



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO EST. DA GUANABARA

Sede — Praça Mahatma Gandhi, 2 Grupo — 1001
Tels.: 222-0255 - 222-1029 - 242-4512 - Rio de Janeiro - GB

CONSELHEIROS NA EFETIVIDADE

1970

Assad Mameri Abdenur
Orlando Silva Telles
Fernando de Paiva Samico
Roberto Machado Silva
Matheus Xavier Monteiro de Sá
José Messias do Carmo
Miguel Olimpio Cavalcanti
Clebe Velloso Scarinci
Domingos Junqueira de Moraes
Nilson Amaral Sant'Anna
Alvaro Simão dos Santos Figueira
Ruy de Castro Sodré
Denís Malta Ferraz
Orlando Valentin Orlandi
Aloysio Pereira Dantas
Hélio Blanco Torres
José Alves Assumpção de Menezes
Ernani de Assumpção Freitas
Geraldo Matos de Sá
Amaury Barbosa da Silva
Djalma Chastinet Contreiras (SMCRJ)

CONSELHEIROS NA SUPLÊNCIA

Sérgio Monteiro de Carvalho
José Wazen da Rocha
Hugo Elias
Renee Sá de Figueiredo
Miguel Chalub
Joaquim Moreira Nunes
Carlos Augusto Dias de Almeida
Júlio Pereira Gomes
Jorge Palieraqui
Bernardino Corrêa de Oliveira
Carlos Alberto Argentio
Ismael da Silva Neto
José Liberato Ferreira Caboclo
Antônio Dias
Carlos Gentile de Mello (SMCRJ)

CONSELHEIROS LICENCIADOS

Alcides Rodrigues
Alkindar Soares Pereira
Luiz Fernando Rocha F. Silva
Fernando Beviláqua

DIRETORIA 1970

Presidente: Fernando de Paiva Samico
Vice-Presidente: Roberto Machado Silva
1º Secretário: Djalma Chastinet Contreiras
2º Secretário: Ernani de Assumpção Freitas
Tesoureiro: Helio Blanco Torres

COMISSÃO DE TOMADA DE
CONTAS

Ruy de Castro Sodré
Geraldo Matos de Sá
Aloysio Pereira Dantas

COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO

Djalma Chastinet Contreiras
Matheus Xavier Monteiro de Sá
Miguel Olimpio Cavalcanti

CONSULTOR JURÍDICO

Mário Lobato de Azevedo Correia

CONTADOR

Wilson Ferreira Campos

À CLASSE MÉDICA

Para conhecimento da classe médica publicamos a seguir, o teor dos documentos em que este Regional de um lado, o Conselho Federal de Medicina e o Dr. José Luiz Guimarães Santos, do outro, deram como encerrada a querela judiciária referente às divergências oriundas das últimas eleições para renovação do Conselho Federal.

O entendimento, restabelecido no mais elevado nível moral, merece, sem dúvida, o apóio de todos os médicos da Guanabara, pois que a classe médica tanto mais se engrandece quanto mais unida se mostra.

* * *

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA FEDERAL DO ESTADO DA GUANABARA

HÉLIO BLANCO TORRES, na qualidade de Delegado Eleitor do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA GUANABARA, por seu advogado abaixo assinado, nos autos da ação ordinária que nêsse juízo move contra o CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, tendo em vista o bom entendimento existente entre as duas entidades citadas, o qual deve presidir as suas relações e tendo em vista, ainda, não haver problemas que impeçam êsse bom entendimento, requer a desistência da presente ação, com o que está de pleno acôrdo o R., para que a mesma seja por V. Exa. homologada para que produza seus devidos e legais efeitos.

Têrmos em que,

E. Deferimento.

Ass. Hélio Blanco Torres

Murillo Belchior

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Fernando Samico

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
DO ESTADO DA GUANABARA

Mário Lobato de Azevedo Correa — Adv.

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA FEDERAL

JOSÉ LUIZ GUIMARÃES SANTOS, por seu advogado abaixo assinado, nos autos da ação ordinária que, nêsse juízo, move contra o CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA GUANABARA e MATHEUS XAVIER MONTEIRO DE SÁ, tendo em vista não persistirem os motivos que deram origem à propositura da presente ação, aí compreendidos os desentendimentos quanto à honorabilidade e probidade do autor, vem da mesma desistir, com o que estão de pleno acôrdo os RR., requer a V. Exa. a sua homologação para que produza seus devidos e legais efeitos.

Têrmos em que, espera deferimento

JOSÉ LUIZ GUIMARÃES SANTOS

Fernando Samico
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA — GB.

Matheus Xavier Monteiro de Sá

João Rocha Moreira

Mário Lobato Azevedo Corrêa

EDITORIAL

DIREITOS E DEVERES

No panorama médico brasileiro, o fiel da balança que cotejasse os deveres a que como médicos estamos sujeitos e os direitos que a atividade profissional nos proporciona, penderia sempre, inexoravelmente, para um mesmo lado: o prato dos deveres, pejado, transbordante, levaria para o alto, o outro, raso de escassos direitos. Esta situação de desequilíbrio tão flagrante, encontra a sua maior expressão nos Conselhos de Medicina, que embora tenham como uma das atribuições que a lei lhe confere:

“velar... pelo livre exercício legal dos direitos dos médicos”
(art. 15 g da lei 3.268)

são em essência um organismo fiscalizador de um Código de Deveres e punitivo das infrações contra êle cometidas. Sem dúvida, embora assim, a sua função é nobre, útil e até indispensável. E a quase totalidade da classe — há sempre uma estimulante minoria divergente — aceita, apoia e mesmo se defende. Mas a verdade é que só em uma oportunidade, quase surpresa em seu contexto geral, a lei dos Conselhos abandona o seu carrancismo, permitindo admitir-se que os Conselhos também possam conceder elogios aos seus membros:

“No prontuário do médico serão feitas quaisquer anotações referentes ao mesmo, inclusive os elogios e penalidades” (art. 18 § 4º).

O CREMEG, acreditamos, é o único Conselho que se tem aproveitado desta mal definida competência e possui uma pequena galeria de membros elogiados publicamente por atitudes éticas: Oscar Atico de Souza Leite, Alberto Froes Cruz e Lídio Toledo.

Entretanto, oferecer direitos paralelamente à imposição de deveres é lugar comum em toda codificação do trabalho humano. A Constituição Brasileira em qualquer de suas versões, da mais generosa à mais severa, é estruturada nêsse espírito. Lá estão, sempre, deveres e direitos. E de modo idêntico ocorre na Lei do Funcionalismo Público Civil, no Estatuto dos Militares, na Consolidação das Leis de Trabalho, para referir, apenas, os mais altos

diplomas legais que nos cingem. Para o trabalho médico, porém, há somente um código de deveres e uma instituição que zela pela sua observância. Sobre direitos, praticamente nada. E assim é desde a Escola Médica, onde o acadêmico é alertado sobre a existência da Deontologia Médica, que condensa os seus futuros deveres. Mas o reverso compensador, a Diceologia, isto é, a codificação de direitos, é absolutamente desconhecida, assim como o é da maior parte dos médicos. Isto é realmente estranho quando verificamos que a expressão Diceologia em alguns léxicos, é apresentada como específica para os direitos da nossa profissão:

Diceologia, s.f. (neol.) tratado dos direitos (dos médicos). Cp — deontologia... (Caldas Aulete, Dicionário Contemporâneo da Língua Portuguesa, II volume, Editora Delta, 1958).

* * *

Entenda-se que neste conceito de "direitos do médico", cabem somente aqueles que decorrem do próprio exercício da profissão médica, excluídos os outros, os direitos do médico como ser humano, ou como trabalhador, que são encarados nas leis gerais. Em síntese, esses direitos específicos colimam a finalidade de bem exercer a profissão. De tal modo que o trabalho médico resulte em benefício para o doente e seja realizado com segurança pelo médico. Há, portanto, neles, um evidente conteúdo ético. Em primeiro plano avulta o direito de dispor de condições mínimas para o exercício de suas funções: ambiente higiênico, material apropriado, acesso a exames subsidiários, pessoal auxiliar qualitativa e numericamente satisfatório, etc. Estas condições mínimas, por espantoso, nem sempre existem, mesmo na Guanabara, no âmbito das organizações assistenciais quer públicas, quer particulares. É impossível, por exemplo, aceitar-se ambulatórios de clínica médica sem aparelhos de pressão arterial; ambulatórios de cirurgia sem material esterilizado; serviços hospitalares sem laboratórios disponíveis a qualquer momento, sem enfermeiras que na verdade o sejam, sem centros cirúrgicos aparelhados para as grandes emergências, sem post-operatório à parte, etc.

A inobservância dessas condições, motiva, é lógico, um deficiente atendimento médico, com maus resultados, imediatos ou à distância, para o paciente. Mais ainda, acarreta ao mesmo tempo, grave prejuízo para o médico, envolvendo o seu trabalho em aparentes condições de incompetência ou de desídia, que na verdade lhe são impostas e de que não tem como fugir. E de repetir-se assim, tais fatos geram o desestímulo, anulam a autoconfiança, fazem descer da profissão. Quando não levam o profissional a situações mais sérias. A história médica da Guanabara, está pontuada de casos assim. Lembremos a angústia, durante anos, daqueles colegas processados pelo óbito de uma criança na decorrência de uma pielo-grafia sob anestesia geral. O que houve em última análise, foi absoluta falta de segurança para o trabalho médico. Não fazer o exame e abandonar o doentinho ou fazê-lo mesmo com um risco

maior. Quantos de nós temos vivido dilemas semelhantes? Outro caso: o da compressa esquecida no abdomen, durante uma intervenção de extrema urgência, profusamente hemorrágica, realizada somente com o auxílio de um acadêmico, sem instrumentadora e que, na justiça, resultou na condenação do cirurgião. Operando em tais condições, qual o cirurgião que pode sentir-se seguro, por mais brilhante que seja a sua técnica?

Aspecto diverso de "direito do médico", também da maior importância, é o de aprimorar-se na sua profissão, isto é, ter acesso a centros médicos mais desenvolvidos, poder realizar cursos de revisão e aperfeiçoamento, poder frequentar Congressos ou reuniões semelhantes. Levado pelo ideal de assistir às populações mais desvalidas ou tangido por injunções econômicas, o médico em localidades menores, vê-se estagnado, reduzido a uma autosuficiência profissional, que na verdade é autodeficiência. E a não ser que lhe seja reconhecido o direito de periodicamente afastar-se para aprimorar os seus conhecimentos, não conseguirá libertar-se da asfixia profissional. Nas grandes cidades, como aqui no Rio, há uma variante deste mesmo aspecto do problema que é o médico desterrado permanentemente em serviços ambulatoriais, principalmente de Pronto Atendimento, onde é obrigado a fazer uma medicina primária, sem encantos, esterilizante.

Outra faceta da Diceologia: o direito do especialista titulado exercer atividade profissional exclusivamente na sua especialidade. Há pouco, um oftalmologista foi transferido para o plantão geral do Hospital em que há vários anos trabalhava como especialista. Administrativamente, o ato foi considerado válido, mas sob o ponto de vista técnico e também ético, é erro e do mais grosseiro.

Ainda há vários ângulos em que o problema dos "direitos dos médicos" pode ser encarado, mas para a finalidade deste editorial que é simplesmente focalizar o assunto, destacando a sua importância, cremos ser o bastante.

* * *

A lei que rege os Conselhos de Medicina está muito longe de ser perfeita. Apresenta erros e incorreções de origem, que teriam justificado uma revisão imediata, já em 1957. A começar pelo seu artigo 2º que dá a ação dos Conselhos uma latitude que o demais texto, a todo o momento restringe. Com o tempo, a esses defeitos originais somaram-se outros, resultantes da superação de antigos conceitos ou vindo à luz pela experiência de quase vinte anos. De tal modo, que se tornou, no pensamento unânime dos que conhecem o problema na sua intimidade, de imperativa necessidade uma reforma da lei 3.268. A iniciativa deve caber à classe médica, mais propriamente aos Conselhos de Medicina (Regionais e Federal) e as entidades de classe. Pensamos que essa reformulação poderia conter em si uma profunda modificação na conceituação fundamental dos Conselhos, de tal modo que lhes coubesse, não apenas competência sobre o comportamento ético de seus membros, mas

também a obrigação de zelar pelos aspectos específicos do exercício da profissão médica que influem e condicionam aquele comportamento. O que significa que os Conselhos deixariam de ter, como agora ocorre, uma posição unilateral perante o problema ético, para se tornarem verdadeiros órgãos defensores da Ética Médica, de modo integral, exercendo uma triplíce atuação: normativa, ao estabelecer as regras a serem respeitadas pelos médicos; fiscalizadora e judicante, funcionando como tribunal especial da classe; e, em um plano mais elevado, preservadora dos direitos específicos dos médicos. Em conseqüência, o Código de Ética Médica ampliar-se-ia de um capítulo, o referente a êsses direitos.

É uma idéia que, certamente, não é nova, mas que talvez esteja sendo pela primeira vez expressa públicamente. O seu aproveitamento e desenvolvimento, por isso que é assunto de interesse geral dos médicos brasileiros, dependerá das manifestações de apôio que a classe lhe venha a dar.

TRABALHOS ORIGINAIS

LAQUEADURA TUBÁRIA

Mesa redonda realizada sob os auspícios da Sociedade de Ginecologia e Obstetria do Rio de Janeiro e do Serviço de Obstetria do Hospital da Lagôa (I.N.P.S.), em 24 de setembro de 1970.

Presidente da sessão: Prof. Paulo Belfort, Presidente da Sociedade de Ginecologia e Obstetria do Rio de Janeiro.

Moderador: Dr. Humberto da Silva Gueiros, Chefe do Serviço de Obstetria do Hospital da Lagôa (I.N.P.S.).

Participantes:

Dr. Mário de Mello Marques — 1º Assistente da Clínica Obstétrica do Hospital N. S. da Glória (A.M.S.A.)

Prof. Alkindar Soares Pereira Filho — Docente da U.F.R.J.

Dr. Oswaldo Nazareth — Chefe do Serviço de Ginecologia do Hospital da Lagôa

Prof. Dr. Heitor Péres — Professor de Psiquiatria e Membro Titular da Academia Nacional de Medicina

Dr. Djalma Chastinet Contreiras — Representante do Conselho Regional de Medicina do Estado da Guanabara

Prof. Dr. Benjamim Moraes — Professor Titular de Direito Penal das Faculdades de Direito da U.E.G. e da U.F.R.J.

Dr. Humberto da Silva Gueiros:

O Código de Ética Médica cap. VI, da Responsabilidade Médica, artigo 52 — diz:

“A esterilização é condenada, podendo entretanto ser praticada em casos excepcionais, quando houver precisa indicação, referendada por mais dois médicos ouvidos em conferência”.

Quando em face de um caso em que se lhe depare justa a esterilização tubária, fica o profissional médico em luta embaraçosa, sempre procurando dar ao fenômeno uma justificativa que lhe pareça e aos demais como

exata, sob o ponto de vista médico e ético-profissional. A sua preocupação máxima é de que seja bem interpretado. Tal situação delicada deveria ser sanada de vez, dando ao profissional médico o direito de resolvê-la com definição, quer na sua clínica privada, quer nos serviços da comunidade médica.

Na oportunidade desta Mesa Redonda mostraremos a nossa conduta adotada, em casos de laqueadura tubária, escudada por indicações bem delineadas e amparadas em rígidos princípios de ética.

Sem dúvida, os problemas éticos profissionais (não confundi-los com problemas morais, sempre ao sabor de interpretações variadas) completam a conduta terapêutica, de características exclusivamente médicas; não a antecedem. Isto é, o profissional ao certificar-se da correção de sua conduta quando indicada a esterilização tubária como arma terapêutica, re corre depois ao estudo da ética médica para executá-la, dando-lhe, podemos assim dizer, uma feição jurídica e para tal, segue com rigor os preceitos do código de ética médica organizado oficialmente pelo Conselho Federal de Medicina.

Até hoje, nosso Serviço bem como todos os demais do Estado da Guanabara e do país, vivem como que isolados, falando em monólogo sobre este tema.

Chegou, felizmente, a hora do diálogo. Reunidos aqui, para debater o palpitante tema, estão o representante do Conselho Regional de Medicina, um Emérito Professor de Direito e outro de Psiquiatria, Toco-Ginecólogos de grande valor profissional, representando serviços altamente classificados; daí acreditarmos no êxito deste oportuno encontro.

Permitam-nos reproduzir um fato contado por um ginecologista francês, ocorrido há mais de 20 anos que, atualizado, espelha o que pode acontecer a uma mulher que sofre mutilação nos seus órgãos genitais — “Quantas vezes procura o consultório, para exame, uma paciente cuja imagem de beleza permanece indelével na memória do ginecologista: cabelos viçosos, flamejantes de brilho; olhos iluminados e vivazes; rosto esplendente de formosura; seios majestosos, saltitantes, agressivos; pernas delgadas, inquietas e bem modeladas; tudo emoldurando o corpo escultural de curvas sinuosas e belas, vibrantes de energia, em afirmação ondulante de beleza. Alma alegre e expansiva, externando-se em sorrisos de ventura. Ao fim do exame, o diagnóstico muito simples: *Fibroma*.

Achado talvez ocasional e inocente que não dá transtorno ou, se o fez, o dano é mínimo. A indicação cirúrgica, boa ou má, foi cumprida. Tempos passados, após a intervenção mutiladora, volta a cliente à consulta. Já não é a mesma mulher de antes; é seu espectro enxundioso e lêrdo, de cabelos ressequidos, opacos; olhos diferentes, amortecidos; seios flácidos, humilhados; ventre exuberante, obeso; as formas abundantes traduzindo a inércia do espírito ensimesmado que já não consegue estimular o corpo desmerecido”.

