 2 mulheres morreram a cada 100 mil nascimentos ocorridos.

Segundo o documento, aumentou a expectativa de vida no mundo, ainda que de forma desigual. Os maiores ganhos foram em países de baixa renda, onde a expectativa de vida aumentou 11 anos entre 2000 e 2016. Nos países de alta renda, esse aumento foi de 3 anos.

98

Mas os moradores de países desenvolvidos continuam vivendo mais tempo. As maiores expectativas de vida ao nascer foram registradas no Japão (84,2 anos); na (83,3 anos) e na (83 anos). A menor foi na República Centro-Africana, cujos moradores tinham expectativa de 53 anos ao nascer.

4. No Brasil, a expectativa de vida ao nascer ficou em 75,1 anos, mesma da Colômbia.

Um dos motivos para o progresso nos países de baixa renda foi a melhora no acesso a serviços para prevenir e tratar HIV, malária, tuberculose e doenças tropicais negligenciadas, como verminoses. Outra razão foi a melhora nos cuidados de saúde para crianças e mães, o que contribuiu para a queda na mortalidade infantil, diz a OMS.

Podemos acabar com as mortes infantis por meio das intervenções como imunização, amamentação exclusiva, nutrição adequada e tratamento de doenças infantis comuns. Reduções na poluição do ar e acesso a higiene básica, água potável e saneamento, combatendo políticas de monopólio de saúde, equipamentos e fármacos de saúde caríssimos, salvando o início da vida que é o infantil no mundo, relatório do OMS.

MARCO TEÓRICO – Parte I notas introdutórias, fundamentação teórica e metodológica. Notas introdutórias – Teses – Saúde Pública – Fiocruz/ ENVISA/Ministério da saúde/ Legislação da saúde. – O gráfico evidencia a tendência de queda do CMI no Brasil e regiões nos últimos 100 anos: Gráfico – Coeficiência da Saúde Infantil, Brasil, os 100 anos de Saúde Infantil – (Revista acadêmica - Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE) Capa do Jornal e revista francesa Le *Journal des Savants*- Journal of management and primary Health Care saúde doença da criança indígena – Folha de Boa vista e saúde indígena – Cooperação Internacional da saúde indígena.

99

32. REFERÊNCIAS BIOGRÁFICAS do Autor.

Alex Ferreira Guedes, Artigo científico Acadêmico e tcc monografia, Ano 2021, “Quero iniciar e alcançar esta briga e realizar esta instrumentação cirúrgica a **Lei e legislações de tratamentos e terapias para recém-nascidos, crianças indígenas deficientes, filhos de militares e população** em nossas regiões ribeirinhas, povo, comunidades, cidades, economia e os centros do alto da inteligência pública, uma vez que estes devem ser entregues a todos como consta na constituição”. **Ano 2021.**

Juscelino Kubitschek, Nas palavras de Oficial de polícia militar e Médico: “O que está escrito na constituição deve ser entregue a todos e a população”. Ano 1927 – 1957.

QUINTANA, M. Poesias. São Paulo: Globo, **Ano 1994.**

32 . PRINCIPAIS TRATAMENTOS E TERAPIAS:

1. ESCANNER

1.1 Engenharia Médica, Engenharia clínica, Engenharia de equipamentos, Manual técnico fabricação, outros

2. CÉLULA TRONCO

3. QUIMIOTERAPIA

4. RADIOTERAPIA

Site em construção:

vídeo da campanha do Scanner, ele está disponível em WWW.canalciencia.ibict.br e youtube CAMPANHA - Bioimpressão de órgãos humanos – 4º Biorreator: <https://youtu.be/VbC7F3CAQF4>

CALIL, Saíde Jorge. Gerenciamento de Manutenções de Equipamentos Hospitalares. 11. ed. São Paulo-SP: INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE - IDS , 1998. p. 1-127.

IEC, A. -. N. -. Equipamento Eletromédico - Requisitos Gerais Para a Segurança Básica e o Desempenho Essencial.: 60601-1-11. 2. ed. RIO DE JANEIRO - RJ: [s.n.], 2012. p. 1-61.

SANITÁRIA, M. D. S. -. A. N. D. V. Gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimento de saúde: Resolução - RDC Nº2. 16. ed. BRASÍLIA - DF: [s.n.], 2010. p. 1-4.

100

SAÚDE, S. D. G. E. I. E. Equipamentos Médico? hospitalares e Gerenciamento da Manutenção. 1. ed. Brasília-DF.: Ministério da Saúde, 2002. p. 1-379.

ABNT NBR IEC 60601 - 1 -11:2012 - Equipamento Eletromédico - Requisitos Gerais Para a Segurança Básica e o Desempenho Essencial.

ABNT NBR IEC 62353 - Equipamento Eletromédico - Ensaio recorrente e ensaio após reparo de Equipamento eletromédico.

ABNT NBR ISO 17665:2012 - Esterilização de produtos para saúde - Vapor

33. REFERENCIA BIOGRAFICA DO EMBRIÃO HUMANO

- A ciência do direito embrionário.
- O direito embrionário.
- Embrionário e a ciência do direito.

CENTRO DE BIOÉTICA – CREMESP. Disponível em: WWW.bioetica.com

_____. **O Estado Atual do Biodireito.** 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

HABERMAS, Jürgen. **O Futuro da Natureza Humana.** Tradução de Karina Jannini. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

FERNANDES, Sílvia da Cunha. **As Técnicas de Reprodução Humana Assistida e a Necessidade de sua Regulamentação Jurídica.** Rio de Janeiro: Renovar, 2005.

MEIRELLES, Jussara Maria Leal de. **A Vida Embrionária e sua Proteção Jurídica.** Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

VASCONCELOS, Cristiane Beuren. **A Proteção do Ser Humano in vitro na Era da Biotecnologia**. São Paulo: Atlas, 2006.

CROMOSSOMOS. Disponível em: <http://www.ufv.br/dbg/labgen/crom.html>. Acesso em 02 set. 2009.

OSELKA, Gabriel Wolf; OLIVEIRA, Reinaldo Ayer (coord.) **Doente Terminal. Destino de Pré-Embriões. Clonagem. Meio Ambiente**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Centro de Bioética, 2005.

FONSECA, Krukemberghe. **Meiose**. Disponível em: <http://www.brasilecola.com/biologia/meiose.htm>. Acesso em 02 set. 2009.

CORRÊA, Elídia Aparecida de Andrade; CONRADO, Marcelo. **O Embrião e Seus Direitos**. In: CORRÊA, Elídia Aparecida de Andrade; GIACOIA, Gilberto; CONRADO, Marcelo (coord.). **Biodireito e Dignidade da Pessoa**

101

Humana: Diálogo entre a Ciência e o Direito. Curitiba: Juruá, 2007, p.79 - 108.

CASABONA, Carlos Maria Romeo. **Investigação e Terapia com Células-Mãe Embrionárias: Qual Regulamento Jurídico para a Europa?** In: SÁ, Maria de Fátima; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira (Coords.). **Bioética, Biodireito e o Código Civil de 2002**. Belo Horizonte: Del Rey, 2004, p.125-154.

BARROSO, Luis Roberto. **Em Defesa da Vida digna: Constitucionalidade e Legitimidade das Pesquisas com Célula-Tronco Embrionárias**. In: SARMENTO, Daniel; PIOVESAN, Flávia (coords.). **Nos Limites da Vida: Aborto, Clonagem Humana e Eutanásia sob a Perspectiva dos Direitos Humanos**. Rio de Janeiro: Lúmen Juris, 2007, p.241-263.

ALHO, Clarisse Sampaio. **Ética, Genética e Biotecnologia: O Uso de Células-Tronco**. In: CLOTET, Joaquim; FEIJÓ, Anamaria Gonçalves dos Santos; OLIVEIRA, Marília Gerhardt de. (coords.) **Bioética: Uma Visão Panorâmica**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005, p. 37-57.

LEITE, Eduardo de Oliveira. **O direito do embrião humano: mito ou realidade**. Revista da faculdade de direito da UFPR, Curitiba, a. 9, n. 29, 1996. p. 121- 146

NYS, Herman. **Experimentações em embriões**. In: CASABONA, Carlos Maria Romeo (Org). **Biotecnologia, direito e bioética: perspectivas em direito comparado**. Belo Horizonte: Del Rey; PUC Minas, 2002.

PEGORARO, Olinto. **A ética e bioética: da subsistência à existência**. Petrópolis: Vozes, 2002.

REICH, Warren T. (Ed.). **Encyclopedia of bioethics**. New York: The Free Press; London: Collier Macmillan Publishers, 1978.

DINIZ, Débora. **Células–Tronco e Aborto**. Disponível em: http://oglobo.globo.com/pais/noblat/post.asp?cod_Post=92347&a=112.

ROMEO CASABONA, Carlos Maria. **Do gene ao direito: sobre as implicações jurídicas do conhecimento e intervenção no genoma humano**. São Paulo: IBCCrim, 1999.

SOUZA, Paulo Vinícius Sporleder de. **O nascituro e a criminalidade genética**. *Revista brasileira de Ciências Criminais*, São Paulo, a. 7, n. 28, out./dez. 1999.

WILKIE, Tom. **Projeto genoma humano: um conhecimento perigoso**. Tradução de Maria Luíza X. de A. Borges. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

BEAUCHAMP, Tom; CHILDRESS, James. **Principles of biomedical ethics**. 4. ed. New York: Oxford University Press, 1994.

ENGELHARDT JUNIOR, H. Tristram. **Fundamentos da bioética**. Tradução de José A. Ceschin. São Paulo: Edições Loyola, 1997.

HOTTOIS, G. **Novas tecnologias: o paradigma bioético**. Lisboa: Salamandras, 1990.

EÇA, Lilian Piñero. Opinião. In: **Adoção de embriões pode ser alternativa ao seu uso em pesquisas**. Notícias in <http://www.comciencia.br>. Acessado em 06.04.2006.

Embriões: a busca de um estatuto - Senado Federal

Cell Technology. In: www.celltechnology.com. Biodireito. São Paulo: Saraiva, 2001.

Embryonenschutzgesetz – EschG. (“Lei de Proteção dos Embriões”), promulgada em 13.12.1990.

GOLDIM, José Roberto. In: <http://www.bioetica.ufrgs.br/>. Acessado em 16.02.2006.

GOMES, Orlando. Introdução ao Direito Civil. Atualização e notas de Humberto Theodoro Júnior. 12.ed. Rio de Janeiro: Forense, 1997.

LANZENDORF, Susan. **Use of human gametes obtained from anonymous donors for the production of human embryonic stem cell lines**. *Revista Fertility and Sterility*. Vol. 76. Issue 1.

LEITE, Eduardo de Oliveira. **O direito do embrião humano: mito ou realidade**. *Revista de Direito Civil, Imobiliário, Agrário e Empresarial*. N.78. São Paulo. RT.

MARTINS, Ives Gandra da Silva e Eça, Lilian Piñero. **Verdade sobre células-tronco embrionárias**. Jornal Folha de S. Paulo. Opinião. Edição de 08.07.2005.

MEIRELLES, Jussara Maria Leal de. **A Vida humana Embrionária e sua Proteção Jurídica**. Rio de Janeiro : Renovar, 2000.

OTCHET, Amy. **Es ética la clonación de embriones?** El Correo de la UNESCO. Caderno Libertades. Edição de abril de 2001.

102

PEDROSA Neto, Antônio Henrique e **FRANCO JÚNIOR**, José Gonçalves. **Reprodução Assistida. Iniciação à Bioética**. Coordenação de Sérgio Ibiapina Ferreira Costa. Gabriel Oselka e Volnei Garrafa. Brasília. CFM. 1998.

PERIN, Marcelo. Opinião. In: **Adoção de embriões pode ser alternativa ao seu uso em pesquisas**. Notícias. In <http://www.comciencia.br>. Acessado em 06.04.2006.

SZANIAWSKI, Elimar. **O embrião excedente – O primado do direito à vida e de nascer**. Revista Trimestral de Direito Civil. Rio de Janeiro. Padma. v. 8. 83/107. an.2001.

WILMUT. **Avanços na clonagem de células humanas**. In: **Highlights do Congresso Europeu de Reprodução Humana, realizado em Bologna, Itália**, no mês de junho de 2000. In <http://www.profert.com.br>. Acessado em março de 2001.

SEMIÃO, Sergio Abdalla. **Os direitos do nascituro: aspectos cíveis, criminais e do biodireito**. 2 ed. Ver., e atual. E ampl. Belo Horizonte: Del Rey, 2000.

Maria Helena Diniz citada por Juliana Simão da Silva e Fernando Silveira de Melo Plentz Miranda na Revista Eletrônica Direito, Justiça e Cidadania – Volume 2 – nº 1 – 2011, p.10.

Claudia Regina Magalhães Loureiro, **Introdução ao Biodireito**, Ed. Saraiva;

Leo Pessini e Christian de Paul Barchifontaine. **Problemas atuais da bioética**, Ed. São Paulo: Loyola, 1994;

Maria Helena Diniz, **O Estado Atual do Biodireito**, Ed. Saraiva.

PASSINI, Leo. **Problemas atuais de bioética**, ed. São Paulo: Loyola, 1994. (p.11).

DINIZ, Maria Helena, **O estado atual do Biodireito**. (P.10)

TERRE, Vita e Pensiero. Milano, 1990. (p.170) Fonte: <http://www.conjur.com.br/2012-jan-26/garantia-emprego-direito-fundamental-nascituro-decide-trt-rs>. Acesso em: 10/11/2013, às 19:00.

GOLDIM, José Roberto. **Congelamento de Embriões**. Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/congela.htm>. Acesso em 06 set. 2009.

JOSÉ, Lluís Montoliu. **Células-tronco humanas: aspectos científicos**. In: MARTÍNEZ, Julio Luis. **Células-Tronco Humanas: Aspectos Científicos, Éticos e Jurídicos**. Tradução Nicolas Nyimi Campanário. São Paulo: Loyola, 2005, p. 21-59.

103

KRESS, Hartmut. **Ética Médica**. Tradução de Hedda Malina. [São Paulo]: Loyola, [2008]. LACADENA, Juan Ramón. **Experimentação com Embriões: o dilema ético dos embriões excedentes, os embriões somáticos e os embriões partenogenéticos**. In: MARTÍNEZ, Julio Luis. **Células-Tronco Humanas: Aspectos Científicos, Éticos e Jurídicos**. Tradução Nicolas Nyimi Campanário. São Paulo: Loyola, 2005, p. 65-100.

MUTO, Eliza; NARLOCH, Leandro. **O Primeiro Instante**. Revista Super Interessante. [São Paulo]: Abril, ed. 219, Nov. 2005, p. 56-64.

NASCIMBENI, Asdrubal Franco. **Pesquisas com Células-Tronco: Implicações Éticas e Jurídicas**. São Paulo: Lex, 2008.

NERI, Demetrio. **A Bioética em Laboratório: Células-Tronco, Clonagem e Saúde Humana**. Tradução de Orlando Soares Moreira. [S.l.]: Loyola, 2004.

SOUSA, Fernanda dos Santos. **Células-Tronco Embrionárias: Aspectos Éticos e Jurídicos da Utilização dos Embriões Excedentes para Fins Terapêuticos à**

Luz da Lei de Biossegurança. Mestrado em Direito, orientado pela professora doutora Ana Paula Sebbe Felipo, Santos, 2009.

SZANIAWSK, Elimar. **O Embrião Excedente - O Primado do Direito à Vida e de Nascer**: Análise do art. 9º do Projeto de Lei do Senado n.º 90/99. In: Revista Trimestral de Direito Civil, v. 8, out/dez 2001, p. 83-107.

UNESCO. **Declaração Universal do Genoma Humano e Direitos Humanos**. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?setect_acti on=&co_obra=14717. Acesso em: 23 já. 2010.

34. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DO DIREITO A SAÚDE AO EMBRIÃO HUMANO, RECÉM-NASCIDO, CRIANÇA INDÍGENA DEFICIENTE, FILHOS DE MILITARES E POPULAÇÃO:

1. Inquéritos e a avaliação das políticas de saúde

Um dos grandes problemas apresentados aos reformadores de sistemas de saúde consiste em detectar se a implementação de suas proposições está sendo capaz de alterar a situação corrente para um patamar de melhor desempenho, definido a partir dos objetivos propostos para a reforma. No caso da Reforma Sanitária Brasileira, iniciada a partir dos anos 80, acordaram-se princípios gerais e organizacionais que deveriam assegurar uma melhoria das condições de saúde e do acesso a ações e serviços de saúde. Esses princípios foram incluídos na Constituição de 1988 e na legislação complementar (leis 8.080 e 8.142) promulgada em 1990. O direito à saúde deve implicar a implementação de políticas sociais e econômicas que tenham impacto na redução de riscos de doenças e na garantia do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. A estratégia organizacional determinada para o

104

sistema de saúde centra-se na organização de uma rede regionalizada e hierarquizada que obedeça às diretrizes da descentralização, do atendimento integral com prioridade para as ações preventivas, sem detrimento dos serviços assistenciais, e da garantia da participação da comunidade.

2.DIREITO A VIDA DO EMBRIÃO

Elder, K. & Dale, B. In: **In Vitro Fertilization Second Edition**; Editora: Cambridge; UK; 2000. (www.cup.cam.ac.uk)

Esteves, S. C. & Catafesta, E. & Maciel, M. C. A. In: **I Consenso Brasileiro de Embriologia em Medicina Reprodutiva**; São Paulo; 2004. (www.pronucleo.cjb.com.br)

Cleine, J. H. In: IVF lab: **Laboratory aspects of in-vitro fertilization; 1996. Manual de Procedimientos Laboratorio de Producción Asistida**. Santiago de Chile; 1998. (www.redlara.com)

Trounson, A. O. & Gardner, D.K. In: **Handbook of In Vitro Fertilization Second Edition**; Editora CRC; Flórida; 2000.

3. DIREITO A SAÚDE AO RECÉM-NASCIDO

SÃO PAULO, Secretaria Municipal de Saúde. Caderno Temático da Criança. São Paulo, 2003. Apresenta as diretrizes técnicas para a assistência à criança na Atenção Básica, incluindo informações sobre rotina preconizada de atendimentos. Destaque: critérios e indicações para a avaliação e acompanhamento do bebê de risco e avaliação do desenvolvimento e crescimento.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Programa mãe paulistana. Manual Técnico: saúde da criança – 1º ano de vida. Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde – CODEPPS. São Paulo:

SMS, 2006. Distribuído a toda rede de atenção primária, orienta de maneira sintetizada o passo a passo para o acompanhamento de crianças até 1 ano na rotina das unidades básicas de saúde: atenção ao recém nascido e seguimento ambulatorial. Destaque: teste de desenvolvimento de Denver e protocolo (com fluxograma) para intervenção precoce auditiva BRASIL.Ministério da Saúde, Fundamentos técnico-científicos e orientações práticas para o Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento – Parte 1: Crescimento, Brasília, 2001. Resume os principais aspectos do crescimento infantil incluindo avaliação, acompanhamento e rotina.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Fundamentos Técnico-Científicos e Orientações Práticas para o Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Parte 2: Desenvolvimento, Brasília, 2001. Resume os**

105

principais aspectos do desenvolvimento neuropsicomotor com destaque para ficha de acompanhamento/avaliação elaborada por Alfredo Jerusalinsky.

PAES, Carlos E. N; GASPAR, Vera L. V. **As injúrias não intencionais no ambiente domiciliar: a casa segura. J. Pediatr.** (Rio J.), Porto Alegre, v. 81, n. 5, Nov. 2005 . Aborda os acidentes domésticos com crianças e sua prevenção.

ACOSTA, Ana Rojas; VITALE, Maria Amália F. (org.). **Família, redes, laços e políticas Públicas.** 3a. edição. São Paulo: Cortez, 2007.

ALVES, Navantino Filho; CORRÊA, Mário. **Manual de perinatologia.** Rio de Janeiro, Medsi, 1990, v. 1 e 2.

AVERY, Gordon. **O recém-nascido.** São Paulo, Atheneu, 1990.

BASTOS, Álvaro da Cunha. **Noções de ginecologia.** 6.ed. São Paulo, Atheneu, 1982.

BEE, Helen. **A criança em desenvolvimento.** Rio de Janeiro, Guanabara, 1989.

BENSON, Ralph. **Manual de obstetrícia e ginecologia.** 7.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1980.

BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D.S. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 6.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1990. v. 1 e 2.

BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D.S. **Prática de enfermagem.** 3.ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1985. v. 1 e 2.

BURROUGHS, Arlete. **Uma introdução à enfermagem materna.** 6.ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.

DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. **Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. 2.ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1996.

FIORI, ; GALVÃO, . **Prática pediátrica de urgência**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1979.

KLAUSS, ; FANAROFF, . **O recém-nascido**. São Paulo, Sarvier, 1980.

KRUSE, Wilson; ABEICHE, Alberto Mantovani. **Assistência pré-natal**. Porto Alegre, Universidade/ UFRGS, 1992.

LÉVY, Janine. **O despertar do bebê**. São Paulo, Martins Fontes, 1982.

106

LÉVY, Janine. **O despertar para o mundo**. São Paulo, Martins Fontes, 1982.

LIMA, Azor de. **Pediatria essencial**. Rio de Janeiro, Guanabara, 1992.

MACKAY, Eric et al. **Tratado de ginecologia**. Rio de Janeiro, Interamericana, 1985.

MARCONDES, Eduardo. **Pediatria básica**. 8. ed. São Paulo, Sarvier, 1994. v.1 e 2.

MARTINS FILHO, José. **Como e porque amamentar**. 2. ed. São Paulo, Sarvier, 1987.

MARTINS, Prata. **Manual de obstetrícia**. São Paulo, EPU, 1982.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência ao planejamento familiar**. Brasília, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência ao planejamento familiar: normas e manuais técnicos**. Brasília, 1988.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos**. Brasília, 1988.

MORETTI, Eleonor. **Planejamento familiar e tecnologia contraceptiva - Saúde da Mulher** -Caderno I. Passo Fundo, EUPF, 1992.

NOVAK, E.; JONES, G.S.; JONES, H.W. **Tratado de ginecologia**. 9.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1977.

RAPPAPORT, C.R. **Psicologia do desenvolvimento**. 4.ed. São Paulo, EPU, 1981. v. 1, 2, 3 e 4.

SCHMITZ, E. M. **Enfermagem em Pediatria e Puericultura**. São Paulo: Atheneu, 1989.

SMITH, Clement. **A criança de alto risco**. Rio de Janeiro, Interamericana, 1982.

REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia**. 3. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1977.

REZENDE, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa. **Obstetrícia fundamental**. 4. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1984.

VINHA, Vera. **Leite materno**. São Paulo, Sarvier, 1995.

WHALEY, L.F. & WONG, D.L.. **Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.

107

WAECHTER, E.H.; BLAKE, F.G. **Enfermagem pediátrica**. 9.ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1979.

ZIEGEL, E.E.; CRANLEY, M.S. **Enfermagem obstétrica**. 8. ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1985.

Tecnologias em saúde e suas contribuições para a promoção do aleitamento materno: revisão integrativa da literatura (Health Technologies and their contributions to the promotion of breastfeeding: an integrative review of the literature).

Brasil. Ministério da Saúde (MS). ***II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal***. Brasília: MS; 2009.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). ***Iniciativa Hospital Amigo da Criança***. Brasília: MS; 2011.

Organização Pan-Americana da Saúde. **Semana Mundial de Aleitamento Materno, 1-7 agosto 2014. Amamentação: uma questão contemporânea em um mundo globalizado** [Internet]. 2014.

4. DIREITO A SAÚDE DA CRIANÇA MENOR

Teleton.org.br – Teleton, uma realização AACD – Teleton 2020

Doações a partir de R\$5. Precisamos de você para mudar a vida de milhares de crianças. Transforme a vida de milhares de crianças. Doe amor e receba gratidão. Doe Carinho. Doe Amor. Realização AACD. Doe Afeto. Doe Felicidade.

Zavaschi MLS, Bassols AMS, Sanches PC, Palma RB. **A reação da criança e do adolescente à doença e à morte - aspectos éticos**. *Bioética* 1993;1(2).

UFRGS, Porto Alegre/Brasil. Diretrizes, Normas e Leis em Assistência à Saúde e Códigos de Ética Profissionais. In: Núcleo Interinstitucional de Bioética; 2003.

Sucupira, ACSL. **Pediatria em consultório**. São Paulo, Editora sarvier, 2000.

Ministério da Saúde. **Fundação Nacional de Saúde. Tuberculose** – Guia de vigilância epidemiológica. Brasília, outubro de 2002.

Ministério da saúde. **Programa de Saúde da Família. Manual de condutas Médicas**. Brasília, 2001.

Reis, AG; Grisi, S. **Manual de Pronto socorro em Pediatria clínica**. São Paulo: Ed Atheneu, 1998.

Pereira C, Briguglio N. **A prática da morte**. Revista Isto É 17 de julho de 1996

108

Fidalgo J. Especialistas defendem preparação para a morte. In: Folha Online - Folha de São Paulo; 2001.

Silva MADD. Lugar de morrer é em casa. VEJA 1994 Junho.

Carvalho PR, Rocha TS, Santo AE, Lago P. Modos de morrer na UTI Pediátrica de um hospital terciário. Rev Assoc Med Bras 2001;47(4):325-31

Torreão LA, Reis AGAC, Troster EJ, Oselka G. Ressucitação cardiopulmonar: discrepância entre o procedimento de ressuscitação e o registro no prontuário. J Pediatr (Rio J) 2000;76:429-33.

Doyle D, Hanke G, MacDonald N. Oxford Textbook Of Palliative Medicine. 2ª ed. Oxford: Oxford University Press; 1999

Bruera E, Neumann CM. Management of specific symptom complexes in patients receiving palliative care. CMAJ 1998;158(13):1717-26.

Pessini L. Distanásia: até quando investir sem agredir. Bioética 1996;4:31-43.

Mink RB, Pollack MM. Resuscitation and withdrawal of therapy in Pediatric Intensive Care. Pediatrics 1992;89(5):961-3.

Ryan CA, Byrne P, Kuhn S, Tyebkhan J. No resuscitation and withdrawal of therapy in a neonatal and a pediatric intensive care unit in Canada. J Pediatr 1993;123(4):534-8. [[Links](#)]

Kodadek MP, Feeg VD. Using vignettes to explore how parents approach end-of-life decision making for terminally ill infants. Pediatric Nursing 2002;28(4):333-43. [[Links](#)]

Piva JP, Carvalho PRA. Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal. Bioética 1993;1:129-38. [[Links](#)]

Committee of Bioethics American Academy of Pediatrics. Guidelines on Forgoing Life-Sustaining Medical Treatment; 1994. [[Links](#)]

Committee of Bioethics American Academy of Pediatrics. Informed consent, parental permission, and assent in pediatric practice. Pediatrics 1995;95(2):314-17. [[Links](#)]

Cuttini M, Rebagliato M, Bortoli P, Hansen G, de Leeuw R, Lenoir S, et al. Parental visiting, communication, and participation in ethical decisions: a comparison of neonatal unit policies in Europe. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 1999;81(2):F84-91. [[Links](#)]

Tsai E. Should family members be present during cardiopulmonary resuscitation? N Engl J Med 2002;346(13):1019-21. [[Links](#)]

109

Karlawish JH, Hall JB. Managing death and dying in the intensive care unit [editorial]. Am J Respir Crit Care Med 1997;155:1-2. [[Links](#)]

Contro N, Larson J, Scofield S, Sourkes B, Cohen H. Family perspectives on the quality of pediatric palliative care. Arch Pediatr Adolesc Med 2002;156(1):14-19. [[Links](#)]

La Torre e colaboradores. Emergências em Pediatria. Protocolos da Santa Casa. São Paulo: Manole, 2011.

Selbst SM, Kate C. Segredos em Emergência Pediátrica. São Paulo: Artmed, 2004.

Piva JP, Ramos PC. Manual Terapia Intensiva Pediátrica. Rio de Janeiro: Revinter, 2010.

Carlott APCP. Manual de Rotinas de Terapia Intensiva Pediátrica Ana Paula de Carvalho. São Paulo: Novo conceito, 2007.

5. Doenças respiratórias, covid

Liu W, et al. Detection of Covid-19 in Children in Early January 2020 in Wuhan, China. The New England Journal of Medicine. March 12, 2020. DOI: 10.1056/NEJMc2003717

Dong Y, Mo X, Hu Y, Qi X, Jiang F, Jiang Z, et al. Epidemiological Characteristics of 2143 Pediatric Patients With 2019 Coronavirus Disease in China. Pediatrics. 2020 Mar 16. pii: e20200702. doi: 10.1542/peds.2020-0702.

Yaling Shi, Mingkai Tan, Xing Chen, Yanxia Liu, Jide Huang, Jingyi OU, et al. Immunopathological characteristics of coronavirus disease 2019 cases in Guangzhou, China. Med Rxiv 2020.03.12.20034736; doi:

Italian Thoracic Society. Managing the respiratory care of patients with COVID-19. Endorsed by the Italian Thoracic Society (AIPO – ITS) and Italian Respiratory Society (SIP/IRS) Version - March 08, 2020. Disponível em <http://www.aiponet.it> and <http://www.sipirs.it>. Acessado em março de 2020.

World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected. Interim guidance 13 March 2020. Disponível em [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected) Acessado em março de 2020.

Royal College of Paediatrics and child Health. Tonsillar examination – infection control implications asymptotically infected children. 26 March 2020, version 1.2. Updated 27 March 2020). Disponível em

110

<https://www.rcpch.ac.uk/sites/default/files/2020-03/>

tonsillar_examination_rcpch_bpaiig.pdf Acessado em Março de 2020.

Wei Xia, Jianbo Shao, Yu Guo, Xuehua Peng, Zhen Li, Daoyu Hu. Clinical and CT features in pediatric patients with COVID-19 infection: Different points from adults. *Pediatr Pulmonol*. 2020 Mar 5. doi: 10.1002/ppul.24718. [Epub ahead of print]

Gautret P, Lagier JC, Parola P, Hoang VT, Meddeb L, Mailhe M, et al. Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label nonrandomized clinical trial. *Int J Antimicrob Agents*. 2020 Mar 20:105949. doi: 10.1016/j.ijantimicag.2020.105949. Acessado em março de 2020.

Sociedade Brasileira de Pediatria. Orientações aos pacientes e cuidadores de crianças com asma na pandemia de COVID-19. Disponível em <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/sbp-divulga-orientacoes-a-pacientes-e-cuidadores-de-criancas-com-asmadurante-a-pandemia-do-covid-19/> Acessado em março de 2020.

International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. *Lancet*, 351: 1225-32, 1998.

Lemanske Jr, RF. Issues in understanding pediatric asthma: Epidemiology and genetics. *J Allergy Clin Immunol*, 109: S521 4, 2002.

Shapiro, GG. **Management of Pediatric Asthma.** *Immunol Allergy Clin North Am*, 18:

6. DIREITO A SAÚDE A CRIANÇA INDÍGENA E DEFICIENTE

União das Nações Indígenas. Os povos indígenas e o direito à saúde. *Saúde em Debate (Nesp)*: 8-9, 1988.

Almeida, RT. Saúde da criança indígena, Breves comentários sobre saúde e relações de contato: os guaranis brasileiros. *Saúde em Debate (Nesp)*: 28-32, 1988.

Garnelo, L; Saúde da criança indígena, Wright, R. Doença, cura e serviços de saúde. Representações práticas e demandas Baníwa. *Cad Saud Publica*, 17(2): 273-284, 2001.

Langdon, EJ. Saúde indígena: a lógica do processo de tratamento. *Saúde em Debate (Nesp)*: 12-15, 1988.

111

Simonian, LTL. Saúde da criança indígena, A Crucialidade do xamanismo no contexto da proteção à saúde do índio. *Saúde em Debate (Nesp)*: 16-18, 1988.

Buchillet, D. A Antropologia da Doença e os Sistemas Oficiais de Saúde. In: *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. Belém: Ed. CEJUP, 1991.

Gallois, Dominique. A Categoria 'doença de branco': ruptura ou adaptação de um modelo etiológico indígena. In: *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*, Belém: Ed. CEJUP, 1991.

Junqueira, Carmen. *Antropologia Indígena: uma introdução*. São Paulo: EDUC/PUC, 1991.

_____. *Diálogo Inter-Cultural: uma aproximação*. Baseado em palestra proferida no Ciclo de Palestras em Comemoração dos 30 anos de trabalho da EPM no Xingu, 1995. mimeo.

Langdon, EJ. Percepção e Utilização da Medicina Ocidental entre os Índios Sibundoy e Siona no Sul da Colômbia. In: *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. Belém: Ed. CEJUP, 1991.

Langdon, EJ. Breve histórico da Antropologia da Saúde. In: *A negociação do Oculto: Xamanismo, Família e Medicina entre os Siona no contexto pluri-étnico*. Trabalho apresentado, para o concurso de Professor Titular na Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.

Langdon, EJ. Representações de Doenças e Itinerário Terapêutico dos Siona da Amazônia Colombiana. In: Saúde e Povos Indígenas. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1994.

Mendonça, S. O Agente Indígena de Saúde no Parque Indígena do Xingu (Tese de Mestrado em Ciências Sociais). São Paulo: PUC, 1995.

Almeida, RT. Breves comentários sobre saúde e relações de contato: os guaranis brasileiros. Saúde em Debate (Nesp): 28-32, 1988.

Garnelo, L; Wright, R. Doença, cura e serviços de saúde. Representações práticas e demandas Baniwa. Cad Saud Publica, 17(2): 273-284, 2001.

Simonian, LTL. A Crucialidade do xamanismo no contexto da proteção à saúde do índio.

Saúde em Debate (Nesp): 16-18, 1988.

União das Nações Indígenas. Os povos indígenas e o direito à saúde. Saúde em Debate (Nesp): 8-9, 1988.

112

7. Humanização no atendimento da criança indígena: respeitando o ser humano na comunidade, no ambulatório e no hospital

Silva, MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Gente; 1996.

_____. O amor é o caminho: maneiras de cuidar. São Paulo: Gente; 2000.

Crema, R. Saúde e plenitude: uma caminho para o ser. São Paulo: Summus; 1995.

O'Connor, T. O Poder de cuidar. O Mundo da Saúde, 24(4): 328, 2000.

Mello, JB, Camargo, MO. Qualidade na saúde. São Paulo: Best Seller; 1998.

Tompakow, R; Wiel, P O corpo fala-a linguagem silenciosa da comunicação não-verbal. Petrópolis: Vozes; 2003.

Campos, MR; Valencia, LI; Fortes, BP; Braga, RC; Medronho, RA. Distribuição espacial do alastramento da infecção. Rev Sau Publ, 36(1): 69-74, 2002.

Amarante, JM; Costa, VLA. **A Tuberculose nas comunidades indígenas Brasileiras na virada do século. Boletim de Pneumologia Sanitária**, 8(2), 2000.

8. DIREITO A SAÚDE DO FILHOS DE MILITARES

ASSIS, Jussara Francisca de (2016). **Serviço Social e Saúde: a intervenção num hospital militar de saúde do Exército Brasileiro. Trabalho apresentado no V Congresso Internacional do Núcleo de Estudos das Américas** - Simpósio Questão Social, Serviço Social e Forças Armadas. UERJ.

Belar, C. D. (2000). **Hospital Militar, Psychological interventions and health: Critical connections. Psicologia, Saúde & Doenças**, 1(1), 11-17.
[[Links](#)]

HFA, Hospital das Forças Armadas e Pediatria [Rede Brasileira de Avaliação em Tecnologias de Saúde: *Health Technology Assessment International*: PubMed: Biblioteca Cochrane: The Centre for Evidence-Based Medicine: Cadth: Oxfor Brazil de Medicina Baseada em Evidências:

Mais informações podem ser obtidas no NATS-HFA pelo telefone (61) 3966-2365.

113

9. DIREITO A SAÚDE DA POPULAÇÃO

Ministério da Saúde – <http://dab.saude.gov.br/publicacoes.php>.

REFERENTE AO SUS/ATENÇÃO BÁSICA/APOIO MATRICIAL A CRIANÇA E A PESSOA, CRIANÇA DEFICIENTE.

Disponibiliza em meio digital os principais documentos da Atenção Básica em Saúde, incluindo os cadernos de áreas temáticas e a Revista Saúde da Família.

BRASIL, Cadernos de Atenção Básica: Diretrizes do NASF. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.(160p. versão preliminar).

Apresenta conceitos básicos e diretrizes sobre a atuação e organização das ações nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Apresentação dividida por áreas temáticas: saúde mental, reabilitação e atenção integral à pessoa idosa, alimentação e nutrição, assistência farmacêutica, serviço social, atenção integral da criança e do adolescente, atenção integral à saúde da mulher, práticas integrativas e complementares, práticas corporais e atividade física.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica

/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. R., 4.^a reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

Fornece todos os protocolos básicos utilizados pelas equipes de saúde da família, incluindo a definição de marcadores a serem monitorados, fichas A, B, C e outros.

AYRES, J.R.C.M., O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde, *Saúde e Sociedade* v.13, n.3, p.16-29, set-dez 2004. Discute o “cuidar” nas práticas de saúde, principalmente na atenção básica sob a ótica do acolhimento ao “humano” e dos valores impressos nas ações dos profissionais.

Campos G.W.S, Domitti A.C., Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde, *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007.

Campos G.W.S., Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde, *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2):393-403, 1999. Ambos textos apresentam de forma complementar os conceitos de apoio matricial e equipe de referência. Trabalhos de base para a formação e reflexão de equipes NASF.

114

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.M 68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4).

Estabelece as normas e diretrizes para a organização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes comunitários de Saúde (PACS).

Subsecretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e da Pessoa com Deficiência – Saúde da Criança e da Pessoa com Deficiência – Ministério da Saúde – SITE.

ROCHA, E.F., Reabilitação de Pessoas com Deficiência, a intervenção em discussão, Roca, São Paulo, 2006.

OMS, Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: versão para crianças e jovens – Atividades de Participação/Factores Ambientais, Centro de Psicologia do Desenvolvimento e da Educação da Criança e Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Cidade do Porto, 2003.

BERSCH, R., Introdução à Tecnologia Assistiva, Centro Especializado em Desenvolvimento Infantil, Porto alegre, 2008.

SÃO PAULO, Secretaria Municipal de Saúde. Caderno Temático da Criança. São Paulo, 2003.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Programa mãe paulistana. Manual Técnico: saúde da criança – 1º ano de vida. Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde – CODEPPS. São Paulo: SMS, 2006.

Distribuído a toda rede de atenção primária, orienta de maneira sintetizada o passo a passo para o acompanhamento de crianças até 1 ano na rotina das unidades básicas de saúde: atenção ao recém nascido e seguimento ambulatorial. Destaque: teste de desenvolvimento de Denver e protocolo (com fluxograma) para intervenção precoce auditiva BRASIL.Ministério da Saúde, Fundamentos técnico-científicos e orientações práticas para o Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento – Parte 1: Crescimento, Brasília, 2001.

Resume os principais aspectos do crescimento infantil incluindo avaliação, acompanhamento e rotina.

BRASIL.Ministério da Saúde,Fundamentos Técnico-Científicos e Orientações Práticas para o Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento DA CRIANÇA - Parte 2: Desenvolvimento, Brasília, 2001.

115

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE TRATAMENTOS E TERAPIAS COM ALIMENTO FARMACEUTICO E QUIMIOLOGICO PEDRIATRICO

Carência de preparações medicamentosas para uso em crianças no Brasil

Composição de hidratação e reposição de micronutrientes segundo a OMS (1999): Dieta, soro e medicações_____

Glicose, sódio, potássio, cloro, citrato, magnésio, Zinco, cobre, osmolaridade, cloreto de potásio, citrato tripotássico, cloreto de magnésio, acetato de zinco, sulfato de cobre, água q.s.p.

Dick A, Keady S, Mohamed F, Brayley S, Thomson B, Lloyd BW, et al. Use of unlicensed and off-label medications in paediatric gastroenterology with a review of commonly used formularies in the UK. Aliment Pharmacol Ther. 2003;17:571-5. [[Links](#)]

Duarte D, Fonseca H. Melhores medicamentos em pediatria. Acta Pediat Port. 2008;39:17-22. [[Links](#)]

World Health Organization. Make medicines child size. <http://www.who.int/childmedicines/en>. Acesso: 18/01/2009.
[[Links](#)] [[Links](#)]

Meiners MM, Bergsten-Mendes G. Prescrição de medicamentos para crianças: como avaliar a qualidade. Rev Assoc Med Bras. 2001;47:332-7. [[Links](#)]

Carvalho PR, Carvalho CG, Alievi PA, Martinbiancho J, Trotta EA. Identificação de medicamentos "não apropriados para crianças" em prescrições de unidade de tratamento intensivo. J Pediatr (Rio J). 2003;79:397-402. [[Links](#)]

Verbetes. In: Dicionário de Especialidades Farmacêuticas. 35ª. ed. São Paulo: Publicações Científicas, 2005/2006. [[Links](#)]

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Bulário. Brasília; 2005. <http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/bulas/index.htm>. Acesso: 16/02/2009. [[Links](#)]

Costa PQ, Coelho HL, Lima JE. Prescrição e preparo de medicamentos sem formulação adequada para crianças: um estudo de base hospitalar. Rev Bras Cienc Farmac. No prelo 2009. [[Links](#)]

Conroy S, Choonara I, Impicciatorre P, Mohn A, Arnell H, Rane A, et al. Survey of unlicensed and off label drug use paediatric wards in European countries. European Network for Drug Investigation in Children. BMJ. 2000;320:78-82 [[Links](#)]

Fontan JE, Combeau D, Brion F. Lês préparations pédiatriques dans lês hôpitaux français. Arch Pediatr. 2000;7:825-32.

116

Gavrilov V, Lifshits M, Levy J, Gorodischer R. Unlicensed and off label medication use in a general pediatrics ambulatory hospital unit in Israel. Isr Med Assoc J. 2000;2:595-7.

Lifshitz M, Gavrilov V, Grossman Z, Binsthok N, Homik D, Rosemblun H, et al. Unapproved prescription practices in primary pediatric clinics in Israel: a prospective analysis. Curr Therap Res. 2002;63:830-7.

Osório de Castro CG, Castilho SR. Diagnóstico da farmácia hospitalar no Brasil. Rio de Janeiro, RJ: ENSP/ Fiocruz; 2004. p.135-8

Berti A, Bregani ER, Maneti F, Pizzi C. **Outcome of severely malnourished children treated according to UNICEF 2004 guidelines:** a one-year experience in a zone hospital in rural Ethiopia. Trans R Soc Trop Med Hyg 2008;102:939-44.]

Ashworth A, Chopra M, McCoy D, Sanders D, Jackson D, Karaolis N *et al*. **WHO guidelines for management of severe malnutrition in rural South Africa hospitals:** effects on case fatality and the influence of operational factors. Lancet 2004;363:1110-5.

Falbo AR, Alves JG, Batista Filho M, Cabral-Filho JE. **Implementação do protocolo da Organização Mundial da Saúde para o manuseio da desnutrição grave em hospital no nordeste do Brasil.** Cad Saude Publica 2006;22:561-70.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DOS EQUIPAMENTOS HOSPITALAR PEDRIATRICO DE REDES PÚBLICAS E PRIVADAS, Radiologia pediátrica, Radiologia Tomografia computadorizada pediátrica, Ressonância magnética pediátrica, Raios X pediátrico, Arco Cirúrgicos , mamografia, Ultrassonografia Condições Especiais, Angiografia, Colangio pancreatografia Retrógrada Endoscópica ou CPRE, Endoscopia digestiva, Densitometria Óssea, Ecocardiograma, angiotomografias 3d inclusive de coronárias, angiorressonâncias, biópsias, Doppler, espectroscopias, escore (contagem de cálcio), medidas ortopédicas, neuroimagens, punções, perfusão cerebral, radiografias digitalizadas, ressonâncias cardíacas, ressonância magnética de corpo inteiro, tractografias do crânio, tomografias computadorizadas multislice, tratamento da escoliose infantil com um novo sistema de vídeo cirurgia portátil e um aparelho de ultrassom.

Os **exames pedriaticos** tem a capacidade de detectar a existência de deformidades e doenças no organismo das **crianças**.

117

A radiologia pediátrica abrange vários tipos de **exames**, como a tomografia computadorizada, radiografia, ressonância magnética, raio-X, entre outros exemplos.

LINTON, O. W. AND F. A. METTLER, JR. (2003). **"National Conference on Dose Reduction in CT, with an Emphasis on Pediatric Patients."** Am. J. Roentgenol. 181(2): 321-329.

UNSCEAR (2000), **Medical Radiation Exposure**, New York, United Nations;

Osborne AG. **Diagnostic neuroradiology**. 1ª ed. St. Louis: Mosby; 1994.

Ogawa S, Lee TM, Kay AR, Tank DW. **Brain magnetic resonance imaging with contrast dependent on blood oxygenation**. Proc Natl Acad Sci USA 1990;87:9868-72.

Shergill SS, Bullmore E, Simmons A, Murray R, McGuire P. **Functional anatomy of auditory verbal imagery in schizophrenic patients with auditory hallucinations**. Am J Psychiatry 2000;157(10):1691-3.

ALDER, Marden E.; DEAHL, S. Thomas: MATTESON, Stephen R. **Clinical, Usefulness of Two-Dimensional Reformatted and Three-Dimensionally, Rendered Computerized Tomographic Images: Literature Review and a Survey of Surgeon's Opinions**. Journal Oral Maxillofacial Surgery. San Antonio, n. 53, p. 375-86, 1995.

BONTRAGER, Kennethl. **Anatomia e Posicionamento Radiológico de Tomografia Computadorizada do Crânio.** In: .**Tratado de Técnica Radiológica e Base Anatômica.** 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993. cap. 21.

Tomografia Computadorizada do Crânio. In: . **Tratado de Técnica Radiológica e Base Anatômica.** 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. cap. 22.

BUSHONG, Stewart C. **Computed Tomography.** Houston: Mc Graw-Hill, 2000.

CAVALCANTI, Marcelo G. P. **Tomografia Computadorizada: Reconstrução 2D e em 3D.** In: FREITAS, Aguinaldo de; ROSA, José Edu; SOUZA, Icléo Faria e. **Radiologia Odontológica.** 5.ed. Sao Paulo: Artes Médicas, 2000. Cap. 37.

118

CAVALCANTI, Marcelo G. P.; HALLER, John W.; VANNIER, Michael W. **Three-Dimensional Computed Tomography Landmark Measurement in Craniofacial Surgical Planning:** Experimental Validation In Vitro. *Journal Oral Maxillofacial Surgery*, Iowa City, n. 57, p. 690-94, 1999.

CHAYRA, Garey A.; MEADOR, Larry R.; LASKIN, Daniel M. **Comparison of Panoramic and Standard Radiographs for the Diagnosis of Mandibular**

Fractures. *Journal Oral Maxillofacial Surgery*. Richmond, n. 44, p. 677-79, 1986.

CHILVARQUER, Israel; CHILVARQUER, Lilian Waitman. **Tecnologia de Ponta em Imagenologia.** In: FELLER, Christa; GORAB, Riad. **Atualização na**

Clinica Odontológica: Módulos de Atualização. São Paulo: Artes Médicas, 2000. cap. 13. p. 422-25.

DAFFNER, Richard H. **Imaging of Facial Trauma. Current Problems in Diagnostic Radiology.** Pittsburgh, v. 26, n. 4, p. 155-84, july/aug. 1997.

DANTES, Janaina Araújo; CAMPOS, Paulo Sérgio Flores. **Tomografia Computadorizada em Odontologia.** Disponível em: dentalspecial.com.br/empresas/2001maio24/empresas4.asp > Acesso em: 16 jan. 2002.

DRUELINGER, Linda; GUENTHER, Mary; MARCHAND, E. Gregory. **Radiographic Evaluation of the Facial Complex. Emergency Medicine Clinics North of America. Chicago**, v. 18, n. 3, p. 409-10, Aug. 2000.

FARIA, Gilson Soares. **História da Radiologia.** Disponível em: <http://www.inforad.com.br> . Acesso em: 27 abr.

FARIA, M. D. B. et al. **Utilização da Tomografia Computadorizada (CT) em Trauma Maxilofacial.** Revista Brasileira de Odontologia. Rio de Janeiro: 1997. Disponível em: Acesso em: 27 abr. 2002.

FONTANELLA, Vânia Regina Camargo. Contribuição ao Estudo do Diagnóstico das Fraturas Faciais que Envolvem a Cavidade Orbitária por Mapeamento de Tomografia Computadorizada. Porto Alegre: PUCRS, 1986. Dissertação (Mestrado em Odontologia), Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1986.

FOX, L. A. et al. Diagnostic Performance of CT, MPR and 3DCT Imaging in Maxillofacial Trauma. Comput Med Imaging Graph. St. Louis, v. 19, n. 5, p. 385- 95, sep./oct. 1995.

FREDERIKSEN, N. L.; BENSON, B. W.; SKOLOWSKI, T. W. Effective Dose and Risk Assessment From Computed Tomography of the Maxillofacial Complex. Dentomaxillofacial Radiology. Dallas, V. 24, n. 1, p. 55-8, feb. 1995.

GHYSEN, O. Ozsarlak et al. Maxillo-Facial Trauma. JBR-BTR. Antwerp, v. 83, n. 4, p. 181-97, 2000.

HERMANS, R. et al. Imaging of Maxillo-Facial Trauma JBR-BTR. v. 80, n. 1, p. 25-9, 1997.

HOELZLE, M. Klein. et al. Intraoperative Computed Tomography With the Mobile CT Tomoscan M During Surgical Treatment of Orbital Fractures. International Journal of Oral Maxillofacial Surgery. Berlin, n. 30, p. 26- 31, 2001.

JOHNSON, Daniel H. CT of Maxillofacial Trauma. Radiologic Clinics of North America. New Orleans, v.22, n. 1, p. 131-44, mar. 1984.

LANGLAIS, Robert P.; LANGLAND, Olaf E.; NORTJÉ, Christoffel J. Diagnostic Imaging of the Jaws. Malvern: Williams & Wilkins, 1995. p. 14- 15.

MARKOWITZ, Bernard L. et al. Prospective Comparison of Axial Computed Tomography and Standart and Panoramic Radiographs in the Diagnosis of Mandibular Fractures. Annals of Plastic Surgery. Los Angeles, v. 42, n. 2, p. 163-69, feb. 1999.

MILES, Dale A. Advanced Imaging Modalities. In: MILES, Dale A.; VANDIS, Margot L.; RAZMUS, Thomas F. Basic Principles of Oral and Maxillofacial Radiology. Philadelphia: Saunders, 1992. cap. 8.

NAIR, M. K.; WEBBER, R. L.; JOHNSON, M.P. Comparative Evaluation of Tuned Aperture Computed Tomography for the Detection of Mandibular Fractures. *Dentomaxillofacia Radiology*. Pittsburgh, n. 29, p. 297-301, 2000.

NOVELLINE, Robert A. Et al. Helical CT in Emergency Radiology. *Radiology*. Boston, v. 213, n. 2, p. 321 -39, Nov. 1999.

OLIVEIRA, Rogerio Belle de. **Análise Comparativa Entre Incidências Radiográficas na Detecção das Fraturas do Complexo Orbital**. Porto Alegre: PUCRS, 1998. Dissertação (Mestrado em Odontologia), Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1998.

PAPAIZ, Elio Giacomo; CARVALHO, Pedro Luiz de. **Métodos Recentes de Diagnóstico Através de Imagem**. FREITAS, Aguinaldo de; ROSA, José Edu; SOUZA, Icléo Faria e. *Radiologia Odontológica*. 4.ed. Sao Paulo: Artes Médicas, 1998. cap. 34, p. 668 -72.

PARKS, E. T. Computed Tomography Applications for Dentistry. Dental Clinics of North America. Philadelphia, v. 44, n. 2, p. 317-94, apr. 2000.

PEARL, William S. Facial Imaging in an Urban Emergency Department. American Journal of Emergency Medicine. Atlanta, v. 17, n. 3, p. 235-37, may 1999.

RHEA, James T.; RAO, Patrick M.; Novelline, Robert A. Helical CT and Three-Dimensional CT of Facial and Orbital Injury. Radiologic Clinics of North America. Boston, v. 37, n. 3, p. 489-513, may 1999.

RIBEIRO, Rejane Faria et al. Métodos Modernos de Diagnóstico Por Imagem. In: ALVARES, Luis Casati; TAVANO, Orivaldo. *Curso de Radiologia em Odontologia*. 4.ed. São Paulo: Santos, 1998. P. 231-38. cap. VI.

RIBEIRO, Josiane Ramos Busato. A Tomografia Computadorizada no Diagnóstico das Fraturas dos Terços Médio e Superior da Face. Florianópolis: UFSC, 2000. Monografia (Especialização em Radiologia Odontológica), Faculdade de Odontologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

ROMANS, L. E. Introduction to Computed Tomography. Baltimore: Williams & Wilkins, 1995.

ROSENTHAL, E. et al. Diagnostic Maxillofacial Coronal Images Reformatted from Helically Acquired Thin-Section Axial CT Data. AJR Am J. Roentgenol. Ann Arbor, v. 175, n. 4, p. 1177-81, oct. 2000.

ROTHAMAN, Stephen L. G. Dental Applications of Computerized Tomography: Surgical Planning for Implant Placement. Coral Sream: Quintessence, 1998. cap. 2.

RUSSEL, J. L. et al. Computed Tomography in Diagnosis of Maxillofacial Trauma. Britsh Journal of Oral & Maxillofacial Surgery. Leeds, n. 28, p. 287-91, 1990.

SEERAM, Euclid. Computed Tomography: A study guide and review. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1997.

ZEE, C. S.; GO, J. L. **CT of head trauma. Neuroimaging Clin N AM.** Los Angeles, v. 8, 11. 3, p. 525-39, Aug. 1998.

A. A. O. - **American Academy of Ophthalmology. Orbit Eyelids and Lacrimal System.** San Francisco, p47-9. Basic and Clinical Science Course, 9.

WEBER, A. L. - **Comparative Assessment of Diseases of the orbit using Computed • Tomography and Magnetic Resonance Imaging.** Israel J. Med. Sci., 28: 153-60, 1992.

LEVIN, L. A.; RUBIN, P. A. - **Advances in Orbital Imaging.** Int. Ophthalmol. Clin. 32: 1- 25, Summer, 1 992.

JAKOBIEC, F. A.; YEO, J. H. ; TROKEL, S. L.; ABBOT, G. F. - **Combined Clinical and Computed Tomographic Diagnosis of Primary Lacrimal Fossa Lesions.** Am. J. Ophthalmol., 94: 785-807, 1 982.

DORTZBACH, R. K. ; KRONISH, J. W. ; GENTRY, L. R. - **Magnetic Resonance imaging of the Orbit. Parte II. Clinical Applications.** Ophthalm. Plast. Reconstr. Surg., S: 160-70, 1989.

EUR 16262 (1999) (European Commission) "European guidelines on quality criteria for computed tomography." Luxembourg :69-78, disponível em www.drs.dk/guidelines/ct/quality/22.

FAULKNER, K. (2001). "Radiation Exposure in Computed Tomography. Ed. by H D Nagel, pp. viii+85, 2000 (European Coordination Committee of the Radiological and Electromedical Industries, Frankfurt),." Br J Radiol 74(879): 298-a-299.

FDA US FOOD AND DRUG ADMINISTRATION (1985). A guide for the submission of indicial report on computer tomography x-ray system. 20p.

FLOHR, T., K. STIERSTORFER, ET AL. (2003). "Image reconstruction and image quality evaluation for a 16-slice CT scanner." Medical Physics 30(5): 832.

GIRALDO, J.C.R , CLAVIJO C.A., MCCOLLOUGH C.H. (2008), "Tomografía computarizada por rayos X: fundamentos y actualidad." Revista Ingeniería Biomédica 2(4):13-31;

GOLDING, S. J. (2005). "Multi-slice computed tomography (MSCT): the dose challenge of the new revolution." Radiat Prot Dosimetry 114(1-3): 303-307.

HILES, P. A., S. E. BRENNEN, ET AL. (2001). "A survey of patient dose and image quality for computed tomography scanners in Wales." Journal of Radiological Protection 21(4): 345.

IAEA (2006) (INTERNATIONAL ATOMIC ENERGY AGENCY), "Methods of surveying patient dose and image quality for obtaining local guidance (reference) levels". In: IAEA-TECDOC Guidance Levels , IAEA, Vienna, 2006.

SOUZA, A. C. S. [et al.] (2008) - Conhecimento dos graduandos de enfermagem sobre equipamentos de proteção individual: a contribuição das instituições formadoras. Revista Eletrônica de Enfermagem. [Em linha]. Vol.10, nº 2, p. 428-37. [Consult. 27 Mar. de 2010].

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS - UTI pediátrica - Planta Física

Projetar uma UTI ou modificar uma unidade existente, exige conhecimento das normas dos agentes reguladores, experiência dos profissionais de terapia intensiva, que estão familiarizados com as necessidades específicas da população de pacientes. Revisões periódicas devem ser consideradas na medida que a prática da terapia intensiva evolui.

O projeto deve ser abordado pôr um grupo multidisciplinar composto de diretor médico, enfermeiro chefe da UTI, arquiteto principal, administrador hospitalar e engenheiros. Esse grupo deve avaliar a demanda esperada da UTI baseado na avaliação dos pontos de fornecimento de seus pacientes, nos critérios de admissão e alta, e na taxa esperada de ocupação. É necessário análise dos recursos médicos, pessoal de suporte (enfermagem, fisioterapia, nutricionista, psicólogo e assistente social) e pela disponibilidade dos serviços de apoio(laboratório, radiologia, farmácia e outros).