COLEGAS:

Por via psicogênica, sem dúvida, pode a mutilação destruir a alma e deformar o corpo.

O Serviço de Obstetria do Hospital da Lagoa que se compõe de médicos de ilibada conduta profissional e ética, entrega-se assim ao julgamento respeitoso de seus colegas e desta mesa.

Dr. Mário de Mello Marques:

Antes de responder às perguntas que me foram formuladas, desejo apresentar meus agradecimentos ao Prof. Paulo Belfort, Presidente da Sociedade de Ginecologia e Obstetria do Rio de Janeiro, pelo convite que nos fez para participar desta mesa redonda, bem como ao Dr. Humberto Gueiros, Chefe do Serviço de Obstetria do Hospital da Lagoa, assim como ao Dr. Chaves Meirelles, Secretário da referida Sociedade.

Resposta à Primeira pergunta que me foi endereçada: Responderia que, à pergunta feita cabe uma nova pergunta: é o desaconselhável provisório ou definitivo? Sendo provisório, não há dúvidas que a opção é para a Contracepção Reversível, embora mesmo neste caso devermos avaliar o que seja melhor para a paciente, se o risco de 1 a 2% da falha dos melhores contraceptivos conhecidos, ou então a Laqueadura tubária, se de forma alguma pode a paciente engravidar no presente, não se levando em conta o seu futuro.

Se o desaconselhamento é definitivo, no meu entender, devemos recorrer à Laqueadura, como opção.

Quanto à Histerectomia Profilática, sou de opinião que somente face à Contracepção indicada definitivamente e em paciente com esfregaços vaginais classe III, ou coriomas com gonadotrofinas em progressão ou em níveis constantes em contrôles e em decurso de qualquer cirurgia pélvica, então entendemos estar indicada a histerectomia profilática.

Resposta à Segunda pergunta: entendo que o Art. 52 do nosso Código de Ética não está de acôrdo com os avanços da Toco-ginecologia, porque diz que a Esterilização só pode ser praticada em casos excepcionais, quando, achamos que deveria ser praticada sempre que razões médicas houvesse, esclarecido o casal e obtido o seu consentimento escrito. A presença de próles mongólicas ou outras trissomias, casos de cardíacas de compensação difícil, grandes varicosas nas quais novas gestações agravam tal situação, diabéticas graves, anêmicas falciformes, enfim uma gama de indicações que somente o estreito convívio dos toco-ginecólogos com as demais Clínicas do seu Hospital, favorecem numerosas indicações médicas, caracterizando um perfeito trabalho de equipe.

Além disto somos de opinião que também por Indicações Sociais, nos casos em que os métodos contraceptivos estejam contraindicados, seja a Laqueadura indicada, o que infelizmente o código não prevê. Pensamos assim porque consideramos Saúde como um Estado de Bem Estar Físico, Mental e Social, tal como a define a Organização Mundial de Saúde. Assim, nos casos de próles numerosas sem os recursos financeiros condizentes, idade avançada da paciente para ficar exposta a gestações com risco de ficar incompleta a educação dos filhos ou mesmo o simples desejo do casal devidamente esclarecido, de não desejar mais filhos, como um Direito Humano, exclusivo do casal de decidir.

É claro que em qualquer dos exemplos dados, deva ser respeitado o Parágrafo único do art. 52, para fins de Contrôles pelos Conselhos Regionais.

Dr. Oswaldo Nazareth:

Queremos antes cumprimentar a atual Diretoria da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia pelo fato de, rompendo com as convenções, enfrentar e debater velhos problemas — tabús como o aborto e a ligadura de trompas.

Não só o código de ética, a própria legislação não está mais atendendo às necessidades da época, no que se relaciona com a redução da natalidade. Dei, perante o Conselho Técnico do Hospital da Lagôa, então em plena vigência como órgão consultivo no tempo da Direção do Dr. Meirelles Vieira, um parecer a uma proposição do Dr. Humberto Gueiros, Chefe do Serviço de Obstetrícia, sobre um caso de laqueadura tubária. Na ocasião exercia a enfermagem uma comunidade religiosa que se opunha à operação. Nosso parecer com base no código de ética foi aprovado pelo Conselho e homologado pelo Diretor, e a ligadura foi realizada. A interferência de religiosas é fato freqüente nos hospitais confessionais. Todavia na Clínica particular, nos Hospitais particulares e leigos o profissional, geralmente, é o juiz de seu próprio feito. A legitimidade ou não de uma laqueadura dependerá então da consciência de cada especialista. Geralmente, face a um caso de múltiplas cesárias; da verificação de uma parede uterina delgada, transparente, como ocorre às vezes, seria um risco ocioso deixar de ligar as trompas, protelando a operação, ao mesmo tempo expondo a paciente a uma nova gestação. Como, nestes casos ou em outros em que a laqueadura é absolutamente indicada, pensar no código de ética? Mas é a ligadura o remédio universal para todos os casos em que a limitação é o problema? Creio que não. Laquear as trompas é solução praticamente definitiva; (a recanalização com polietileno dá uma fraca percentagem de êxito, aproximadamente 10%). E um grande número de mulheres arrepende-se dessa violência a seu principal atributo. Então os recursos aos processos de esterilização não definitiva são procurados ou propostos. Entre eles o mais eficiente é o dispositivo intrauterino. Já usado na Alemanha e na Suíça há muitos anos. Veja-se o livro de Guggisberg "Lehrbuch der Gynakologie — 1946". Hoje é corrente nos vários países do continente e também, rotineiramente na Inglaterra, onde os postos de planejamento aplicam-no, sem ônus para a paciente. Apenas examinam cuidadosamente cada caso para despitar afecções inflamatórias que as contraíndiquem. Lá a limitação é um problema do casal. Existe a notícia ou a teoria de que o dispositivo intrauterino é um abortivo. As experiências e pesquisas até hoje nada provaram nesse sentido. Claro que não queremos defender as práticas abortivas. Mas, nos países socialistas, no Japão, (mais de 1.500 mil por ano), na Inglaterra, no Estado de Nova York (onde os Quakeres?) essas práticas estão legalizadas. Vi em um Hospital municipal de uma capital européia a estatística do Serviço de Ginecologia: 15 abortos por dia. É claro que o melhor é evitar o aborto e preservar a possibilidade da mulher um belo dia engravidar de novo. Os anovulatórios com todos os inconvenientes que têm; as outras práticas anticoncepcionais de barreira física ou medicamentosa e o dispositivo intra-uterino, principalmente êste, nos casos em que a ligadura não se impõe, devem ser preferidos.

Prof. Dr. Heitor Péres:

Questões:

1. Quais as indicações da laqueadura tubária do ponto de vista psiquiátrico?
2. Qual a influência da laqueadura tubária sobre o comportamento emocional do casal?

A laqueação tubária é um ato médico ao qual se associa, quase obrigatoriamente, a participação do psiquiatra, no consultório de quem, muitas vezes, surge a indicação da intervenção, ou onde se vêem refletir os seus efeitos, o eco das suas conseqüências.

Dando o meu depoimento — sumário — de especialista de longa experiência, registro que o problema sofre — conceitualmente — a cada dia, modificações acentuadas, sobretudo na área da população leiga, no IBOPE do público em geral.

Antes, assunto, tema, cercado de prejudgados de toda espécie — indo desde o *noli me tangere* até às fantasias mais supersticiosas, hoje é a esterilização cirúrgica da mulher vista com mais realismo, discutida e debatida menos catatimicamente.

A demanda aumentada pela imposição dos fatores médicos, econômicos e sociais, exige de nossa parte um ajuste permanente, uma uniforme visão dos especialistas na matéria, balisando, com mais precisão, os aspectos legais, morais, psicológicos e obstétricos, em benefício da comunidade.

Assim sendo, é de se louvar esta iniciativa da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Rio de Janeiro, e do Serviço de Obstetrícia do Hospital da Lagôa, agradecendo aos ilustres colegas Drs. Paulo Belfort e Humberto Gueiros, o convite para me juntar aos eminentes componentes desta Mesa, e a seu lado, aprendendo, expressar, sinteticamente, a nossa posição pessoal diante da *laqueação tubária*.

As indicações psiquiátricas dessa intervenção são variadas, numerosas e infinitamente amplas — se considerarmos o conceito daquilo que se chama de medicina psicossomática, não como pensam alguns, uma simples especialidade, a ser acrescentada aos outros minifúndios em que se dividira o antigo latifúndio da patologia e da clínica, mas uma *visão* nova, considerando a criatura humana como um todo, querendo dizer que não devemos tratar órgãos, ou aparelhos e, sim, pessoas.

Dessarte, nessa intervenção, como em outra qualquer, deve-se ter presente o conceito eminentemente psiquiátrico de *reação de personalidade*.

Qualquer doença, alteração, ou modificação corporal, desperta de parte de quem sofra uma resposta, uma atitude personalíssima, em cada caso, e que cabe ao médico — seja qual for o seu setor — detectar e prever a sua extensão e o seu significado.

Aa laqueação tubária, mais do que se pensa, põe a prova o *ego* e seus mecanismos de defesa, e revela a estrutura da personalidade, desaguando no bom êxito, que se expressa na adequação pessoal ao novo estado psicofísico, ou desabrocha em estados neuróticos, em sentimento de enfermidade, condição que às vezes, e muitas, desajusta permanentemente a

mulher, o casal, e o grupo familiar, sem que se possa sempre relacionar causa e efeito.

Com isso quero frisar, que, no campo psiquiátrico, acima daquelas indicações berrantes, e que adiante arrolarei, estão aquelas outras, sutis, discretas, situações que, mais que quaisquer outras, requerem do médico um agudo sentido de penetração na posição interna da mulher, no seu espaço psíquico interior.

E para esses casos é que se indica um acurado estudo da personalidade da candidata à laqueação tubária, personalidade tida na concepção atual, ampla e real, e que Lawine define bem quando diz — “Psico-soma o ambiente interagindo e entrelaçando-se”, vale pontuar a personalidade humana sendo o elenco das reações psico-físicas integradas à sua ambiência.

Seleciono, como exemplo, pois o tempo urge, apenas três daquelas indicações que chamaria *situações não clínicas*, mas muito importantes, e cada vez mais freqüentes.

- a) Na frigidez feminina, há um grupo já bem evidenciado, ligado ao temor da gravidez. Mulheres que têm filhos, para satisfazer o marido; criaturas inseguras, que acabam fazendo uma inibição sexual irreversível ameaçando destruir-lhe a vida psíquica, e o laço conjugal.
- b) Desajuste sexual do casal, pelo temor de mais filhos, seja da parte do homem ou da mulher, ou dos dois.
- c) Indicação da laqueação tubária de caráter médico indiscutível, mas que encontra por parte da paciente condicionamento negativo de ordem religiosa, ou ética, condicionamento que, muitas vezes, envolve situação psico-dinâmica profunda, complexa, a disfarçar-se por trás dos canones eclesiásticos e morais.

Quanto às indicações *psiquiátricas clássicas* para laqueação tubária, poderíamos enfeixá-las, de relance, em quatro eventualidades:

- 1) Mulheres sujeitas a surtos mentais ligados ao puerpério; não diríamos psicoses iterativas do puerpério, e sim *no* puerpério;
- 2) Mulheres, em remissão social, de psicose, e cujo estado se compraz com atividade familiar, doméstica, e não interrompe a conjugação sexual. Aqui cabe um reparo — o reverso também acontece. Ainda, há dias, tive um caso exemplar, doloroso, lamentável. O marido — “neurosado de guerra” com *psicose residual* — depois da volta da campanha da Itália, já tendo dois filhos, acresceu à família três outros; a mulher era uma criatura destroçada, pelos encargos acima das suas forças, para integrar e defender o grupo familiar, com um chefe desajustado. Sem se poder pensar na vasectomia masculina, pela série de óbices ainda preconceituosos e pelo estado do espôso, teria se impôsto, iniludivelmente, no caso, como saída, preventiva, a laqueação tubária, o que infelizmente o subdesenvolvimento social da família não o permitiu.
- 3) Mulheres portadoras de personalidade estruturalmente defeituosa, imodificável, incluindo-se aqui as oligofrenias e as portadoras de neurose obsessivo-compulsiva.
- 4) Risco — quer por via da mulher ou do marido — de transmissão de

condições psiquiátricas ao conceito — entre elas as mais salientes ligadas a aberrações cromossômicas, como a *Trissomia do 21* (mongoloidismo) ou os *síndromos E e D*, e as mais raras de translocação, e os estados assemelhados, rotulados, de maneira geral, de hereditários.

No que toca à repercussão da laqueação tubária sobre o estado emocional dos cônjuges — e eu acrescentaria do grupo familiar — ela é benéfica, integradora, salutar, quando bem pesadas e julgadas as suas indicações. Do contrário, pode se tornar o fulcro de sérios problemas que vão afligir o obstetra e o psiquiatra.

Neste passo, vale a pena alertar para aquelas indicações sutis a que aludi no início desta desataviada arenga, indicações que, não raro, escondem um desejo inconsciente de rejeição, ao marido, ao casamento, e, que, ao invés de ser atendido, deve ser é corrigido.

De outras feitas a procura da laqueação envolve uma simulação que desafia a argúcia dos especialistas.

Ademais, convirá não esquecer aqueles casos em que há uma imposição, uma pressão ambiental — como ocorre freqüentemente no campo da cirurgia plástica — imposição que a mulher confunde com a sua intenção mais profunda, com o seu autêntico desejo, engano que a levará, amanhã, a dramáticos confrontos com a realidade, passando ela a fazer parte da legião de mutiladas psíquicas, a exigir penosa correção psicoterápica.

Cabe também ressaltar um ponto que toca, de perto, à decisão do obstetra: fazer, ou não, a esterilização irreversível.

Do que tenho visto, e até que se crie na engenharia médica o transplante de trompa, ou a sua substituição por condutos plásticos, chego à conclusão que melhor será, na grande maioria dos casos fazer a ligadura definitiva, não criando uma esperança vã, que se vai quase sempre, depois, expressar por um estado de ambivalência, e de insegurança, contaminadoras do bem-estar psíquico da mulher.

Para arrematar, no que concerne às vantagens da laqueação tubária para o destino emocional da operada, lembraria o pensamento de Curtis Wood — Presidente da Associação de Planejamento Familiar, da Pensilvânia, pensamento, que é, e sempre foi, o meu: “Quando se reconhecer, definitivamente — e — em tôdas as latitudes da terra — o direito e a conveniência, legítimos ambos, da paternidade voluntária e responsável, então, terão menos importância, os diversos meios de a conseguir”.

Guardando o espírito da mesa redonda — síntese e generalização — com o que acabo de falar, pretendi responder aos dois *inteligentes* *questitos* que me foram formulados pelo nosso insigne moderador, deixando para os debates, o *tanto* e o *muito* que contém a matéria.

Dr. Djalma Chastinet Contreiras:

1º) — *Qual a posição do Conselho Regional de Medicina frente a laqueadura tubária?*

O CONSELHO DE MEDICINA DA GUANABARA é, como todos os seus congêneres de outros Estados, subordinado a uma lei federal e a sua fina-

lidade principal é fazer cumprir o Código de Ética Médica, aprovado pela lei. A posição do Conselho é, pois, aquela determinada pelo Código em vigor. Este não cuida da laqueadura tubária, que é uma técnica de esterilização cirúrgica, mas do problema geral da esterilização qualquer que seja a técnica empregada, e qualquer que seja o sexo do paciente considerado. O assunto está contido em um único artigo do Código — o de nº 52 e seu parágrafo único:

“Art. 52: A esterilização é condenada, podendo, entretanto, ser praticada em casos excepcionais, quando houver precisa indicação referendada por mais dois médicos ouvidos em conferência.

Parágrafo único: — Da conferência será lavrada ata em três (3) vias, das quais uma será enviada ao Conselho Regional de Medicina, outra ao Diretor do estabelecimento em que vai realizar-se a intervenção, ficando a terceira em poder do profissional que executar o ato cirúrgico”.

Como se vê a proibição é formal: a esterilização é condenada, só podendo ser realizada em casos excepcionais — precisas indicações de caráter médico e, mesmo assim, satisfazendo especiais condições. De modo conciso, poder-se-á dizer que é recusada a permissão para emprêgo da esterilização nos seguintes casos:

1. — Como anticoncepcional. Este grande problema da atualidade com tantas implicações de ordem médica, moral, social, demográfica e política, é liminarmente afastado.

2. — Para fins estéticos, a satisfazer mulheres que por vaidade temem a deformação que a gravidez possa lhes provocar fisicamente, criando-lhes estrias no abdômem, tornando-lhes flácidos os seios, etc.

3. — Nos casos em que se invoque razões eugênicas, sejam elas baseadas em concepções raciais, como as que levaram o hitlerismo a esterilizar judeus, sejam elas de base em conceitos de genética, alguns antigos ou ultrapassados como evitar a descendência de epiléticos, e tantos absolutamente atuais como a possibilidade de síndrome de Daw, (trissomia 21) na descendência das mulheres idosas, a trissomia 18, etc.

4. — Do mesmo modo a esterilização de criminosos, como motivo eugênico, está decididamente proibida.

5. — O mais importante a ressaltar é que a proibição atinge também aos casos em que a mulher voluntariamente deseja a esterilização por motivos econômicos, (não ter capacidade financeira para aumentar a família) ou sociais (não dispor de tempo para dar aos filhos a educação que gostaria), e assim por diante.