O Planejamento e projeto devem ser baseados em padrões de admissão de paciente, fluxo de visitantes e funcionários, e na necessidade de instalações de apoio (posto de enfermagem, armazenamento, parte burocrática, exigências administrativas e educacionais) e serviços que são peculiares à instituição individual em questão. Segundo normas para projetos físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (E.A.S.), 1995, a organização físico funcional de internação de paciente em regime de terapia intensiva

WEDEL, S.MD, FCCM et al. Pediatric Guidelines for intensive care unit desing: Guidelines/Pratice Parameters Committee of the American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine pediatric, v.23 n.3, p.582-588, 1995

PIERGEORGE, A .R.; CESERANO F.L.; CASANOVA, D.M. **Pediatric Designing the critical care unit: A multidisciplinary approach.** *Crit Care Med*, 11: 541-545, 1983

TASK, F. on Guidelines, Society of Critical Care Medicine: **Pediatric Guidelines for categorization of services for the critically ill patient.** *Crit Care Med*.v.19, p.279-285,1991

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. **Pediatric Departamento de Normas Técnicas: Normas para Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde**, 140p.,1995

HUDSON, L.D.Design, **Pediatric of the intensive care unit from a monitoring point of view.** *Respir Care* v.30, p.549-559, 1985

GOMES,A.M. **Pediatric Planta física, equipamento e dotamento de pessoal. Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva.** Cap.3, p.17-31, 1988

SCHWARTZ, S., RN; CULLEN, D.J., MD. **Pediatric How many intensive care beds does your hospital need?.***Crit Care Med*. v.9, nº.9, p.625, 1981

RELMAN, A.S. **Pediatric Intensive Care Units: Whoneeds them?.** *N.Engl.J.Med*. v.302, p.965, 1980

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pediatric Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. Normas e Padrões de Construções Instalações de Serviços de Saúde**, p.25 e 87, 1987

GRUMET, G.W. **Pediatric Pandemonium in the modern hospital.** *N.Engl.J.Med*. v.328, p.433-437, 1993

SOUTAR, R.L.; WILSON, J.A. **Pediatric Does hospital noise disturb patients? BMJ.** v.292, p305, 1986

KEEP, P.J. **Pediatric Stimulus deprivation in windowless rooms. Anaesthesia.** v.32, p.598- 602, 1977

PADILHA, K.G. et al. **Pediatric Estrutura Física das Unidades de Terapia Intensiva do Município de São Paulo** In: Revista Brasileira de terapia Intensiva v.9, nº2, p.71-76, 1997.

SIMMONS,B.; BRYANT,J.; NEIMAN, K. et al. **Pediatric The role of handwashing in prevention of endemic intensive care unit infections.** *Infect Control Hosp Epidemiol* v.11, p.589-594, 1990.

13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS - Assistindo o paciente criança em Pós-Operatório – UTI

Caputo M, Modi P, Pawade A, Parry AJ, Suleiman MS, Angelini GD. **Cold blood versus cold crystalloid for repair ventricular septal defects in pediatric heart surgery.** Ann Thorac Surg 2002;74(2):530-5. [[Links](#)]

Abdul-Khaliq H, Uhlig R, Bottcher P, Lange PE. **Factors influencing the changes in cerebral hemodynamics in pediatric patients during and after corrective cardiac surgery of congenital heart diseases by means of full-flow cardiopulmonary bypass.** Perfusion 2002;17(3):179-85. [[Links](#)]

Shnitzler E, Perez AC, Dias SSM, Einloft PR, Garcia PCR. **Cuidados pós-operatórios em cirurgia cardíaca.** In: Piva JP, Carvalho PRA, Garcia PCR. **Terapia Intensiva em Pediatria.** 4ª ed. São Paulo: Medsi; 1997. p. 708-729. [[Links](#)]

Haessler D, Reverdy ME, Neidecker J, Brule P, Ninet J, Lehot JJ. **In pediatric patients, Antibiotic prophylaxis with cefazolin and gentamicin in cardiac surgery for children less than ten kilograms.** J Cardiothorac Vasc Anesth 2003;17(3);221- [[Links](#)]

Bellinger DC. **Cardiac surgery and the brain: In pediatric patients, differences between adult and paediatric studies.** Heart 2003;89(4):365-6. [[Links](#)]

Andropoulos DB, Bent ST, Skjonsby B, Stayer AS. **The optimal length of insertion of central catheters in pediatric patients.** Anesth Analg 2001;93(4):883-6. [[Links](#)]

Buck ML. The use of milrinone in infants and children [site na internet]. **Pediatr Pharm** 2003;9(2). Disponível em: <http://www.medscape.com/viewarticle/450048>. Acessado: 29 de outubro de 2003. [[Links](#)]

Hoffman TM, Wernovsky G, Atz AM, Nelson DP, Chang AC, Baylei MJ, et al. **Efficacy and safety of milrinone in preventing low cardiac output syndrome in infants and children after corrective surgery for congenital heart diseases.** Circulation, In pediatric patients, 2002;107(7):996-1002. [[Links](#)]

Lindberg L, Olsson AK, Jogi P, Jonmaker C. **How common is severe pulmonary hypertension after pediatric cardiac surgery, In pediatric patients.** Jpn J Thorac Cardiovasc Surg 2002;123(6):1155-63. [[Links](#)]

Estanove S, Girard C, Bastien O, Piriou V, Lehot JJ. **Inhaled nitric oxide: therapeutic applications in cardiac surgery. In pediatric patients.** Bull Acad Natl Med 2000;184(8):1715-26. [[Links](#)]

Dodge-Khatami A, Miller OI, Anderson RH, Gil-Jaurena JM, Goldman AP, de Leval MR. **Impact of junctional ectopic tachycardia on postoperative morbidity following repair of congenital heart diseasesm In pediatric patients.** Eur J Cardiothorac Surg 2002;21(2):255-9. [[Links](#)]

Rosales AM, Walsh EP, Wessel DL, Triedman JK. **Postoperative ectopic atrial tachycardia with congenital heart diseases, In pediatric patients.** Am J Cardiol 2001;88(10):1169-72. [[Links](#)]

Bem-Abraham R, Efrati O, Mishali D. Yulia f, Vardi A, Barzilay Z, Paret G. **Predictors of mortality after prolonged mechanical ventilation after cardiac surgery in children, In pediatric patients.** Journal of Critical Care 2002;17(4):235-9. [[Links](#)]

Kloth RL, Baum VC. **Very early extubation in children after cardiac surgery. In pediatric patients.** Crit Care Med 2002;30(4):787-91. [[Links](#)]

Guillaume K, Durian E, Amrein C, Herisson E, Fiemeyer A, Buu-Hoi A. **Colonization and infection of pulmonary artery catheter in cardiac patients, In pediatric patients: epidemiology and multivariate analysis of risk factors.** Crit Care Med 2001;5:971-5. [[Links](#)]

Sason-Ton Y, Bem-Abraham R, Lotan D, Dagan O, Prince T, Barzilay Z, et al. **Tumor necrosis factor and clinical and metabolic courses after cardiac surgery in children, In pediatric patients.** J Thoracic Cardiovasc Surg 2002;124(5):991-8. [[Links](#)]

Ootaki Y, Yamaguchi M, Oshima Y, Yoshimura N, Oka S. **Effects of modified ultrafiltration on coagulation factors in pediatric cardiac surgery.** Surg Today 2002;32(3):203-6. [[Links](#)]

Kilnger E, Wers F, Briegel J, Frey L, Goetz AE, Reuter D, et al. **Stress doses of hydrocortisone reduce systemic inflammatory response syndrome and improve early outcome in a risk group of patients after cardiac surgery, In pediatric patients.** Crit Care Med 2003;31(4):1068-73. [[Links](#)]

Brown KL, Ridout DA, Goldman AP, Hoskote A, Penny DJ. **Risk f factors for long intensive care unit stay after cardiopulmonary bypass in children, In pediatric patients.** Crit Care Med 2003;31(1):28-33. [[Links](#)]

Villasis-Keever MA, Zapata-Arenas DM, PenaGOS, Paniagua MJ. **Frequency of postoperative fever in children with congenital heart diseases undergoing cardiovascular surgery and associated risk factors, In pediatric patients.** Rev Espan Cardiologia 2002;55(10):1063-9. [[Links](#)]

Du Plessis AJ, Bellinger DC, Gauvreau K, Newburger JW, Jonas RA, Wessel DL. **Neurologic outcome of choreoathetoid encephalopathy after cardiac surgery. Pediatr Neurol, In pediatric patients.** 2002;27(1):9-17. [[Links](#)]

Huth MM, Broome ME, Mussatto KA, Morgan SW. **A study of the effectiveness of a pain management education booklet for parents of children having cardiac surgery.** In *pediatric patients*, Pain Manag Nurs 2002;4(1):31-9. [[Links](#)]

Pirat A, Akpek E, Arslan G. **Intrathecal versus IV fentanyl in pediatric cardiac anesthesia.** Anesth Analg 2002;95(5):1202-14. [[Links](#)]

Abellan DM, Auler JO Jr. **Pós-operatório de cirurgia cardíaca.** In: Matsumoto T, Carvalho WB, Hirschheimer MR. *Terapia Intensiva Pediátrica*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 1997. p. 113-131. [[Links](#)]

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS - Assistindo o paciente adulto em Pós-Operatório – UTI

BARRETT, M.B., **Enfermagem Perioperatória**, In: BLACK, J.M., JACOBS, E.M., *Enfermagem Médico Cirúrgica - Uma abordagem Psicofisiológica*, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, v., p., 1996

BENNETTI, F.J, et al , **Direct myocardial revascularization without extracorporeal circulation**, *Chest*, v.100, p.312-316, 1991

BEYERS, M., DUDAS, S., **Enfermagem Médico Cirurgica - Tratado de Prática Clínica**, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2 ed., p.506-10, 677-79, 1031-34, 1992

BINES, A.S., LANDRON, S.L., **Cardiovascular emergencies in the post anesthesia care unit**, *Post Anesthesia Care Nursing*, v.28, n.3, p.493-505, 1993.

BIRCH,C., **Cuidados de Enfermagem aos Clientes com enfermidades daTireóide e Paratireóide** In: BLACK, J.M., JACOBS, E.M., *Enfermagem Médico Cirúrgica - Uma abordagem*

Psicofisiológica, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, v.1, p. 1757-60, 1996

BIROLINI, D., **O Pós-Operatório**, In:-----, p.1-12,

BLACK, J.M., **Cuidados de Enfermagem aos Clientes com enfermidades Vasculares Periféricas** In: BLACK, J.M., JACOBS,

E.M., *Enfermagem Médico Cirúrgica - Uma abordagem*

Psicofisiológica, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, v., p., 1996

BOONSTRA, P.W., GRANDJEAN, J.G., MARIANI, M.A., **Reoperative coronary bypass grafting without cardiopulmonary bypass through a small thoracotomy**, *Ann Thorac Surg*, v.63, s.2, p.405-7, 1997

BORST,C., et al, **Minimally invasive coronary bypass grafting: on the beating heart and via limited access**, *Ann Thorac Surg*, v.63, s.6, p.S1-5 1997

BOUNOUS, G., **The intestinal factor in multiple organ failure and shock**, *Surgery*, v.107, p.118-9, 1990.

BURNS, L.S., **Assistência de Enfermagem no Período pós-operatório** In SMELTZER, S. C.;BARE,B.G., Brunner/ Suddarth **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**, Guanabara Koogan 7ª ed., v.1, p.373-84, 1993

CALAFIORE, A.M., et al, **Minimally invasive coronary artery bypass grafting**, *Ann Thorac Surg*, v.62, s.5, p.1545-8, 1996

CAVANAUGH, K.E., **Nursing People Experiencing Surgery** In: LUCKMANN, J., SORENSEN, K.C., **Medical-Surgical Nursing - A Psychophysiologic Approach**, Philadelphia, 2ª ed., p.373, 1980

COHEN, L.H., **Tratamento cirúrgico da doença arterial coronária**, In: CECIL **Tratado Medicina Interna**, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, v.1,p., 1993

CRONIN, S.N., **Cuidados de Enfermagem aos Clientes com enfermidades nas Vias Aéreas Superiores** In: BLACK, J.M., JACOBS, E.M., **Enfermagem Médico Cirúrgica - Uma abordagem Psicofisiológica**, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, v.2, p.1027-42, 1996.

DELGIZZI, L.,**Thoracic surgery**, In: HATHAWAY, R.G. **Nursing care of the critically ill surgical patient**, Rockville, Md, 1988

DENNISON, P.D., **Cuidados de Enfermagem aos Clientes com enfermidades nas Vias Aéreas Superiores** In: BLACK, J.M., JACOBS, E.M., **Enfermagem Médico Cirúrgica - Uma abordagem Psicofisiológica**, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, v.2,p.1027-42, 1996

DIRKS, J.L., PALOMA, A.S. **Intervenção e Terapêutica**

Cardiovascular In THELAN, L.A.,et al, **Enfermagem em Cuidados**

Intensivos - Diagnóstico e Intervenção, Lusocidacta, Lisboa, 2ª .

p.350-56, 1996

DRAIN, C.B., SHIPLEY, S.B., **Enfermagem na Sala de Recuperação**,

Interamericana, Rio de Janeiro, p.272-279, 306-390, 471-526, 1981

FINKELMEIER, B., **Difficult problems in postoperative management**, *Crit care Q*, v.9, h.3, p.59, 1986

FORSHAG, M.S.; COOPER, A.D., **Postoperative care of the thoracotomy patient**, *Clin Chest Med*, v.13, p.33, 1992

HUDAK JACOBS, E.M., **Cuidados de Enfermagem aos Clientes com Enfermidades nas Vias Biliares e do Pâncreas Exócrino** In: BLACK, J.M., JACOBS, E.M., **Enfermagem Médico Cirúrgica - Uma abordagem Psicofisiológica**, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, v.2, p.1673-79, 1996

JACOBS, E.M., **Cuidados de Enfermagem aos Clientes com Enfermidades Intestinais** In: BLACK, J.M., JACOBS, E.M., **Enfermagem Médico Cirúrgica - Uma abordagem Psicofisiológica**, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, v.2, p.1570-74, 1585-1598, 1996

JACOBS, E.M., **Cuidados de Enfermagem aos Clientes com Enfermidades Hepáticas** In: BLACK, J.M., JACOBS, E.M., **Enfermagem Médico Cirúrgica - Uma abordagem Psicofisiológica**, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, v.2, p.1660-69, 1996

JACOBS, E.M., **Cuidados de Enfermagem aos Clientes com Enfermidades Urinárias e da Reprodução** In: BLACK, J.M., JACOBS, E.M., **Enfermagem Médico Cirúrgica - Uma abordagem Psicofisiológica**, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, v.2, p.2020-30, 1996.

JACOBS, E.M., **Cuidados de Enfermagem aos Clientes com Enfermidades dos Ureteres, da Bexiga e Uretra** In: BLACK, J.M., JACOBS, E.M., **Enfermagem Médico Cirúrgica - Uma abordagem Psicofisiológica**, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, v.2, p.1412-26, 1996

JACOBS, E.M., **Cuidados de Enfermagem aos Clientes com Problemas Renais** In: BLACK, J.M., JACOBS, E.M., **Enfermagem Médico Cirúrgica - Uma abordagem Psicofisiológica**, Guanabara

Koogan, Rio de Janeiro, v.2, p.1412-26, 1996

KUZIE, J.E., MENDES, J.A.M., JUNIOR, A.Z., **Planificação e Condução Geral do Pós-Operatório** In:-----, p.97-102,

LITWACK, K., **Practical points in the care of the thoracic surgery patient**, *Post Anesth. Nurs.*, v.5, p.276, 1990

LOUGH, M.E., **Diagnóstico de Enfermagem e Intervenção em Cardiologia** In: THELAN, L.A. et al, **Enfermagem em Cuidados Intensivos - Diagnóstico e Intervenção**, Lusocidacta, Lisboa, 2ª. p.383-400, 1996

MENEZES,F.H., **Acesso venoso e Arterial** In: TERZI,R. ; ARAÚJO, S. **Monitorização Hemodinâmica e Suporte Cardiocirculatório do Paciente Crítico**, Atheneu, São Paulo, p.53-56, 1995

MIZELL,J.L.; MAGLISH,B.L.; MATHENY,R.G., **Minimally Invasive Direct Coronary Artery Bypass Graft Surgery Introduction for Critical Care Nurses**, v.17, n.3, 1997

O'DONNELL, C., **Educação do Paciente**, In: THELAN, L.A. et al, **Enfermagem em Cuidados Intensivos - Diagnóstico e Intervenção**, Lusocidacta, Lisboa, 2^a. p.73, 1996

O'DONNELL, M.M., **Perturbações Cardiovasculares**, In: THELAN, L.A. et al, **Enfermagem em Cuidados Intensivos - Diagnóstico e Intervenção**, Lusocidacta, Lisboa, 2^a. p.328-332, 1996

OTT, B., **Cuidados de Enfermagem aos Clientes com Distúrbios Estruturais Cardíacos** In: BLACK, J.M., JACOBS, E.M., **Enfermagem Médico Cirúrgica - Uma abordagem Psicofisiológica**, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, v.2, p.1202-09, 1996.

PALOMA,A.S., **Intervenção e Terapeutica cardiovascular**, IN: THELAN L.A. et al, **Enfermagem em Cuidados Intensivos - Diagnóstico e Intervenção**, Lusocidacta, Lisboa, 2^a. p.350-356, 1996

PAVEL,J.; PLUKETTA, A., **Cuidados de Enfermagem aos Clientes com Enfermidades Hematológicas** In: BLACK, J.M., JACOBS, E.M., **Enfermagem Médico Cirúrgica - Uma abordagem Psicofisiológica**, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, v.2, p.1326-30, 1996

SCHAKENBACK, L.A., **Assistência ao Paciente submetido a Cirurgia Cardíaca**, In: Brunner/ Suddarth **Tratado de Enfermagem**

Médico-Cirúrgica, Guanabara Koogan, v.2, p.605-632, 1993

SCHNELL, S.S., **Cuidados de Enfermagem aos Clientes com Enfermidades Cerebrais** In: BLACK, J.M., JACOBS, E.M., **Enfermagem Médico Cirúrgica - Uma abordagem Psicofisiológica**, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, v.1, p. 694-96, 1996

SIGLER, B., **Cuidados de Enfermagem aos Clientes com Enfermidades das Vias Aéreas Superiores** In: BLACK, J.M., JACOBS, E.M., **Enfermagem Médico Cirúrgica - Uma abordagem Psicofisiológica**, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, v.1, p.962-72, 1996

SIMONSON, G., **Cancer of the lung**, In: SEXTON,D.L., **Nursing care of the respiratory patiente**, Norwalk, Conn, 1990.

SPITTLE,L., **Assistencia a paciente com Disturbios Cardiacos** In: In:

Brunner/ Suddarth *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica* v.2, p.568-70

STACY, K.M., **Pertubações respiratórias**, In:Thelan, L.A. et al, *Enfermagem em Cuidados Intensivos - Diagnóstico e Intervenção*, Lusocidacta, Lisboa, 2ª . p.470-475, 1996

STACY, K.M., **Diagnóstico de enfermagem e intervenção em Pneumologia**, In:Thelan, L.A. et al, *Enfermagem em Cuidados Intensivos - Diagnóstico e Intervenção*, Lusocidacta, Lisboa, 2ª . p.503-15, 1996

VOS,H., **Diagnóstico de enfermagem e Intervenção em Cardiologia** In: THELAN L.A. et al, *Enfermagem em Cuidados Intensivos - Diagnóstico e Intervenção*, Lusocidacta, Lisboa, 2ª . p.383-400, 1996

YAMADA,E.M., **Distúrbios do Sistema Vascular Periférico** In: BEYERS, M., DUDAS, S., *Enfermagem Médico Cirurgica - Tratado de Prática Clínica*, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2 ed., v.2, p.459-62

ZENATTI, M. et al., **Resource utilization for minimally invasive direct and standart coronary artery bypass grafting**, *Ann Thorac Surg*, v.63, h.6, 1997

15. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS - Procedimentos especializados em UTI.

ARAUJO, Sebastião. **Monitorização hemodinâmica invasiva à beira do leito**. In: TERZI, Renato; ARAUJO, Sebastião e Cols. **Técnicas básicas em UTI**. São Paulo: Manole, 1992. p.143-81.

CINTRA, Eliane de Araujo. **Monitorização Hemodinâmica Invasiva**. In: CINTRA, Eliane Araujo; NISHIDE, Vera Médice; NUNES; Wilma Aparecida e Cols. **Assistência de enfermagem ao paciente crítico**. São Paulo: Atheneu, 2000. p.81-103.

KNOBEL, Elias; AKAMINE, Nelson; JÚNIOR, Constantino. **O catéter de Swan-Ganz deve ser indicado em todo paciente de terapia intensiva?** Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. Capturado em 11 Junho de 2000. Online. Disponível na Internet pelo endereço <http://www.soces.org.br/revista/v7n2/594.htm> LOPES, 1996

MALTA, Mônica; NISHIDE, Vera Médice. **Enfermagem em unidade de terapia inteniva - Retrospectiva histórica**. Hospital Virtual Brasileiro. Capturado em 10 de Junho de 2000. Online. Disponível na Internet pelo endereço <http://www.hospvirt.org.br/>

SILVA, Maria Julia Paes da. Humanização em UTI. In: CINTRA, Eliane Araujo; NISHIDE, Vera Médice; NUNES; Wilma Aparecida e Cols. **Assistência de enfermagem ao paciente crítico**. São Paulo: Atheneu, 2000. p.1 -11.

16. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS - Inquéritos e avaliação das políticas de saúde

Surveys and health policies evaluation

Departamento de Informações em Saúde do Centro de Informação Científica e Tecnológica da Fundação Oswaldo Cruz. Presidente da Abrasco

Brasil 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Senado, Brasília, DF.

Brasil 2000. *Lei n. 8.080*, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. SUS é legal: legislação federal e estadual. SES/RS, Porto Alegre, out.

Conferência Nacional de Saúde, 11, 2000, Brasília. Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social. *Relatório Final*. Ministério da Saúde, Brasília.

Lévy P1994 [1990]. *As tecnologias da inteligência: o futuro do pensamento na era da informática*. (Trad. de Carlos Irineu da Costa). Ed. 34, Rio de Janeiro.

Lévy P 1998 [1994]. *A inteligência coletiva: por uma antropologia do ciberespaço*. (Trad. de Luiz Paulo Rouanet). Loyola, São Paulo.

Prigogine I 1993 [1991]. Ilya Prigogine, arquiteto das estruturas dissipativas (entrevista), pp. 35-49. In P-P Guitta. *Do caos à inteligência artificial: quando os cientistas se interrogam*. (Trad. de Luiz Paulo Rouanet). Unesp, São Paulo.

Prigogine I & Stengers I 1997 [1984]. *A nova aliança: metamorfose da ciência*. 3ª ed. (Trad. de Miguel Faria e Maria Joaquina Machado Trinchiera). Ed. UnB, Brasília.

35. MANCHETES:

BEBÊS ANENCÉFALOS

STJ nega pedido para alterar lei de doação de órgãos

SAÚDE PÚBLICA

Nascimento de anencéfalos pode ser útil em transplantes

DIREITO DA CIÊNCIA

Não cabe à Lei definir o que é vida, diz especialista

LEI DA BIOSSEGURANÇA

ONG defende no Supremo pesquisa com células-tronco

VONTADE DA MÃE

Justiça gaúcha autoriza aborto de feto anencéfalo

INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ

TJ gaúcho autoriza aborto de feto anencéfalo

SEM CHANCE DE VIDA

Juízes se antecipam e autorizam aborto de fetos anencéfalos

PELA DIGNIDADE HUMANA

Conheça o voto de Gilmar Mendes no caso anencefalia

FUNÇÃO DO CONGRESSO

Leia o voto de Ellen Gracie na preliminar da anencefalia

BRAZELTON, T. B. *O Desenvolvimento do Apego: uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

BROMBERG, M. H. *A Psicoterapia em Situações de Perda ou Luto*. São Paulo: Editorial Psy, 1994.

CYRULNIK, B. *UnMerveilleuxMalheur*. Paris: EditionsOdile Jacob, 1999.

DOLTO, F. *As Etapas Decisivas da Infância*. São Paulo: Martins Fontes, 1999. 169Quando o bebê morre.

FANAROFF, A. & KLAUS, M. *Alto Risco em Neonatologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

HENNEZEL, M. *La Mort Intime: ceuxquivontmourirnousaprennent à vivre*. Paris: Éditions Robert Laffont, 1995.

HOFMMAN, L. A morte na infância e sua representação para o médico: reflexões sobre a prática pediátrica em diferentes contextos. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3), 1993.

KLAUS, M. H. & KENNEL, J.H. *Pais/Bebê: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

KÓVACS, M.J. (Org.). *Vida e Morte: laços de existência*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

KÜBLER-ROSS, E. *On Children and Death-How Children and Their Parents Can and Do Cope with Death*. Nova Iorque: Simon & Schuster, 1997.

KÜBLER-ROSS, E. *Sobre a Morte e o Morrer*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
MALDONADO, M.T. *Maternidade e Paternidade: preparação com técnicas de grupo*. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1982.

STERN, D. *O Mundo Interpessoal do Bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
WINNICOTT, D. W. *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

36. REFERÊNCIAS BIOGRAFICAS DE EMPRESAS ESTATAIS DE MEDICAMENTOS ESTRANGEIRAS OU NACIONAIS, PÚBLICAS OU PRIVADAS

1. Hasenclever L, organizador. Diagnóstico da indústria farmacêutica brasileira. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2002.

2. Frenkel J, Reis JA, Araújo Jr. JT, Naidin LC. Tecnologia e competição na indústria farmacêutica brasileira. Rio de Janeiro: Financiadora de Estudos e Projetos; 1978.

3. Oliveira MA. Tecnociência, ativismo e a política do tratamento da Aids [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Coordenação de Programas de Pós-graduação em Engenharia, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2001. [[Links](#)]

4. Gadelha CAG, Quental C, Fialho BC. Saúde e inovação: uma abordagem sistêmica das indústrias de saúde. Cad Saúde Pública 2003; 19:47-59. [[Links](#)]

5. MSH. Managing drug supply: the selection, procurement, distribution, and use of pharmaceuticals. Bloomfield: Kumarian Press: 1997. [[Links](#)]

6. Bermudez JAZ. **Indústria farmacêutica, estado e sociedade crítica da política de medicamentos no Brasil**. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1995. [[Links](#)]

7. Médicos Sem Fronteiras. Desequilíbrio fatal: a crise em pesquisa e desenvolvimento de drogas para doenças negligenciadas. Geneva: Grupo de Trabalho de Drogas para Doenças Negligenciadas, Médicos Sem Fronteiras; 2001.

8. Gadelha CAG. Estudo de competitividade por cadeias integradas no Brasil: impactos das zonas de livre comércio. **Cadeia: complexo da saúde**. Nota técnica final. Campinas: Núcleo de Economia Industrial e da Tecnologia, Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas/Ministério do Desenvolvimento, da Indústria e do Comércio Exterior/Ministério da Ciência e Tecnologia/Financiadora de Estudos e Projetos; 2002

9. Bermudez JAZ, Epsztein R, Oliveira MA, Hasenclever L. **O acordo Trips da OMC e a proteção patentária no Brasil: mudanças recentes e implicações para a produção local e o acesso da população aos medicamentos**. Rio de

Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz/ Organização Mundial da Saúde; 2000.

10. Bennett S, Quick JD, Velásquez G. **Public-private roles in the pharmaceutical sector: implications for equitable access and rational drug use.** Geneva: World Health Organization; 1997. (Health Economics and Drugs, DAP Series, 5).

11. Callegari L. Análise setorial. **A indústria farmacêutica.** São Paulo: Gazeta Mercantil; 2000.

12. Pinheiro ES. **Laboratórios farmacêuticos governamentais e o Sistema Único de Saúde.** In: Bonfim JR, Mercucci VL, organizadores. A construção da política nacional de medicamentos. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997. p. 81-6.

13. **Ministério da Saúde. Produção oficial de medicamentos: diagnóstico, limitações e perspectivas.** Brasília: Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde; 2003.

14. Bermudez JAZ. **Produção de medicamentos no setor governamental e as necessidades do Sistema Único de Saúde.** In: Bonfim JR, Mercucci VL, organizadores. **A construção da política nacional de medicamentos.** São Paulo: Editora Hucitec/ Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997. p. 72-80.

15. Bermudez JAZ. Remédios: saúde ou indústria? **A produção de medicamentos no Brasil.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1992.

16. **Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais do Brasil. Os laboratórios farmacêuticos oficiais: diagnóstico preliminar de situação sob duas percepções. Seminário "Produção Oficial de Medicamentos: Diagnóstico, Limitações e Perspectivas".** Brasília: Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais do Brasil/Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde; 2005.

17. Lucchesi G. **Dependência e autonomia no setor farmacêutico: um estudo da CEME** [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1991.

18. Costa EA, Rozenfeld S. **Constituição da vigilância sanitária no Brasil.** In: Rozenfeld S, organizadora. **Fundamentos da vigilância sanitária.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000. p. 15-60.

19. Cosendey MAE. **Análise da implantação do programa farmácia básica: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil** [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2000.

20. Wilken PR, Bermudez JAZ. **A farmácia hospitalar: como avaliar?** Rio de Janeiro: Ágora da Ilha; 1999.

21. Silva RCS, Bermudez JAZ. **Medicamentos excepcionais ou de alto custo no Brasil**. In: Bermudez JAZ, Oliveira MA, Esher A, organizadores. **Acesso a medicamentos: direito fundamental, papel do Estado**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, **Fundação Oswaldo Cruz**; 2004. p. 203-31.

22. **Ministério da Saúde. Política nacional de medicamentos**. Brasília: Secretaria de Políticas Públicas, Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

23. **Ministério da Saúde. Relação nacional de medicamentos essenciais RENAME-2000**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde; 2000.

24. Câmara dos Deputados. **Relatório da CPI Medicamentos. Comissão Parlamentar de Inquérito destinada a investigar os reajustes de preços e a falsificação de medicamentos, materiais hospitalares e insumos de laboratórios**. Brasília: Câmara dos Deputados; 2000.

25. Ministério da Saúde. **Projeto de modernização da produção pública de medicamentos**. Brasília: Secretaria de Gestão e Investimentos, Ministério da Saúde; 2000.

26. **Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. A política de assistência farmacêutica: efetivando o acesso, a qualidade e a humanização da assistência farmacêutica, com controle social**. (acessado em 01/Ago/2005).

27. Lefevre F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez Editora; 1991.

28. Barros JAC. **Políticas farmacêuticas: a serviço dos interesses da saúde?** Brasília: **Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Agência Nacional de Vigilância Sanitária**; 2004.

AGUIAR, Edson Cezar; TORTATO, Ubiratã; GONÇALVES, Marilson Alves. **Identificação dos riscos em cadeias de suprimentos: um estudo introdutório com Saúde**.

AUGUSTO, Cleiclele Albuquerque et al. **Cadeia de suprimentos: uma análise a partir da Teoria dos Custos de Transação, da Teoria dos Custos de Mensuração e da visão baseada em recursos**. Revista Economia & Gestão, Belo Horizonte, v. 15, n. 39, p. 4-22, abr./jun. 2015.

BOEHE, Dirk Michael; BALESTRO, Moisés Vilamil. **A dimensão nacional dos custos de transação: oportunismo e confiança institucional**. Revista Eletrônica de Administração, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 1-20, jan./fev. 2006.

BRASIL, **Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos**. Resolução CMED n. 2, de 5 de março de 2004* (Alterada pela Resolução CMED n. 4, de 15 de junho de 2005, DOU, Brasília, DF, de 7 out. 2005).

BRASIL, **Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos**. Resolução CMED n. 4, de 18 de dezembro de 2006. **Dispõe sobre o Coeficiente de Adequação de Preços – CAP, sua aplicação, e altera a Resolução CMED n. 2, de 5 de março de 2004**. DOU, Brasília, DF, de 12 de mar. 2007.

BRASIL, **Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos**. Resolução CMED n. 3, de 4 de maio de 2009. **Proíbe a aplicação de Preço Máximo ao Consumidor – PMC a medicamentos de uso restrito a hospitais**. DOU, Brasília, DF, de 6 de nov.

BRASIL, Congresso Nacional. **Lei n. 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de defesa do consumidor)**. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. DOU, Brasília, DF, 12 set. 1990 - Edição extra e retificado em 10 jan.2007. Disponível em: . Acesso em: 15 ago. 2015.

BRASIL, Congresso Nacional. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde). **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. DOU, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: . Acesso em: 15 ago. 2015.

37. REFERÊNCIAS BIOGRAFICAS DO ARTIGO E PESQUISA

Artigo científico, revista e jornal - REVISTA, Lei e artigos, Estudar estas fontes gráficas: Organização Mundial de Saúde, Ministério da saúde, UNICEF, OIT Organização internacional do trabalho, Quadragésima Terceira Assembléia Mundial de Saúde, BBC News Brasil, Instituto Nacional do Câncer) – **ABRALE – Associação brasileira de linfoma e leucemia, -2020.**

Artigo científico, revista e jornal- MORAES, Paula Louredo. **INSTRUÇÃO NORMATIVA, PLANALTO "Países onde é permitido o uso de células-tronco"; *Brasil Escola***. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/biologia/celula-mae3.htm>. Acesso em 21 de novembro de 2019. .

Artigo científico, revista e jornal - REVISTA, Lei e artigos, **Transplante halogênico de células-tronco hematopoiéticas em crianças com imunodeficiências primárias: a experiência do Hospital Israelita Albert Einstein – 2020.**

Artigo científico, revista e jornal- REVISTA, **Lei e artigos**, **uso de células-tronco recupera visão de 12 crianças com catarata congênita – 2020.**

Artigo científico, revista e jornal- REVISTA, **Lei e artigos**, **menino de dois anos é curado de paralisia cerebral com células-tronco, hoje, o jovem continua seu**

tratamento na unidade hospitalar. A expectativa é de novos progressos em seu tratamento. Foto: Divulgação / Hospital Universitário de Bochum – 2020.

Artigo científico, revista e jornal- REVISTA, Lei e artigos, criança brasileira faz tratamento com células-tronco na China Marina WentzelDe Hong Kong para a BBC Brasil – 2020.

Artigo científico, revista e jornal - REVISTA, Lei e artigos, Células-tronco do cordão umbilical e o tratamento de paralisia cerebral em crianças – 2020.

Artigo científico, revista e jornal- REVISTA,Lei e artigos, Doenças do Sangue do século – 2020.

Artigo científico, revista e jornal- REVISTA,Lei e artigos, Mortalidade Materno Infantil – 2020.

Artigo científico, revista e jornal- REVISTA,Lei e artigos, CPI da Mortalidade Materno Infantil – 2020.

Artigo científico, revista e jornal- REVISTA, Lei e artigos, Como vírus podem ser usados no combate ao câncer – 2020.

Artigo científico, revista e jornal- REVISTA, Lei e artigos, ALZHEIMER no Materno Infantil – 2020.

Artigo científico, revista e jornal- REVISTA, Lei e artigos, ALTISMO no Materno Infantil – 2020.

Artigo científico, revista e jornal - REVISTA, Lei e artigos, Vírus ancestrais podem atuar na cura de doenças graves como os cânceres Segundo pesquisadores do Reino Unido, micro-organismos presentes no corpo humano há milhões de anos podem revolucionar o tratamento de graves distúrbios da modernidade – 2020.

Artigo científico, revista e jornal - REVISTA, Lei e artigos, retrovírus endógenos (ERV), ele compõe 8% da identidade genética humana e intriga os cientista - 2020.

Artigo científico, revista e jornal- REVISTA, Lei e artigos, Doenças causadas por vírus: transmissão, sintomas tratamento e prevenção – 2020.

Artigo científico, revista e jornal- REVISTA, Lei e artigos, Rotavirose, doença -2020.

Artigo científico, revista e jornal- REVISTA, Lei e artigos, Hepatite A, doença -2020.

Artigo científico, revista e jornal- REVISTA, Lei e artigos, Febre Chikungunya, doença – 2020.

Artigo científico, revista e jornal - REVISTA, Lei e artigos, Hantavírus, doença – 2020.

Artigo científico, revista e jornal- REVISTA, Lei e artigos, O médico brasileiro que busca a cura definitiva do HIV combinando tratamentos e vacina personalizada – 2020.

Artigo científico, revista e jornal- REVISTA, Lei e artigos, Os tipos de vírus que causam câncer, HPV, HTLV, Epstein-barr, Hepatite B, Hepatite C, Zika vírus – 2020.

Artigo científico, revista e jornal- REVISTA, Lei e artigos, Tipos de mieloma, Mieloma múltiplo,– 2020.

Artigo científico, revista e jornal- REVISTA, Lei e artigo, Internacional MyelomaFoundantion, organização dedicada a melhorar a qualidade de vida dos pacientes com mieloma – 2020.

Artigo científico, revista e jornal – ABRALE – Associação brasileira de linfoma e leucemia/

Artigo científico, revista e jornal - REVISTA, Lei e artigos, Anemia do século - 2020.

Artigo científico, revista e jornal - REVISTA, Lei e artigos, Neoplasia do século - 2020.

Artigo científico, revista e jornal - REVISTA, Lei e artigos, e do século- 2020.

Artigo científico, revista e jornal- AQUINO, Felipe. **Células – tronco a igreja tinha razão.** Disponível em <http://blog.cancaonova.com/felipeaquino/2012/10/15/celulas-tronco-a-igreja-tinha-razao/> acesso em 10/05/2014.

Artigo científico, revista e jornal- BRASIL. (2005a), **Lei n. 11.105, de 24 de março de 2005. Lei de Biossegurança.** Presidência da República.

Artigo científico, revista e jornal- GOLDIM, José Roberto. **Pesquisa com células tronco.** Disponível em <http://www.bioetica.ufrrg.br/celtron.htm> acesso em 24/03/2014

Artigo científico, revista e jornal- GOMES, Delci. **Células – tronco embrionárias: implicações bioéticas e jurídicas.** Revista Bioethikos, São Paulo, v. 1, n. 2, p.78-87, 2007.

Artigo científico, revista e jornal- LANCE, Laboratório Nacional de Células-tronco Embrionárias. **Células - tronco o que são?** Disponível em <http://www.lance-ufrrj.org/ceacutelulas-tronco.html> acesso em 5/01/2014

Artigo científico, revista e jornal- LOUREDO, Paula. **Células – tronco.** Disponível em <http://www.brasilecola.com/biologia/celula-mae2.htm> acesso em 24/03/2014.

Artigo científico, revista e jornal- MARTINS, Ives Gandra. **A verdade sobre as células – tronco embrionárias.** Disponível em <http://www.gandramartins.adv.br/project/ives-gandra/public/uploads/2012/10/23/10c31b7a20050801.pdf> acesso em 20/02/2014

Artigo científico, revista e jornal- MARTINS, Ives Gandra. **Células tronco adultas.** Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniao/73202-celulas-tronco-o-tempo-e-o-senhor-da-razao.shtml> acesso em 15/01/2014

Artigo científico, revista e jornal- NOGUEIRA, Igor. **Cartilha Jurídica Blog Jurídica.** 2. ed. Divinópolis: 2013, p.3

Artigo científico, revista e jornal- http://www.forumseguranca.org.br/storage/download/anuario_2013.pdf acesso em 26/03/2014

Artigo científico, revista e jornal- PERES, Lygia da Veiga. **A importância do uso das células – tronco para a saúde pública.** Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100002 acesso em 20/02/2014

Artigo científico, revista e jornal- PRESSE, France. **Infarto mata o ator Christopher Reeve.** Disponível em

Artigo científico, revista e jornal- <http://www1.folha.uol.com.br/folha/ilustrada/ult90u47787.shtml> acesso em 10/05/2014

Artigo científico, revista e jornal- SEGRE, Marco. **A propósito da utilização de células – tronco embrionárias.** Disponível em <http://www.comciencia.br/reportagens/celulas/11.shtml> acesso em 10/04/2014.

Artigo científico, revista e jornal- TANIA DA SILVA PEREIRA. **Direito da criança e do Adolescente: uma proposta interdisciplinar.** Rio de Janeiro, Renovar, 1996, p.140.

Artigo científico, revista e jornal- ZATZ, Mayana. **Clonagem e células – tronco.** Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142004000200016&script=sci_arttext acesso em 05/05/2014.

38. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DA SAÚDE INFANTIL DAS FAMÍLIAS RICAS E FUNDAÇÃO DO BRASIL

1. PERÍODO JUSCELINO KUBITSCHEK:

JUSCELINO KUBITSCHEK, **Tecnologias hospitalares e a saúde da criança, os 100 anos de inovação.**

JUSCELINO KUBITSCHKEK, RIBEIRO, R. **Famílias e Desigualdade de Renda na Região Metropolitana do Rio de Janeiro – 1980/1991**, Tese de Doutorado em Sociologia, Rio de Janeiro, IUPERJ, 2005.

JUSCELINO KUBITSCHKEK, BRAGA, J.C.S. & PAULA, S.G. **Saúde e previdência: estudos de política social**. São Paulo, CEBES-HUCITEC, 1981. p. 33.

JUSCELINO KUBITSCHKEK, FERREIRA, R.M.F. **A saúde de Meninos da rua: expectativas e valores de menores marginalizados em São Paulo**. São Paulo, CEDEC/Comissão de Justiça e Paz, 1979. p. 83, 100, 102. [

JUSCELINO KUBITSCHKEK, **A desigualdade e a saúde pública - SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL (BEMFAM)**. *Pesquisa nacional sobre demografia e saúde*, 1996. Rio de Janeiro, BEMFAM, 1996

JUSCELINO KUBITSCHKEK, VERMELHO, L. L. & JORGE, M. H. P. M. **Mortalidade de jovens: análise do período de 1930 a 1991 (a transição epidemiológica para a violência)**. *Rev. Saúde Pública*, 30:319-31, 1996.

JUSCELINO KUBITSCHKEK, ARANTES, E. M. M. **Rostos de crianças no Brasil**. In: PILLOTTI, F.; RIZZINI, I. (org.). **A arte de governar crianças: A história das políticas sociais, da legislação e da assistência á infância no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Interamericano Del Niño/Editora Universitária Santa Úrsula/Amais, 1995. p.169 - 220.

JUSCELINO KUBITSCHKEK, FREYRE, G. **Saúde na Casa-grande e Senzala: formação da família brasileira sob o regime de economia patriarcal**, Rio de Janeiro, José Olympio, 1961.

JUSCELINO KUBITSCHKEK, BOURDIEU, P. **A miséria humana, a economia e saúde a entrada do facismo no Brasil**. 2º Ed. Petrópolis Rio de Janeiro: Vozes.1998. p. 747.

JUSCELINO KUBITSCHKEK, Pandolfo SM. Juscelino Kubitschek – **O médico que integrou a amazônia ao Brasil**. *Revista Paraense de Medicina, a economia da saúde* 16 (3): 65-68, 2002.

JUSCELINO KUBITSCHKEK, Neonatal, **"O Brasil não é só doença": o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek ("Brazil isn't only disease": Juscelino Kubitschek's public health program)**.

Juscelino Kubitschek , CASTRO-SANTOS, Luiz Antonio de. **O pensamento sanitaria na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade**. *Dados - Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p.237-250. 1985.

Juscelino Kubitschek, ESCOREL, Sarah. **Saúde pública: utopia de Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará. (Arenas do Rio). 2000.

Juscelino Kubitschek, ESCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antonio da Silva. **História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimento Populista**. In: L. Giovanella et al. (Ed.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Cebes. p.333-384. 2008

Juscelino Kubitschek, HOCHMAN, Gilberto. **A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil**. São Paulo: Hucitec; Anpocs. 1998.

KUBITSCHKEK, Juscelino. **Programa de saúde pública do candidato**. São Paulo: L. Nicollini. 1955a.

Juscelino Kubitschek, LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN Gilberto. **Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da Primeira República**. In Maio, Marcos C.; Santos, Ricardo V. (Ed.). *Raça, ciência e sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p.23-40. 1996

Juscelino Kubitschek, MYRDALL, Gunnar. **Economics aspects of health**. *Who Cronicle*, Geneva, v.6, n.7-8, p.224-242, 1952

Juscelino Kubitschek, PAIVA, Carlos Henrique Assunção. Samuel Pessoa: **uma trajetória científica no contexto do sanitarismo campanhista e desenvolvimentista no Brasil**. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.795-831. 2006.

Juscelino Kubitschek, PENA, Maria Valéria J. **Saúde nos planos governamentais**. *Dados - Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, n.16, p.69-96. 1977.

Juscelino Kubitschek, PEREIRA, Miguel. **O Brasil é ainda um imenso hospital: discurso pronunciado pelo professor Miguel Pereira por ocasião do regresso do professor Aloysio de Castro, da república Argentina, em outubro de 1916**. *Revista de Medicina*, São Paulo, v.7, n.21, p.3-7. 1.ed., 1916. 1922.

Juscelino Kubitschek, PESSOA, Samuel B. **Ensaio médico-sociais**. 2.ed. São Paulo: Cebes. 1978

Juscelino Kubitschek, PINOTTI, Mário. **Vida e morte do brasileiro**. São Paulo: Civilização Brasileira. 1959.

Juscelino Kubitschek, PINOTTI, Mário. **Novo método de controle da malária pelo emprego de medicamentos misturados ao sal de cozinha, utilizado na alimentação diária**. *Revista Brasileira de Medicina*, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p.241-6. 1953

Juscelino Kubitschek, RACHOU, René. **Atual estratégia da luta contra a malária**. *Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais*, Rio de Janeiro, n.4, p.3-25. 1956.

Juscelino Kubitschek, RIBEIRO, Paulo Assis; FERREIRA, Manoel José; BRAGA, Ernani. **Economic value of health.** *Revista Brasileira de Epidemiologia*, Rio de Janeiro, v.1, n.3, p.303-344. 1.ed., 1952. 1998.

Juscelino Kubitschek, SILVA, Renato da. **Malária e desenvolvimento: a saúde pública no governo JK (1956-1961).** Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

Juscelino Kubitschek, SBH. **Sociedade Brasileira de Higiene. Anais do X Congresso Brasileiro de Higiene.** Belo Horizonte, 19 a 25 de outubro de 1952. Belo Horizonte: Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais. 1953.

Juscelino Kubitschek, WINSLOW, Charles-E.A. **Lo que cuesta la enfermedad y lo que vale la salud.** Washington: Organización Mundial de la Salud/Oficina Sanitaria Panamericana. (Publicaciones Científicas, v.16). 1955.

ACKERMAN, N. W. **Psicoterapia de la Familia Neurotica**, Buenos Aires, Hormé, 1978.

_____. **Diagnóstico e Tratamento das Relações Familiares**, Porto Alegre, Artes Médicas, 1986.

ACOSTA, A. R. e VITALE, M. A. F. (org.) **Família: redes, laços e políticas públicas**, São Paulo, IEE/PUCSP, 2003.

ALMEIDA, S. S. Essa violência mal-dita. In: ALMEIDA, S.S. (org.) **Violência de Gênero e Políticas Públicas**, Rio de Janeiro, Editora UFRJ, 2007, p. 23–41.

AMENDOLA, M. F. **Crianças no Labirinto de Acusações: falsas alegações de abuso sexual**, Curitiba, Juruá, 2009.

ARANTES, E. M. M. **Rostos de Crianças no Brasil.** In: PILOTTI, F. e RIZZINI, I. (org.). **A Arte de Governar Crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**, Rio de Janeiro, Instituto Interamericano del Niño/Editora Universitária Santa Úrsula/Amais, 1995, p. 169 – 220.

ARAÚJO, C. e SCALON, C. **Percepções e atitudes de mulheres e homens sobre a conciliação entre família e trabalho pago no Brasil.** In: ARAÚJO, C. e SCALON, C. (orgs.). **Gênero, Família e Trabalho no Brasil**, Rio de Janeiro, FGV/FAPERJ, 2003, p. 15–78.

ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família**, Rio de Janeiro, Guanabara, 1981.

AZEVEDO, M. A. e GUERRA, V. **Crianças Vitimizadas: a síndrome do pequeno poder**, São Paulo: Iglu, 2000.

_____. (coord.) **Infância e Violência Doméstica: fronteiras do conhecimento**, São Paulo: Cortez, 2000a.

BADINTER, E. **Um Amor Conquistado: o mito do amor materno**, Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1985.

BASS, E. e THORNTON, L. (org.) **Nunca contei a ninguém**, São Paulo, Harbra 1985.

BERGER, P.T. e LUCKMANN, T. **A Construção Social da Realidade**, Petrópolis, Vozes, 2002.

BOBBIO, N. **A Era dos Direitos**, Rio de Janeiro, Campus, 1990.

BOWLBY, J. **Cuidados Maternos e Saúde Mental**, Porto Alegre, Arts Médicas, 1998.

BRASIL. Código de Menores, Lei Federal 6.697, de 10 de outubro de 1979, dispõe sobre assistência, proteção e vigilância a menores, acesso em 07/08/2010).

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Federal 8.069/90, de 13 de julho de 1990, dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente**, Brasília, Ministério da Justiça, 1995.

_____. **Notificação de Maus-Tratos contra Crianças e Adolescentes pelos Profissionais de Saúde: um passo a mais na cidadania em saúde**, Brasília, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, 2002.

BRITO, L. M. T. **Ser Educado por Pai e Mãe: utopia ou direito de filhos de pais separados**, Tese de Doutorado em Psicologia, Rio de Janeiro, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 1999.

DONZELOT, J. **A Polícia das Famílias**, Rio de Janeiro, Graal, 1986.

ENGELS, F. **A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado**, São Paulo, Escala, 1994 [1884].

39. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DA INACEITÁVEL PERDA DA CRIANÇA PELA MORTE

1. PERÍODO JUSCELINO KUBITSCHEK:

JUSCELINO KUBITSCHEK, **Tecnologias hospitalares e a saúde da criança, os 100 anos de inovação**.

JUSCELINO KUBITSCHKE, BADINTER, E. Lei e Legislação e economia. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 1985.

JUSCELINO KUBITSCHKE, BOSS, P. Lei e Legislação e economia. **La perdida ambígua: cómo aprender a vivir con um duelo no terminado**. Barcelona: Gedisa. 2001.

_____. **Apego: a natureza do vínculo**. Lei e Legislação e economia. 3.ed. São Paulo: Martins fontes. 2002.v.1 JUSCELINO KUBITSCHKE.

_____; MOTTA, M.A.P. **Lutos Maternos: um estudo comparativo**. Lei e Legislação. In: FRANCO, M.H.P (Org.). **Estudos avançados sobre o luto**. São Paulo: Livro Pleno. 2002. P. 95 – 130. JUSCELINO KUBITSCHKE.

JUSCELINO KUBITSCHKE, FRANCO, M.H.P. **Uma mudança no paradigma sobre o enfoque da morte e do luto na contemporaneidade, Lei e Legislação**. Em: FRANCO, M.H.P. (org.). Estudos avançados sobre o luto. São Paulo: Livro Pleno. 2002. p. 15-38.

_____. **Estudos avançados sobre o luto**, Lei e Legislação. São Paulo: Livro Pleno. 2002. JUSCELINO KUBITSCHKE.

JUSCELINO KUBITSCHKE, FREUD, S. **Luto e Melancolia**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 1917(impressão em 1976). v. XIV.

JUSCELINO KUBITSCHKE, KUBLER-ROSS, E . Lei e Legislação e economia, **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1981.

JUSCELINO KUBITSCHKE, SARAIVA, K.M.P. Lei e Legislação., **O segredo converte-se num bebê: a importância do encontro da mãe com o bebê natimorto**. Rio de Janeiro, 1999, 111p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

JUSCELINO KUBITSCHKE, WALSH, F; Mcgoldrick, M. (org.) Lei e Legislação., **Morte na família: sobrevivendo a perda**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

JUSCELINO KUBITSCHKE, WORDEN, J. W. Lei e Legislação, **Terapia do luto: um manual para o profissional de saúde mental**. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

JUSCELINO KUBITSCHKE, Lei e Legislação re economia, **Educadores e a morte** - Educator in face of death, Educadores y la muerte

JUSCELINO KUBITSCHKE, Bromberg, M. H. P. F. (1996). Lei e Legislação e economia. **Luto: a morte do outro em si**. Em M. H. P. F. Bromberg, M. J.

Kovács, M. M. J. Carvalho V. A. & Carvalho, **Vida e morte: laços da existência** (pp. 99-121). São Paulo: Casa do Psicólogo. [[Links](#)]

JUSCELINO KUBITSCHKE, Bromberg, M. H. P. F. (1998). **Lei e Legislação e economia, Psicoterapia em situações de perda e luto**. Campinas, SP: Editorial Psy. [[Links](#)]

JUSCELINO KUBITSCHKE, Raimbault, G. (1979). **Lei e Legislação, a economia, A criança e a morte**. Rio de Janeiro: Francisco Alves. [[Links](#)]

JUSCELINO KUBITSCHKE, Lei e Legislação e economia, BRUN, Daniele. **A relação da criança com a morte: paradoxos de um sofrimento**. Revista Psyche, São Paulo, v.VII, n.12, p.13-25, Dez. 2003. Disponível em – URL: <http://WWW.smarcos.br> [10/05/2006].

2. Pesquisa e inovação em saúde: uma discussão a partir da literatura sobre economia da tecnologia

JUSCELINO KUBITSCHKE, Albuquerque E & Cassiolato JE 2000. **As especificidades do sistema de inovação do setor saúde: uma resenha da literatura como introdução a uma discussão sobre o caso brasileiro**. FeSBE, São Paulo. (Estudos FeSBE I).

Bell M & Pavitt K 1993. **Technological accumulation and industrial growth. Industrial and Corporate Change** 2(2):157-211.

Breschi S & Malerba F 1997. **Sectoral innovation systems**, pp. 130-156. In C Edquist (ed.). **Systems of innovation: technologies, institutions and organizations**. Pinter, Londres.

Buck C, Llopis A, Nájera E & Terris M 1988. *The challenge of epidemiology: issues and selected readings*. PAHO-WHO, Washington.

Cimoli M & Dosi G 1995. Technological paradigms, patterns of learning and development: an introductory roadmap. *Journal of Evolutionary Economics* 5:243-268

Cordeiro H 1980. *A indústria da saúde no Brasil*. Graal, Rio de Janeiro

Debré P 1994. *Pasteur*. Scritta, São Paulo (1995)

Dosi G 1984. *Technical change and industrial transformation: the theory and an application to the semiconductor industry*. Macmillan, Londres.

Dosi G 1988. Sources, procedures and microeconomic effects of innovation. *Journal of Economic Literature* 26(3):1120-1171

Esping-Anderson G 1990. *The three worlds of welfare*

Financial Times 1998. Drug companies try to get shot of bad guy image. November 11, 1998, p. 4

Foray D & Lundvall B-A 1996. *Employment and growth in the knowledge-based economy*. OECD, Paris.

Freeman C 1994. The economics of technical change. *Cambridge Journal of Economics* 18(1):463-514.

Freeman C 1995. The "National System of Innovation" in historical perspective. *Cambridge Journal of Economics* 19(1):5-24.

Freeman C & Soete L 1997. *The economics of industrial innovation*. Pinter, Londres.

Fundação Biominas 2001. *Parque Nacional de Empresas de Biotecnologia*. Biominas, Belo Horizonte.

Gelijns A 1990. Comparing the development of drugs, devices and clinical procedures, pp. 147-201. In A Gelijns. *Modern methods of clinical investigation*. (Medical Innovation at the Crossroads, v. 1). National Academy, Washington.

Gelijns A & Rosenberg N 1995. The changing nature of medical technology development, pp. 3-14. In N Rosenberg, A Gelijns & H Dawkins. *Sources of medical technology: universities and industry*. (Medical Innovation at the Crossroads, v. 5). National Academy, Washington

Gelijns A & Rosenberg N 1999. Diagnostic devices: an analysis of comparative advantage, pp. 312-358. In D Mowery & R Nelson. *Sources of industrial leadership: studies of seven industries*. Cambridge University, Cambridge

Gelijns A, Rosenberg N & Moskowitz A 1998. Capturing the unexpected benefits of medical research. *The New England Journal of Medicine* 339(10):693-697.

Global Forum for Health Research (GFHR) 2002. *The 10/90 Report on health research 2001-2002*. Global Forum for Health Research, Geneva.

Henderson R, Orsenigo L & Pisano G 1999. The pharmaceutical industry and the revolution in molecular biology: interactions among scientific, institutional, and organizational change, pp. 267-311. In D Mowery & R Nelson. *Sources of industrial leadership: studies of seven industries*. Cambridge University, Cambridge.

Hicks D & Katz J 1996. Hospitals: the hidden research system. *Science and Public Policy* 23(5):297-304

IBGE 2002. *Pesquisa Industrial Inovação Tecnológica 2000: análise dos resultados*. Rio de Janeiro

Klevorick A, Levin R, Nelson R & Winter S 1995. On the sources and significance of inter-industry differences in technological opportunities. *Research Policy* 24:85-205

Landes D 1969. *The unbound Prometheus: technological change and the industrial development in Western Europe from 1750 to the presente*. Cambridge University, Cambridge.

Lattimore R & Revesz J 1996. *Australian science: performance from published papers*. Bureau of Industry Economics, Report 96/3, Australian Government Printing Office, Canberra

Lichtenberg F 1998. *Pharmaceutical innovation, mortality reduction, and economic growth*. National Bureau of Economic Research, Cambridge (Working Paper 6569).

Mowery D & Oxley J 1995. Inward technology transfer and competitiveness: the role of national systems of innovation. *Cambridge Journal of Economics* 19(1):67-93.

Murray C & Lopez A. (eds.) 1996. *The global burden of disease*. Harvard School of Public Health, Harvard.

Narin F, Hamilton KS & Olivastro D 1997. The increasing linkage between U.S. technology and public science. *Research Policy* 26(3):317-330.