A lei é portanto severa: só obedece a condições de ordem médica. Esta severidade encontra sustentação em argumentos, por sua vez, de vária espécie. Em primeiro lugar porque na sua essência, filosoficamente, o Código de Ética não aceita a anticoncepção, tanto que em outro artigo estabelece que o médico não anunciará clara ou veladamente processo ou tratamento destinado a evitar gravidez. E no particular da esterilização permite a suspensão definitiva da função procreadora, apenas para alcan-

çar um objetivo maior: salvar a vida. Em segundo lugar, porque a ligadura da trompa é uma intervenção mutiladora, que desvia uma função normal das mais importantes, que anula uma estrutura orgânica hígida e o faz de modo definitivo, irrecuperável. Constitui, de certo modo, um atentado físico à integridade do indivíduo. E não é uma intervenção de pequena monta, sem risco apreciável. Há o risco cirúrgico comum as intervenções de tipo médio, há o risco anestésico. Também à distância a laqueadura não é inócua. É clássico o trabalho da CHOSSON et al (Bul. Fed. Soc. Gynn & Obst Lang Franc., 1º, 141-144, 1959), que estudando 40 esterilizações, 1 a 18 anos após a operação, verificou um alto índice de modificações no terreno psico-afetivo e sobretudo sexual: estados de depressão, frustração por não mais poder conceber, frigidez sexual, despareunia.

Merece também ser citado o trabalho de TEIXEIRA COSTA no H.S.E. de São Paulo, que executou 46 plásticas tubárias em pacientes esterilizadas, na tentativa mal sucedida de permeabilizar-lhes as trompas. (Rev. Gynec. & Obst. 107:39-77, 1960).

Por outro lado, há que ser destacada a posição da Igreja no particular. Ao codificar-se a moral em um país católico como o nosso há que levar em conta essa influência. E ela condena a esterilização, só aceitando-a excepcionalmente como acidente inevitável para a cura ou melhora imediata de situação patológica grave que não tenha solução melhor. É este o sentido da Encíclica de Pio XI, “Casti Cannubii”, citada por FRANCISCO PEIRÓ, jesuíta português, em sua Deontologia Médica: “os particulares não têm outro domínio do seu corpo se não o que pertence aos seus fins naturais, não podem portanto destruí-los ou inutilizá-los, de qualquer modo, para as suas funções naturais, a não ser que seja este o único meio de conservar o bem de todo o corpo”.

De tudo isto transparece que a responsabilidade médica na indicação de uma esterilização é do mais alto grau. E para destacar essa responsabilidade, para fazer o médico ter sempre a consciência da importância e gravidade moral do ato que pratica, é que o Código de Ética Médica sem proibir a esterilização por indicação de natureza médica, cerca-a de duas exigências: a realização de uma conferência médica e a redação de uma ata.

Esta ata, para facilidade e uniformidade, tem um modelo próprio, elaborado pelo CREMEG e que estamos fazendo imprimir para distribuir aos Hospitais. Nela é consignado o motivo da esterilização e exigida a assinatura da paciente ou seu responsável. Está é aliás, uma exigência geral do Código no seu artº 49:

“O médico, salvo o caso de “*iminente perigo de vida*”, não praticará intervenção cirúrgica sem o prévio consentimento tácito ou explícito do paciente e, tratando-se de menor ou de incapaz, de seu representante legal”.

Na redação do art. 52, existe entretanto, uma certa dubiedade. É que há no problema da esterilização dois aspectos cirúrgicos a considerar. Um refere-se à intervenção prevista, programada, eletiva, em que as influências em jogo podem ser calmamente pesadas e a conferência médica rea-

lizada com antecipação em relação ao ato operatório. Outro, é a indicação surgida de urgência, no impacto de uma descoberta per-operatória, sob a premência de uma decisão imediata. Sob esse último aspecto é que a redação do art. 52 mostra-se insatisfatória. O inconveniente, entretanto, de certo modo foi contornado pelo Conselho Regional da Bahia acrescentando nas suas Normas para a utilização da ata o seguinte item: "Quando no decurso de uma laparotomia, surgir a necessidade de uma operação esterilizadora, o cirurgião ouvirá em conferência dois médicos presentes, devendo a ata em que constará essa circunstância ser lavrada logo após a intervenção e imediatamente remetidas as 1ª e 2ª vias, respectivamente, ao CREMEB e ao Diretor do Estabelecimento Hospitalar."

Este dispositivo foi incorporado por vários Conselhos, o de São Paulo por exemplo. O nosso publicou-o no Boletim nº 12 (1966), dando-lhe uma aceitação tácita, mas sem o caráter decisivo e a divulgação necessária. Será incluído no modelo da ata que distribuiremos.

2º — *O avanço da tecnologia médica atual poderá influir para que seja modificada a conduta imposta aos médicos pelo Código de Ética, nas indicações da laqueadura tubária?*

Sim. Esta modificação poderá influir, nos dois sentidos, tanto ampliando, como restringindo as indicações.

Em tese, o Código de Ética não pode ser um estatuto fechado, imobilizado no tempo. Ao contrário, deve ser periodicamente revisto para que os seus princípios não se distanciem da realidade moral e científica imediatamente contemporânea. Esta tem sido a preocupação de todos, antes ou após a vigência dos Conselhos e em 40 anos, pelo menos 4 reformas sofreu o Código de Ética Médica Brasileiro, modificações sempre proporcionadas pela classe médica.

Se não vejamos, utilizando como exemplo, a própria esterilização. No Código de Deontologia Médica, aprovado pelo 1º CONGRESSO MÉDICO SINDICALISTA BRASILEIRO em 1931, a esterilização mesmo não é encarada e sim a anticoncepção (art. 71). Em 1932, um decreto que regula o exercício da medicina e outras profissões afins já estatui no seu art. 16 f, que "é vedado ao médico dar-se à práticas que tenham por fim impedir a concepção". Nova modificação ocorre em 1951 no 4º CONGRESSO MÉDICO SINDICALISTA BRASILEIRO, no seu art. 4º, item 2:

Art. 4º — É vedado ao médico: ... 2 — "Praticar intervenção cirúrgica ou não destinada a esterilizar mulher ou homem sem indicação terapêutica; e, em qualquer caso, somente o fazer a juízo de uma junta médica, constituída de três profissionais, lavrando-se imediatamente, ata da ocorrência."

Atentem que essa modificação como a do Código de 1931, foi estabelecida pela classe médica em Congressos de seus Sindicatos. A seguir, a lei que criou os Conselhos, em 1957, mandou adotar o Código de Ética Médica da A.M.B. no qual o art. 52 resumia toda a questão em duas linhas: "a esterilização é condenada salvo formal indicação terapêutica e depois da aquiescência de dois médicos ouvidos em conferência". Em 1960, o Conselho Federal no desejo de elaborar o próprio Código, já com a experiência de um decênio de funcionamento dos Conselhos Regionais, designou uma Comissão presidida pelo prof. AGOSTINHO MONTEIRO, que elaborou um

projeto de reforma, em que o problema ético da esterilização é assim conceituado:

"Art. 42 — A esterilização e a inseminação artificial são, em princípio, proscritos.

§ único. — A esterilização, entretanto, poderá ser permitida em casos excepcionais quando houver precisa indicação terapêutica e depois do parecer de, pelo menos, dois médicos, ouvidos em conferência".

O projeto em aprêço foi, então distribuído a todos os Conselhos para estudo. O da Guanabara buscou o amparo das Sociedades Médicas da especialidade, no referente aos assuntos pertinentes. Assim, no particular da esterilização(e de outras questões de âmbito ginecológico) solicitou a opinião desta Sociedade, então sob a presidência do Professor RODRIGUES LIMA (1962), que resolveu debater o assunto em Simpósio, com a participação da SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE FERTILIDADE e Profs. de São Paulo, Minas e Estado do Rio. Participou como representante do CREMEB o Conselheiro SÍLVIO SERTÁ. Nesse Simpósio aceitou-se o "caput" do artigo, mas o seu parágrafo foi modificado, substituindo-se a expressão "indicação terapêutica" por "indicação médica". E deste teor foi a proposição levada pela Guanabara à discussão final, todos os Conselhos reunidos. Daí o atual Código de Ética Médica, aprovado em 1965 e, pois, recente de cinco anos.

Comprova-se assim que o Código não é mantido em hermetismo retrógrado e sim, submetido à influência dos progressos da medicina e às modificações dos conceitos morais.

Observe-se que no particular da esterilização, o Código, embora severo, deixa a excepcionalidade da indicação médica ao sabor do médico. Só a ele, cabe interpretar a indicação, a oportunidade, o processo a ser empregado, os conceitos novos a serem aplicados. Não há limites, a não ser a consciência do próprio médico. Insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, insuficiência renal e tantas outras condições mórbidas, nas suas variáveis de doente a doente, podem ser motivos de indicação. E mais ainda, como está redigido, o artigo 52 permite que com a evolução científica, o que hoje é considerado indicação possa não o ser amanhã.

É o caso da cesárea iterativa, particularmente da 3ª cesárea, considerada, muito tempo, indicação de ligadura tubária. É prática contemporânea de FERNANDO MAGALHÃES, quando "cesareana uma vez, cesareana sempre". E o princípio foi adotado porque a incisão corporal deixava sequelas que faziam temer uma rotura pelo esforço das contrações uterinas em partos subseqüentes. A incisão segmentar superou aquele temor.

Eis aí, um exemplo de que o progresso da técnica veio diminuir a faixa de indicação da esterilização; mas novas condições patológicas não são agora conhecidas a exigir uma prevenção da gravidez? A resposta é com os obstretas e ginecólogos. O Código de Ética Médica, pelo seu artigo 52, dá-lhes a responsabilidade e a capacidade decisória.

3º) — *Qual a contribuição que o Conselho Regional de Medicina pretende oferecer aos revisores do atual Código Penal Brasileiro, para que seja*

bem definida a responsabilidade médica nos casos em que esteja indicada a laqueadura tubária?

A pergunta pressupõe haver algum dispositivo no Código Penal a respeito de esterilização. Se houvesse, a êle o nosso Código de Ética teria que se adaptar, pois aquela é uma lei substantiva, genérica e a nossa uma lei particularizada. Mas o Código Penal não trata do assunto. Apenas a lei das Contravenções Penais no seu artigo 20, diz:

“É contravenção anunciar processos, substância ou objeto destinado a provocar abôrto ou evitar a gravidez. Multa de 500 a 5.000 cruzeiros”.

O Código Italiano, segundo FLAMÍNIO FÁVERO, é o único do mundo ocidental que inclui a esterilização. Na Índia, a esterilização foi usada como processo de anti-natalidade durante muitos anos, agora substituída pelo emprêgo de anovulatórios e DIUS.

Na França, é curioso, o assunto foi praticamente ignorado muito tempo e até hoje não é cuidado nem mesmo pelo Código de Deontologia. O que impera é uma resolução da “Ordre des Médecins”, que diz: 1º) — A esterilização preventiva com o fim exclusivamente anticoncepcional é rigorosamente interdita. 2º) — Praticada com fins de terapêutica preventiva para casos excepcionais constitui um ato “lourde des consequences”, em oposição à moral geralmente aceita. Exige ainda, a comunicação da esterilização ao Conselho Departamental, sem indicação do nome do doente, mas especificando as razões da indicação. Aconselha a mais, obter-se a aceitação da paciente.

Na Inglaterra, Hadfield (Law and Étics for Doctors) em 1958, informa que a “Médical Defense Union” considera ilegal a esterilização por princípios eugênicos, mas aceita-a quando há razões terapêuticas, isto é, se caso a esterilização não fôr praticada, houver perigo para a saúde e/ou a vida do paciente.

Como se vê, o assunto “Esterilização” não se constitui em tema ético de importância como o abôrto, o segredo médico, e outros que repercutem nos Códigos Penais. Não vemos razões maiores para que o nosso Código Penal o inclua, mas estamos prontos a apreciar mais profundamente o assunto, se assim, aqui, deliberar-se.

Prof. Benjamim Moraes:

1. *Quais as condições em que o Código Penal Brasileiro aceita como legal a laqueadura tubária?*

— O Código Penal só considera crime a intervenção que, feita contra a vontade do paciente, lhe cause dano à integridade anatômica, fisiológica ou mental. É o que se chama “lesão corporal”. (Art. 129).

No caso em tela, quando a laqueadura tubária é feita a pedido da própria paciente, não há crime nenhum, quer por parte desta ou do cirurgião.

2. *Qual a tendência atual no âmbito jurídico frente ao problema da laqueadura tubária?*

— É manter a total discriminação da laqueadura tubária. O novo Có-

digo Penal, do qual fui revisor final, nada insere que proíba essa operação, quando feita de acôrdo com a vontade da paciente.

Assemelha-se ao caso da cirurgia plástica: feita esta a pedido da pessoa que a ela se submete é ato inteiramente irrelevante do ponto de vista penal.

3. *Na revisão do atual Código Penal Brasileiro deve ser mais bem definida a responsabilidade médica nos casos em que esteja indicada a laqueadura tubária?*

— O novo Código Penal, que só entrará em vigor a 1º de janeiro de 1972, vai ser retocado, por decisão do Ministro da Justiça, Prof. Alfrêdo Buzaid. Mas posso adiantar que nada alterará sua posição atual, de indiferença à laqueadura, quando feita de acôrdo com vontade da paciente.

4. *Há alguma hipótese em que a laqueadura tubária possa constituir crime?*

— Sim. Quando fôr feita contra a vontade da paciente, será crime de lesão corporal. Ressalve-se, entretanto, que se feita como meio de salvar a vida da paciente, em grave e iminente risco, não haverá crime, mesmo contra sua vontade. (Código Penal art. 146 § 3º, I). Mas esta é hipótese de difícil verificação no campo médico.

EXPERIMENTAÇÃO "IN ANIMA NOBILE" (*)

J. Messias do Carmo (**)

1 — Consideramos um privilégio poder vir até ao Centro de Estudos dêste renomado *Hospital de Bonsucesso*, para desenvolver alguns comentários sobre um tema deveras difícil e contraditório — a Experimentação "in anima nobile". Segundo a Deontologia universal, só o hospital preenche as condições máximas exigidas por esse tipo de experimentação.

Tratando-se de um tema tão antigo quanto a própria medicina, faz-se necessário estudar o assunto, desde o seu início. Poderemos afirmar, desde logo, que o ser humano foi o primeiro "cobaia", pois o homem primitivo teve de experimentar, em si mesmo, as várias plantas e animais, a fim de escolher os vegetais e os animais para comporem a pauta dos seus alimentos.

2 — O mesmo tipo de auto-experimentação foi empregado pelo homem primitivo para a escolha dos remédios, cujos resultados eram difundidos pelo *homem-velho* e depois transmitidos pela tradição oral. Foram os nossos índios que ensinaram aos jesuitas como empregar as plantas medicamentosas, todas conhecidas depois de auto-experimentadas.

3 — Em Hipócrates, porém, vamos encontrar, não propriamente referência à experimentação "in anima nobile", mas duas recomendações que a indicam sob forma cautelosa: I) No livro de Ética recomenda o pai da Medicina, respeito à pessoa humana. II) No Capítulo dedicado à Epilepsia condenando a denominação de "Morbo Sacro" (Doença Sagrada), sustenta ser indispensável a experimentação, uma vez que a causa da doença deve ser investigada no cérebro.

4 — Com espírito científico, inicia-se a experimentação "in anima nobile" pela vivisseção, na Escola de Alexandria (3º Século a.C.), praticada que foi principalmente por *Herófilo* e *Erasistrato*, e seu determinismo visava conhecimentos anatômicos e fisiológicos. *Celso* (25 d.C.), o *Cícero* da Medicina romana, em seu livro "De Medicina", comenta a moral da vivisseção de *Herófilo* e *Erasistrato*: Era um método cruel, — afirma — praticado em criminosos, fornecidos pelo próprio rei, contudo, tinham em vista os médicos encontrar o fator oculto ("spiritus remanente") capaz de acarretar a doença. Faz uma pergunta, *Celso*: como seria possível com-

* Conferência realizada no Corpo Clínico do Hospital de Bonsucesso (INPS). Setembro, 1970.

** Conselheiro efetivo do CREMEG.

preender a dor que atinge um órgão, sem ser conhecida a sua morfologia, sua posição, suas partes e seu funcionamento? E acrescenta: poder-se-á curar um órgão quando se ignora o que êle é? Trata-se de uma crueldade, mas nem sempre poderá o médico dispôr de um gladiador ferido na arena, de um soldado atingido na luta ou de um viajante atacado pelos ladrões!....

5 — Conclue *Celso*: o proveito a ser obtido justifica a violência da vivisseção, porque vai beneficiar a todas as idades, e a inocentes. Recomenda, contudo, que a intervenção não se deve prolongar até à morte do supliciado. Outro ponto de vista deontológico sustentado por *Celso* e ainda válido agora: diz êle — sendo a Medicina uma arte conjectural, a teoria e a prática estão ambas sujeitas a equívocos.

6 — *Galeno* (2º Século d.C.), embora originário da Escola de Alexandria, não emprega a vivisseção "in anima nobile", mas em animais. Esse processo era proibido por lei. Nem mesmo em criminosos poderia ser empregado. Os romanos, porém, clandestinamente, experimentavam doses letais de venenos nos escravos, para práticas criminosas.

7 — *Leonardo da Vinci* dissecava cadáveres, não respeitando as proibições de sua época. Fazia experiências com substâncias químicas nas plantas, inoculando o material e acompanhando suas reações.