Nelson R 1982. The role of knowledge in R&D efficiency. *The Quaterly Journal of Economics* 97(3):453-471

Nelson R (ed.) 1993. *National innovation systems: a comparative analysis*. Oxford University. Nova York, Oxford.

Nelson R 1995. The intertwining of public and proprietary in medical technology, pp. 219-220. In N Rosenberg, A Gelijns & H Dawkins. *Sources of medical technology: universities and industry* (Medical Innovation at the Crossroads, v. 5). National Academy, Washington.

Nelson R 2002. *Early reflections on factors behind the uneven evolution of medical know-how*. Columbia University, New York. (Mimeo).

Nelson R & Winter S 1982. *An evolutionary theory of economic change*. The Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge-Londres.

Nelson R & Wright G 1992. The rise and fall of American technological leadership: the postwar era in historical perspective. *Journal of Economic Literature*, vol. XXX, Dec.

OECD 1998. *Economic aspects of biotechnologies related to human health* (Part I). Disponível em <<http://www.oecd.org>>.

Ohkawa K & Kohama H 1989. *Lectures on developing economics: Japan's experience and its relevance*. University of Tokyo, Tóquio.

Rosenberg N 1976. *Perspectives in technology*. Cambridge University, Cambridge.

Rosenberg N, Gelijns A & Dawkins H 1995. *Sources of medical technology: universities and industry* (Medical innovation at the crossroads, v. 5). Washington: National Academy.

Rosenberg N & Nelson R 1994. American universities and technical advance in industry, pp. 189-229. In R Nelson. *The sources of economic growth*. Harvard University, Cambridge

Scherer F & Ross D 1990. *Industrial market structure and economic performance*. Houghton Mifflin,

Silverberg G 1990. Adoption and diffusion of technology as a collective evolutionary process, pp. 177-192. In C Freeman & L Soete (eds.). *New explorations in the economics of technological change*. Pinter Publishers, Londres.

Slaughter S & Rhoades G 2002. The emergence of a competitiveness research and development policy coalition and the commercialization of academic science and technology, pp. 69-108. In P Mirowsky & E-M Sent (eds.). *Science bought and sold: essays in the economics of science*. The University of Chicago, Chicago

Souza S 2001. *Potencialidades da biotecnologia em Minas Gerais: um estudo de empresas e suas relações com universidades*. Dissertação de Mestrado. Cedeplar-UFMG, Belo Horizonte.

Stepan N 1976. *Beginnings of Brazilian science: Osvaldo Cruz, medical research and policy, 1890-1920*. Science History Publications, Nova York.

Stryer L 1999. *Bioquímica*. (8ª ed.). Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.

Susser M 1987. *Epidemiology, health and society: selected papers*. Oxford University, Oxford.

UNDP United Nations Development Program 2001. *Human Development Report: making new technologies work for human development*. Nova York.

Vehorn C, Landefeld, J & Wagner D 1982. Measuring the contribution of biomedical research to the production of health. *Research Policy* 11(1)3-13.

Weisbrod B 1991. The health care quadrilemma: an essay on technological change, insurance, quality of care, and cost containment. *Journal of Economic Literature* 29(2):523-552.

World Bank 1993. *World Development Report 1993: Investing in Health*. Oxford University, Oxford.

WHO World Health Organization 1996. *Investing in health research and development*. TDR/Gen/96.1. Disponível em

WHO World Health Organization 1999. *World Health Report: making a difference*. Geneva. Disponível em

WHO World Health Organization 2001. *Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health*. Geneva.

3. A PERDA DA LUTA INREVOGAVÉL, A MORTE

JUSCELINO KUBITSCHKEK, "O Brasil não é só doença": o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek "*Brazil isn't only disease*": Juscelino Kubitschek's public health program

A perda do poder familiar e os seus efeitos, ATAÍDE JUNIOR, Vicente de Paula. **Destituição do Poder Familiar**. Curitiba: Juruá Editora, 2009.

ANTONINI, Mauro. Arts. 1.784 a 2.027 – **sucessões**. In: PELUSO, Cezar (Coord.). **Código Civil comentado: doutrina e jurisprudência**. 5 ed. rev. e atual. Barueri, SP: Manole, 2011.

CARVALHO FILHO, Milton Paulo de. Art.s 1.511 a 1.783 – **família** . In: PELUSO, Cezar (Coord.). **Código Civil comentado: doutrina e jurisprudência**. 5 ed. rev. e atual. Barueri, SP: Manole, 2011.

COMEL, Denise Damo. **Do poder familiar**. São Paulo: **Revista dos Tribunais**, 2003.

DIAS, Maria Berenice. **Manual de direito das famílias: de acordo com o novo CPC**. 4. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2016. Disponível em: Acesso em: 09 out. 2017. Edição em e-book baseada na 11. ed. impressa.

DIGIÁCOMO, Murillo José; DIGIÁCOMO, Ildeara de Amorim. **Estatuto da criança e do adolescente anotado e interpretado: lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. 7. ed. Curitiba: Fundação Escola do Ministério Público do Estado do Paraná, 2017. Atualizado até a lei nº 13.441, de 08 de maio de 2017. Acesso em: 27 out. 2017.

FONSECA, Antonio Cezar Lima da. **A ação de destituição do pátrio poder.** *Revista de Informação Legislativa*, Brasília, v. 37, n. 146, p. 261-279, abr./jun. 2000. Acesso em: 27 out. 2017.

ISHIDA, Válter Kenji. **Estatuto da Criança e do Adolescente: Doutrina e Jurisprudência.** 16 ed. atual. São Paulo: Atlas, 2015.

LÔBO, Paulo. **Do poder familiar.** *Revista Jus Navigandi*, Teresina, v. 11, n. 1057, 24 maio 2006. Disponível em: . Acesso em: 16 out. 2017.

RIZZARDO, Arnaldo. **Direito das sucessões.** 9. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2015.

RODRIGUES, Silvio. **Direito de família.** In: _____. *Direito civil.* 27. ed. São Paulo: Saraiva, 2002. v. 6.

SCALQUETTE, Ana Cláudia Silva. **Família & sucessões.** 7. Ed. São Paulo: Atlas, 2014.

VIEIRA JÚNIOR, Enio Gentil; MELOTTO, Amanda Oliari. **Os pais destituídos do poder familiar e a obrigação de prestar alimentos: a manutenção da obrigação de prestar alimentos pelos pais destituídos do poder familiar.** *Revista da ESMESC*, Florianópolis: Escola Superior da Magistratura do Estado de Santa Catarina, v. 18, n. 24, 2011. Disponível em: Acesso em 11.out.2017.

BULSING, Karine Machado. **A destituição do poder familiar como fator de exclusão sucessória.** *Revista Eletrônica do Curso de Direito da UFSM*, Santa Maria, v. 8, n. 1, p. 159-183, 2013. Disponível em: Acesso em: 8 nov. 2017.

PELEGRI, Emmanuel Levenhagen; PELEGRI, Renan Levenhagen. **Consequências da destituição do poder familiar sobre a obrigação alimentar e o direito sucessório.** *Empório do direito*, Florianópolis, 10 mar. 2017. Disponível em: . Acesso em: 8 nov. 2017.

BOWLBY, J. Perda: **Tristeza e Depressão.** São Paulo: Martins Fontes, 1985.

BROMBERG, M. H. P. F. **A psicoterapia em situações de perdas e luto.** Campinas: Livro Pleno, 2000.

CASSORLA, R. M. S. (Coord.). **Da morte: estudos brasileiros.** 2. ed. Campinas: Papirus, 1998.

FONSECA FILHO, J. S. **Psicodrama da Loucura: Correlações Entre Buber e Moreno.** São Paulo: Agora, 1980.

FONSECA, J. P. **Luto Antecipatório**. São Paulo: Ed. Livro Pleno, (2004) FOX, J. O Essencial de Moreno: **Textos sobre Psicodrama, Terapia de grupo e Espontaneidade**. São Paulo: Agora, 2002.

FREITAS, N. K. **Luto Materno e Psicoterapia Breve**. São Paulo: Summus, 2000.

KOVACS, M. J. **Educação para a Morte: Temas e Reflexões**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

_____. **Morte e Desenvolvimento Humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

40. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DA SAÚDE, PERÍODO NAZISTA NO BRASIL

1. Nazismo e Facismo da saúde

A pertinência ou não do uso do conceito de revolução para movimentos e regimes de direita e mesmo de extrema-direita a partir da Itália fascista e da Alemanha nacional socialista. Examina as principais correntes sobre o tema, cotejando historiadores importantes na citada polêmica, assim como certos discursos das lideranças fascista e nazista.

JUSCELINO KUBITSCHKEK, **"O Brasil não é só doença": o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek "Brazil isn't only disease": Juscelino Kubitschek's public health program** - Analisa o programa de saúde do candidato à Presidência da República Juscelino Kubitschek e seu diálogo com interpretações que identificavam o Brasil como '**país doente**' a ser recuperado pela medicina. Os contextos nacional e internacional são marcados pela ideia de desenvolvimento e pelo otimismo sanitário do pós-Segunda Guerra Mundial. Aborda o modo como Kubitschek elaborou, no contexto de seu projeto de desenvolvimento, os temas da centralidade das endemias rurais e do abandono do trabalhador rural, caros ao movimento sanitário da década de 1910, e indica a articulação de saúde e desenvolvimento nesse programa setorial, bem como a introdução de agendas sanitárias emergentes.

Verso:

“ Já não somos mais ... o vasto hospital da frase, que se tornou histórica porque verdadeira, da observação clarividente de Miguel Pereira”.

Juscelino Kubitschek,
candidato à Presidência da República, 1955.

ARAÚJO, Fernando. **Juscelino Kubitschek, o médico**. Belo Horizonte: RC Editora e Gráfica. 2002.

ATHAYDE, Aramis. **Conferências pronunciadas em 1955 pelo ministro Aramis Athayde**. Rio de Janeiro: Serviço de Documentação do Ministério da Saúde. 1957.

BARRETO, João de Barros. **Malária, doutrina e prática**. Rio de Janeiro: Editora A Noite. 1940.

2. Saúde Nazista

_____ **A medicina nos Campos de concentração,** Neurociências e **Saúde** Mental da Faculdade de Medicina da Bahia. 28. X. FONTES HISTÓRICAS E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS. 29 ... A ideologia **nazista**, formulada por Adolf Hitler e seus companheiros de partido, que....

_____ **Histórias Horríveis do Serviço social – Unirio** - Já em 1934, os tribunais **de saúde** genética foram criados com o único propósito de reforçar as leis e os decretos **de saúde nazistas**. Documentos desta época

_____ **O nazismo nos livros didáticos de História** - vista sua longa dedicação e conhecimento sobre o **nazismo** e o holocausto no Brasil. ... Quadro 3 – **Referências bibliográficas** sobre o nazifascismo nas obras ... “praga que ameaça a **saúde** do povo ariano” justificando-se o nome do filme.

1. Outra Guerra, Golfo Pérsico, Conseqüências em saúde de crianças de outros países inclusive Brasil, desastre ambiental com “70 mil crianças com menos de 15 anos” outro maior teste nuclear e de tecnologias depois da 2 guerra Mundial que geraram muitas conseqüências em saúde de milhões de crianças, a enrolação Abidulagem, a Abidulagem:

Guerra do Golfo Pérsico, Conseqüências em saúde de crianças de outros países inclusive Brasil, desastre ambiental com “70 mil *crianças* com menos de 15 anos” outro maior teste nuclear e de tecnologias depois da 2 guerra Mundial que geraram muitas conseqüências em saúde de milhões de crianças. [https://escolaeducacao.com. br/guerra-do-iraque/](https://escolaeducacao.com.br/guerra-do-iraque/)

“Novas Ameaças Cibernéticas”. Revista da NATO, setembro de 2011 < <http://www.nato.int/docu/review/2011/11-september/Cyber->

Threads/PT/index.htm >. Acessado em junho de 2015 13 Cyberwar is reality world must fight: UN official. . Acessado em junho de 2015.

SINGEL, Ryan. “White House Cyber Czar: There is no Cyberwar”. Wired. 04 de março de 2010. Acessado em maio de 2013 **Revista Política Hoje - Volume 26, n. 1 (2017) - p. 201-217** Guerra cibernética / guerra eletrônica – conceitos, desafios e espaços de interação itar do conflito

http://www.disclose.tv/news/Scientists_demonstrate_first_contagious_airborne_WiFi_virus/100342. **Revista Política Hoje - Volume 26, n. 1 (2017) - p. 201-217** **Guerra cibernética / guerra eletrônica.**

“Armas cibernéticas e segurança internacional”. IN: MEDEIROS FILHO, Oscar; FERREIRA NETO, Walfredo e GONZALES, Selma Lúcia.

Segurança e Defesa Cibernética: da fronteira física aos muros virtuais. Recife: Editora da UFPE. GERRS, Kenneth (2011), Strategic Cyber Security. Tallinn: NATO/CCD/ COE Publication.

A Guerra pelo monopólio do conhecimento: O movimento do software livre, as políticas culturais e o debate em torno dos direitos autorais, Autor(es) Sanches, Wilken David.

3. RESONANCIA MAGNÉTICA NO BRASIL

RESONANCIA MAGNÉTICA, Gil, V.M.S., Geraldês, C.F.G.C., Ressonância **Magnética Nuclear – Fundamentos, métodos e aplicações.** Editora Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 1987.

RESONANCIA MAGNÉTICA, KAHANA, T.; HISS, J. **Forensic radiology. The British Journal of Radiology**, v. 72, p. 129- 33, 1999.

RESONANCIA MAGNÉTICA, **Em 1946, os físicos norte-americanos (1912-1997), Henry Cutler Torrey (1911-1998) e R. V. Pound e, independentemente, Félix Bloch (1905-1983), W. W. Hansen e M. Packard** publicaram artigos, respectivamente, na Physical review 69, nos quais anunciaram que haviam descoberto efeitos de ressonância magnética nuclear em sólidos e líquidos.

Eisberg, R. and R. Resnick, **Física Quântica.** 15 ed. 1979, Rio de Janeiro: Ed. Campus. 5. Born, M., **Física Atômica.** 1986, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 557. 6. Gardner, J.H. and E.M. Purcell, **A Precise Determination of the Proton Magnetic Moment in Bohr Magnetons. Physical Review, 1949.** 76: p. 1262.

Bathista, A.L.B.S. and J.S. **Nogueira. Elementos Históricos da Ressonância Magnética Nuclear.** in VII Jornada Brasileira de Ressonância Magnética Nuclear. 2002. Maringá-PR. 2. Bassalo, J.M.F., Nascimento da Física (1901-1950). 2000, Belém.

Bassalo, J.M.F., **Nascimento da Física**. Rev. Bras. de Ens. de Fís., 1998. 20(1)

155

Rabi, I.I., **Space Quantization in a Gyating Magnetic Field**. **Physical Review**, 1937. 51: p. 652-654. 12. Rabi, I.I., et al., **A New Method of Measuring Nuclear Magnetic Moment**. **Physical Review**, 1939. 53: p. 318.

Rabi, I.I., et al., **The Molecular Beam Resonance Method for Measuring Nuclear Magnetic Moments**. **Physical Review**, 1939. 55: p. 526-535. 14. Nafe, J.E.N., E. B. Rabi, I. I., **The Hyperfine Structure of Atomic Hydrogen and Deuterium**. **Physical Review**, 1947: p. 914-915.

Bloembergen, N., Purcell, E. R., Pound, R. V., **Relaxation Effects in Nuclear Magnetic Resonance Absorption**. **Physical Review**, 1948. 73(7): p. 679-712. 17.

Thomas, H.A., R.L. Driscoll, and A. Hipple, **Measurement of the Proton Moment in Absolute Units**. **Physical Review**, 1949.

Abragam, A., **Principles of Magnetism**. 1935: Oxford.

19. Hahn, E.L., **Spin Echoes**. **Physical Review**, 1950. 80(15): p. 580-594.

20. Slichter, C.P., **Principles of Magnetic Resonance**. 3rd ed. **Solid-State Sciences 1**. 1990, New York: Springer-Verlag. 653.

21. Carr, H.Y. and E.M. Purcell, **Effects of Diffusion on Free Precession in Nuclear Magnetic Resonance Experiments**. **Physical Review**, 1954. 94(3): p. 630-638.

22. Winslow, W., **Fifty Years of Innovative Excellence: A History of Varian Associates inc., from 1948 to 1998**. 1998, Palo Alto: Santa Clara Valley Historical Association. 96.

Bloch, F., **Nuclear Induction**. **Physical Review**, 1946. 70(7-8): p. 460-474.

Mayer, M.G., **On Closed Shells in Nuclei II**. **Physical Review**, 1949: p. 1969-1970.

Lamb, W.E., **Internal Diamagnetic Fields**. **Physical Review**, 1941. 60: p. 817-819.

Ramsey, N.F., **Magnetic Shielding of Nuclei in Molecules**. **Physical Review**, 1950. 78(6): p. 609-703.

Lowe, I.J. and R.E. Norberg, **Physical Review**, 1957. 107: p. 46.

Sarles, L.R. and R.M. Cotts, **Double Nuclear Magnetic Resonance and the Dipole Interactions in Solids**. **Physical Review**, 1958. 111(3): p. 853-859.

Colnago, L.A. and P.R. Seidl, **A Moderna Espectroscopia de RMN. Revista de Química Industrial, 1986:** p. 108-112.

156

CORDEIRO, H. A. **As empresa s médicas: u m estudo sobre as transformações capitalista s da prática médica no Brasil.** São Paulo, 1981. Tese (doutorado) - Faculdade de Medicina , Universidade de São Paulo.

SAÚDE NAZISTA, DIETRICH, Ana Maria. **Nazismo tropical? O partido nazista no Brasil.** 301 f. Tese (Doutorado em História), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. p. 141.

SAÚDE NAZISTA, MÜLLER, Jürgen. **Nationalsozialismus in Lateinamerika: Die Auslandsorganisation der NSDAP in Argentinien, Brasilien, Chile und Mexiko, 1931-1945.** Stuttgart: Hans-Dieter Heinz, 1997. p. 95

SAÚDE NAZISTA, MORAES, Luis Edmundo de Souza. **O Partido Nazista no Brasil (Entrevista).** Entrevista concedida a Bruno Leal Pastor de Carvalho. In: **Café História – história feita com cliques.** Disponível em: <https://www.cafehistoria.com.br/o-partido-nazista-no-brasil/>. Publicado em: 12. jan 2009. Acesso: 23 fev. 2019.

SAÚDE NAZISTA, *Statistik der AO.* Berlin, **24 de setembro de 1937.** Akten betreffend: Statistik, Kulterpolitik des AA, Zeitschriften. Politische Archiv des Auswärtigen Amts, **Arquivo Político de Berlim.**

SAÚDE NAZISTA, Decreto-lei nº 37, de 02 de dezembro de 1937. **“Dispõe sobre partidos políticos”.** **Coleção de Leis do Brasil – 1937,** página 345, vol. 3.

SAÚDE NAZISTA, Decreto-lei nº 383, de 18 de abril de 1938. **“Veda a estrangeiros a atividade política no Brasil e dá outras providências”.** **Coleção de Leis do Brasil – 1938,** página 53, vol. 2

SAÚDE NAZISTA , GERTZ, René. **O fascismo no sul do Brasil.** Porto Alegre: Mercado Aberto, 1987.

SAÚDE NAZISTA, MÜLLER, Jürgen. **Nationalsozialismus in Lateinamerika: Die Auslandsorganisation der NSDAP in Argentinien, Brasilien, Chile und Mexiko, 1931-1945.** Stuttgart: Hans-Dieter Heinz, 1997.

SAÚDE NAZISTA, DIETRICH, Ana Maria. **Nazismo tropical? O partido nazista no Brasil.** 301 f. Tese (Doutorado em História), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. p. 141

SAÚDE NAZISTA, *Statistik der AO.* Berlin, **24 de setembro de 1937.** Akten betreffend: Statistik, Kulterpolitik des AA, Zeitschriften. Politische Archiv des Auswärtigen Amts, **Arquivo Político de Berlim.**

SAÚDE NAZISTA, PERAZZO, Priscila Ferreira. **O perigo alemão e a repressão policial no Estado Novo**. São Paulo: **Arquivo do Estado**, 1999.

157

SAÚDE NAZISTA, RINKE, Stefan. **“Alemanha e Brasil, 1870-1945: uma relação entre espaços”**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, jan./mar. 2014.

SAÚDE NAZISTA, JÚNIOR, Demercino José Silva. **“A Propaganda Nazista”; Brasil Escola**. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/historiag/propagandanazista.htm>. Acesso em 06 de outubro de 2020.

SAÚDE NAZISTA, Correa MAS, Nepomuceno RB, Mattos WHC, et al. **Migração por sobrevivência: soluções brasileiras**. Rev. Interdiscip. Mobil. Hum. [internet]. 2015 Set [acesso em 2017 jan 2]; 23(44):221-236. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1980-85852015000100221&script=sci_abstract&tlng=pt.

SAÚDE NAZISTA, Franken I, Coutinho MPL, Ramos MNP. **Representações sociais, saúde mental e imigração internacional**. Psicol. Ciênc. Prof. [internet]. 2012 [acesso em 2017 jan 2]; 32(1):202-219. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v32n1/v32n1a15.pdf>.

SAÚDE NAZISTA, Marinucci, R. **Migrações internacionais e processos comunicacionais**. Rev. Interdiscip. Mobil. Hum. [internet]. 2016 jan [acesso em 2017 jan 2]; 24(46):7-10. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-85852015000100011&script=sci_abstract&tlng=es.

SAÚDE NAZISTA, MEZZADRA, S. **Multiplicação das fronteiras e das práticas de mobilidade**. Rev. Interdiscip. Mobil. Hum. [internet]. 2015 Jan [acesso em 2017 jan 2]; 23(44):11-30. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1980-85852015000100011&script=sci_abstract&tlng=es.

SAÚDE NAZISTA, _____. **Os afogados e os sobreviventes**. Trad. Luiz S. Henriques; Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1990. SELIGMANN-SILVA, M. A história como trauma. In: NETROVSKI. A & SELIGMANN-SILVA, M. (orgs.). **Catástrofe e representação**. São Paulo: Escuta, 2000. p. 73 - 98.

SAÚDE NAZISTA, _____. **A literatura do trauma**. CULT - Revista de Literatura Brasileira: São Paulo, 1999. Ano II n. 23 p. 40 - 47.

SAÚDE NAZISTA, **Aktion T4** (pronunciado *Ação T4*) foi o nome usado nos julgamentos pós-guerra, para o programa de eutanásia durante o qual médicos

assassinaram centenas de pessoas consideradas por eles "incuravelmente doente, através de exame médico crítico".

158

SAÚDE NAZISTA, A revista *Saúde em Debate*, criada em 1976, é uma publicação do Centro ... usado em bibliografias, o neoliberalismo surge como modelo de governo na Alemanha pós-nazismo.

DOGLIANI, Patrizia. SAÚDE NAZISTA, e FASISTA, **Consenso e organização do consenso na Itália fascista**. In: ROLLEMBERG, Denise e QUADRAT, Samantha (orgs.). **A construção social dos regimes autoritários. Legitimidade, consenso e consentimento no século XX**. Vol.1 (Europa). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

HERMET, Guy, HASSNER, Pierre e RUPNIK, Jacques (orgs.), *Totalitarismes*. **Paris: Economica, 1999 (1a ed. 1984)** SAÚDE NAZISTA, e FASISTA.

SAÚDE NAZISTA, e FASISTA, MARCUSE, Herbert. **State and individual under national socialismo**. In _____. *Technology, war, and fascism*. Textos reunidos por Douglas Kellner. Vol. 1. Londres/ Nova York: Routledge, 1998.

41. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DO EMPRESÁRIO E O SUÍCIDIO ASSISTIDO

BUSCAR SITES:

“ Em muitos países o direito a morte está subordinado ao Estado sustentando a ideia que o poder público deve preservar a vida humana em todo e qualquer momento infringindo o direito de cada ser de ter”.

Legislação•14/12/2007•

"DISPÕE SOBRE A CRIAÇÃO DE EMPREGO PÚBLICO NO ÂMBITO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL DESTE MUNICÍPIO E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS".

1. MANCHETES

Suicídio Assistido = morte digna! Caso do Espanhol que pôs fim à vida da esposa, após 30 anos dela, com Esclerose Múltipla

Eutanásia no Brasil é crime?

A eutanásia como solução?

Morte digna: as visões da medicina e do direito sobre o fim da vida humana

Eutanásia, ortotánasia, morte assistida e o tratamento penal

A morte e o Direito

Eudes Quintino Sociedade de Advogados

Autonomia da vontade do paciente e a morte

Morre a jovem com câncer que planejou suicídio assistido

Notícias•03/11/2014•[Isabella](#)

Suicídio Assistido no Direito Brasileiro

Artigos•06/05/2015•[Herrera Patrocinio.](#)

Comissão britânica recomenda descriminalização do suicídio assistido

Notícias•05/01/2012•[Estadão](#)

Grã-Bretanha lança diretrizes para casos de suicídio assistido

Notícias•10/10/2009•[G1 - Globo.com](#)

Casos de suicídio assistido de estrangeiros dobram em 4 anos na Suíça

Notícias•20/08/2014•[Reuters Brasil](#)

Britânica que sofre de esclerose múltipla perde recurso por suicídio assistido

Notícias•19/02/2009•[Folha Online](#)

Notícias•05/07/2010•[Estadão](#)

Parlamento britânico prevê começar a discutir suicídio assistido em setembro

Notícias•20/08/2015•Consultor Jurídico

160

Parlamento do Reino Unido rejeita projeto que legalizava suicídio assistido

Notícias•14/09/2015•Consultor Jurídico

Suicídio Assistido no Brasil: Direito do indivíduo ou do Estado?

Artigos•09/12/2019•Macely

42. REFERÊNCIAS BIOGRÁFICAS DOS ANTIPARASITÁRIOS

1. Parasitas mais mortais:

1. Halicephalobus gingivalis. O Halicephalobus gingivalis é um nematóide que vive no solo. ...
2. Taenia solium. ...
3. Ameba comedora de cérebros: Naegleria fowleri. ...
4. Verme do pulmão: Cryptostrongylus pulmonis. ...
5. Spirometra erinaceieuropae.

2. CONTROLE DE QUALIDADE DOS ALIMENTOS

Art. 1º Aprovar o Regulamento Técnico para Produção, Controle e Emprego de Vacinas Contra o Botulismo em anexo - O **botulismo** é uma doença rara e potencialmente fatal causada por uma toxina produzida pela bactéria Clostridium botulinum. A doença começa com fraqueza, visão turva, sensação de cansaço e dificuldade para falar.

REGULAMENTO TÉCNICO PARA A FABRICAÇÃO, O CONTROLE DE QUALIDADE, A COMERCIALIZAÇÃO E O EMPREGO DE PRODUTOS ANTIMICROBIANOS DE USO VETERINÁRIO Art. 1º Este Regulamento Técnico visa estabelecer as normas complementares para a fabricação, o controle de qualidade, a comercialização e o emprego dos produtos antimicrobianos de uso veterinário, produzidos no país ou importados, utilizados em espécies animais terrestres e aquáticas, incluindo os antissépticos, a fim de garantir um nível adequado de proteção aos animais, à saúde humana e ao meio ambiente - **Art. 2º Para efeito deste Regulamento, considera-se: I - insumo farmacêutico ativo antimicrobiano: antibiótico ou agente antimicrobiano utilizado como ingrediente ativo em preparações farmacêuticas; II - antibiótico: substância química produzida ou derivada**

de micro-organismos que, em baixa concentração, inviabiliza ou inibe o crescimento de micro-organismos causadores de doenças; III - antimicrobiano: qualquer substância que, em baixa concentração, exerce toxicidade seletiva contra micro-organismos;

161

3. LISTA DE SUBSTÂNCIAS SUJEITAS A CONTROLE ESPECIAL.

1. Acepromazina; 2. Azaperone; 3. Boldenona; 4. Butorfanol; 5. Cetamina; 6. Diazepan; 7. Estanorolol; 8. Propofol; 9. Romifidina; 10. Tartarato de Ergometrina;

11. Testosterona; 12. Tetracaína; 13. Tiletamina; 14. Xilazina; 15. Zolazepan. 16. Embutramida 17. Iodeto de Mebezonio.

Autoriza o uso de Selo de Garantia nos frascos ampolas da vacina contra febre aftosa e determina outras providências - **INSTRUÇÃO NORMATIVA SDA Nº 229, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1998.**

Aprova o Regulamento Técnico para pesquisa, desenvolvimento, produção, avaliação, registro e renovação de licenças, comercialização e uso de vacina contra a Leishmaniose Visceral Canina - **INSTRUÇÃO NORMATIVA INTERMINISTERIAL MAPA/MS Nº 31, DE 9 DE JULHO DE 2007.**

Aprova a Instrução Normativa Nº 001 de 11.06.93, que dispõe sobre a colheita e remessa de amostras de produtos biológicos para controle de qualidade - **PORTARIA DDA Nº 3, DE 11 DE JUNHO DE 1993.**

Institui a Comissão de Biossegurança para o Vírus da Febre Aftosa e designa seus membros - **PORTARIA SDA Nº 17, DE 12 DE JANEIRO DE 2007.**

Aprova como anexo o Regulamento Técnico a ser observado na produção, no controle e no emprego de antiparasitários de uso veterinário - **PORTARIA SDA Nº 48, DE 12 DE MAIO DE 1997.**

Aprova o Regulamento Técnico para Produção, Controle e Emprego de Vacinas contra o Carbúnculo Sintomático, Gangrena Gasosa, Enterotoxemia e Tétano - **PORTARIA SDA Nº 49, DE 12 DE MAIO DE 1997.**

Aprova as Instruções sobre Normas para Produção e Controle de Tuberculina PPD - **PORTARIA SDA Nº 64, DE 18 DE MARÇO DE 1994.**

Aprova as Instruções a serem observadas na produção e comercialização de vacinas contra o carbúnculo hemático - **PORTARIA DNPA Nº 88, DE 3 DE DEZEMBRO DE 1975.**

REGULAMENTO TÉCNICO PARA LICENCIAMENTO E/OU RENOVAÇÃO DE LICENÇA DE PRODUTOS ANTIPARASITARIOS DE USO VETERINÁRIO - INSTALAÇÕES: Para efeito da fabricação de antiparasitários de uso veterinário os laboratórios devem atender integralmente o disposto na legislação vigente.