8 — É em *Claude Bernard* que vamos encontrar a fonte máxima de inspiração da filosofia experimental. Argumenta o fundador da Fisiologia moderna que para promover a experimentação no homem e nos animais superiores, não bastam as regras de Medicina antiga, que se resumiam apenas ao *meio exterior*, pois a Medicina moderna terá principalmente como campo de ação o *meio interior* onde atuam os fatores fisiológicos e mórbidos e também os medicamentos. Estabelece que a unidade fundamental do *meio interior* é a *Célula*.

Adverte *Cl. Bernard* que cada organismo age de forma própria ("quid proprium"), não sendo a mesma coisa experimentar em animais e no homem. As coisas de interesse humano deverão ser experimentadas no próprio homem — eis a regra deontológica fundamental, ditada pelo pai da Fisiologia. Responde o Mestre, muitas daquelas consultas que ainda atualmente fazem nosso colegas aos Conselhos de Medicina:

"... a-t-on le droit de pratiquer des experiences et des vivisection sur l'homme?" A resposta, em sua época (1865) passados já 105 anos, é coerente:

"Todos os dias o médico realiza experiências terapêuticas nos seus doentes e todos os dias o cirurgião pratica vivisseção nos seus operados". E acrescenta: "Qual o limite permissível para essa experimentação?" Conclue então: "Temos o dever e por consequência o direito de praticar experiência sobre o homem, todas as vezes que essa possa salvar-lhe a vida, curar ou melhorar o seu estado".

9 — Abordando, propriamente o problema deontológico, *Claude Bernard* passa a criticar a vivisseção nos condenados à morte, e participa da repulsa generalizada de tal procedimento. Faz exceção, porém, considerando utilíssimas as experiências quando executadas logo após à decapitação dos supliciados. Aprova *Claude Bernard* a experimentação em moribundos, desde que não acarrete sofrimentos nos mesmos.

10 — Em relação aos animais ("anima vili"), repete a pergunta: "Te-

remos o direito de fazer experiência sôbre animais"? E responde positivamente, sem contudo deixar de destacar os serviços prestados à ciência pela rã, e acentua que nenhum outro animal terá concorrido mais para as descobertas científicas, sendo justamente considerada a Job da Fisiologia, podendo-se associar as glórias por ela obtidas.

11 — Deveremos considerar que muito influiu para os progressos da Farmacologia essa noção do *meio interior* que se tornou o fundamento da Medicina experimental, e a que se devem os progressos alcançados apenas em um século de experimentação. Sem animais de experiência, não teria sido enriquecido de forma tão notável o arsenal terapêutico, criando medicamentos específicos que fazem a glória dêste Século. Justo é declarar que pelo fato de não ter havido comprovação "in anima nobile" dos resultados obtidos "in anima vili" é que se registrou o passivo das reações aos arsenobenzóis, aos bismúticos, aos mercuriais, na crisoterapia... O mesmo continua a ocorrer, em relação à plethora de nossos medicamentos, ora repercutindo nocivamente sôbre a hemopoése, sôbre a flora intestinal, sôbre o sistema nervoso, pela ausência de provas prévias em o sêr humano.

12 — Os autôres citam, por exemplo, as provas decisivas levadas a efeito por *Florey* sôbre a penicilina descoberta por *Fleming*. Foram as aplicações em ratos, infectados pelo *Estreptocóco* e depois percentualmente recuperados no lote de prova, tendo matado os outros ratos que serviram de testemunha, que mesmo sem provas em sêr humano, aprovou o sensacional e já agora histórico antibiótico. Saiu a penicilina para a prática terapêutica, não houve grita quanto ao seu emprêgo, porque chegava em momento psicológico favorável, dada a sua polivalência sôbre germes Gram-negativos. A prova terapêutica seria feita indiretamente, principalmente nos hospitais, onde os esquemas dos fabricantes eram alterados pela experiência clínica. Não houve protestos deontológicos, como acontece nos casos anunciados de cura do Câncer ou da Raiva!

13 — O mesmo clima de aceitação, sem protesto deontológico, é descrito pelo Dr. *Hugh Clegg* quanto à introdução da *Estreptomina* na Inglaterra, sob o domínio da Tuberculose, com estoque reduzido do medicamento. A procura excessiva abafou os pruridos deontológicos daqueles que exigiram provas cabais "in anima nobile".

Outro exemplo, êsse bem ilustrativo, é o da aplicação do *Cloranfenicol* na Febre tifóide, em hospital da cidade de Guadalajara (México), em época de surto epidêmico agudo. A prova foi espetacular, havendo sanção, do importante medicamento. Ninguém iria imaginar que tal medicamento teria de ser aplicado sob mil escrúpulos, mercê de sua ação fulminante sôbre a crase sanguínea e a flora intestinal. Só a experiência clínica ("clínica super omnia") nosocomial poderia levantar o véu do mistério.

14 — No momento atual, diante da inflação medicamentosa e sobretudo, das constantes notícias de casos anti-éticos, chegam aos Conselhos de Medicina reclamações, consultas e até protestos. Exige-se a prova terapêutica "in anima nobile". O assunto, em tese, está previsto pelo Código Deontológico, mas um nôvo problema se equaciona: não se pode experimentar "in anima nobile" sem consentimento da parte, ou do responsável.

15 — As opiniões variam muito, em relação à experimentação "in anima nobile": Para o *Padre Bosio Guisepe*, de Roma, o homem é apenas usuário

do seu corpo e não senhor absoluto. Entende o *Pastor Senarclens*, de Genebra que tal possibilidade sômente pode ser em Biologia, e nunca em Patologia. Para o Dr. *Henry Becker* a experimentação pode ser estendida aos presidiários desde que se lhes ofereça recompensa ou mesmo o perdão. São omissos êsses tratadistas quanto à figura do *voluntário*.

Conclusões

16 — Feitas essas observações de caráter histórico e doutrinário, ofereceremos à discussão as seguintes conclusões:

I) A experimentação "in anima nobile" é perfeitamente ética e cada vez mais necessária como meio capaz de garantir a eficácia de qualquer medicamento a ser liberado para fins terapêuticos ou profiláticos.

II) Os artigos 58 e 59 do C.D.M. estão ultrapassados, sendo necessário e urgente rever o seu texto.

III) — Faz-se necessário definir o que se compreende por "anima nobile" uma vez que seria criminoso o emprêgo indiscriminado da experimentação em presidiários, prisioneiros, primitivos atuais ou raças marcadas.

IV) É necessário e urgente criar uma nova figura entre "anima nobile", a do *voluntário* que em todos os tempos, com desinterêsse e humanidade tem se prestado espontaneamente para objeto de experimentação, como aconteceu com soldados americanos que ao lado do Dr. *Lazaer* se deixaram inocular pelo *virus amarello*, em Havana, no comêço dêste século. O mesmo aconteceu no Brasil, entre outros com os saudosos médicos: *Emilio Ribas* e *Adolpho Lutz*, também inoculados pelo mesmo *virus*, em São Paulo, ao repetirem, como voluntários, as experiências de Havana.

V) O *hospital*, de acôrdo com o *Código de Ética Internacional* deve ser considerado como a instituição que melhor preenche as condições para a experimentação "in anima nobile", inteiramente acobertada pelas normas deontológicas.

VI) Todo e qualquer laboratório de produção e criação de produtos medicamentosos é obrigado a possuir uma secção de pesquisas "in anima nobile", composta de especialistas categorizados e exercitados na prática de pesquisa em sêres humanos (voluntários), ou delegar tais provas aos laboratórios oficiais ou aos hospitais que estejam autorizados.

VII) As experiências clínicas devem ser posteriores às provas "in anima vili".

VIII) As experiências "in anima nobile" serão sempre realizadas sob regime de discreção e sigilo, embora os seus protocolos possam ser conhecidos, confidencialmente, de instituições congêneres, ou entidades sábias interessadas, a título de intercâmbio científico, quando fôr do interêsse da Ciência.

IX) Sugestões para alterações dos artigos 58 e 59:

Art. 58 — Passará a ter a seguinte redação:

As experiências "in anima nobile" são perfeitamente éticas e indispensáveis aos interêsses da Medicina e poderão ser permitidas para fins de diagnóstico,

tratamento e profilaxia, respeitada a pessoa humana e de acôrdo com o artigo 30 d'este Código e sempre que praticadas por profissionais idôneos e sob o controle de autoridades médicas, para fins humanitários e visando o progresso das ciências médicas.

Art. 59 — Passará a ter a seguinte redação:

São absolutamente interditas quaisquer experiências no homem, para fins bélicos, políticos ou raciais.

Parágrafo único — Será baixado, por iniciativa dos CRM, com a colaboração das sociedades científicas e supervisão da Academia Nacional de Medicina, Academia Brasileira de Medicina Militar e da Academia Nacional de Farmácia, regulamento contendo as normas para experimentação, podendo ser periodicamente reformado a juízo das mesmas entidades citadas.

O SEGREDO MÉDICO NO ÂMBITO HOSPITALAR (*)

Dr. Djalma Chastinet Contreiras (**)

“Eu juro por Apolo médico, por Esculápio, Hígia e Panaceia e tomo por testemunho todos os deuses e tôdas as deusas” ... assim começa o juramento de Hipócrates, velho de não sei quantos anos, e que, até hoje, modificado, adaptado, distorcido, mesmo porque os deuses são outros, é repetido nas solenidades de diplomação médica em quase todo o mundo ocidental.

Nêle, o segredo médico era encarado em uma simples frase: “aquilo que no exercício, ou fora do exercício da profissão e no convívio da sociedade, eu tiver visto ou ouvido que não seja preciso divulgar, eu conservarei inteiramente secreto”.

Hipócrates, como se vê, prometia manter secreto aquilo que tivesse visto ou ouvido mesmo fora da profissão, no convívio da sociedade. É que naquela época, o médico em todos os momentos era médico, encasulado na sua profissão, junto com os mestres com os quais dividia seus bens e com os discípulos dos quais, também por divisão, recebia bens.

Hoje, o médico renasce constantemente, em cada um de nós, quando estabelece o contacto profissional com o paciente. Fora daí, é um homem qualquer, membro comum da sociedade, chefe de família da média burguesia. E o segredo médico é por êle devido em relação, exclusivamente, com os conhecimentos obtidos no exercício da profissão. Todos os dispositivos legais sobre o segredo médico são uníssonos:

“Revelar alguém sem justa causa, segredo de que tenha ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão”.

— Pena — detenção... (art. 154 do Código Penal).

“Ninguém pode ser obrigado a depôr de fatos a cujo respeito por estado ou profissão, deva guardar segredo” (art. 144 do Código Civil).

“São proibidas de depôr as pessoas que em razão de função, ministério, ofício ou profissão devam guardar segredo” (art. 207 do Código de Processo Penal).

“O médico está obrigado, pela ética e pela lei, a guardar segredo sobre

* Apresentado na mesa-redonda sobre “Problemas éticos no âmbito hospitalar” - Corpo Clínico do Hospital de Bonsucesso. Setembro 1970.
** 1.º secretário do CREMEG.

fatos de que tenha conhecimento por ter visto, ouvido ou deduzido no exercício de sua atividade profissional" (art. 34, Código de Ética Médica).

"O médico não revelará como testemunha fatos de que tenha conhecimento no exercício de sua profissão... (art. 35, Código de Ética Médica).

A figura lendária e pitoresca dos 3 macaquinhos — olhos fechados um, ouvidos tampados outro, boca serrada o terceiro: nada ver, nada ouvir, nada compreender — símbolo do absolutismo no segrêdo médico está ultrapassada pelas injunções da Sociedade e do Estado. Principalmente pelas injunções da Sociedade, expressas na necessidade de informação e de comunicação, as duas forças do mundo moderno que nivelam idades e igualam sexos.

Sob essas influências e em todos os aspectos da atividade humana, o segrêdo médico restringiu-se e os exemplos entre nós são inúmeros. No campo esportivo — a cólica renal de Gerson em 1966 e, mais recentemente o deslocamento de retina do Tostão e a contusão de Rivelino, que deixaram o Brasil todo em suspense; no plano artístico — a traqueotomia de Dalva de Oliveira e, agora, os cabelos implantados de Silvestre; no terreno científico — os transplantes, implantes e reimplantes de coração, de rins, de pâncreas, de mão; e até na esfera política — o infarto de Café Filho, a trombose de Costa e Silva... Isto no âmbito doméstico. No internacional basta lembrar a esterilidade de Farah Diba e até mesmo, o problema urinário de um Papa. São exemplos frizantes de que o segrêdo médico, longe do absolutismo de Brouardel e Dupuytren, há que ser conceituado dentro de um relativismo amplo, que lhe é impôsto pelas transformações a que o próprio exercício da profissão médica é submetido. E alguns desses casos são exemplos do segrêdo comunicado publicamente através de Boletins Médicos. E assim nós chegamos exatamente a um tópico importantíssimo do tema que nos cabe: o Boletim Médico. Hospital de periferia, clientela de trabalhadores, o nosso Bonsuceso, vez alguma se viu na necessidade de emitir Boletins Médicos para as fontes de informação pública. Mas a ocorrência poderá vir a qualquer momento, e o problema existe de referência a pessoas que pela sua situação política, social, econômica, artística, esportiva, ou mesmo apenas por se verem envolvidas no bôjo de um fato inusitado, tornam-se de repente motivo de sensacionalismo. O Boletim Médico é então uma exigência que não pode ser repelida. Entenda-se que não se trata de satisfazer meros desejos de curiosidade, mas sim amainar justas ansiedades coletivas, apaziguar reações de outro modo talvez incontroláveis e de atender, muitas vezes, a interesses ligados a problemas da mais alta complexidade política. Evidentemente, não se justifica o que fez, há alguns anos, um Hospital privado de Rio Prêto: passou a irradiar diariamente um Boletim Médico, anunciando diagnóstico e prognóstico de todos os seus doentes, sob o pretexto de bem informar os familiares que moravam na Zona Rural.

O Artigo 40 do Código de Ética Médica assim se expressa à respeito do Boletim Médico. "Os Boletins Médicos devem ser redigidos de modo que não se revele direta ou indiretamente, moléstia ou situação que deva ficar em sigilo". É uma redação vaga, mas sábia: "moléstia que deva ficar em sigilo". A tuberculose, anos atrás, era uma pecha para o doente e devia ficar em sigilo. Como ocorre ainda hoje com o falso pudor público que envolve determinadas moléstias. É provável que amanhã o leigo encare a

mulher que tenha anexite ou o homem que tenha uma epididimite, tão simplesmente como hoje faz com outra qualquer afecção.

Encarando a questão mais de perto, diríamos que um Boletim Médico deve ser verídico, sóbrio, impessoal e discreto.

De modo algum a verdade sobre as condições do paciente pode ser deturpada: não se anunciará diagnóstico diverso e muito menos se falsificará o prognóstico. Aqui, ao problema do segrêdo médico justapõe-se o da responsabilidade médica. O que ocorreu há anos no Estado do Rio, quando do acidente que vitimou o Governador Roberto Silveira foi profundamente deplorável. Boletins Médicos diários afirmaram o estado satisfatório e as melhoras do paciente até o dia da sua morte. Acredita-se que esses Boletins tenham sido forjados pela assessoria política do Palácio, sem maior responsabilidade da classe médica.

O Boletim deve ser sóbrio, compacto para usar uma expressão jovem, utilizando apenas os termos necessários e de fácil entendimento pelos leigos.

Impessoal, de preferência assinado pelo Diretor do Hospital a fim de que se negue, ainda aqui, uma oportunidade de promoção pessoal nas asas do sensacionalismo, ou que se poupe os médicos assistentes de um julgamento injusto por parte de leigos, em ambiente tenso de emoções. Outra solução válida é que o Boletim seja assinado por uma junta médica.

Finalmente, que o Boletim revele do segrêdo o mínimo possível, mantendo-se dentro da generalidade e fugindo aos detalhes no referente ao diagnóstico: acidente vascular cerebral, nascimento normal, lesão traumática, etc; e no particular do prognóstico indique apenas se houve melhora, agravação ou estado estacionário da doença.

Em suma: honestidade e bom senso. Acreditamos que como exemplo de Boletim Médico, possam ser citados os emitidos por ocasião da doença do Presidente Costa e Silva e assinados por uma Junta Médica: satisfizeram a opinião pública, foram exatos, sem sensacionalismo.

Segrêdo médico dentro do próprio Hospital, como mantê-lo? Está longe o tempo em que as papeletas, afixadas aos pés dos leitos, ficavam a mercê dos doentes e das visitas. Então, inúmeras vezes o segrêdo médico escapou por essa imensa brecha. Hoje em qualquer Hospital com o mínimo de organização, os prontuários permanecem na sala de enfermagem. A respeito, o Código de Ética Médica, é inciso: art. 41: "As papeletas e folhas de observação clínica e respectivos fichários, em hospitais, maternidades, Casas de Saúde, etc... não podem ficar expostos ao conhecimento de estranhos".

Entre o pessoal para-médico — enfermeiras, nutricionistas, assistentes sociais — o problema não apresenta particularidade, pois como os médicos, estão obrigados a silenciar.

O mesmo ocorre de referência ao pessoal burocrata das Secretarias das Clínicas e dos Serviços da grande Secretaria que é o Arquivo Médico. Todos são obrigados ao segrêdo médico e devem ter consciência disto. Esta segurança, porém, se dilui nos setores burocráticos mais afastados e que têm, eventualmente a obrigação de manusear diagnósticos. E adquire o problema, caráter mais sério, grave mesmo, quando as informações técnicas, envolvendo identidades, diagnósticos e terapêuticas são encaminhadas para fora do Hospital, o que se processa em regra, através do Arquivo Médico, dos atestados médicos e dos laudos de inspeção de saúde.

Também aqui se enquadra, paralelamente, a rotura do segrêdo médico

no diagnóstico firmado nas guias de internação, oriundas de outros setores médicos e que através de burocratas, chegam ao Hospital.

Acentuamos, entretanto, que o médico é, em parte, responsável pela manutenção do segredo médico pelos seus auxiliares. É o que preceitua o § único do art. 34 do Código de Ética Médica: "deve o médico empenhar-se no sentido de estender aos seus auxiliares a mesma obrigação de guardar segredo colhido no exercício da profissão".

Cabe, também, trazer para aqui a Portaria 152 do antigo M.T.I.C., dada de 23/9/58, ainda vigente e que considerando "ser imprescindível tomar providências que visem proteger o sigilo profissional, determina que o sigilo deve ser guardado por todos os servidores médicos ou não, lotados nos serviços públicos, considera falta grave a quebra do sigilo e estabelece que os resultados de inspeções de saúde devem ser apensos em envelopes fechados e rubricados".

A solução ideal, única e universal consistirá em que o diagnóstico, na sua exatidão maior e mínimo detalhe para satisfazer as exigências técnicas e burocráticas, seja escrito no prontuário, mas que ao mesmo tempo seja codificado numericamente. Daí em diante o número substituirá o nome da doença.

É velha a existência de Códigos estabelecendo números em relação à doenças e operações. O seu uso, entretanto, não tem sido aceito entre nós, primeiro pela falta de sistemática de organização, segundo porque os Códigos disponíveis são realmente de manuseio difícil. Nós mesmos nesse Hospital, como Diretor em uma oportunidade e como Presidente do Centro de Estudos em outra, buscamos, sem sucesso implantar esse sistema através do Jordan e do antigo Código da Organização Mundial de Saúde.

A questão, aliás, transcende do âmbito do segredo médico para uma esfera bem mais alta, interessando ao "Problema Nacional de Saúde", no seu setor de bioestatística.

Acreditamos que a Previdência Social Brasileira, esteja agora dando um passo gigantesco. É que em 1965, a Organização Mundial de Saúde empreendeu a 8ª Revisão da Classificação Internacional de Saúde e submeteu-a à 9ª Assembléia Geral da Organização que a aprovou com a assinatura do Brasil. A Previdência Social resolveu implantá-la. Para isto as Secretarias de Assistência Médica e de Seguro Social promoveram a confecção de um manual, respeitando integralmente a sistemática adotada pela Organização de Saúde e adaptando-a às necessidades da Previdência. É simples, facilmente manuseável, tipo vade-mecum e deverá ser usado a partir do próximo ano.

A importância do uso deste Código Internacional da Saúde (C.I.D.) na Previdência Social pode bem ser sintetizada na frase de Hugo Alquieres: "Dentro de três anos, já saberemos a morbidade das regiões, dentro de dez as apurações serão fidedignas. Há 470, só temos conjecturas".

Temos esperança de que este C.I.D., poderá servir, possivelmente com adaptações, a áreas não previdenciárias, resolvendo assim um dos aspectos paralelos ao segredo médico no âmbito do Hospital: os atestados médicos exigidos por organizações de Seguro e Beneficentes. Este aspecto é tão premente que o Código de Ética Médica dele cuida em especial no item G do art. 38: "A revelação do segredo médico faz-se necessário... quando o

médico está revestido de função em que tenha de pronunciar-se sobre o estado do examinado (serviços biométricos, Juntas de Saúde, Serviços de Companhias de Seguro, etc.), devendo os laudos e pareceres ser nesses casos limitados ao mínimo indispensável, sem desvendar, se possível, o diagnóstico".

O C.I.D. atenderá então à essa exigência, como atenderá, também, aquela outra constante do § único desse artigo do nosso Código: "é aconselhável o uso em código da nomenclatura internacional de doenças e causas de morte".

O problema, no entretanto, não estará plenamente resolvido porquanto essas organizações, exigem, muitas vezes, a indicação da operação (com o que se revela o segredo médico) para a necessária cobertura financeira. Fica, então, faltando um Código de Operações, de interesse muito mais limitado porque não se traduz como fator importante para solução da problemática nacional de saúde, como o Código de Doenças.

Ainda três aspectos do segredo médico, encarados no nosso Código de Ética, há que ser citados, porque têm aplicação no âmbito hospitalar. São todos alíneas do art. 38, e indicam exceções em que o segredo médico deve ser revelado.

A alínea G exige a revelação do segredo nos casos de abortamento criminoso, desde que ressalvados os interesses da cliente. É um assunto do Dr. Hélio Tórres e respeitamo-lo.

Segundo a alínea A o segredo será revelado "nos casos de doença infecto-contagiosa de notificação compulsória ou de outras de declaração obrigatória (doenças profissionais, toxicomanias, etc.)". É a mais justa das causas de rotura do sigilo, a defesa da coletividade sobrepondo-se a eventuais interesses do indivíduo. É questão pacífica. Apenas, lembremos que o art. 269 do Código Penal, prevê pena de detenção de 6 meses e multa ao médico que deixar de denunciar à autoridade pública, doença cuja notificação seja compulsória.

E finalmente, a alínea D artigo 38, obriga a revelação do segredo médico nos atestados de óbito. O sentido desse dispositivo do Código é facilmente compreensível: é preciso saber do que se morre para que os serviços de bioestatística elaborem informações de precioso valor para o equacionamento dos problemas de Saúde Pública. Entretanto, este dispositivo não apenas abre uma exceção na preservação do segredo médico, mas fere profundamente este conceito ético, e em tal extensão que o torna, de certo modo inconsequente. Na verdade a exigência é de que, sem qualquer outra consideração que não o fato de ter ocorrido o óbito, o diagnóstico seja expresso em um documento público que corre nas mãos de leigo e que é registrado em cartório. A solução entretanto, parece simples, e há mais de meio século vem sendo proposta inutilmente: das duas vias do atestado de óbito, apenas aquela destinada aos serviços de bioestatística conteria a causa-morte expressa e seria remetida em caráter reservado; na outra, a que se destina a satisfazer as exigências do enterramento e a ser registrada em cartório para fins jurídicos, a causa mortis não seria indicada.

Outra solução, menos viável entre nós, seria considerar, como o fazem alguns países europeus, a causa mortis, também, como segredo profissional.

IMPRESSÕES MÉDICAS DE UMA VIAGEM ATRAVÉS DAS AMÉRICAS

Prof. Dr. Assad Mameri Abdenur (*)

Ao ensejo de excursão científica através de alguns países das Américas, honrou-nos nosso digno Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado da Guanabara, Dr. Fernando de Paiva Samico, com homologação do Coiêndo Plenário, com nosso credenciamento para visitarmos instituições congêneres e colhermos impressões de interesse de nossa Classe. Passamos assim a relatar, *à vol d'oiseau*, nossas impressões mais valiosas.

Nossa primeira etapa foi a cidade de Houston, no Estado do Texas, como membros da Delegação Brasileira ao X Congresso Internacional do Câncer, que se realizou de 22 a 29 de maio de 1970.

Deste Congresso, pelo vulto a que atingiu, dizemos pouco, reservando para outra oportunidade maiores revelações.

A êsse Congresso compareceram mais de 90 países com número superior a 10.000 Congressistas, sendo cêrca de 65 brasileiros, fôssem com ou sem representações oficiais. Cabe salientar, de início, a fluência normal dos trabalhos, o alto nível das contribuições e dos programas culturais e artísticos. Realmente, o pujante Estado do Texas, tem muito do que se orgulhar. Realizado por sessões especializadas, em mais de 8 locais diferentes, sempre com sessões múltiplas, em descompasso com a heterogeneidade da matéria, fizeram-nos lamentar a impossibilidade de darmos total cobertura a tôdas as sessões. Foram-nos muito úteis as trocas de informações com colegas distintos de muitos outros países. Situação da atividade médica, liberal, social, da organização hospitalar, do ensino médico e para-médico, da pesquisa pura, da investigação clínica, do aperfeiçoamento de utensílios e equipamentos, problemas de ética, de demografia, de profilaxia e aspectos médico profissionais, todos êles foram alvo de sugestões e perguntas: abste-mo-nos de comparações para não deixar mal muitas de nossas instituições, dignas de maiores recursos para melhor produtividade. Além do Centro Cívico, foi a Universidade do Texas, o ponto de maior interesse da classe médica, dada a divulgação dos imensos recursos materiais e humanos que lá se encontram. O ensino médico está dividido como aqui — um curso de ciências biomédicas e depois a Faculdade de Medicina. Visitamo-las, a Graduate School of Biomedical Sciences at Houston e a Medical School. Além da Grande Exposição de material médico e afim, no Centro Cívico,

* Conselheiro efetivo do CREMEG.

inúmeras salas com projeções de slides, films e Livros Técnicos. Sobressaiu a aparelhagem para termodiagnóstico do Câncer de mama e cabeça:

- 1) Métodos de informação e contrôle por computadores.
 - 2) Exposição artística, com quadros notáveis de pintores médicos ou outros relativos a Medicina em sua evolução histórica, sem faltar preciosa coleção numismática no Town Hall do FOLEY'S DOWNTOWN DEPARTMENT STORE AT 1110 MAIN STREET.
 - 3) Opúsculo com 98 páginas, com ilustrações, sôbre Métodos não aprovados de tratamento do câncer, com valiosos subsidios, dando base técnica a apreciações de ordem ÉTICA.
 - 4) Classificação de Câncer e Registros Clínicos, centros de informação (Divulgação e educação).
 - 5) Programas governamentais para Profilaxia e diagnóstico precoce do câncer.
 - 6) Aspectos sócio-econômicos — Bioestatística — Demografia cancerológica.
 - 7) Duas mesas redondas sôbre; a) Demografia Cancerológica e b) Considerações éticas na Investigação Clínica, sob a supervisão do Prof. R. Lee Clark.
 - 8) Imunologia do Câncer.
 - 9) Carcinogenese e Genética.
 - 10) Diagnóstico e tratamentos dos vários cânceres.
 - 11) Quimioterapia Anteneoplásica.
 - 12) Novos recursos no diagnóstico e no tratamento, em geral, do Câncer — e muitos outros temas inesgotáveis.
- Nada melhor que dizer — *ótimo* para êsse Congresso.

II

Em seguida nos dirigimos a Chicago, onde visitamos alguns grandes hospitais, mas a cidade se achava com o grande problema da Assistência Médica em crise. Era grande a queixa dos médicos sôbre a forma de suas remunerações, e o eco da falência de grande número de empresas de seguros médicos levantava nuvens sombrias sôbre a remuneração do médico: oito milhões de dólares foi o prejuízo causado a alguns Hospitais de Nova York.

O objetivo máximo de nossa visita era conhecer a Associação Médica Americana, sua estrutura e seu funcionamento. Instalada em enorme edificio de 10 andares, em centro de terreno. Fomos recebidos com fidalguia pelo Dr. John Nunemaker, que com outros diretores nos concederam entrevistas durante 4 horas!

Debatemos grandes temas:

- 1) Ensino médico — Nova visão — Reformulação — Internato — Residência — Post-graduação — Especialização.
- 2) Contrôle da atividade profissional;
- 3) Charlatanismo (ÉTICA);
- 4) Problemas de tóxicos e psicotrôpicos;
- 5) Aperfeiçoamento e pesquisa.

Como se sabe, a "American Medical Association" tem o contrôle de tôda atividade médica e paramédica nos Estados Unidos. Sua atuação se-

faz mercê de Organizações Centrais e Estaduais sobre seus 314.000 membros em exercício, pois lá quando o profissional se afasta por doença ou aposentadoria, ou para exercer outra profissão, dá baixa em seu registro profissional.

O recente trabalho do Prof. Rubens Porto se ressentia dessa omissão muito descupável, pois não possuía meios permitindo corrigi-la.

Verificamos há poucos meses: três colegas de turma (Faculdade Nacional de Medicina da U.F.R.J. — 1933), na direção de grandes empresas financeiras, há mais de três lustros afastados de atividades médicas, mas que mantêm seu registro profissional. O problema da Assistência Médica em grupos, para atender às populações economicamente desajustadas, foi atendido, em habilidosa manobra, que abriu uma faixa de atendimento razoável para estas populações sem ferir o princípio da Medicina Liberal que se pratica.

O planejamento do ensino médico é muito variado, e abaixo daremos uma impressão global.

De grande valia, pareceu-nos o programa de combate ao charlatanismo, com proveitosa e eficiente atuação. Não se poderá dizer que logram 100% de êxito, mas sua atuação é contínua e proveitosa. O Chefe de Serviço de Combate ao Charlatanismo (Quaquering), conhecia o episódio do *Zé Arigó* e pediu-nos detalhes sobre a eventual participação de médicos americanos nesse "affaire". Não compreendiam a cobertura que a imprensa leiga, considerada de alta categoria, concedia a tal clan.

Os programas de divulgação leiga, com a finalidade de esclarecer e instruir a população sobre os problemas de prevenção de doenças e controle de saúde, são de grande valia, acatados pelas instituições leigas, dando grandes resultados. Problemas de dietética, perigos de abuso de medicamentos, de contracepção, prevenção do câncer, e outras doenças, como cardiopatias, tuberculose, etc... são de boa apresentação.

O problema da formação de auxiliares-médicos que ela supervisiona não pudemos discutir, pois o Dr. John Cooper, Presidente da Federação Pan Americana de Escolas Médicas se achava na Rússia estudando os problemas atinentes à formação dos médicos, os "Feltchers", com os quais se pretende resolver o problema de Assistência Médica das massas humanas em zona inóspita com populações não assistidas. Vale ressaltar a imperiosidade da medida em país onde a Assistência Médica atingiu tão elevado nível. É grande a corrente contrária, nos Estados Unidos a implantação dessa categoria, não nos parecendo, no momento, deva ser cogitada entre nós. Partilhamos da idéia de um "grupo de saúde", técnica e hierarquicamente dirigido por médico, com farmacêuticos, dentistas, enfermeiras, auxiliares técnicos, de fisioterapia, Raio X etc... como melhor aproveitamento profissional.

Os problemas da supervisão dos medicamentos e da pesquisa, são geridos nos Comitês próprios. É muito eficiente a supervisão que a Associação Médica Americana exerce sobre êsses setores, tendo também, ação executiva no controle do problema de ÉTICA MÉDICA. Há comissões gerais e locais, que controlam, inquiram e punem os médicos faltosos. Não é raro, no jornal oficial aparecerem nomes de profissionais com seus registros cassados por abuso de álcool, prática desonesta da clínica, etc. Seu Manual de Ética, com 10 seções básicas e um preâmbulo, é notável. Um

processo não ético numa parte do país não poderá ser ético nas mesmas circunstâncias em qualquer outra parte e outros princípios (não conflitantes, como decisões contraditórias em Conselhos diversos entre nós).

De Chicago seguimos para o Canadá, visitando Toronto e Montreal. Nesta bela cidade, visitamos a Universidade Francesa e a Mac-Gill, onde encontramos a melhor seriação e reformulação do ensino médico. Os Professores dão "full-time" nos hospitais, onde têm o direito de exercer sua clínica privada. Não difere muito a prática médica entre o Canadá e os Estados Unidos.

Seguimos de Montreal para Boston, onde visitamos a Tuft Medical College, a Harvard Medical School e a Boston University. Movimentos paredistas não nos permitem uma apreciação impessoal sobre as estruturas universitárias. Desta vez, nossa passagem por New York foi muito curta, e seguimos então para o México. Aqui, dois pontos altos: a Universidade Autônoma conta com 120.000 alunos em seus diversos cursos; muito bem organizada, com grande diversificação de cursos e estrutura moderna. É realmente impressionante o movimento desta Universidade.

Outro ponto alto na nobre Pátria Mexicana é seu Instituto Nacional de Previdência, hoje modelo seguido pelas Repúblicas Centro-Americanas. Há perfeita entrosagem entre o Ensino Médico e a Previdência Social. O trabalho médico é bem remunerado. Um médico, após terminar o tempo de residência ganha cerca de 4.500 a 5.000 cruzeiros por mês. Só tem um emprego e exerce a clínica privada. Seu trabalho é de 7 horas nos 6 dias da semana! Voltaremos ao assunto, ao nos referirmos ao II Congresso Americano de Seguridad Social, de 21 a 27 de junho em Bogotá, Colômbia. Nêle se fizeram representar, 29 países e cerca de 800 profissionais. A nota dominante foi a unanimidade da vinculação do ensino médico no ciclo profissional, com a Previdência Social, tese pela qual nos debatemos há mais de quinze anos.

O Presidente do Comité Permanente Inter-Americano de Seguridad Social e diretor geral do Instituto Mexicano de Seguro Social — Dr. Ignacio Morones Prieto, diz:

"Sabemos que estos no son dias faciles para nuestras patrias: — que cada hora perdida en la obra del progreso social conspira contra la paz interior y la supervivencia de las naciones americanas! ... fundar el desarrollo en el bienestar y la superacion del hombre!"