ANTI-COCCIDIANOS, Os testes poderão ser realizados pelo centro de pesquisa da empresa que solicitar o registro, ou por órgãos oficiais, ou órgãos privados credenciados pelo órgão registrante, ou ainda em entidades reconhecidas internacionalmente.

162

Outros protocolo específico para avaliação - HEMOPARASITICIDAS, BABESICIDAS DESTINADOS EQUÍDEOS, BABESICIDAS DESTINADOS A CANÍDEOS, PARASITICIDAS, ECTOPARASITICIDAS, Vacinas Inativadas: Pesquisa de bactérias e fungos, Brucelose, Carbúnculo hemático, Carbúnculo Sintomático, Gangrena Gasosa, Febre aftosa, Leishmaniose, Raiva, Tétano, Tuberculina

Tuberculosis. "Preparación y Estandarización de Tuberculinas PPD". Nota Técnica nº 17, de Rev. I, OPAS, 1980. ** Organización Mundial de la Salud Comité de Exportos de la OMS em Patrones Biológicos. Vigésimo Inform.

SOLUÇÃO ANTIBACTERIANA	1. SOLUÇÃO M/15	SOLUÇÃO A	Fosfato monopotássico
.....	9,07g	Água	bidestilada
.....	2000 ml	SOLUÇÃO B	Fosfato dissódico
.....	9,46g	Água	bidestilada
.....	2000 ml	SOLUÇÃO FINAL	Solução A
.....	389,0ml	Solução	B
.....	611,0ml	Total	
.....	1000 m.		

2.	SOLUÇÃO	ANTIBACTERIANA	Glicerina
.....	300,0ml	Cloreto de sódio	
.....	25,0g	Fenol	
.....	15,0g	Solução M/15	tampão
Ph 7,0	300,0ml	Obs: Esta solução não é	autoclavada.

DILUENTE	DE	TUBERCULINA	PPD	Solução	tampão	M/15	pH	7,0
.....				5000ml				Glicerina
.....				500ml	Cloreto de sódio			
.....				25,0g	Fenol			
.....				25,0g	Ajustar o pH	7,0		

Esterilizar a 121°C durante 15 minutos. ANEXO IV SOLUÇÃO SALINA ISOTANICA TAMPONADA

Fosfato monopotássico		1,45g	Fosfato
dissódico 2H2O		7,60g	Cloreto de sódio
.....	4,80g	Água	bidestilada qsp.
.....	1000ml	Autoclavar a 121°C	durante 30 minutos. ANEXO V.

Indicar e descrever o método empregado na avaliação quali-quantitativa dos componentes da formulação, no produto acabado - Descrição das

provas de eficácia biológica e ou farmacológica, de acordo com o inciso II do Art. 21 das Normas aprovadas pela Portaria Ministerial n 301, de 19/04/1996.

163

REY, L. **Bases da parasitologia médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

NEVES, D.P. **Parasitologia humana**. São Paulo: Atheneu, 2005.

CINERMAN, B.; FRANCO, M.A. **Atlas de parasitologia: artrópodes, protozoários e helmintos**. São Paulo: Atheneu, 1998.

MICROBIOLOGIA TORTORA, G. [et al.]. **Microbiologia**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

BLACK, J. **Microbiologia: fundamentos e perspectivas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

MURRAY, P.R. **Microbiologia médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. KONEMAN, E.W. **Diagnóstico microbiológico: texto e atlas colorido**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

TRABULSI, L.R.; ALTERTHUM, F. **Microbiologia**. 4.ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

RAVEL, R. **Laboratório clínico: aplicações clínicas dos dados laboratoriais**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

SACHER, R. **Interpretação clínica dos exames laboratoriais**. São Paulo: Manole, 2001.

NEVES, D.P. **Parasitologia humana**. 11.ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

KONEMAN, E.W.; ALLEN, S.D.; JANDA, W.M. **Diagnóstico microbiológico**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

JANINI FILHO, P. **Interpretação clínica do hemograma**. 6.ed. São Paulo: Sarvier, 1995. RAPAPORT, S.I. **Hematologia: introdução**. São Paulo: Roca, 1990.

ROZENFELD, S. **Fundamentos da vigilância sanitária**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. BARROS, J.A.C. **Políticas farmacêuticas: a serviço dos interesses da saúde**. Brasília: UNESCO, 2004.

SOUTO, A.C. **Saúde e política: a vigilância sanitária no Brasil 1976-1994**. São Paulo: Sobravime, 2004.

TORTORA, G.J.; FUNKE, B.R.; CASE, C.L. **Microbiologia**. 6.ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

CONDER, G. A.; CAMPBELL, W. C. **Chemotherapy of nematode infections of veterinary importance, with special reference to drug resistance. Advances in Parasitology**, v.35, p.1-83, 1995. MARTIN, R. J. **Modes of**

164

action of anthelmintic drugs. Veterinary Journal, v.154, p.11-34, 1997. PAPICH, M. G. **Saunders Handbook of Veterinary Drugs**. 2ª ed. Missouri: Elsevier Inc., 2007.

Campos R, Amato Neto V, Souza HBWT, Braz LMA. **Novo processo para triagem de medicamentos na infecção experimental pelo Trypanosoma cruzi. Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo** 33:325-327, 1991.

Fragata Filho A, Silva MAD, Boainain E. **Tratamento etiológico da doença de Chagas nas fases aguda e crônica. Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo** 4:192-197, 1994.

Lauria-Pires L, Castro CN, Emanuel A, Prata A. **Ineficácia do alopurinol em pacientes na fase aguda da doença de Chagas. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** 21:79, 1988.

Apt W, Aguilera X, Arribada A, Pérez C, Miranda C, Sanchez G, Zulantay I, Cortés P, Rodriguez J, Juri D. **Treatment of chronic Chagas' disease with itraconazole and allopurinol. American Journal of Tropical Medicine and Hygiene** 59:133-138, 1998.

Brener Z, Cançado JR, Galvão LM, Luz ZM, Soule FL, Pereira ME, Santos LM, Cançado CB. **An experimental and clinical assay with ketoconazole in the treatment of Chagas' disease. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz** 88:149-153, 1993.

Levi GC, Lobo IM, Kallás EG, Amato Neto V. **Etiological drug treatment of human infection by Trypanosoma cruzi. Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo** 38:35-38, 1996.

Avaliação da atividade antiparasitária do alopurinol, referente ao Trypanosoma cruzi, em sistema experimental que utiliza triatomíneos infectados Evaluation of antiparasitic activity of allopurinol, against Trypanosoma cruzi, in experimental system using infected triatomines, Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical - 33(6):613-615, nov-dez, 2000.

Rassi A, Luquetti AO, Rassi Junior A, Rassi GG, Silva IG, Naves HAM, Carvalho ESD. **Tentativa de tratamento da infecção chagásica humana com alopurinol**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia 67 (supl 1):Res 560, 1996.

Souza ER, Amato Neto V, Braz, LMA, Carignani FL, Okumura M. **Tratamento, por meio do alopurinol, da infecção aguda de camundongos pelo Trypanosoma cruzi**. Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica 24:50- 52, 1998.

165

Urbina JA, Payares G, Molina J, Sanoia C, Liendo A, Lazard K, Piras M, Piras R, Perez N, Wincker P, Ryley J. **Cure of short-and-long-term experimental Chagas' disease using D0870**. Science 273:969-971, 1996.

LIMA, A. Oliveira (Et. al.). **Métodos de laboratório aplicados à clínica: técnicas e interpretação**. 8. ed.. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.. [633 p.] ISBN 8527706865.

STRASINGER, Susan King; DI LORENZO, **Marjorie Schaub**. **Urinálise e fluídos corporais**. 5. ed.. São Paulo: LMP, 2009.. xx, 329 p. ISBN 9788599305324.

WALLACH, Jacques B. **Interpretação de exames laboratoriais**. 7. ed.. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,

FERREIRA, Marcelo Urbano. **Parasitologia contemporânea**. . Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, c2012.. 223 p. ISBN 9788527721882.

NEVES, David Pereira. **Parasitologia humana**. 12. ed.. São Paulo: Atheneu, 2011.. 546 p. ISBN 9788538802204.

REY, Luís. **Parasitologia : parasitos e doenças parasitárias do homem nos trópicos ocidentais**. 4. ed.. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008

REY, Luís. **Parasitologia: parasitos e doenças parasitárias do homem nas Américas e na África**. 3. ed.. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.. x, 856 p. ISBN 8527706776.

CITOLOGIA, DE ROBERTIS, E.M.F.; HIBB, J. **Bases da biologia celular e molecular**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

JUNQUEIRA, L.C.; CARNEIRO, J. **Biologia celular e molecular**. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

HISTOLOGIA, JUNQUEIRA, L.C.; CARNEIRO, J. **Histologia básica**. 10.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

HISTOLOGIA, STEVENS, A.; LOWE, J. **Histologia humana**. 2.ed. São Paulo: Manole, 2001.

CITOLOGIA ALBERTS, B. [et al.]. **Fundamentos de biologia celular**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

HISTOLOGIA GARTNER, L.P. **Tratado de histologia em cores**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

Crampton A., Vanniasinkam T. **Parasite vaccines: The new generation. Infection, Genetics and Evolution** 7 (2007) 664–67, e referências aí citadas.

166

Malcata F. **Prevalência e controlo dos parasitas gastrointestinais em explorações bovinas leiteiras em Portugal continental**. Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em Medicina Veterinária. Universidade de Lisboa - Faculdade de Medicina Veterinária. Lisboa, 2014.

Hotez P.J. et al. **Helminth infections: the great neglected tropical diseases. The Journal of Clinical Investigation** (2008) Vol.118, 1311–1321.

Osei-Atweneboana M.Y. et al. **Prevalence and intensity of Onchocerca volvulus infection and efficacy of ivermectin in endemic communities in Ghana: a two-phase epidemiological study. Lancet** (2007) Vol.369, 2021–2029.

Shalaby H. **Anthelmintics Resistance; How to Overcome it? Iranian Journal of Parasitology** (2013) Vol. 8, n.1, 18-32.

James C., Hudson A., Davey M. **Drug resistance mechanisms in helminths: is it survival of the fittest? Trends in Parasitology** (2007) Vol.25 n.7, 328-335.

Pink R., Hudson A., Mouriès M., Bendig M. **Opportunities and challenges in antiparasitic drug discovery. Nature Publishing Group** (2005) Vol.4, 727-740.

Silva K., Silva R., Costa S., Rolim L., Lima M., Neto P. **Alternativas terapêuticas no combate à Esquistossomose Mansônica. Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada** (2012) 33(1), 9-16.

43. REFERÊNCIAS BIOGRAFICAS DE EXAMES, PERÍCIAS LAUDOS CATAVERICOS E AUTOPSIAS

1. **Corpos de crianças e adultos intactos que rejeitam a se decompor_____BRASIL, internet vários casos absurdos.**

2. **Corpos na sepultura que são encontrados virados de bruso no caixão depois de anos enterados_____ BRASIL, internet vários casos absurdos.**

_____. **O homem diante da morte** Tradução de Luiza Ribeiro. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1989b.v1.

BOURDIEU, Pierre. **O campo científico**. In ORTIZ, Renato. Org/Pierre Bourdieu: sociologia. São Paulo: Ática, 1994. Coleção científica Sociais.

MEDEIROS, Flavia. **Matar os mortos: a construção institucional de cadáveres no Instituto Medico-Legal do Rio de Janeiro**. Dissertação de

167

Mestrado em Antropologia – Programa de Pós-Graduação em Antropologia, UFF, Niterói, 2012.

_____. **Policiais no Hospital: práticas, registros e disputas. Mografia – Graduação em Ciências Sociais** – Faculdade de Ciências Sociais, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, UFF, Niterói, 2009.

MISSE, Michel. **O papel do inquérito policial no processo de incriminação no Brasil**. *Brasília, Sociedade e Estado*, v.26, p. 15-27, 2011.

PESCAROLO, Joyce Kelly. **Morte, racionalização e contágio moral: um estudo sobre o Instituto Medico Legal do Brasil**. Dissertação de Mestrado de Sociologia – Departamento de Sociologia, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, UFPR, Curitiba, Brasil 2007.

_____. **Segurança, Justiça e cidadania: Perícia e investigação criminal Brasil**.

_____. **Harry Shibata** é um ex-médico legista brasileiro, diretor do Instituto Médico Legal de São Paulo entre 1976 e 1983. Shibata é considerado conivente com a repressão da ditadura militar no Brasil (1964-1985), por causa dos **laudos** médicos que elaborou a respeito de vítimas desse regime.

_____. **"As duas guerras de Vlado Herzog; da perseguição nazista na Europa à morte sob tortura no Brasil"** 2012, páginas 365 à 370

_____. **Assistência Médica à tortura**. Dhnet.org.br

_____. **Testemunhas confirmam torturas no caso Herzog**. Amanaque.folha.uol.com.br

_____. **Questionamentos do Suicídio**. Partes.com.br

Medico Legista da Ditadura é alvo de escracho em SP. Viomundo. Consultado em 12 de julho de 2017.

_____. **Comissão pedirá ao CRM informações sobre Legista de Ditadura**. Câmara Municipal de São Paulo, consultado em 12 de julho de 2017

Premio aos Pacificadores. Memorial de Democracia,
Consultado em 12 de julho de 2017.

Ministério da Saúde. **A Declaração de Óbito: documento necessário e importante. Brasília: Ministério da Saúde**, 3a edição, 2009. (Série A: Normas e Manuais Técnicos).

168

Manual de Procedimentos do Serviço de Verificação de Óbitos de Marília, Superintendência do complexo assistencial da Faculdade de Medicina de Marília, FANEMA —2011.

Ministério da Saúde. Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013. Nota Técnica — **Serviço de Verificação de Óbito e Esclarecimento de Causa Mortis (SVO)** — Governo do Estado do Pará — Secretaria de Estado de Saúde Pública — Sistema Único de Saúde — Diretoria de Vigilância em Saúde — Departamento de Epidemiologia — Março/2014.

LAURENTI, R; JORGE, O **Atestado de óbito- Aspectos médicos, estatísticos, éticos e jurídicos.** Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2015.

FÁVERO, Flávio. **Tratado de Medicina Legal. 5ª Edição.** Volume 2. Editora Martins, 1954.

KEMERICH, P. D. DA C. et al. **A questão ambiental envolvendo os cemitérios no Brasil.** v. 5, 2014.

34. REFERÊNCIAS BIOGRAFICAS DE UM SITE SOFTWARE HOSPITALAR

1. SOFTWARE E RESONANCIA

A integração de três modalidades de imagem (TC, RM e RMf) foi possível em plataforma computacional, a partir de imagens adquiridas na rotina pré-neurocirúrgica, demonstrando os aspectos funcionais e estruturais do cérebro do sujeito. Futuramente, deve ser dada atenção à fundamentação do processo como ferramenta virtual do planejamento neurocirúrgico, podendo levar ao desenvolvimento de um software próprio, com base nas necessidades da instituição.

Software in Computer , BALL, M. J. et al. Status and progress of hospital information system (HIS). **International Journal of Biomedical Computer**, v. 29, p. 161-148, 1991.

SOFTWARE IN COMPUTER, BRAA, J. Community-based participatory design in the third world. In: PARTICIPATORY DESIGN CONFERENCE (1996: Cambridge). **Proceedings...** Cambridge: [s.n.], 1996.

SOFTWARE IN COMPUTER, BRUNUM, J. F. The misinformation era : the fall of the medical record. **Annals of Internal Medicine**, v. 110, p. 482-484, 1989.

RESONÂNCIA INCOMPUTER, CHU, S. Clinical information systems : a fourth generation. **Nursing Management**, v. 24, n. 10, p. 59-60, 1993.

169

RESONÂNCIA IN COMPUTER, DAVIS, G. B. et al. Diagnosis of an information system failure. **Information and Management**, v. 23, p. 293-318, 1992.

RADIATION IN COMPUTER, DICK, R. S. **The computer-based patient record** : an essential technology for health care. Washington, DC: National Academy Press, 1991

RADIATION IN COMPUTER, FRIEDMAN, B. A.; MARTIN, J. B. Hospital information system : the physician role. **Journal of the American Medical Association**, v. 257, n. 13, p. 1792, 1997.

RADIATION IN COMPUTER, GAO. **Medical ADP systems**: automated medical record hold promise to improve patient care. Washington, DC : [s.n.], 1991

RADIATION IN COMPUTER, HIRSHEY, C. O. et al. The medical practice environment: internists' view of the future. **Archives of Internal Medicine**, v. 149, p. 1745-1749, 1989.

RADIATION IN COMPUTER, LINDBERG, D. A. B.; HUMPHREYS, B. L. Computers in medicine. **Journal of the American Medical Association**, v. 272, n. 231, p. 1667-1668, 1995.

RADIATION IN COMPUTER, RODRIGUES FILHO, J. Automação do arquivo médico. **Suprimentos e Serviços Hospitalares**, ano 1, n. 8, nov. 1995.

RADIATION IN COMPUTER, STEAD, W. W. **A quarter-century of computer-based medical records**. [S.l.] : MD Computing, 1989.

COMPUTER, Nunes, M.J. e Infante M. , **Ensino Baseado em Problemas EBP**, Manual, ENSP, FIOCRUZ.

RADIATION IN COMPUTER, Braga, F. , Magluta C. ; Azevedo, C. ; Besserman, M. ; **Desenvolvimento do Sistema de Gestão do HGB – Relatório**, ENSPTEC, 1999.

COMPUTER e RESONÂNCIA, Ferramentas para fusão de imagens dos métodos de tomografia computadorizada, ressonância magnética e ressonância magnética funcional para aplicação pré-neurocirúrgica Seeking tools for image fusion between computed tomography, structural and functional magnetic resonance methods for applications in neurosurgery

SOFTWARE IN RADIATION, Amaro Junior E, Yamashita H. Aspectos básicos de tomografia computadorizada e ressonância magnética. Rev Bras Psiquiatr. 2001;23(Supl 1):2-3. 2.

SOFTWARE IN RADIATION, Westbrook C, Kaut C. Ressonância magnética prática.

170

COMPUTAÇÃO E A RADIAÇÃO, a ed. Mundim FD, tradutor. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.

COMPUTAÇÃO E A RADIAÇÃO, Ogawa S, Lee TM, Kay AR, Tank DW. Brain magnetic resonance imaging with contrast dependent on blood oxygenation. Proc Natl Acad Sci U S A. 1990; 87(24):9868-72.

SOFTWARE IN RADIATION, Matthews PM, Honey GD, Bullmore ET. Applications of fMRI in translational medicine and clinical practice. Nat Rev Neurosci. 2006;7(9):732-44.

COMPUTAÇÃO E A RADIAÇÃO, Bouza AL. Desenvolvimento de uma técnica para fusão de imagens como complemento ao planejamento cirúrgico em condições estereotáxicas [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina; 1999.

SOFTWARE IN RADIATION, Rosset A, Spadola L, Ratib O. OsiriX: an open-source software for navigating in multidimensional DICOM images. J Digit Imaging. 2004;17(3):205-16.

SOFTWARE IN RADIATION, Rousset A, Spadola L, Pysher L, Ratib O. Informatics in radiology (infoRAD): navigating the fifth dimension: innovative interface for multidimensional multimodality image navigation. RadioGraphics. 2006;26(1):299-308.

SOFTWARE IN RADIATION. Kandel ER, Schwartz JH, Jessel T. Essentials of neural science and behaviour. EUA: Appleton & Lange, 1995.

SOFTWARE IN RADIATION, Ribas GC. Microanatomia cirúrgica dos pontos-chave dos sulcos e giros cerebrais [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina. São Paulo; 2005. 16.

SOFTWARE IN RADIATION, Rocha, LG. Relação dos pontos-chave cirúrgicos no crânio com áreas eloquentes detectadas por ressonância magnética funcional [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia; 2009.

SOFTWARE IN RADIATION, PROTOCOLO DE ACESSO A EXAMES/PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE – RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

SOFTWARE IN RADIATION, ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. Referências Bibliográficas: NBR 10151. Rio de Janeiro, 2000; NBR 10152. Rio de Janeiro, 1987.

SOFTWARE IN RADIATION, WESTBROOK, C.; KAUT, C. Ressonância magnética Aplicada. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

171

45. REFERÊNCIAS BIOGRAFICAS DA LINGUAGEM NA ENFERMARIA MÉDICO HOSPITALAR

Broca PV, Ferreira MA. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. Rev Bras Enferm [Internet]. 2012 [cited 2016 Apr 4]; 65(1):97-103. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000100014>

Scholl W. The socio-emotional basis of human interaction and communication: how we construct our social world. Soc Sci Inform [Internet]. 2013 [cited 2016 Apr 4]; 52(1)3-33. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/0539018412466607>

Trentini M, Paim L, Silva DMGV. Pesquisa convergente assistencial: delineamento provocador de mudança nas práticas de saúde. Porto Alegre: Moriá; 2014.

Rocha PK, Prado ML, Silva DMGV. Pesquisa Convergente Assistencial: uso na elaboração de modelos de cuidado de enfermagem. Rev Bras Enferm [Internet]. 2012 [cited 2016 Apr 4]; 65(6):1019-25. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000600019>

Lanzoni GMM, Meirelles BHS. A rede de relações e interações da equipe de saúde na atenção básica e implicações para a enfermagem. Acta Paul Enferm [Internet]. 2012 [cited 2016 Jan 16]; 25(3):464-70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000300023>

46. REFERÊNCIAS BIOGRAFICAS DE ESTRESSE, ARROGÂNCIA E BRIGA NA ENFERMARIA MEDICO HOSPITALAR

Analisou-se como se encontra o estresse ocupacional de modo geral e, em específico, nas categorias sexo, faixa etária de idade, tempo de trabalho e vínculo de trabalho, em funcionários de um hospital universitário. Trata-se de um estudo de caso de abordagem quantitativa e a utilização da análise bivariada dos dados. Já na avaliação comparativa entre níveis de estresse ocupacional e categorias demonstrou que o sexo feminino possui maior propensão ao estresse.

BIANCHI, E.R.F. **Estresse em enfermagem: análise da atuação do enfermeiro de centro cirúrgico**. São Paulo, 113p., 1990. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

CANDEIAS, N.M.F. et al. Stress em atendentes de enfermagem. **Rev.Bras.Saúde Ocup., v.20, n.75, p.38-44, 1992.**

172

CHAVES, E.C. Stress e trabalho do enfermeiro: a influência de características individuais no ajustamento e tolerância ao turno noturno. São Paulo, 1994. 130 p. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

FERREIRA, F.G. **Desvendando o estresse da equipe de enfermagem em terapia intensiva.** São Paulo, 1998. 136p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

LAUTERT, L. O desgaste profissional: estudo empírico com enfermeiras que trabalham em hospitais. **Rev. Gaúcha Enf., v.18, n.2, p.133- 44, 1997.**

LAZARUS, R.S.; LAUNIER, S. Stress related transaction between person and environment. In: DERVIN, L.A.; LEWIS, M. **Perspectives in international psychology.** New York, Plenum, 1978. p.287-327.

PITTA, A.M. **Hospital: dor e morte como ofício.** 2.ed. São Paulo, Hucitec, 1991.

SELYE, H. **The stress of life.** New York, Mc Graw-Hill, 1956.

SILVA, A.; BIANCHI,E.R.F. Estresse ocupacional da enfermeira de centro de material. **Rev. Esc. Enf. USP, v.26, n.1, p.65-74, 1992.**

STACCIARINI, J.M.R. **Estresse ocupacional, estilos de pensamento e coping - na satisfação, mal estar físico e psicológico em enfermeiros.** Brasília, 1999. 304p. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.

ALMEIDA, D. M. et al. **Avaliação do estresse ocupacional no cotidiano de hospitais militares do. Organizações em contexto, São Bernardo do Campo.** v. 13, n. 26, p. 215-138, jul- dez, 2017.

ALMEIDA, M. C. S.; BAPTISTA, P. C. P.; SILVA, A.. **Cargas de trabalho e processo de desgaste em Agentes Comunitários de Saúde.** Rev Esc Enferm USP, v.50, n.1, p.95-103, 2016.

BACHION, M. M.; PERES, A. S.; BELISÁRIO, V. L.; CARVALHO, E. C. **Estresse, Ansiedade e Coping: uma revisão dos conceitos, medidas e estratégias de intervenção voltadas para as práticas de enfermagem.** *Revista Min de Enfermagem*, v. 2, n. 1, p. 33-39, jan./jun., 1998.

BORINE, B.; ASSIS, C. L.; LOPES, M. S.; SANTINI, T. O. **Estresse hospitalar em equipe multidisciplinar de hospital público do interior de Rondônia.** *Revista SBPH*. v.15, n.1, jan./jun. 2012.

BRITO, E. S. **Enfermeiros psiquiátricos: estresse, enfrentamento e saúde.** São Paulo, 2006. USP.

173

CARVALHO, V. D.; LIMA, F. C. A.; COSTA, T. M. P. F.; LIMA, E. D. R. P. Enfermagem em setor fechado: estresse ocupacional. *Revista Mineira de enfermagem*, v.1, n. 21, jul./dez. 2004.

COSTA, J. R. A.; LIMA, J. V.; ALMEIDA, P. C. Stress no trabalho do enfermeiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 37, n. 3, 2003.

FELIX, D. B.; MACHADO, D. Q.; SOUSA, E. F.; CARNEIRO, J. V. C. Análise dos níveis de estresse no ambiente hospitalar: um estudo com profissionais da área de enfermagem. *Revista de Carreiras e Pessoas*, São Paulo, v.7, n.2, mai./jun./jul./ago., p. 530-543, 2017.

FERREIRA, J. M. P.; AZEVEDO, A. R. I.; ROCHA, M. S. Estresse ocupacional em funcionários de um hospital universitário de Belo Horizonte – MG. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 41, 2017, Curitiba, *Anais...* Curitiba, ANPAD, 2017.

GUERRER, F. J. L. *Estresse dos enfermeiros que atuam em unidades de terapia intensiva no Brasil.* 2007. 97 f. São Paulo: Dissertação de mestrado da escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2007.

LIPP, M. E. N. Estresse emocional e contribuição de estressores internos e externos. *Revista Psiquiatria Clínica*, v.28, n. 6, p. 347-349, 2001a.

LIPP, M. E. N. O stress no Brasil. In: LIPP, M. E. N. (Orgs.). *Pesquisa sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco.* Campinas: Papirus, 2001b. p. 297-304.

LIPP, M. E. N. Stress emocional: esboço da teoria de temas de vida. In: LIPP, M. E. N. (Org.). *O stress no Brasil: pesquisas avançadas.* Campinas: Papirus, 2004. p. 17-30.

MAFRA, A. P. S.; ZILLE, L. P. Analisando o estresse ocupacional em gestoras que atuam no comércio varejista da região metropolitana de Belo Horizonte. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO - EnANPAD, 39, 2015, Belo Horizonte, *Anais...* Minas Gerais, ANPAD, 2015.

MALAGRIS, L. E. N.; FIORITO, A. C. C. Avaliação do nível de estresse de técnicos da área da saúde. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 23, n. 4, p. 391-398, out./dez., 2006.

MOTA, C. M.; TANURE, B.; CARVALHO NETO, A. Estresse e sofrimento no trabalho dos executivos. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 107-130, jun. 2008.

173

MUROFUSE, N.T.; ABRANCHES, S.S.; NAPOLEÃO, A.A. Reflections on stress and Burnout and their relationship with nursing. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*. v. 13, n. 2, p. 255-261. 2006.