Na Colombia, além do Congresso Americano de Medicina Social, fomos honrados com afetuosa solenidade na ASMEDAS, a Associação Médica Colombiana que congrega as filiadas de todo o País. Sob a Presidência do Prof. Arévalo, houve de parte de colegas colombianos, exposição e debates sobre problemas de defesa profissional e de elevação dos padrões médicos e ampliação no sentido social. Coube-nos fazer exposição sobre o Panorama atual da Saúde no Brasil e os problemas do exercício profissional nos seus múltiplos aspectos. Falou, em seguida, o Dr. Ibarra da Venezuela. Sua Academia de Medicina tem 66 anos, é consultada oficialmente, pelos três poderes da República, pelas Universidades, Sociedades Médicas e pela Federación Médica Venezolana, organismo potente de defesa dos direitos da classe, hoje em situação técnica, social, econômica e financeira como das melhores nas Américas. Segundo afirmou o conceito que defendem, é

que, um Serviço Nacional de Saúde deve ser uma coordenação prévia dos serviços existentes e não um monstro econômico, burocrático e dispendioso. O Binômio Médico X Paciente, é considerado como algo sagrado, sem referência a padrão monetário.

A Venezuela tem nove mil médicos dos quais 50% trabalham em torno da capital-Caracas. Sua arregimentação sindical é muito forte: embora a legislação proibisse greve da classe médica, eles se mantiveram unidos, em greve, sem que houvesse uma exceção e, após quinze dias lograram aprovação a tudo que pediram!

Sua Cooperativa abastece as necessidades de seus familiares com redução de 20% a 30% nos mais variados fornecimentos.

A situação do ensino médico e sua integração nos serviços médicos da previdência social é ponto de vista, unânimemente, aceito, nos ciclos: profissional (pré-clínico, clínico, post-graduação e especialização).

Argumentos contrários existem, mas sanáveis.

Não retardar o tempo de internação do doente, sobrecarregando o tratamento para fins de ensino.

Embora se deva levar em conta o lucro social, há uma sobrecarga sobre os contribuintes, o que seria injusto.

Aliviar o oneroso custeio dos Hospitais Universitários!

Evitar ingerência do pessoal docente na Administração da Previdência Social.

No que tange à profissão médica, o princípio básico é de que — “o direito do cidadão não pode prejudicar o direito dos outros cidadãos, inclusive os médicos.” Defendeu Prioridade Venezuelana da edição do primeiro Código de Ética Médica na América Latina!

Seguiu-se admirável recepção no Club dos Médicos, grande noite de alegria e confraternização dos médicos da América Latina. Os discursos, danças e músicas folclóricas, coroaram a festa.

Assim, cheios de Fé e de Esperança, retornamos ao nosso caro Brasil, para continuarmos a congraçar os elementos positivos na batalha do soerguimento nacional!

CLÁSSICOS DA DEONTOLOGIA MÉDICA

1 — “LE MÉDICIN DEVANT LA CONSCIENCE”

Par le Docteur Surbled — Paris — 1890

Apreciação e resumo de J. Messias do Carmo (x)

— Publicação pioneira de Deontologia Médica católica, apresentada em tamanho reduzido, lembrando um livro de reza. Estilo delicado e sugestivo, com carta de apresentação de Mgr. Adolphe Perraud, Bispo de Autun e Membro da Academia Francêsa. Escrito antes exclusivamente para uso próprio e depois, a pedido, para os seus confrades, com exposição metódica dos deveres do médico. Não dirá o autor — assegura o apresentador — “... mon scapel fouillé dans tous les sens de corps humain et il n’y a jamais trouvé l’âme...”. Ao contrário, a todo momento aponta o autor o nome de Deus, e como que encerra toda sua obra com esta significativa profissão de fé:

“Nos remedia
Deus Salutem”.

Na introdução do livro deixa o autor perceber os sentimentos religiosos do seu programa, como se vê:

“Médecine, la science du devoir est à l’ordre du jour. Devant les excès de tout genre que se multiplient et tendent à déshonorer notre belle profession, on comprend enfin qu’il est temps de formuler un code de nos devoirs”. Considera que essa idéia a todos ocorre, mas há um problema difícil de vencer que é a sanção de leis concernentes a esses deveres. As tradições do passado estão abandonadas, a filosofia ultrapassada, a moda age bastardamente e a maioria dos médicos refugia-se no positivismo e assiste-se o esquecimento dos preceitos hipocráticos. Faz-se necessário, portanto, voltar ao hipocratismo, reforçado pela fé cristã. Não tem em vista o autor traçar um ritual para a vida profissional, mas apontar os principais deveres do médico perante o doente e perante a sua classe. Resumiremos os seus capítulos:

* Conselheiro do CREMEG.

Capítulo I — O Dever

O título de honra do médico é ser um homem que sabe honrar os seus deveres: "Une lourde responsabilité pèse constamment sur nous. Il est donc nécessaire de prendre une juste idée de la profession et de connaître ses graves devoirs".

Tenha-se sempre em mente que a Escola apenas nos inicia em matéria de ciência médica, mas não nos fala dos problemas da consciência; o ensino da Deontologia (ciência do dever) é letra morta na Faculdade. "... devant Dieu, le médecin est comme le dernier des ouvriers, il ne vaut qu'autant qu'il comprend son rôle et remplit sa mission". Há, portanto, um vasto campo aberto ao nosso zelo, para que possamos cumprir a dignidade de nosso estudo. Mas que deveres são esses, os conhecemos, por ventura, e nossa paixão permitirá obedecer nossa consciência?

Há, sempre, duas faces de nossa vida em jogo: uma, a do Cristão, e a outra, a do médico. Necessário se faz que ambas se harmonizem, para bem servir.

Capítulo II — A Ciência e a Arte

A medicina é, a um tempo, ciência e arte. Sábios eminentes poderão ser práticos sem valor, bem como há práticos bem humildes que ultrapassam a grandes professores. Isso prova a necessidade de um senso filosófico bem nítido, além do profundo conhecimento sobre as doenças. Tais sentimentos não se obtém nos bancos escolares. Sabe-se, por exemplo, que é ainda fraca a ciência psicológica, se comparada com a anatomia, que retrata segredos do cadáver:

"Quelle distance de ce corps sans vie à l'être vivant, sentant, que s'appelle l'homme!"

Ides à cabeceira do enfermo — acrescenta — bem armado de vossa ciência para que possais aplicar a vossa experiência: "Savez-vous que cest homme est un composé de corps et d'âme, une organization complexe où l'esprit s'unit intimement à la matière. Allez, savants confère, vous ne serez jamais qu'un insuffisant praticien si vous bornez à regarder le corps, sans tenir compte de l'âme que l'anime".

Será vã e perigosa vossa ciência se fôr ela hostil às verdades morais e religiosas, conclui.

No nosso tempo — continua o ilustre autor — assiste-se ao triste espetáculo (estamos no ano de 1880!...) de haver numerosos médicos que negam obstinadamente a Deus e a alma. Se falam da inteligência, a compreendem apenas como sensação. Outras explicações sobre a máquina humana, as subordinam ao apetite. Essa forma material de ver as coisas é repelida por Henri Perreyre, com energia: — Poderão estudar o doente, compreender seus fenômenos exteriores, os analisar e classificar metódicamente, mas sempre estranhos aos sentimentos do paciente.

Depois de outras considerações condenando o materialismo reinante, encerra o capítulo com aquela frase que fêz fortuna:

"Il n'y a pas des maladies, il y a des malades!"

Capítulo III — O doente

O conhecimento do doente é a condição indispensável de nossa arte, e isso está fora do alcance daqueles que não reconhecem nossa dupla natureza. É imprescindível conhecer o doente, no seu pequeno círculo de vida: seu caráter, seus sentimentos, seus hábitos; preciso é, também, compreender suas manias, para nos adaptarmos aos seus efeitos. O médico não será eficaz, senão quando seguido por cega obediência às nossas determinações. Esse é o segredo tanto dos sucessos quanto dos fracassos.

"La confiance ne se donne pas, elle se gagne". Mas, como conseguir a confiança e a amizade do doente? "Tous simplement en l'aimant".

Para sua cabeceira deveremos levar ciência, remédios, mas isso bem pouco significará, se não se acompanhar da caridade! A conquista do paciente pela nossa simpatia, tem que ser confirmada em atos e em palavras. É que o corpo é sofredor, mas a alma possui serenidade e calma, capazes de favorecer a cura.

Como poderemos amar um doente, sempre inquieto e atormentado? Teremos nós, ao contrário, de lhe oferecer fisionomia sorridente e sem revolta. Qualquer traço de severidade de nossa parte levará ao coração do infeliz, dor ainda maior!

Como cristão teremos de ver no doente um nosso semelhante, para quem devemos sentimentos de caridade. Nada nos deve deter! nem fadigas, nem trabalhos. "La charité n'est pas une vertu humaine: elle a sa source en Dieu". Em cada doente encontraremos algo do Divino Mestre. Cita o exemplo de Verônica enxugando com seus manto a face de Cristo, o que deve ser imitado por todo o médico!

Capítulo IV — A Doença

Nem sempre poderemos ler os livros piedosos, mas a Providência nos dá ampla visão, e os nossos doentes são como um livro aberto à nossa meditação: é que Deus não fala somente pelos evangelhos, mas através das criaturas também ouvimos a sua voz. Deve ter sempre em vista o médico que a doença não se manifesta apenas por uma chaga visível.

Capítulo V — O Mal

Por que sofrer? Eis a exclamação de todos os enfermos. Por que tantas dores? Por que tantas chagas? Por que as paralisias? Tais interrogações atormentam tanto o espírito do doente como do médico. Esse capítulo, aliás, é um desafio aos sábios, aos filósofos, aos enciclopedistas, para que desvendem esses mistérios!...

Capítulo VI — A Humildade

Sendo o homem a própria fraqueza, a humildade é o seu primeiro dever. Desgraçadamente o orgulho e o vício são mais difundidos. Para nós médicos — observa o autor — que conhecemos as deficiências de

nossa arte, a humildade é nossa primeira virtude. Por que será tão raro esse atributo?

Sabe-se que a ciência é grande principalmente por conhecer as maravilhas do criador, e grande, também, pelos seus fins que são, exatamente, apropriar-se pelas forças da natureza, de nossas necessidades. Parece, contudo, ainda maior, aos olhos dos profanos do que dos iniciados. Mas aqueles julgam a ciência infalível, mas nós a sabemos plena de lacunas.

“Elle inspire a ses jeunes disciples une assurance fière, mais trompeuse, car la désillusion vient vite”. Desenvolve, a fundo o autor esse capítulo, e conclue que apesar de tantas grandezas da Ciência — “l’humilité s’impose. Aimons la science, mais aimons davantage la vérité. Reconnaissons notre impuissance comme nos succès.”

Capítulo VII — O orgulho médico

Diz o ilustre autor que a incredulidade do médico vem progredindo desde o século XVIII. Qual a sua origem? — o orgulho médico.

“Supprimez du coeur la fatuité que le ronge, et vous n’aurez pas de paine à en obtenir un acte de foi”.

Como psicólogo, traça o autor as atitudes de muitos médicos: marcham solene e majestosamente. Que autoridade que assumem:

“Ils ont le verbe haute, la parole hardie, impétueuse et se sentent appelés a l’enseigner aux peuples”.

Mais e mais, aconselha o autor o trato humilde com os enfermos e aponta na França gloriosa a linguagem dos grandes médicos, como Cruveilhier, Laïennec, Récamier, e nos séculos passados, um Ambroise Paré que humildemente proclamava: “Je le pansay”, Dieu le guarit”.

Capítulo VIII — A Consciência

Desenvolve o autor, neste capítulo os problemas éticos de sua época, assegurando: “L’honnêteté est notre plus grand bien. M’est a la Conscience que se mesure une âme”.

Traça a posição do médico no plano social e observa: “Pensons-y-bien, confrères! La conscience est notre unique loi, et notre devoir imperieux est d’écouter sa voix et d’exécuter ses arrêts”.

Trata-se de um fardo pesado a ser suportado quando se tem em conta que a vida e a honra dos homens estão em nossas mãos, e mais do que isso, também a sorte das gerações. Uma coisa, porém, é certa: “La conscience est religieuse ou elle n’est pas”.

Capítulo IX — ainda a Consciência

Entra o autor no âmago de certos problemas de ordem prática: a profissão não é, absolutamente, mercantil! A visita do médico não tem preço. É mais “une dette de coeur”. E o cliente, destaca o autor:

“... ne nous donne pas un salaire, mais des honoraires”. Esse dinheiro vem honrar o nosso ministério de caridade. E conclue: “Le prix de notre visite, variable suivant les gens, est toujours en rapport avec la

position de fortune du client. Plus le malade est riche, plus nos honoraires sont élevés”.

É bem interessante verificar esse pensamento deontológico, há cerca de 90 anos passados!

Capítulo X — A Doutrina

Somente é considerada séria a medicina quando tem o seu apoio em uma doutrina. “Supprimez les doctrines, et c’en est fait des savants travaux et de toute grandeur”. Analisa, então, com muita ordem a evolução das doutrinas, até que Claude Bernard iniciou o combate ao empirismo. Houve grande reação quando Grasset afirmava aos seus discípulos: “Ne quittez pas les bancs de l’école, ne vous lancez pas dans la pratique de la vie et de la médecine sans avoir une doctrine”.

Capítulo XI — Unidade da Vida

A verdade não é ensinada apenas por palavra, mas pelo exemplo. O médico há que se ocupar do ensino da Higiene o qual tem seu apoio na moral. É preciso que o médico esteja sempre à altura dessa nobre missão.

Capítulo XII — A Coragem

Diz o autor que para o exercício da alta missão de curar os semelhantes, necessário, antes de tudo é ter coragem. Essa coragem, porém, não será uma pose estudada, porque é ela um sinal das almas fortes. Os historiadores militares de França anotam atitudes heróicas de médicos militares nos campos da Polônia, da Criméia, no Egito e relembram Desgenettes em Saint-Jean-d’Arcre durante terrível surto de Peste, e o mesmo comportamento anotam durante as epidemias de Cólera de 1832 e 1849. E completa o seu pensamento:

“Le médecin, lui, ne sort pas du cercle fatal: il vit sans remission dans les maladies et parmi les malades”.

Capítulo XIII — O Devotamento

“Le dévouement ne vas pas sans le courage, et le courage ne se comprend pas sans le dévouement”.

Desenvolvendo longamente este capítulo, afirma o autor que o tempo do médico não lhe pertence, mas sim aos seus doentes e ainda mais:

“Nos repas se font à l’heure que la clientèle veut nous laisser, ou ils ne se font pas”.

Capítulo XIV — Caridade

Inicia aqui a história de um homem que descia de Jerusalém para Jericó e caíra entre as mãos de ladrões, que o saquearam e espancaram.

Um padre descia também, e assistindo o fato, deixou de lado o pobre homem. Um levita procedeu igualmente, mas um samaritano dêle se aproximou, pensou os seus ferimentos e o levou para um albergaria onde o deixou sob os seus cuidados. É esta bela parábola de São Lucas que era médico — “la vraie caractéristique de notre ministère”.

É bem longo o capítulo e cheio de belos ensinamentos.

Capítulo XV — A Paciência

Relembra, de início, as palavras do grande mestre da Obstetrícia francesa — Doutor Pajot — pondo em evidência as três qualidades da paciência: paciência, paciência e paciência... É esse aforisma aplicável a toda a Medicina. Opõe-se exatamente à impaciência do doente: “L'inquiétude, la tourmente incessamment, et la douteur lui suggère des exigences insatiables”.

Pode parecer simples essa virtude — observa — mas é bem penosa na prática em vista dos obstáculos a vencer.

Capítulo XVI — A Ingratidão

“La reconnaissance est le premier devoir de celui a reçu un bienfait, et l'opinion n'a pas assez d'anathèmes pour fletir l'oubli de cette élémentaire vertu”. É regra — observa — que na prosperidade esquecemos sempre a mão que nos amparou na hora do perigo. O esquecimento omite sempre, com o tempo, o bem recebido. A gratidão, contudo, deve ser cultivada:

“Nous sommes riches dans le Coeur des autres”...

Capítulo XVII — Confissões e Confidências

O homem não estima, de modo algum, a humilhação. O médico deve conhecer o seu valor e o seu poder a fim de somente o usar para o bem. Nossa influência junto aos pacientes bem se justifica porque sobre tudo conhecemos bem as fraquezas humanas:

“On nous sait en contact journalier avec ses misères, ou nous croit expérimentés, ou nous suppose indulgents”.

Assim — observa o autor — êles nos confiam suas últimas confidências e abrem os seus corações:

“... une conscience atourdie tien à s'ouvrir et à se décharger... Quele tâche. Quel ministère!”

Esse pensamento salutar é enaltecido por Henri Perreyve:

“Le médecin comme le prêtre tient de Dieu un coeur particulière pour les pécheurs”.

Capítulo XVIII — O Segredo

Tendo o médico franco acesso em todos os lares, o seu ministério o faz penetrar nas intimidades, e as famílias nada escondem, nem mesmo os mais respeitáveis segredos. O preço dessa confiança é a nossa discre-

ção. A violação desses segredos nos condena a execração pública. Exemplifica, então:

“Un seul mot peut ternir l'honneur d'un homme, et l'honneur n'a pas de prix”.

Nesse longo capítulo o autor não aborda propriamente o segredo médico, mas eleva ao mais alto dos deveres, a discreção perante o paciente, cujas confissões servem, ademais, como valioso recurso à psicoterapia.

Capítulo XIX — A Tentação

Entre outras considerações, acha o autor que o médico pode ser tentado por três paixões: o orgulho, o dinheiro e a carne — assim se expressa o autor:

“La passion ne raisonne pas; et sans le frein salutaire de la foi, nous serions chaque jour coupables”.

Não se poderá jamais esquecer a fraqueza de nosso Coração e a insuficiência de nossa vontade.

Capítulo XX — A Noite

“La nuit, comme le jour, appartient à la souffrance, et par suite a nôtre ministère”.