OLIVEIRA; P. L.; BARDAGI, M. P. Estresse e comprometimento com a carreira em policiais militares. *Boletim de Psicologia*. v. LIX, p. 153-166, 2009.

PAIVA, K. C. M.; SARAIVA, L. A. S. Estresse ocupacional de docentes do ensino superior. *Revista de Administração*, São Paulo, v.40, n.2, p.145-158, abr./mai./jun. 2005.

PANIZZON, C.; LUZ, A.M.; FENSTERSEIFER, L.M. Estresse da equipe de enfermagem de emergência clínica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. v. 29, n. 3, p.391-399. 2008.

PERES, R. S.; HONÓRIO, L. C. Estresse ocupacional e o trabalho do caixa: um estudo em grandes instituições bancárias localizadas em Belo Horizonte. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO - EnANPAD, 39, 2015, Belo Horizonte, *Anais...* Minas Gerais, ANPAD, 2015.

PRETO, V. A. *O estresse entre enfermeiros que atuam em Unidade de Terapia Intensiva (UTI)*. 2008. 66f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Estado de São Paulo, São Paulo, 2008.

RIBEIRO, K. V. *Estressores ocupacionais e níveis de estresse em enfermeiros de unidades de internação clínica*. 2017. 91f. Dissertação (Mestrado em Ciências Biológicas e da Saúde) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2017.

SILVA, L. G.; YAMADA, K. N. Estresse ocupacional em trabalhadores de uma unidade de internação de um hospital-escola. *Ciência e Cuidado da Saúde*, v. 7, n. 1, p. 98-105. jan./mar., 2008.

SILVA, M. C. M.; GOMES, A. R. S. Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia*, v. 14, n. 3, p. 239-248, set./dez.,2009.

TAMAYO, A. (Org.). *Estresse e cultura organizacional*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

ULHÔA, M. L. ; GARCIA, F. C.; LIMA, C. T.; CASTRO, P. A. A. Estresse ocupacional dos trabalhadores de um hospital público de Belo Horizonte: um estudo de caso nos centros de terapia intensiva. *Revista de Gestão - REGE*, v. 18, n. 3, p. 409-426, jul./set. 2011.

VERGARA, S. C. *Projetos e relatórios de pesquisa em administração*. São Paulo: Atlas, 2009.

174

AMARAL, J. F.; RIBEIRO, J. P.; PAIXÃO, D. X. Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de enfermagem em ambiente hospitalar: uma revisão integrativa. *Revista espaço para a saúde*, Londrina. v. 16, n. 1, jan/mar, p. 66-74, 2015.

ANTONELLI, R. C.; JUNIOR, J. A. B. Gerenciamento de enfermagem em serviço hospitalar de emergência: revisão integrativa da literatura. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, Londrina, v. 35, n. 2, p. 137-146, jul./dez. 2014.

BANDEIRA, M. A. D. Estresse ocupacional em médicos: uma revisão bibliográfica. *Revista Amazônia Science & Health*. v. 5, n. 2, p. 25-32, abr-jun, 2017.

BARBOSA, H. B. et al. Nível de complexidade assistencial de pacientes e o quantitativo de profissionais de enfermagem. *Rev Enferm UFSM*. v.4, n.1, jan/mar, p. 29-37, 2014.

BENITO, G. A. V. et al. Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado. *Rev Bras Enferm*, Brasília. v. 65, n. 1, p. 172-178, jan-fev, 2012.

BEZERRA, F.N. Estresse ocupacional nos enfermeiros que atuam no serviço de atendimento móvel de urgência à luz da teoria de Betty Neuman. 2012. 128p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2012.

BEZERRA, F.N., SILVA, T.M. & RAMOS, V.P. Occupational stress of nurses in emergency care: an integrative review of the literature. *Acta Paulista de Enfermagem*. v. 25(Special Issue 2), p.151-156, 2012.

BORINE, B.; ASSIS, C. L.; LOPES, M. S.; SANTINI, T. O. Estresse hospitalar em equipe multidisciplinar de hospital público do interior de Rondônia. *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro , v. 15, n. 1, p. 22-40, jun. 2012 . BRASIL. Lei n.º7.498/1986, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília: 55 Ministério da Saúde; 1986. 6 p.

BRASIL. Lei n.º 7.498/1986, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília: 55 Ministério da Saúde; 1986. 6 p.

BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12. ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2014. 2338p. CAMELO, S. H. H.; Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto , v. 20, n. 1, p. 192-200, Feb. 2012.

175

CAMPONÊS, D. L. et al. Exposição da equipe de enfermagem ao estresse no ambiente de trabalho na unidade de urgência e emergência. Life Style Journal. São Paulo, p. 31-44, 2015.

CARDOSO, M. R. et al. Fatores Estressores: Interferência na Qualidade da Assistência dos Profissionais Enfermeiros. Prática Hospitalar. v. 17, n.97, Jan-Fev, 2015 CARVALHO, J. F. S.;

CHAVES L. D. P. Supervisão de enfermagem no contexto hospitalar: uma revisão integrativa. Rev. Eletr. Enf. v. 13, n. 3, p. 46-53, jul/set, 2011

CATOLÉ M.; LIMA, C. B.; SILVA, S. O. P. Estresse nas unidades de terapia intensiva. Temas em Saúde. v.16, n.3, p. 264-286, 2016.

COELHO, M. A. A Enfermagem: principais dificuldades na prática e o caminho a ser seguido, 2014. Disponível em: . Acesso em: 24 jun. 2017.

DECEZARO, A. et al. O estresse dos enfermeiros que atuam na unidade de terapia intensiva: uma revisão de literatura. Revista UNINGÁ Review. v. 19, n.2, p.29-32, jul-set, 2014. DINIZ, A. O.; SILVA, L. S.; ESPÍNDULA, M. B. Fatores desencadeadores do estresse do enfermeiro no atendimento de emergência – Revisão de literatura. Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição. v. 4, n. 4, p. 1-15, ago- dez, 2013.

EMILIO, M. G. O ESTRESSE NA EQUIPE DE ENFERMAGEM QUE ATUA NO SETOR DE EMERGÊNCIA. Faculdade Redendotor; 2013. Acesso em: 10 fev. 2017

EVANGELISTA, D. L.; IVO, O. P. Contribuições do estágio supervisionado para a formação do profissional de enfermagem. Revista Enfermagem Contemporânea. v. 3, n. 2, p. 123-130, dez, 2014..

FARIAS, S. M. C. et al . Caracterização dos sintomas físicos de estresse na equipe de pronto atendimento. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo , v. 45, n. 3, p. 722- 729, jun, 2011 .

FARIAS, S. M. C. et al. Caracterização dos sintomas físicos de estresse na equipe de pronto atendimento. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 722- 729, Junho 2011.

FARO, A.; PEREIRA, M. E. Estresse: Revisão Narrativa da Evolução Conceitual, Perspetivas Teóricas e Metodológicas. Psic., Saúde & Doenças, Lisboa, v. 14, n. 1, p. 78-100, mar. 2013 .

FERNANDES, S. M. B.; MEDEIROS, S. M.; RIBEIRO, L. M. Estresse ocupacional e o mundo do trabalho atual: repercussões na vida cotidiana das enfermeiras. Rev eletrônica enferm. v.10, n. 2, p. 414-27, 2008. FIOCRUZ. Fiocruz coordena pesquisa sobre perfil da enfermagem no Brasil, 2015. Disponível em: . Acesso em: 22 set. 2017.

176

FOGACA, M. C. et al. Estresse ocupacional e suas repercussões na qualidade de vida de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais. Rev. Bras. Ter. Intensiva, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 299-305, ago. 2009.

FONSECA, J. R. F.; NETO, D. L. Níveis de estresse ocupacional e atividades estressoras em enfermeiros de unidades de emergência - Rev Rene. v. 15, n. 5, p. 732-42, set-out, 2014. FRANCA, F. M.; et al. Burnout e os aspectos laborais na equipe de enfermagem de dois hospitais de médio porte. Rev. Latino-Am. Enfermagem. v. 20, n.5, p.961-970, 2012.

FRANÇA, F. M.; FERRARI, R. Estresse ocupacional crônico e o setor de atuação dos profissionais de enfermagem da rede hospitalar. Revista Eletrônica Gestão & Saúde, v. 3, n. 1, p. 318-332, 2012.

FREITAS, R. J. M. et al. Estresse do enfermeiro no setor de urgência e emergência. Rev enferm UFPE on line, Recife, v.9, n.Supl.10, p.1476-83, dez 2015. FROTA N. M. et al.

Saúde Ocupacional dos Profissionais de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Enferm. Foco 2013; 4(2): 115-118 GIL, R. B.; CHAVES, L. P.; LAUS, A. M. Gerenciamento de recursos materiais com enfoque na queixa técnica. Rev. Eletr. Enf. v. 17, n.1, p.100-107, 2015.

GRIMBERG, S. K. C. et al. Entraves no Acolhimento por Enfermeiros de um Hospital Público. R bras ci Saúde. v.19, n.4, p.299-306, 2015.

GUERRER, F. J. L.; BIANCHI, E. R. F. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. Rev. esc. enferm. USP. São Paulo. v. 42, n. 2, p. 355-362, Jun, 2008.

HORA, K. P. H. S.; FERREIRA, M. G. L.; SILVA, A. P. F. Elementos desencadeadores do estresse no trabalho do enfermeiro hospitalar: uma revisão integrativa de literatura. Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde Maceió. v. 1, n.2, p. 167-180, nov, 2013.

INOUE K. C.; MATSUDA, L. M. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva para adultos. *Acta Paul Enferm.* v. 23, n. 3, p. 379-84, 2010.

JORGE, V. C. et al. Equipe de enfermagem e detecção de indicadores de agravamento em pacientes de pronto-socorro. *Esc Anna Nery.* v. 16, n.4, out/dez, p. 767-774, 2012.

KOTZ, M. et al. Tecnologias, humanização e o cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: uma revisão bibliográfica. *Revista UNINGÁ Review.* v.18, n.3, p. 50-55, abr-jun, 2014.

LEITE, M. T. et al. Recursos humanos de enfermagem: formação e atualização na área do envelhecimento. *Rev Rene, Fortaleza,* v. 12, n.1, jan/mar, p. 24-32, 2011.

177

LINCH, G.F.C; GUIDO, L.A; UMANN, J. Estresse e profissionais da saúde: produção do conhecimento no centro de ensino e pesquisas em enfermagem. *Cogitare Enferm, Santa Maria.* v.15, n.3, p. 542-547. 2010. LIPP, M.;

MALAGRIS, L. Estresse. Aspectos históricos, teóricos e clínicos. In: RANGÉ, B. E. cols. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais. Um diálogo com a psiquiatria.* Porto Alegre: Artmed, 2011.

NOVARETTI, M. C. Z. et al. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. *Rev Bras Enferm.* v.67, n. 5, set/out, p. 692-699, 2014.

NUNES, C. et al. Satisfação e insatisfação no trabalho na percepção de enfermeiros de um hospital universitário. *Rev. Eletr. Enf.*v.12, n. 2, p. 252-257, 2010.

OLIVEIRA, D. S. T. et al. Demanda de cuidados e dimensionamento de pessoal de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Rev enferm UFPE.* v. 7, n. 7, jul, 2013.

PAIXÃO, T. C. R. et al. Dimensionamento de enfermagem em sala de emergência de um hospital-escola. *Rev Esc Enferm USP.* v.49, n.3, p. 486-493, 2015.

PASSOS, J. C.; SILVA, L. S.; CARVALHO, M. M. C. Estresse no centro cirúrgico: uma realidade dos profissionais de enfermagem. *Rev Pesq Saúde* v. 11, n. 2, p. 35- 38, maio-ago, 2010.

PEREIRA D.S et al. Estressores laborais entre enfermeiros que trabalham em unidades de urgência e emergência. *Rev. Gaúcha Enferm.* v.34, n. 4, p. 55-61, 2013.

PEREIRA, A. C. M, et al. O ESTRESSE DO ENFERMEIRO NA ÁREA DE EMERGÊNCIA. Artigo. 2009. Disponível em:

<http://www.webartigos.com/artigos/oestresse-do-enfermeiro-na-area-de-emergencia/80672/>. Acesso em 16 de Fev. 2016. PIEDADE, M. I. G.;

SANTOS, Q. S. I.; CONCEIÇÃO, C. S. Estresse ocupacional do enfermeiro na unidade de terapia intensiva. Caderno Saúde e Desenvolvimento. v. ano 1, n.1, jul- dez, 2012. PIEDADE, M. I. G.; SANTOS, Q. S. I.; CONCEIÇÃO, C. S. Estresse ocupacional do enfermeiro na unidade de terapia intensiva. Caderno Saúde e Desenvolvimento. n.1. jul- dez. 2012.20 abr. 2017.

ROCHA, M. C. P.; MARTINO M. M. F. O estresse e qualidade de sono do enfermeiro nos diferentes turnos hospitalares. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(2):280-6

SMELTZER, S. C. et al. Brunner & Suddarth. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 12. ed., v. 1, Rio de Janeiro: Guanabara; 2012, p. 77-85 SOUZA, D. S. et al. O estresse e a qualidade de vida no ambiente de trabalho em

178

organizações do segmento de call center. Rev Psicologia PT [online], 2015. Disponível em: Acesso em: 23 ago. 2017.

GOMES, A. M. **Planta física, equipamento e dotamento de pessoal. Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva.** Cap.3, p.17-31, 1988.

CARRARA, S. **Crime e Loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século.** Rio de Janeiro: Ed. Uerj/Ed.USP, 1998a.

47. REFERÊNCIAS BIOGRÁFICAS DO HOSPITAL HURBANIZAÇÃO E PAISAGISMO

BRUM, Marcio. **“Favelas e remocionismo ontem e hoje: da Ditadura de 1964 aos Grandes Eventos”.** Disponível em . Acesso em: 28 de outubro de 2013.

A humanização e o palhaço: entre significados e sorrisos, Costa, Tássio Cunha Paes, A humanização se insere no campo da saúde como um recurso imprescindível nas práticas. Dentro do leque de agentes que possibilitam este processo, o palhaço se põe como fomentador da humanização. **Humanization is part of the health field as an essential resource in practices. Within the range of agents that enable this process, the clown stands as a promoter of humanization.** 25 de Abril de 2018.

O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador, Backes, Dirce Stein; Lunardi Filho, Wilson Danilo; Lunardi, Valéria Lerch URI: . Data: **2006.**

Humanização da arquitetura hospitalar através de derettrizes, de RLB Gomes – 2019.

Paisagismo hospitalar do Brasil, Avaliação de desempenho de hospitais que prestam atendimento pelo sistema público de saúde, Brasil, La Forgia GM, Couttolenc BF. **Hospital performance in Brazil: the search for excellence**. Washington (DC): The World Bank Publications; 2008.

Arquitetura Hospitalar e Paisagismo, Escrivão Júnior A. **Uso da informação na gestão de hospitais públicos**. *Cienc Saude Coletiva* 2007;12(3):655-66. DOI:10.1590/S1413-81232007000300015

Travassos C, Noronha JC, Martins M. **Mortalidade hospitalar como indicador de qualidade: uma revisão**. *Cienc Saude Coletiva* 1999;4(2):367-381. DOI:10.1590/S1413-81231999000200011

179

Risco de urbanização da febre amarela no Brasil, CRUZ, Oswaldo. **Prophylaxia da febre amarela: memória: apresentada ao 4º Congresso Médico Latino-Americano**. In: *Opera omnia*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1972. p. 541-62. **José T. Fiusa Lima**.

FRANCO-AGUDELO, Saul. **Saúde e imperialismo: a ação antimalárica na América Latina e a Fundação Rockefeller**. In: *Textos de apoio*. Rio de Janeiro, PEC/ENSP/ABRASCO, 1984. p. 101-31. Ciências Sociais, 2).

FRANCO, Odair. **História da febre amarela no Brasil**. Brasília, Ministério da Saúde, 1976.

SUPERINTENDÊNCIA DE CAMPANHAS DE SAÚDE PÚBLICA. **O programa brasileiro de controle da febre amarela e dengue**. Brasília, 1985. (mimeo).

SUPERINTENDÊNCIA DE CAMPANHAS DE SAÚDE PÚBLICA. **Projeto especial de erradicação do Aedes Aegypti no Brasil** Brasília, 1981. (mimeo).

Ugá MAD, López EM. **Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS**. *Cienc Saude Coletiva* 2007;12(4):915-28. DOI:10.1590/S1413-81232007000400013

BITENCOURT, F.; COSTEIRA, E. **Arquitetura e engenharia hospitalar: planejamento, projetos e perspectivas**. Rio de Janeiro: Editora Rio Books, 2014.

COSTEIRA, E. M. A. **O hospital do futuro: uma nova abordagem para projetos de ambientes de saúde**. In: SANTOS, M.; BURSZTYN, I. (Orgs.). **Saúde e arquitetura: caminhos para a humanização dos ambientes hospitalares**. Rio de Janeiro: Editora SENAC-Rio, 2004.

FIORENTINI, D.; KARMAN, J. B.; LIMA, V. H. **Textos de apoio à programação física dos estabelecimentos assistenciais de saúde-arquitetura na prevenção de infecção hospitalar. Brasília, 1995.** Mimeo.

KEIL, R. **Urban political ecology.** *Urban geography, Columbia*, n.8, v.24, p.723-38, nov. 2003.

VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. (Orgs.). **Gestão em saúde.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

Periferização urbana. In: . (Org.). **Urbanização e metropolização: a gestão dos conflitos em Brasília.** Brasília: Codeplan/Editora UnB, 1987a, p.33-49. (Brasília).

180

MOISÉS, J. A. & ALIER-MARTINEZ, V. **Capitalismo e contradições urbanas, Hospital.** In: MOISÉS, J. A. et alii. *Contradições urbanas e movimentos sociais.* 2. ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1981.

Urbanização, favelas e endemias: a produção da filariose no Recife, Brasil, Urbanization, slums, and endemics: the production of filariasis in Recife, Brazil- Ocorrência da filariose como um problema de saúde pública na cidade do Recife, capital do Estado de Pernambuco, que apresenta ainda hoje, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Rua dos Coelhos 450 (antigo Hospital D. Pedro II), Recife, PE, 50070-550, Brasil.

A emergência da favela como objeto da prática médica, Do neo-hipocratismo à teoria dos germes - Abreu, M. de A. (1994). "Reconstruindo uma História Esquecida: origem e expansão inicial das favelas do Rio". *Espaço & Debates.* São Paulo, v.14, n. 37, pp. 34-46

A emergência da favela como objeto da prática médica, Do neo-hipocratismo à teoria dos germes - Abreu, M. e Vaz, L. F. (1991). "Sobre a origem das favelas". Anais do IV Encontro Nacional da ANPUR, Salvador, pp. 481-492.

A emergência da favela como objeto da prática médica, Do neo-hipocratismo à teoria dos germes - Algranti, L. M. (1988). *O Feitor Ausente (estudo sobre a escravidão urbana no Rio de Janeiro - 1808-1822).* Petrópolis, Vozes.

Benchimol, J. L. (1999). *Dos micróbios aos mosquitos. Febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil.* Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ/Ed. UFRJ. DOI : **A emergência da favela como objeto da prática médica, Do neo-hipocratismo à teoria dos germes.**

Campos, A. de O. (2004). *Do Quilombo à Favela: a criação do espaço criminalizado no Rio de Janeiro.* Rio de Janeiro, Bertrand Brasil. **A emergência**

da favela como objeto da prática médica, Do neo-hipocratismo à teoria dos germes.

Chalhoub, S. ([1996] 2006). *Cidade Febril: cortiços e epidemias na corte imperial*. São Paulo, Companhia das Letras, **A emergência da favela como objeto da prática médica, Do neo-hipocratismo à teoria dos germes.**

Costa, J. F. ([1979] 2004). *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro, Edições Graal. **A emergência da favela como objeto da prática médica, Do neo-hipocratismo à teoria dos germes.**

Czeresnia, D. (1997). *Do contágio à transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico* [online]. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ. DOI : **A emergência da favela como objeto da prática médica, Do neo-hipocratismo à teoria dos germes.**

Edler, F. C. (2,Edler, F. C. (2003). “A medicina no Brasil imperial: fundamentos da autoridade profissional e da legitimidade científica”. *Anuario de Estudios*

181

Americanos, Tomo LX, 1, pp. 139-156. **A emergência da favela como objeto da prática médica, Do neo-hipocratismo à teoria dos germes.**

Ferreira, L. O. (1996). *O Nascimento de uma instituição científica: os periódicos médicos brasileiros da primeira metade do século XIX*. Tese de Doutorado, FFLCH-USP, Departamento de História. **A emergência da favela como objeto da prática médica, Do neo-hipocratismo à teoria dos germes.**

Freyre, G. ([1936] 2004). *Sobrados e mucambos: a decadência do patriarcado rural e o desenvolvimento do urbano*. São Paulo, Global. . **A emergência da favela como objeto da prática médica, Do neo-hipocratismo à teoria dos germes.**

Herschmann, M. e Pereira, C. A. M. (1994). *A invenção do Brasil moderno. Medicina, educação e engenharia nos anos 20-30*. Rio de Janeiro, Rocco. **A emergência da favela como objeto da prática médica, Do neo-hipocratismo à teoria dos germes.**

Hochman, G. ([1998] 2012). *A era do saneamento; as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo, Hucitec/Anpocs. **A emergência da favela como objeto da prática médica, Do neo-hipocratismo à teoria dos germes.**

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) (1953). “As favelas do Distrito Federal”. *Revista Brasileira de Estatística*, ano 14, n. 55, jul./set. **A emergência da favela como objeto da prática médica, Do neo-hipocratismo à teoria dos germes.**

Karasch, M. (2000). *A vida dos escravos no Rio de Janeiro: 1808-1850*. São Paulo, Companhia das Letras. **A emergência da favela como objeto da prática médica, Do neo-hipocratismo à teoria dos germes.**

Kury, L. (1990). *O Império dos miasmas. A Academia Imperial de Medicina (1830-1850)*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em História Social, UFF. **A emergência da favela como objeto da prática médica, Do neo-hipocratismo à teoria dos germes.**

Latour, B. (1988). *The Pasteurization of France*. Cambridge. Massachusetts and London: Harvard University Press. **A emergência da favela como objeto da prática médica, Do neo-hipocratismo à teoria dos germes.**

Lima, N. T. (2013). *Um sertão chamado Brasil*. São Paulo, Hucitec Editora. **A emergência da favela como objeto da prática médica, Do neo-hipocratismo à teoria dos germes.**

Lira, J. T. C. de. (1994). "A construção discursiva da casa popular no Recife (década de 30)". *Análise Social* v. XXIX (127), (3.º), pp. 733-753. **A emergência da favela como objeto da prática médica, Do neo-hipocratismo à teoria dos germes.**

182

Lobato, M. ([1918] 2010). *Problema Vital, Jeca Tatu e outros textos*. São Paulo, Editora Globo. **A emergência da favela como objeto da prática médica, Do neo-hipocratismo à teoria dos germes.**

Machado, R. et al. (1978). *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro, Edições Graal. **A emergência da favela como objeto da prática médica, Do neo-hipocratismo à teoria dos germes.**

BRAVO, Maria Inês Souza. "A Saúde no Brasil na década 90 – Projetos em disputa. *Revista Superando Desafios: Caderno do Serviço Social do Hospital universitário Pedro Ernesto*. Ano III, nº 4, Rio de Janeiro: UERJ/RJ, p.29-31, 1999.

BRAVO, M. I. e MATOS, M.C. **Reforma sanitária e projeto ético-político do serviço social: elementos para o debate**. In: BRAVO, M.IS. *El alli* (org) **Saúde e serviço social**. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ, ABRASCO, 2001.

BASTOS, M. D. F.; CABRAL, M. F. **Impasses na urbanização de favelas: um estudo de caso**. *Cadernos IPPUR / UFRJ*, ano VIII, número 3, Dezembro, 1993.

ALBERNAZ, Elizabete, CARUSO, Haydeé, PATRICIO, Luciane. **Tensões e Desafios de um Policiamento Comunitário em Favelas do Rio de Janeiro**. *Revista São Paulo em Perspectiva*, v.21, n.2, jul/dez 2007.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: **Relatório Final da Comissão Parlamentar de Inquérito Destinada a Investigar a Ação das Milícias no Âmbito do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2008. **BANCO MUNDIAL: O Retorno do Estado às favelas do Rio de Janeiro: Uma análise**

da transformação do dia a dia das comunidades após o processo de pacificação das UPPs.

CANO, Ignácio (organizador). **Os Donos do Morro: Uma avaliação exploratória dos impactos das Unidades de Polícia Pacificadora no Rio de Janeiro**. Maio de 2012.

_____. **Políticas de Segurança Pública no Brasil: Tentativas de Modernização e Democratização versus a Guerra Contra o Crime**. Disponível online em.

LEAL, Victor Nunes. **Coronelismo, Enxada e Voto**. São Paulo, Nova Fronteira, 1997.

ZALUAR, Alba. **A Globalização do Crime e os Limites da Explicação Local** (versão 2. In: Santos, José Vicente Tavares dos (org.). (Org.). **Violências no Tempo da Globalização**. São Paulo.

Campos, G W et al. **Tratado de saúde coletiva**. 2ed. São Paulo Editora HUCITEC, 2012.

183

Harzheim, Erno. **Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro - Avaliação dos primeiros três anos de Clínicas da Família**. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre: OPAS. 2013

BARREIRA, M.R.A.; BOTELHO, L. B. **Crise urbana e favelização no Rio de Janeiro: para uma crítica da “questão urbana” contemporânea**. III Simpósio Lutas Sociais na América Latina, Londrina, 24 a 26 de setembro de 2008.

BERGER, Peter; LUCKMAM, Thomas. **A construção social da realidade**. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 1993. BLANK, G. Brás de Pina. **Experiência de Urbanização em Favela**. In: **Habitação em Questão**. Organizado por Licia do Prado Valladares, Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

BRASILEIRO, A. M.; VALADARES, N. **A Rocinha, o Laboriaux e Outras Estórias**. **Revista de Administração Municipal, Rio de Janeiro**, v. 30, n. 167, abril / junho, (pp. 72-81), 1983. BRUM, M. S. Repressão, clientelismo, resistência... **Relações entre Estado e favelas no Rio de Janeiro**. Disponível em: www.klepsidra.net – Revista virtual de história, 2003.

BONDUKI, N. **Origens da habitação social no Brasil - Arquitetura Moderna, Lei do Inquilinato e Difusão da Casa Própria**. São Paulo: Estação Liberdade/FAPESP, 1998.

_____. **Do Projeto Moradia ao programa Minha Casa, Minha Vida**. Teoria & Debate, São Paulo, ano XXII, n.82, p.8-14, 2009.

CARDOSO, A. L. **Urbanização de favelas no Brasil: revendo a experiência e pensando os desafios.** Anais do 12º da ANPUR, Belém, 21 a 25 de maio de 2007.

_____. **Assentamentos precários no Brasil: discutindo conceitos.** In Cadernos do CEAS, Salvador: CEAS, n. 230, p. 51-80, abr./jun. 2008.

BOIS, Yves-Alain. **“Cubístico, Cúbico e Cubista”.** In: Concinnitas, Rio de Janeiro, ART/UERJ, ano 7, v. 1, n. 9, jul./2006, pp. 11-19.

_____, Lúcio. **“Pavilhão do Brasil na Feira Mundial de Nova York de 1939”.** In Registro de uma vivência. São Paulo: Empresa das Artes, 1995.

_____, Lúcio. **“Sobre Arquitetura”.** In Registro de uma vivência. São Paulo: Empresa das Artes, 1995.

FREYRE, Gilberto. **Casa-Grande & Senzala.** 30 ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Record, 2002.

_____, Gilberto. **Sobrados e Mucambos.** 30 ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Record, 2002.

183

Urbanização, favelas e endemias: AZEVEDO, R., 1967. Sete anos de campanha anti-filariótica no Recife. *A Folha Médica*, 54: 75-87.

Urbanização, favelas e endemias: ARBOSA, F. S., 1984. A Epidemiologia como instrumento de análise. *SENECTA*, 7: 31-35.

Urbanização, favelas e endemias DIAS, J. C. P. & DIAS, R. B., 1979. Aspectos sociais, econômicos e culturais da doença de Chagas. *Ciência e Cultura*, 31 (Supl.): 105-117.

IMPACTOS DA URBANIZAÇÃO DESORDENADA NA SAÚDE- Descrição epidemiológica dos casos de leptospirose em hospitais terciários do Rio Branco. *Revista Brasileira Clínica Médica*. São Paulo, 2011, V9,n.5, set-out.p.

Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1. Disponível em: . Acesso em: 16 de outubro de 2014.

FEUERWERKER, LCM; CECILIO, LCO. **O hospital e a formação em saúde: desafios atuais.** *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, ago. 2007 . Disponível em . acessos em 16 out. 2014..

GOMES, MASM. **As políticas públicas na área da saúde da criança.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, n.2, pp. 329-330. ISSN 1413-8123. 5.