“La nuit, avec profond silence, avec ses ombres rédoutables, porte l'esprit à de serieuses et salutaires pensées que nous retenous avec joie, que nous ne saurions trop apprecier”.

Servindo sempre a Deus, acalmando as dores, e pela graça de Deus — “Comment notre coeur resisterait-il aux inenarrables atrait du vôtre”!

Capítulo XXI — A morte

“La mort est une de nos fins dernières. Elle est là sur notre route, elle nous guette, elle nous attend”.

Ninguém resiste, nem evita os golpes da morte. Embora saibamos próxima e inevitável, ninguém se resigna em recebê-la. O médico, profundo conhecedor do pavor generalizado contra a morte — “peur de la mort” — embora também sujeito à parca, por dever de ofício, está sempre presente ao terrível espetáculo, que se repete quase todos os dias, sob suas bênçãos como se fôra um sacerdote. E encerrando esse grave capítulo assim se expressa o autor:

“Médecins, nous savons tous braver la mort”!

Capítulo XXII — Ainda a Morte

Desenvolve ainda o ilustre escritor profundos argumentos sobre a morte e proclama:

“Seule, la foi nous donne des clartés qui illuminent notre raison et nous permettent de regarder cette mort en face, de l'affronter, bien mieux de la désirer et de l'aimer”.

Capítulo XXIII — O médico segundo a Santa Escritura

Se dispuséssemos de mais espaço, traduziríamos integralmente êsse belo e importante capítulo. Eis como se inicia:

“Honore le médecin, dit l'Ecclésiaste, car il t'est necessaire. Le Très-Haut a voulu qu'il fut. Tout remède salubre vient de Dieu, et recevra du Roi sa récompense”.

Desenvolve a matéria e demonstra a origem divina dos remédios, das plantas medicamentosas, e assim define o verdadeiro médico:

“Jesus, c'est le Médecin dans toute sa puissance et dans toute sa gloire”. Mais uma vez cita o autor católico Henri Perreyve: “Se o sofrimento vos esmaga e ameaça vencer as vossas fôrças, arrojai-vos com o leproso, com o centurião, com o cego de Jericó, com o paralítico, com Marta e Maria, aos pés d'Aquêle que não cessou jamais de curar as mais sentidas dores humanas”.

LEI E JURISPRUDÊNCIA

RESOLUÇÃO 417/70 DO C.F.M.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA usando da atribuição que lhe confere a Lei nº 3 268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44 045, de 19 de julho de 1958 e

tendo em vista o que ficou decidido pelo Plenário em sessão de 6 de dezembro de 1969, e

considerando a necessidade de regulamentar o que se define por publicidade imoderada, referida na letra “d” do art. 5º do Código de Ética Médica,

R E S O L V E:

Aprovar as seguintes normas:

Dos Anúncios

Art. 1º — Os anúncios médicos impressos, individuais ou coletivos, deverão restringir-se em princípio:

- a) — à atividade médica ou especialidade exercida pelo médico;
- b) — ao nome usual do médico e seu número de inscrição do Conselho Regional competente;
- c) — aos títulos ou qualificações profissionais;
- d) — aos enderços e horários de trabalho.

Parágrafo 1º — Consideram-se títulos e qualificações para o disposto no item “c” dêste artigo:

- a) — os conferidos por entidades universitárias;
- b) — os títulos de especialização conferidos pela Associação Médica Brasileira;
- c) — os de outra natureza conferidos por entidades médicas de indiscutível valor.

Parágrafo 2º — As dúvidas sobre a utilização dos títulos serão resolvidas pelos Conselhos Regionais mediante consulta dos interessados.

Art. 2º — Não são permitidos anúncios médicos em rádio ou televisão.

Art. 3º — Não são permitidos anúncios de atividades médicas em publicidade de hospitais.

Parágrafo Único — O Diretor Clínico de qualquer estabelecimento hos-

pitalar responde perante o respectivo Conselho Regional de Medicina pela eventual publicidade de atividade médica feita pelo hospital que dirige.

Art. 4º — Não são permitidos anúncios médicos através de volantes.

Art. 5º — Nas entrevistas em emissoras de rádio e televisão e nos artigos publicados em jornais e revistas leigas o médico deve zelar para que não haja sua própria promoção profissional.

Art. 6º — Os médicos podem, usando meios de divulgação leiga, dar entrevistas, versando assuntos médicos com fins educativos.

Parágrafo 1º — Constituem assuntos médicos para fins educativos, aqueles considerados de tal interesse social pelo respectivo Conselho Regional de Medicina.

Art. 7º — Sempre que o médico for solicitado a prestar informações e dar entrevistas pelos meios gerais de divulgação versando medicina assistencial, deverá recomendar aos solicitantes que se dirijam ao respectivo Conselho Regional de Medicina.

Art. 8º — Os procedimentos de divulgação relacionados com a educação sanitária, quando realizados pelos órgãos competentes, prescindem da participação à entidades médicas.

Art. 9º — Os médicos devem abster-se de assumir responsabilidade da resposta à consultas através de jornal, revista, rádio ou televisão.

Art. 10º — Os médicos poderão afixar apenas uma placa externa em seu local de trabalho e/ou em sua residência.

Art. 11º — Os médicos deverão ao afixar a placa interna do seu local de trabalho, abster-se de outras indicações que as do art. 1º desta regulamentação.

Das Comissões de Divulgação

Art. 12º — Os Conselhos Regionais devem possuir uma Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos composta no mínimo de 3 (três) membros

Art. 13º — A Comissão de Divulgação dos Conselhos Regionais terá como finalidade:

a) — Dar parecer às consultas feitas ao Conselho Regional a respeito desses assuntos, interpretando pontos duvidosos, conflitos e omissões.

b) — Exercer fiscalização em torno da aplicação das presentes normas.

c) — Manter entendimentos com órgãos da imprensa escrita, falada e televisada através, se for o caso, dos médicos encarregados das sessões médicas respectivas.

d) — Propor ao Presidente do Conselho em caso de infração das normas em vigor nos Conselhos Regionais, a instauração de processo ético-profissional.

e) — Propor alterações que se façam necessárias às normas vigentes aos Conselhos Regionais, respeitadas as das presentes normas.

Art. 14º — Os Conselhos Regionais, respeitadas as resentes normas,

poderão completar esta regulamentação, levando em consideração as peculiaridades e as condições sociais da Região em que atuam.

Rio de Janeiro, 6 de março de 1970

Murillo Belchior
Presidente

José Luiz Guimarães Santos
Secretário Geral

RESOLUÇÃO Nº 420/70 DO C.F.M.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, usando da atribuição que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44 045, de 19 de julho de 1958, e

tendo em vista o que ficou decidido pelo Plenário em sessão de 6 de março de 1969, e

CONSIDERANDO

- a) — o que estabelecem os artigos 7º, 8º, 17, 18 e 19 do Código Deontológico;
- b) — a problemática médico-assistencial que, por seus efeitos diversos e por suas implicações, gera freqüentes tomadas de posição dos médicos e das entidades profissionais;
- c) — a existência de documentos em que médicos e entidades procuram consubstanciar suas posições diante dessa problemática;
- d) — a contínua solicitação aos Conselhos Regionais de Medicina e ao próprio Conselho Federal de Medicina em relação ao problema;
- e) — a necessidade de preservar, para os Conselhos Regionais de Medicina e para o Conselho Federal de Medicina, as condições indispensáveis ao adequado julgamento dos casos ético-profissionais nascidos da problemática médico-assistencial e das posições assumidas pelos médicos e entidades associativas,

RESOLVE:

RECOMENDAR

Aos Conselhos Regionais de Medicina que:

1. — ao receberem os documentos que procuram expressar a tomada de posição da categoria médica, apenas acusem conhecimento dos mesmos, abstando-se, entretanto, de adotar qualquer decisão a respeito, a fim de preservarem as condições que devem ter para o julgamento dos casos concretos, fazendo comunicação esclarecedora nesse sentido aos signatários de tais documentos;

2. — orientem os signatários desses documentos no sentido de encaminharem, com descrição e fundamento, as denúncias de casos concretos de possíveis infrações ético-profissionais, a fim de que sejam processados na forma legal e dentro do que preceitua o Código Deontológico;

3. — no julgamento dos casos concretos procurem averiguar na qua-

lidade do documento, se o conteúdo da orientação adotada pelos médicos atende aos justos interesses dos pacientes e dos médicos e se, na expressão quantitativa de seus signatários, traduzem um movimento generalizado dos profissionais;

4 — transmitam essa orientação às entidades médicas.

Rio de Janeiro, 6 de março de 1970

Murillo Belchior
Presidente

José Luiz Guimarães Santos
Secretário Geral

RESOLUÇÃO Nº 422/70 DO C.F.M.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, usando da atribuição que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44 045, de 19 de julho de 1958, e

tendo em vista os entendimentos havidos, durante o 3º Encontro de Presidentes de Conselhos Regionais, e

tendo em vista o que ficou decidido em sessão plenária do dia 18 de julho de 1970 e,

Considerando a necessidade de uniformização e harmonia nas decisões dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina;

Considerando ser o Conselho Federal de Medicina o órgão máximo ao qual estão subordinados os Conselhos Regionais de Medicina;

Considerando que o Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais constituem em seu conjunto uma Autarquia, constituindo o primeiro o órgão central e dominante da Autarquia no plano nacional ;

Considerando que em seu conjunto, essa Autarquia não pode deixar de ter um órgão superior que lhe imprima unidade e que no Plano Nacional esse órgão é o Conselho Federal;

Considerando que a subordinação mencionada na Lei implica em restrições às atividades dos Conselhos Regionais;

Considerando que cabe ao Conselho Federal de Medicina deliberar e firmar doutrina sobre assuntos de interesse da ética médica no Plano Nacional;

Considerando que o Conselho Federal e os Conselhos Regionais, como órgão da administração, não podem refugir às diretrizes da política traçada pelo Governo Federal,

RESOLVE:

Determinar aos Conselhos Regionais de Medicina que como instância inicial do sistema, se atenham estritamente, às atribuições que lhe são conferidas pelo artigo 15 da Lei nº 3 268, de 30 de setembro de 1957, ficando expressamente reservados ao Conselho Federal de Medicina, como instância superior e órgão máximo do sistema, os atos que impliquem na adoção de diretrizes e normas de comportamento em face de decisões e atos dos Podêres Públicos Federais.

Ficam revogadas a partir desta data todos os atos dos Conselhos Regionais de Medicina que contrariem o disposto nesta Resolução.

Rio de Janeiro, 18 de julho de 1970

Murillo Bastos Belchior
Presidente

José Luis Guimarães Santos
Secretário Geral

RESOLUÇÃO Nº 1/70 DO CREMEG

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA GUANABARA usando da atribuição que lhe confere a lei 3.268 de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Dec. 44.045 de 19 de julho de 1958, e

considerando o que dispõe o Art. 12 da Resolução 417/70 do CFM, e tendo em vista o que ficou decidido em plenário, em sessão de 15 de maio de 1970,

RESOLVE:

designar os Conselheiros DJALMA CHASTINET CONTREIRAS, MATHEUS XAVIER MONTEIRO DE SÁ e MIGUEL CAVALCANTI, para, sob a presidência do primeiro, constituírem a *Comissão de Publicidade deste Conselho*.

Rio de Janeiro, 19 de maio de 1970

Dr. Fernando Samico
Presidente

Dr. Djalma Chastinet Contreiras
1º Secretário

RESOLUÇÃO Nº 2/70 DO CREMEG

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA GUANABARA,

considerando que algumas organizações médico-assistenciais que mantêm convênio com o INPS, não estão pagando integralmente aos seus médicos, a parcela que recebem do Instituto para cobertura dos serviços profissionais;

considerando que o Código de Ética Médica, no seu Art. 3º especifica que "o trabalho médico não deve ser explorado por terceiros, seja em sentido comercial ou político";

considerando que a existência do convênio comprova o caráter não exclusivamente filantrópico da entidade, condição única que anularia o disposto no Art. 3º do Código de Ética Médica,

R E S O L V E :

Aos médicos que trabalham em organizações médico-assistenciais que

mantêm convênios com o INPS ou entidade semelhante, é vedado aceitar redução dos honorários a que têm direito por força daqueles convênios. A inobservância desta resolução, será considerada ilícito ético, e motivo de Processo Ético-Profissional.

Rio de Janeiro, 31 de maio de 1970

Dr. Fernando Samico
Presidente

Dr. Djalma Chastinet Contreiras
1º Secretário

RESOLUÇÃO Nº 3/70 DO CREMEG

Adota modelo de ata de conferência médica para a prática legal de abortamento ou esterilização cirúrgica e recomenda a sua utilização.

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA GUANABARA, no uso de suas atribuições e,

considerando que o Código de Ética Médica nos artigos 52 e 54 e seus parágrafos, exige que as indicações de esterilização cirúrgica e de abortamento sejam "referendadas por mais dois médicos ouvidos em conferência" e que de tal fato seja lavrada uma ata;

considerando que a falta de um modelo oficial de ata dessas conferências, dificulta o cumprimento das exigências legais referidas;

considerando que, outros Conselhos Regionais, como o da Bahia e de São Paulo, já estabeleceram para as suas regiões, modelos de atas dessas conferências, com benéficos resultados:

RESOLVE:

I — Adotar para o Estado da Guanabara o modelo de ata de conferência médica que a este acompanha, destinado a utilização obrigatória em todos os casos de abortamento e de esterilização cirúrgica.

II — Recomendar para a utilização deste modelo as seguintes normas:

1º — A conferência médica será feita de acordo com o estabelecido nos artigos 20 a 29 do Código de Ética Médica.

2º — A 1ª (primeira) via da ata deverá ser remetida imediatamente ao Conselho Regional de Medicina do Estado da Guanabara, mediante ofício protocolado; a 2ª (segunda), também imediatamente, será enviada por via oficial ao Diretor do Estabelecimento Hospitalar; e a 3ª (terceira) ficará em poder do profissional que executar o ato cirúrgico.

3º — No caso de esterilização, se a indicação surgir no decurso de uma intervenção, o cirurgião ouvirá em conferência dois médicos presentes, devendo a ata ser lavrada logo após a intervenção.

4º — Na hipótese de estupro somente deverá ser praticado o abortamento quando comprovado legalmente o fato.

5º — A ata constitui segredo médico, não podendo ficar exposta ao conhecimento de estranhos.

6º — Nos casos omissos ou duvidosos deve o médico consultar este Conselho Regional.

Rio de Janeiro, 10 de dezembro de 1970

a) Dr. Fernando de Paiva Samico
Presidente

Dr. Djalma Chastinet Contreiras
1º Secretário

Nota: o modelo da ata vai publicado adiante.

NA PESSOA DA PACIENTE

(nome)

Aos dias do mês de do ano de os médicos abaixo assinados,

Dr.

CREMEG nº, Médico Assistente, Dr.

....., CREMEG nº e Dr.

....., CREMEG nº, Médicos Conferencistas, tendo examinado em

conferência médica a paciente

(nome)

....., com anos

(nacionalidade)

(estado civil)

de idade, residente à rua nº

na cidade de, declaram que a referida paciente é portadora

de

(diagnóstico)

conforme os seguintes dados clínicos:

pelo que se faz necessária a prática de na pessoa

(abôrto ou esterilização)

da mesma. E para cumprir o que determina o artigo do Código de Ética

(52 ou 54)

Médica lavram a presente ata em 3 (três) vias, sendo a 1ª (primeira) remetida ao Conselho Regional de Medicina do Estado da Guanabara, a 2ª (segunda) ficará em poder de

Dr.

Diretor Médico do

(nome do Hospital, Maternidade, Clínica ou Casa de Saúde)

..... onde será praticada a intervenção e a 3ª (terceira) com o

Dr. que executará o ato

(assistente ou conferencista)

cirúrgico, as quais vão assinadas pelos médicos assistente e conferencistas acima nomeados e mais pela paciente ou pelo seu representante legal, como expressão do seu inteiro consentimento, para a medida acima prescrita.

Rio de Janeiro, de de 19.....

Dr.

Médico Assistente, CREMEG n.º

Dr.

1.º Médico Conferencista, CREMEG n.º

Dr.

2.º Médico Conferencista, CREMEG n.º

(Assinatura do paciente ou, quando incapaz, do seu representante legal)

RESOLUÇÃO Nº 4/70 DO CREMEG

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA GUANABARA, no uso de suas atribuições,

considerando a frequência com que são recebidas denúncias de pacientes do sexo feminino alegando terem sido atendidas desrespeitosamente pelo seu médico;

considerando que, na quase totalidade dos casos o Processo Ético-Profissional vem comprovar a falta de fundamento da denúncia;

considerando que tais casos acarretam sempre situações de constrangimento e mesmo de sofrimento moral por parte de todos os que se vêem envolvidos no Processo;

considerando que, quase sempre, tais casos são suscitados em razão do atendimento médico ter-se processado sem a presença de uma terceira pessoa:

RESOLVE:

Recomendar, em caráter reservado, aos médicos da Guanabara que procurem, principalmente em consultas que envolvam exame especializado de caráter íntimo, ter sempre a presença de uma testemunha, (parente, acompanhante ou auxiliar do médico).

Rio de Janeiro, 15 de dezembro de 1970

Dr. Fernando Samico

Presidente

Dr. Djalma Chastinet Contreiras

1º Secretário

CFM — CIRCULAR Nº 3/70

Rio de Janeiro, 18 de fevereiro de 1970.