MENDES, A. Gestão pública e relação público-privado na Saúde. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2011, vol.16, n.4, pp. 2347-2350. ISSN 1413-8123.

ALMEIDA FILHO, N; BARRETO, ML. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. 699 p.

BONITA, R; BEAGLEHOLE, R; KJELLSTROM, T. **Epidemiologia Básica**. 2ª Ed. São Paulo: Ed. Santos, 2013. 175p.

ROUQUAYROL, MZ.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. 780p.

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DA URBANIZAÇÃO DE AGLOMERADOS SUBNORMAIS, Sergio Ferreira Costenplate – Rio de Janeiro: UFRJ/. Escola Politécnica, 2013. XI, 70 p.

MELO, N. M. L., 1990. **Estado, Capital Financeiro, Espaço Habitacional — O caso da Região Metropolitana do Recife**. Recife: Editora da Universidade Federal de Pernambuco, **Urbanização, favelas e endemias**

MS (Ministério da Saúde), 1983. **Controle das Endemias em 1983**. Brasília: **Superintendência de Campanhas de Saúde Pública, MS**. (Mimeo.)-

184

Urbanização, favelas e endemias.

_____, 1985. O controle das Endemias no Brasil (de 1979 a 1984). Brasília: Superintendência de Campanhas de Saúde Pública, MS. (Mimeo.) - **Urbanização, favelas e endemias**.

In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS SOBRE CRESCIMENTO URBANO, 1., 1987, Recife. Anais... Recife: Fundação Joaquim Nabuco, 1987b, p.27-32. **Urbanização, favelas e endemias**.

SILVA, L. J., 1985. Crescimento urbano e doença: a esquistossomose no município de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 19: 1-7. **Urbanização, favelas e endemias**.

Agentes de saúde voluntários: uma nova estratégia de atendimento à saúde da população na periferia urbana - Sônia Maria Soares, Professora Assistente R3 do Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Minas Gerais.

CORDEIRO, H. **A indústria da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Graal, 1980.

DONNANGELO, M. C. F. & PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. São Paulo, Duas Cidades, 1979.

KOWARICK, L. **A espoliação urbana**. 2. ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1979.

LOYOLA, M. A. **Médicos e curandeiros. Conflito social e saúde.** São Paulo, Difel, 1984.

MOISÉS, J. A. **O estado, as contradições urbanas e os movimentos sociais e a saúde.** In: MOISÉS, J. A. et alii. **Contradições urbanas e movimentos sociais.** 2. ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1981.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Informe da Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde.** Alma-Ata, Genebra, 1978.

Brasília, gestão urbana: conflitos e cidadania. Brasília: Editora UnB, 1998. 293p. (Brasília).

BABY-COLLIN, V.; ZAPATA, E. **Caracas, entre métropolisation et fragmentation urbaine.** *Géoconfluences*, 25 jun. 2006. 16p. Disponível em: . Acesso em: 25 mar. 2008.

BARBOSA FERREIRA, I. C. **O processo de urbanização e a produção do espaço metropolitano de Brasília.** In: PAVIANI, A. (Org.). **Brasília, ideologia e realidade: espaço urbano em questão.** São Paulo: Projeto/CNPq, 1985, p.43-56.

185

GOUVÊA, L. A. de C. (Orgs.). **Brasília: controvérsias ambientais.** Brasília: Editora UnB, 2003. 316p. (Brasília).

BERTRAND, C.; BERTRAND, G. **Une géographie traversière: l'environnement à travers territoires et temporalités.** Paris: Éditions Arguments, 2002. 311p.

BORDO, A. A. **Os eixos de desenvolvimento e a estruturação urbanoindustrial do estado de São Paulo, Brasil.** Scripta Nova, Barcelona, v.9, n.194(79), ago. 2005. 17p.

BRASIL. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Complementar nº 14, de 08 de junho de 1973. Estabelece as Regiões Metropolitanas de São Paulo, Belo Horizonte, Porto Alegre, Recife, Salvador, Curitiba, Belém e Fortaleza.** Brasília: s. n., 1973^a.

Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Complementar nº 20, de 01 de julho de 1974. Dispõe sobre a criação de Estados e Territórios, inclusive sobre a criação da Região Metropolitana do Rio de Janeiro.** Brasília: s. n., 1973^b.

CAIADO, M. C. S. **Estruturação intraurbana e respostas sociodemográficas: a diferenciação socioespacial da população na região do Distrito Federal e Entorno.** Campinas: Nepo/Unicamp, 2006. 168p.

CARLOS, A. F. A. **Espaço-tempo na metrópole: a fragmentação da vida cotidiana**. São Paulo: Contexto, 2001. 372p.

O espaço urbano: novos escritos sobre a cidade. São Paulo: Labur Edições, 2007 [2004]. 123p.

CASTELLS, M. **A questão urbana**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000 [1972]. 590p.

GEOGRAFIA URBANA, 10., 2007, Florianópolis. Anais... Florianópolis: PPGG/UFSC, 2007. 20p.

VIANA, R. **A política do espaço na metrópole brasiliense**: Estado, capital e globalização. In: SEMINÁRIO NACIONAL METRÓPOLE: governo, sociedade e território, 2., 2007, Rio de Janeiro. Anais... Rio de Janeiro: CEPUERJ, 2007. 20p.

DAVIDOVICH, F. **Metrópole e contemporaneidade, algumas considerações**. In: CARLOS, A. F. A.; LEMOS, A. I. G. (Orgs.). Dilemas urbanos: novas abordagens sobre a cidade. São Paulo: Contexto, 2003, p.57-72.

186

GESTÃO DO USO DO SOLO E DISFUNÇÕES DO CRESCIMENTO URBANO. **Instrumentos de Planejamento e Gestão Urbana**: Brasília e Rio de Janeiro. IPEA/USP/UnB/UFRJ. Brasília: Ipea, 2001, v.3, 254p.

_____ **Espaços de esperança**. São Paulo: Loyola, 2004 [2000]. 382p.

HOLSTON, J. **A cidade modernista: uma crítica de Brasília e sua utopia**. São Paulo: Companhia das letras, 1993 [1989]. 362p.

Marcílio. **A urbanização acelerada do Rio de Janeiro**. Disponível em: . Acesso em: 15 de outubro de 2013.

ABREU, **Maurício de Almeida**. **Evolução urbana do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 1997.

OBSERVATORIO DE FAVELAS, **O que é a favela, afinal?**. 2010. Disponível em: . Acesso em: 08 de novembro de 2013.

48. REFERÊNCIAS BIOGRAFICAS DE UMA COMUNIDADE ISOLAMENTO SOCIAL para crianças e adolescentes com doenças especiais, patologias, doentes terminais e idosos.

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto, (1988). **A psicologia no hospital**. São Paulo: Traço.

BRASIL, (1977). **Ministério da Saúde. Definições e Normas das instituições e serviços de saúde. Diário Oficial da União de 5/4/1977 – Seção I, Parte I, p. 3929.**

CHIATTONE, H. B. C., (1984). **Relato de experiências de intervenção psicológica junto à criança hospitalizada. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (org.). Psicologia hospitalar: teoria e prática.** São Paulo: Traço, p. 40-132.

FONSECA, Eneida Simões da, (2001). **Atendimento escolar hospitalar: o trabalho pedagógico-educacional no ambiente hospitalar: a criança doente também estuda e aprende.** Rio de Janeiro: UERJ.

_____, (2002) **Aspectos da ecologia da classe hospitalar no Brasil.** Disponível em: Acesso em: 19 fev.

GUIMARÃES, S. S., (1988). **A hospitalização na infância. Psicologia, Teoria e Pesquisa, Brasília, v. 4, nº 2, p. 102-112.**

LENZI, T., (1992). **Recreação para crianças em enfermaria pediátrica. In: FRIEDMANN, A., MICHELET, A., LENZI, T. et al. O direito de brincar: a brinquedoteca.** São Paulo: Scritta, p. 136-145.

187

LINDQUIST, J., (1993). **A criança no hospital: terapia pelo brinquedo.** São Paulo: Página Aberta.

MONTEIRO, Roberto Alves, (1998). **Pesquisa em educação: alguns desafios da abordagem qualitativa. In: MONTEIRO, Roberto Alves. Fazendo e aprendendo pesquisa qualitativa em educação.** Juiz de Fora: FEME/UFJF, p. 7-22.

PAULA, Ercília Maria Angeli Teixeira de, (2002). **Crianças e professores em hospitais: aprendizes especiais na diversidade dos contextos hospitalares. In: ENCONTRO NACIONAL DE DIDÁTICA E PRÁTICA DE ENSINO, 11., 2002. Anais..., 1 CD-ROM.**

RAIMBAULT, Ginette, (1979). **A criança e a morte: crianças doentes falam da morte: problemas da clínica do luto.** Rio de Janeiro: Francisco Alves.

SANTA ROZA, Eliza, (1993). **Quando brincar é dizer.** Rio Grande do Sul: Relume Dumará.

TAAM, Regina, (1997). **Educação em enfermarias pediátricas. Ciência Hoje, Rio de Janeiro, v. 23, nº 133, p. 74-75.**

_____, (2000). **Assistência pedagógica à criança hospitalizada. Tese de doutorado.** Faculdade de Educação da Universidade Federal Fluminense.

VASCONCELLOS, Vera Maria Ramos de, (2002). **Construção da subjetividade: processo de inserção de crianças pequenas e suas famílias à creche. Tese apresentada no Concurso Público para Professor Titular em Educação Infantil da Faculdade de Educação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.**

VYGOTSKY, Lev S., (2000a). **A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores.** São Paulo: Martins Fontes. Tradução de José Cipolla Neto, Luiz Silveira Menna Barreto e Solange Castro Afeche.

_____, (1941). **A evolução psicológica da criança.** Rio de Janeiro: Andes.

_____, (1975). **Psicologia e educação da infância.** Lisboa: Estampa.

WELLER, Waldemar, (1979). **A saúde da criança.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

ABBOUD, Miguel. **Dotação de pessoal na organização Hospitalar. EAESP/FGVS. Administração Geral e Recursos Humanos - AO-8202-LR,** São Paulo: 1996.

ALCALÁ, M. U. et al. **Estudo preliminar para estabelecimento de quadro de pessoal de enfermagem na superintendência médico hospitalar de**

188

urgência. Prefeitura do Município de São Paulo: Secretaria de Higiene e Saúde. São Paulo: Superintendência médico hospitalar de urgência, 1992.

_____. **Cálculo de Pessoal: estudo preliminar para estabelecimento de quadro de pessoal de enfermagem na superintendência médico-hospitalar de urgência.** São Paulo: Secretaria de Higiene e Saúde, 1982.

ALMEIDA, M. S. et al. **Dimensionamento de recursos humanos em bibliotecas universitárias: um modelo aplicado à Universidade de São Paulo: SIBI/USP. Caderno de Estudos n° 6.** São Paulo, 1998.

ALVES M. **As causas do absenteísmo na enfermagem: uma dimensão do sofrimento no trabalho.** São Paulo: Escola de enfermagem da USP, 1996. [Defesa de tese]

ALVES S. L. **Laboratório de patologia clínica, planejamento e administração. Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, 1986.**

ANÁLISE SAÚDE - **Os mais admirados da medicina. Ed. Análise Editorial n.17. São Paulo, 2009.**

ANTUNES A. V.; Costa M. N. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário. Rev. Lat Am Enferm, 11(6): 832-839, São Paulo, 2003.**

ARNDT C. & HUCKABAY L. M., **Administração em enfermagem.**, Rio de Janeiro, Ed. Interamericana 1980. **ASPLAN – Assessoria de Planejamento. II Plano Municipal de Saúde.** Prefeitura do Município de São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 1995

ATOS NORMATIVOS - **Contrato, Avaliação e Auditoria.** Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

AURELIO, **Novo dicionário da língua portuguesa.** Ed. Nova Fronteira. 2ªed, Rio de Janeiro, 1986.

AZEVEDO, A. C., **Contribuição à metodologia de análise de hospitais complexos.** Tese de livre Docência. Faculdade de Saúde Pública. São Paulo: Universidade de São Paulo. São Paulo, 1989.

BARQUIM, C. M., **Dirección de hospitales sistemas de atención medica.** Sexta edición. Interamericana. México, 1992.

BITTAR, O. J. N. V - **Distribuição de recursos humanos em hospitais.** Revista Panamericana de Salud Pública. United States of America, 1996.

_____. **Produtividade em Hospitais.** Tese apresentada ao departamento de prática de saúde publica da Faculdade de Saúde Pública da

189

Universidade de São Paulo, para o título de Livre-Docente em Saúde Pública. São Paulo, 1994.

CENTRO DE CONVIVÊNCIA INFANTIL - **Subsídios Básicos.** São Paulo, 1988.

_____. **Prontuário médico.** Ed. Medicamenta. São Paulo, 2000.

COFEN RESOLUÇÃO - Nº 293/2004. In: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/exercicio-profissional/res_293.pdf. Acesso em: 10/06/2006. **COFEN RESOLUÇÃO – 189/1.996. Dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde.** Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. São Paulo, 2001.

FARIAS F. A. C. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem para pronto socorro especializado em afecções cardiovasculares.** São Paulo: Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo, 2003. [tese]

ROSENBERG, D. I. et al, **Guidelines And Levels Of Care For Pediatric Intensive Care Units.** Draft by the pediatric section, Soc Crit Care Med. – Califórnia – USA, 1991.

KARMAN, J. M. et al. **A gestão dos recursos humanos.** In: **Gestão Hospitalar: Um desafio para o Hospital Brasileiro**, 1993.

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Seção 1, p.18055. set. Brasília, 1990

_____. **Formulação de políticas pública: estudo de dois processos de intervenção estatal em hospitais privados na região metropolitana de São Paulo. São Paulo: (SP): Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 1991. [tese]**

PATERNIO, D. Administração de materiais no hospital. Compras, almoxarifado e farmácia. São Paulo. CEDAS, 1987.

PORTARIA MS/GM 3018/98 Humanização à assistência ao parto. Ministério da Saúde. Brasília, 1998.

CCIH: Controle de Infecção Hospitalar

NOVAES, Humberto de Moraes. O hospital público. Tendências e Perspectivas.

_____. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Série B textos básicos de saúde. Brasília: Ministério da Saúde.**

190

Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2008.

_____. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2009.**

1. CONHEÇA O MODELO COMUNIDADE COHOUSING:

Saettedammen: 1ª cohousing multigeracional, implantada em 1972, em Ny Hammersholt, na Dinamarca. <http://www.xn--sttedammen-d6a.dk/>)

- Trabensol Cooperativa: cohousing sênior localizada em Torremocha de Jarama, na Espanha, inaugurada em 2013. <http://trabensol.org/>)

- Pioneer Valley Cohousing: comunidade multigeracional que opera utilizando a sociocracia. Essa cohousing foi implantada em 1994, em Amherst-MA, Estados Unidos <https://www.cohousing.com/welcome>)

- Oakcreek Community: cohousing sênior, concluída em 2013, implantada em Stillwater-OK, Estados Unidos. <https://www.oakcreekstillwater.com/>)

2. PROJETOS COMUNIDADES NO BRASIL:

CohousingBrasil Co-Lares:<https://www.facebook.com/cohousingBrasil/ti?=as>

- A arquiteta Lilian Lubochinski é entusistas da ideia: <https://www.facebook.com/lilian.lubochinski>

- Cohousing Minas Gerais:<https://www.facebook.com/groups/cohousingminasgerais/ref?=share>

- Conexão Gaia:<https://www.facebook.com/cohousingbhconexaogaia/>

- O arquiteto Edgar Werblowsky articula o movimento cohousing no Brasil:<https://facebook.com/profile.php?id=595587006>.

Almeida, I., Santos, D., & Flor Do Nascimento, W. (2014). **As medidas de quarentena humana na saúde pública: aspectos bioéticos**. Bioethikos, 8(2), 174–185. doi: <https://doi.org/10.15343/1981-8254.20140802174185>

Aquino, E., Silveira, I. H., Pescarini, J., Aquino, R., & Souza-Filho, J. A. (2020). **Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: Potenciais impactos e desafios no Brasil**. Ciênc. Saúde Coletiva.

191

Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/medidas-de-distanciamento-social-nocontrole-da-pandemia-de-covid19-potenciais-impactos-e-desafios-no-brasil/17550>.

Araujo, L. F. S. C., & Machado, D. B. (2020). **Impact of COVID-19 on mental health in a Low and Middle-Income Country (LMIC)**. Ciênc. Saúde Coletiva. **Disponível em:** <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/impact-of-covid19-on-mental-healthin-a-low-and-middleincome-country-lmic/17557>

Lewnard, J. A., & Lo, N. C. (2020). **Scientific and ethical basis for social-distancing interventions against COVID-19**. Lancet Infect Dis, 1(1), 1–2. doi: [https://doi.org/10.1016/s1473-3099\(20\)30190-0](https://doi.org/10.1016/s1473-3099(20)30190-0).

Domingues-Castro Mariana S., Torres Albina R. Hikikomori: **revisão sobre um grave fenômeno de isolamento social**. J. bras. psiquiatr. [Internet]. 2018 Dec [cited 2020 Apr 19]; 67 (4): 264-272. .

Ferreira, Débora, Santos, António J., Ribeiro, Olívia, Freitas, Miguel, Correia, João V., & Rubin, Kenneth. (2013). **Isolamento social e sentimento de solidão em jovens adolescentes**. Análise Psicológica, 31(2), 117-127. Recuperado em 19 de abril de 2020.

Rodrigues Ricardo Moreira. **Solidão, um fator de risco**. Rev Port Med Geral Fam [Internet]. 2018 Out [citado 2020 Abr 19] ; 34(5): 334-338.

REFERENCIAS BIOGRAFICAS LEI E LEGISLAÇÃO – RESONÂNCIA MAGNÉTICA, RESÍDUOS HOSPITALAR, HOSPITAL E ECONOMIA

Acidente Radiológico Césio-137, Jornal *O Popular* publicado no dia 3 de outubro de 1987, nota "Radiação muito alta". Cf. IBRACE. Dossiê Radioatividade Césio-137. 1988.

Acidente Radiológico Césio-137, O jornalista Weber Borges relata um dos casos de depredação: "FORA CÉSIO", foi o que escreveram no veículo Monza com placa de Goiânia, estacionado na porta de um restaurante em Brasília, quando o carro foi parcialmente destruído" (Borges, 2003, p.294).

Acidente Radiológico Césio-137, Respectivamente, Joaquim Roriz, Henrique Santillo e José Sarney.

Acidente Radiológico Césio-137, Região destinada à extração de urânio e a testes nucleares.

Acidente Radiológico Césio-137, O novo município criado pela Lei Estadual n.12.799, de 27 de dezembro de 1995, foi desmembrado dos municípios de Goiânia, Aragoiânia, Guapó e Trindade.

192

Acidente Radiológico Césio-137, Informação baseada em entrevista realizada por mim com Odesson Alves, presidente da Associação de Vítima do Césio-137, no dia 23 de setembro de 2008.

Acidente Radiológico Césio-137, Cena do filme de Roberto Pires *césio-137: o pesadelo em Goiânia*. 1991, 115 min.

Acidente Radiológico Césio-137, No jornal *O Popular* do dia 6 de outubro de 1987, a nota "Esclarecendo dúvidas" relata que alguns funcionários da vigilância sanitária afirmam ter se aproximado do saco a fim de descobrir o que estava contido em seu interior. Cf. IBRACE. Dossiê Radioatividade Césio-137. 1988.

ASSOCIAÇÃO DE VÍTIMAS DO CÉSIO-137. II Dossiê: Radioatividade - Césio-137. Comitê Civil de Assessoria ao Protocolo Brasil-Cuba. Goiânia, 1993

BORGES, W. *eu também sou vítima*: a verdadeira história sobre o acidente com o césio em Goiânia. Goiânia: Kelps, 2003

INSTITUTUO BRASIL CENTRAL (Ibrace). *dossiê radioatividade césio-137*. Goiânia, 1988.

INTERNATIONAL ATOMIC ENERGY AGENCY. *The radiological accident in Goiânia*. Vienna, IAEA, 1988.

PINTO, F. *a menina que comeu césio*. Brasília: Ideal, 1987.

ROCHA, S. Acidente radioativo com o cézio-137: a participação da Marinha no atendimento às vítimas. *Revista Navigator*, Edição Especial, Césio-137, ano 2008. Disponível em:

VIEIRA, S. de A. O drama azul: narrativas sobre o sofrimento das vítimas do evento radiológico do Césio-137. 2010. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2010.

Filme : **CÉSIO-137: O PESADELO EM GOIÂNIA.** (Filme) Roberto Pires. 1991, 115 min.

BRASIL. **Divisão de Organização Hospitalar. O hospital e suas instalações.** Rio de Janeiro, 1967. p. 289-94.

ZALTZMAN, R. – **Lixo de hospitais.** In: **LIXO e limpeza pública.** São Paulo, Faculdade de Higiene e Saúde Pública USP, 1969. p. 9.1-9.19.

LE RICHE, W. H. et al. – ***The control of infections in hospitals: with special reference to a survey in Ontario.*** Springfield, Ill., Charles C. Thomas, 1966.

193

49. LEI E LEGISLAÇÃO – MANICÔMIO DO JUDICIÁRIO DO BRASIL, Situação triste do manicômio do judiciário nos dias de hoje, a criança e o adolescente psiquiátrica infrator e a covid:

Escola moderna alemã criança psiquiátrica infrator, Beirando o utilitarismo, a **escola alemã** disse que o Direito Penal deve possuir um efeito útil “[...] que seja capaz de ser registrado e captado pela estatística **criminal**” (BITENCOURT, 2011). A pena justa é a pena necessária. Basicamente esse era o conceito chave desse aspecto da **escola alemã**.

Escola Moderna Alemã foi liderada pelo jurista Von Liszt (1851-1919,) que, com a contribuição decisiva do belga Adolphe Prins e do holandês Von Hammel, criaram a União Internacional de Direito Penal que perdurou até a Primeira Guerra Mundial.

Escola alemã, como por outras escolas, a moderna escola liderada por Von Liszt vai de encontro à escola clássica que na Alemanha era representada por Karl Binding (1841-1920), que fundamentava suas ideias em Kant e Hegel. Seguiram nessa peleja Radbruch e Ebherardt Schimidt, que eram opositores da escola clássica. E posteriormente a influência liberal de Liszt foi retomada por penalistas neokantianos marbuguianos “[...] como Stammler e Graf Zu Dohna, da *filosofia cultural* do sudoeste da Alemanha, como Radbruch, M. E. Mayer e Erik Wolf, ou da *filosofia dos valores*, como Sauer.”

Célestin Freinet, foi criador do movimento da escola moderna. Seu objetivo básico era desenvolver uma escola popular. Hoje em dia as suas propostas continuam, ainda, a ser uma grande referência para a educação. A criança era considerada o centro da educação, pois a educação não começa na idade da razão, mas sim desde que a criança nasce.

TERZA SCUOLA ITALIANA E A ESCOLA SOCIOLÓGICA FRANCESA, Essa escola ficou conhecida também por Escola Crítica em função de um artigo publicado por Manuel Carnevale. ... A **Terza Scuola** entende que o crime é um fenômeno social e individual e que a finalidade da pena é a defesa social.

Maria Montessori (1870-1952), foi uma pedagoga, pesquisadora e médica italiana, a criadora do “Método Montessori” um sistema educacional baseado na formação integral do jovem. “Educar para a Vida” foi o seu lema.

Como o crime e o criminoso eram vistos pela escolas clássica é positiva, Escola Positiva, o delito e o delinquente passam a serem **vistos** como patologias sociais e o fundamento da pena era a personalidade do réu. ... Afirmava que a pena tinha como fundamento o determinismo e o método era indutivo ou experimental. **Escolas Penais - Luiza Migliari -**
<https://luizamigliari.jusbrasil.com.br › artigos › escolas-pe...>

Pensamentos e idéias, Aníbal (1978), outra escola importante para a herança da medida de segurança foi a escola moderna alemã, de Franz Von Liszt, que “aceita a distinção clássica entre imputáveis e inimputáveis. Não a fundamenta, porém, no livre arbítrio, mas na normalidade de determinação do sujeito”.

Pensamentos e idéias, Zaffaroni - O princípio de humanidade é o que dita a inconstitucionalidade de qualquer pena ou consequência do delito que crie um impedimento físico permanente (morte, amputação, castração ou esterilização, intervenção neurológica etc.), como também qualquer consequência jurídica indelével do delito. [...] Toda a consequência jurídica do delito – seja ou não uma pena – deve cessar em algum momento, por mais longo que seja o tempo que deva transcorrer, mas não pode ser perpétua no sentido próprio da expressão. (ZAFFARONI e PIERANGELI 2011, p. 161)

Abrão, J. L. F. (2020). Os primórdios da psiquiatria infantil e seus reflexos no Brasil. *Memorandum: Memória E História Em Psicologia*, 37. <https://doi.org/10.35699/1676-1669.2020.14698>

O Manicômio Judiciário: saúde ou justiça? - The Judiciary Mental Hospital: a question of health or of law? Evelin Naked de Castro Sá, SOBRE O AUTOR-site: Site: <http://www.justificando.com>

CINTI, Conceição. Quem disse que menor em confronto com a Lei não vai preso?. Jus Navigandi, Teresina, ano 17, n. 3406, 28 out. 2012. Disponível em:. Acesso em: 5 out. 2013. BRASIL.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro; Fiocruz, 1999.167p.)

SILVA, Mozart Linhares da (org.). Direito e medicina no processo de invenção do anormal no Brasil. In: **_. História, medicina e sociedade no Brasil**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2003, p. 55.

SZASZ, Thomas. **Ideologia e doença mental...**, P. 15.

COOPER, David. **Psiquiatria e antipsiquiatria**. São Paulo: Perspectiva, 1989, p. 45.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios**. Relatório Brasil 2015. Brasília: CFP, 2015, p. 15. Os Estados que participaram foram: Pará (PA), Maranhão (MA), Piauí (PI), Rio Grande do Norte (RN), Paraíba (PB), Sergipe (SE), Alagoas (AL), Pernambuco (PE), Bahia (BA), Espírito Santo (ES), Rio de Janeiro (RJ), Santa Catarina (SC), Mato Grosso do Sul (MS), Goiás (GO), Mato Grosso (MT), Acre (AC) e Distrito Federal (DF).

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios**. Relatório Brasil 2015. Brasília: CFP, 2015, p. 15.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios**. Relatório Brasil 2015. Brasília: CFP, 2015, p. 17.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios**. Relatório Brasil 2015. Brasília: CFP, 2015, p. 17.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios**. Relatório Brasil 2015. Brasília: CFP, 2015, p. 19.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios**. Relatório Brasil 2015. Brasília: CFP, 2015, p. 17. A Lei nº 9.455/97 determina expressamente que na mesma pena do crime de tortura incorre “quem submete pessoa presa ou sujeita a medida de segurança a sofrimento físico ou mental, por intermédio da prática de ato não previsto em lei ou não resultante de medida legal”. Diante da Lei 10.216/01, torna-se terminantemente proibido o recolhimento em cadeia pública ou qualquer outro estabelecimento prisional, de pessoa em sofrimento psíquico, submetida à medida de segurança. Tal prática, ocasionada muitas das vezes pela ausência de políticas públicas voltadas à saúde mental, além de violar o modelo assistencial atribuído pela Lei antimanicomial, constitui crime de tortura, conforme art. 1º, §1º da Lei 9455/97, por ele também respondendo quem se omite quando tinha o dever de apurar ou evitar tais situações, agravado quando cometido por agente público (§4º, III).

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios**. Relatório Brasil 2015. Brasília: CFP, 2015, p. 18.

BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Organização Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Garamond, 2010, pp. 24-25.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios**. Relatório Brasil 2015. Brasília: CFP, 2015, p. 19.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios**. Relatório Brasil 2015. Brasília: CFP, 2015, p. 19.

Sobre o assunto ver: GIRARD, René. **O bode expiatório**. São Paulo: Paulus, 2004.

“Os sistema penal e, sobretudo, a pena de prisão está deslegitimada, não cumpre as funções oficialmente declaradas, mas as funções declaradas seguem produzindo efeitos simbólicos, gerando a ilusão de que por meio dela se pode combater a criminalidade: logo, segue-se acreditando em Papai Noel e pedindo mais sistema penal e prisão, mais do mesmo.” (ANDRADE, Vera Regina. **Pelas mãos da criminologia...** p. 315.). Zaffaroni reitera a observação da prof. Vera Regina e explica sob outro prisma que “quando as tensões sociais e a violência coletiva excedem a capacidade manipuladora do sistema penal e a vingança o ultrapassa, ele é deslegitimado, pois perde-se a confiança em seu canalizador potencial da violência. Nessa emergência, as agências do poder punitivo procuram reter ou recuperar sua legitimidade canalizadora (que equivale a seu poder), pelo qual se colocam à frente da execução da vingança sacrificial, com a pretensão de canalizar o mérito do restabelecimento da paz.” (ZAFFARONI, Eugenio Raúl. **A palavra dos mortos...** p. 402.).