Senhor Presidente:

Tenho o prazer de comunicar a V. Sa. que em sua última sessão, o CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, aprovou a recomendação, aos estabelecimentos hospitalares e outras pessoas jurídicas em que se exerce a Medicina, ou sob cuja égide se exerce a Medicina, no sentido de criação de Comissões de Ética Médica, sendo de se acentuar:

a) — a conveniência de essas Comissões serem escolhidas diretamente pelos próprios integrantes do respectivo quadro médico;

b) — a boa adequação do funcionamento da Comissão de Ética Médica como assessora da Direção Clínica, ou da função equiva-

lente que é responsável perante o Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição, pela obediência das normas de sua entidade ao Código Deontológico;

- c) — a importância da orientação sistematizada e constante dessas Comissões de Ética Médica pelos Conselhos Regionais das respectivas jurisdições;
- d) — a devida valorização ou consideração pelos Conselhos Regionais de Medicina, nos processos disciplinares nascidos no âmbito daquelas pessoas jurídicas, das informações ou depoimentos das Comissões de Ética convenientemente constituídas.
- 2º) — Aprovar sugestão à Associação Médica Brasileira, para que suas entidades filiadas estaduais estudem a criação nas respectivas áreas regionais, de Comissões de Ética, que dêem idêntica cobertura às entidades que não possam constituir Comissões de Ética.
- 3º) — Reiterar a transcendental importância do ensino regular de Deontologia Médica dentro do currículo médico, compreendendo o pleno e integral conhecimento do Código Deontológico.

De fato, na boa formação ética do médico reside o principal instrumento de contínua elevação e dignificação da Medicina.

Solicitamos a V. Sa. seus bons ofícios junto aos estabelecimentos hospitalares na jurisdição desse Regional, no sentido de que seja observada essa recomendação.

Aproveito o ensejo para reiterar os protestos de elevada estima e consideração.

Murillo Bastos Belchior
Presidente

RUBÉOLA E ABORTO EUGÊNICO

PROPOSIÇÃO AO CORPO DE CONSELHEIROS DO CREMEG

Da necessidade de se considerar a Rubéola, nos três primeiros meses da gestação, perigosa para o conceito, e de ser modificado o Código de Ética, para que seja enquadrada entre as causas que justificam o aborto eugênico.

Considerando a grande periculosidade da Rubéola para as gestantes até o terceiro mês, pela possibilidade de transmissão da síndrome rubélica congênita (SRC), por infecção dos tecidos embrionários;

Considerando que a partir do surto epidêmico de Rubéola (1941), ocorrido em Sydney (Austrália) em que o médico *N. M. Greeg* teve oportunidade de observar casos de catarata, além de surdo-mudez e microcefalia, em crianças recém-nascidas que as genitoras haviam contraído Rubéola, no primeiro trimestre da gestação;

Considerando que outros observadores, como Swan (1942 e 1943) também anotaram nas mesmas condições, o aparecimento de casos semelhantes, além de lesões cardíacas e do sistema nervoso central, e retardamento mental progressivo;

Considerando que em várias outras epidemias, e mesmo em cuidadosos inquéritos retrospectivos, em todo o mundo, as estatísticas confirmam esses mesmos fatos, e que sabemos agora, por via experimental que tais lesões são irreversíveis;

Considerando que o Professor *Alfred S. Evans*, nos Estados Unidos, justamente alarmado, preconiza em tal situação a prática do aborto terapêutico, naturalmente satisfazendo as exigências de ordem ética, compatíveis;

Considerando, finalmente, que a última edição de "Current Therapy" (1969) revê a matéria e sustenta que o conceito estará sempre exposto a contrair a síndrome rubélica, apresentando redução de peso, púrpura trombocitopênica, hepato e esplenomegalia, calcificação cerebral, além do espectro clássico de lesões já citadas e que são irreversíveis, e que, também, o infante albergará por longo prazo o vírus específico, tornando-se portador perigosíssimo;

Proponho seja essa espécie de aborto que classificaremos *eugênico* devidamente apreciada pela Comissão que estuda as modificações necessárias e urgentes, a serem introduzidas no *Código Penal* e no *Código de Deontologia Médica*, tendo em vista evitar tristes casos teratológicos, cada vez mais generalizados, e somente agora devidamente explicados, e que

têm levado aos lares permanente tristeza, com a presença de casos teratológicos irreversíveis.

Já é tempo de se considerar, de acôrdo com os princípios eugênicos, embora sejamos absolutamente contrários ao abôrto, que se a sua adoção para salvar a vida da genitora, é um ato de caridade, o mesmo deverá ser encarado quando se colima evitar o nascimento de uma criatura subhumana com defeitos físicos e mentais progressivos e irreparáveis. Enquadra-se naquelas mesmas medidas profiláticas desenvolvidas nas campanhas dos exames prenupciais, tendentes a evitar a transmissão de taras hereditárias. Não estará em perigo a vida da parturiente, mas essa, como mãe, sofrerá a vida tôda ao contemplar a presença do seu filho, incapaz física e mentalmente.

Sala das Sessões do CREMEG — 15 de maio de 1970. Conselheiro J. Messias do Carmo.

(Aprovada pelo plenário.)

III ENCONTRO DE PRESIDENTES DE CONSELHOS REGIONAIS DE MEDICINA, PROMOVIDO PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. RIO DE JANEIRO, 17 DE JULHO DE 1970

AGENDA

- 1 — O Art. 12 do Decreto-Lei nº 66/66 e sua referência à Diária Global;
- 2 — Instituições médicas de pré-pagamento mencionadas no Art. 135 do Decreto-Lei nº 73/66 e suas implicações com a ética médica;
- 3 — Aspectos quantitativos e qualitativos da prestação de assistência médica na Previdência Social, em face da ética médica;
- 4 — Definições das responsabilidades técnicas e éticas nos convênios de prestação de assistência médica;
- 5 — Assistência médica prestada pelo Fundo Rural e ética médica.

PROPOSIÇÕES APRESENTADAS EM CONJUNTO PELOS TRÊS GRUPOS DE TRABALHO

- 1 — Proposições relativas aos itens da agenda:
 - 1.01 — Propõe-se que o CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA reitere sua condenação às diárias hospitalares globais;
 - 1.02 — Propõe-se que o CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA solicite ao Sr. Ministro do Trabalho e Previdência Social que sejam obrigatoriamente separados das contas hospitalares os honorários médicos;
 - 1.03 — Propõe-se que o CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA se declare contrário ao sistema de pré-pagamento que vem sendo utilizado;
 - 1.04 — Propõe-se que o CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA solicite ao Sr. Ministro do Trabalho e Previdência Social que não sejam apoiadas nem prestigiadas as organizações que prestam assistência médica no sistema de pré-pagamento;

- 1.05 — Propõe-se que o CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA solicite ao Sr. Ministro do Trabalho e Previdência Social, como responsável que é pela Previdência Social, que determine ao Departamento Nacional de Previdência Social não sejam baixadas normas sobre assistência médica sem que o CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, como órgão do Poder Público que é, seja previamente ouvido quanto aos aspectos éticos respectivos;
- 1.06 — Propõe-se que o CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA solicite ao Sr. Ministro do Trabalho e Previdência Social uniformização do procedimento médico previdenciário nas diferentes unidades territoriais do país;
- 1.07 — Propõe-se que o CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA acenue ao Sr. Ministro do Trabalho e Previdência Social a importância prioritária da qualidade na assistência médica, sendo os índices quantitativos legítimos somente quando correspondentes à boa qualidade que é desejável na prestação de serviços.

Em função disso, propõe-se, ainda, a condenação do atendimento em massa prestado pela Previdência Social em detrimento da qualidade desse atendimento, notadamente no que se refere aos seguintes itens:

- 1º) — A chamada segunda tarefa;
- 2º) — Triagem de pacientes dos ambulatórios para as próprias clínicas dos profissionais;
- 3º) — Agenciamento de pacientes dentro dos próprios do INPS;
- 4º) — Forma de escolha dos profissionais nos diversos sistemas de atendimento;
- 5º) — Restrições na orientação diagnóstica e terapêutica dos pacientes;
- 6º) — Os atos normativos 49, 50 e 51 do DNPS, pois contrariam frontalmente o Art. 30 do Código de Ética Médica e outros.

SUGERE-SE, finalmente:

- a) — Credenciamento amplo de todos os médicos, com livre escolha pelos pacientes;
 - b) — Criação de um sistema financeiro para custeio de despesas com a saúde (seguro estatal compulsório);
- 1.08 — Propõe-se que o CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA solicite ao Sr. Ministro do Trabalho e Previdência Social a obrigatoriedade de exigência de Diretor Clínico, médico, responsável também pelo cumprimento da ética médica, para qualquer pessoa jurídica que celebre contrato de assistência médica, sem prejuízo do cumprimento de todos os preceitos deontológicos;
- 1.09 — Propõe-se que o CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA solicite ao Sr. Ministro do Trabalho e Previdência Social que seja reformulada a assistência à população rural, sem que

se estabeleça nenhuma diferença entre a que lhe é prestada e a que é recomendada para os previdenciários de modo geral, reforçando-se os recursos para a primeira com meios provenientes de outras áreas da produção;

- 1.10 — Propõe-se que o CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA solicite ao Sr. Ministro do Trabalho e Previdência Social que determine aos órgãos competentes consulta prévia a este Colegiado quanto aos aspectos éticos das normas assistenciais a serem adotadas para a população rural.

2 — PROPOSIÇÕES ADICIONAIS

- 2.01 — CONSIDERANDO que diversas instituições exigem a aposição do diagnóstico nos recibos de honorários médicos; que tal procedimento fere frontalmente aos princípios de ética médica (Art. 43 do Código de Ética Médica), que a Portaria publicada no Diário Oficial de 21.09.42 recomenda a codificação de doenças e atos médicos pela Previdência Social, PROPÕE-SE que o CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA e os CONSELHOS REGIONAIS respectivos se dirijam às instituições que assim procedem, no sentido de revogarem a exigência em aprêço e de adotarem a codificação da Organização Mundial de Saúde;
- 2.02 — CONSIDERANDO que a aposição do número de inscrição no CPF nos impressos de prescrição médica contraria dispositivos éticos de sigilo profissional, propõe-se que o CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA interfira junto ao Ministério da Fazenda no sentido de que essa exigência seja feita nos recibos de honorários médicos;
- 2.03 — Propõe-se, de acordo com condensação feita pelo representante do Rio Grande do Sul:
- a) — afirmação de posição filosófico-política, preservando os postulados éticos vigentes;
 - b) — que se atribua ao Ministério da Saúde, de fato, na forma do sábio preceito constitucional, a ação normativa referente aos problemas de saúde, principalmente em relação à ética médica;
- 2.04 — Propõe-se que sejam revigoradas as decisões aprovadas no II ENCONTRO DOS CONSELHOS REGIONAIS DE MEDICINA, relativas aos Decretos-Leis 66/66 e 73/66, com a anexação de cópia das mesmas;
- 2.05 — Propõe-se anexação do Parecer do Consultor Jurídico do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO GRANDE DO SUL, de nº 63/70, para que se pleiteie dos Poderes Públicos o que consubstancia o mesmo Parecer;
- 2.06 — Propõe-se que o CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA lembre ao Sr. Ministro do Trabalho e Previdência Social, que a utilização da tabela de honorários da instituição previdenciária significa a compreensão, que têm os médicos, da necessidade de colaborar para o equilíbrio financeiro da mes-

ma, sendo todavia igualmente compreensível que os limites da referida tabela não se aplicam a pacientes que declaram tacitamente suas maiores possibilidades financeiras ao exigirem instalações hospitalares superiores às que são normalmente oferecidas pela Previdência Social;

- 2.07 — Propõe-se que o CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA solicite ao Ministro do Trabalho e Previdência Social que os procedimentos de padronização dos medicamentos respeitem integralmente o princípio da liberdade de prescrição para o médico;
- 2.08 — Propõe-se que o CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA solicite ao Sr. Ministro do Trabalho e Previdência Social que haja fração específica de cotização para a assistência médica, que não será destinada a outras finalidades, sendo que as eventuais insuficiências financeiras devem ser solucionadas mediante adequada seleção de riscos a serem cobertos a fim de que não venha a ocorrer deterioração da qualidade da assistência médica proporcionada aos enfermos;
- 2.09 — Propõe-se que o CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA solicite ao Sr. Ministro do Trabalho e Previdência Social a revisão das normas assistenciais vigentes, em seus aspectos éticos, com a audiência deste Colegiado;
- 1.10 — Propõe-se que o CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA solicite ao Sr. Ministro da Justiça que se exija prévio parecer do Conselho Regional de Medicina da respectiva jurisdição, para registro de pessoas jurídicas de assistência médica em Junta Comercial;
- 2.11 — Propõe-se que o CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA ao encaminhar suas proposições, justifique-as com suficiente clareza, levando em conta o fato de serem freqüentemente dirigidos por pessoas não familiarizadas com a ética médica os órgãos e instituições a que se destinam essas proposições;
- 2.12 — Propõe-se que o CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, juntamente com a Associação Médica Brasileira, receba os subsídios oferecidos pelo CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, através deste ENCONTRO, visando à elaboração de um Estatuto da Medicina;
- 2.13 — Propõe-se que o CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA caracterize a participação de acadêmicos de medicina, internos e residentes nos atos médicos como atividade de aprendizado e não como emprêgo, sempre sob orientação e responsabilidade de médicos competentes para o seu ensino;
- 2.14 — Propõe-se que o CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA receba os subsídios jurídicos oferecidos pela Consultoria Jurídica do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, encaminhados através deste ENCONTRO, para os estudos pertinentes;
- 2.15 — Propõe-se que o CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA proceda à revisão, para aperfeiçoamento, da sistemática relativa

à emissão e ao uso da carteira profissional de médico, fornecida pelos Conselhos Regionais de Medicina;

- 2.16 — Propõe-se que o CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA proceda ao reestudo da forma de fixação e da destinação das anuidades, taxas e emolumentos pagos pelos médicos aos Conselhos Regionais de Medicina;
- 2.17 — Propõe-se que o CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA realize com a maior freqüência possível ENCONTROS DOS CONSELHOS REGIONAIS DE MEDICINA;
- 2.18 — Propõe-se que a convocação dos ENCONTROS se façam sempre de modo a proporcionar à direção do CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA o tempo de que necessite para distribuir previamente as matérias a serem analisadas;
- 2.19 — Propõe-se moção de louvor ao Sr. Presidente do CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, pela forma como vem sendo conduzido este III ENCONTRO DOS CONSELHOS REGIONAIS DE MEDICINA;
- 2.20 — Propõe-se moção de louvor aos Presidentes dos Grupos de Trabalho do III ENCONTRO DOS CONSELHOS REGIONAIS DE MEDICINA (com abstenção dos referidos Presidentes);
- 2.21 — Consulta do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA GUANABARA ao CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA.

RELATÓRIOS

**RELATÓRIOS DAS ATIVIDADES DO CONSELHO REGIONAL DE
MEDICINA DO ESTADO DA GUANABARA (CREMEG) DURANTE
O EXERCÍCIO DE 1970**

1 — *Relatório da Presidência*

*(Apresentado por ocasião da posse da nova Diretoria
em 6 de janeiro de 1971)*

Senhores Conselheiros

Ao concluirmos êsse exercício é justo e imperioso que enalteçamos a atuação dêste Plenário, sempre atento e cômico dos deveres que lhe incumbe desempenhar na árdua função para que os ilustres Conselheiros foram indicados pela maioria da classe médica da Guanabara. O interesse pelos problemas éticos, a assiduidade às reuniões e a inteligente orientação dada a todos os assuntos aqui ventilados, atestam inofismavelmente a acerto da escolha do memorável pleito de 1968.

De nossa parte, cumprimos com inabalável determinação os imperativos que a lei nos atribui. Fixamos nossa atenção nos preceitos deontológicos que nos incumbe e o fizemos com a maior discreção e a mais absoluta correção. Assim devemos continuar.

Recordamos que êste Conselho viveu sua pior fase no primeiro ano da gestão do atual Corpo de Conselheiros. Para felicidade nossa, soube-mos, naquela oportunidade, escolher um nome certo, na pessoa do ilustre Conselheiro Matheus Xavier Monteiro de Sá que reorganizou os serviços dêste CREMEG. Recebendo de suas mãos a Presidência, foi muito fácil continuar o trabalho encetado, já que tôdas as dificuldades foram sanadas durante aquela gestão, com a colaboração de dedicados e competentes companheiros.

Ao terminar êste mandato queremos agradecer aos Conselheiros que nos auxiliaram na Diretoria e também aos funcionários que em magnífico ambiente de harmonia produziram além das suas tarefas regulares. E queremos ressaltar por fim o apoio irrestrito e sereno que nos foi dado pelos Senhores Conselheiros, durante a crise que se esboçou naqueles tumultuosos dias de maio.

Em cumprimento ao item "1", do art. 20, do Regimento Interno, apresentamos a seguir e em resumo, os principais dados das atividades dêste CREMEG, durante o exercício de 1970.

Do Corpo de Conselheiros

O Corpo de Conselheiros realizou 22 sessões ordinárias, assim distribuídas:

Março	— Dia 16;
Abril	— Dia 09;
Mai	— Dias 15 e 27;
Junho	— " 04, 15 e 30;
Julho	— " 20 e 30;
Agosto	— " 14 e 31;
Setembro	— " 09 e 21;
Outubro	— " 02, 13 e 23;
Novembro	— " 04, 17 e 30;
Dezembro	— " 09 e 10.

Além dessas foram também realizadas sessões extraordinárias nos dias 23 de abril e 30 de novembro.

O Corpo de Conselheiros sofreu as seguintes modificações:

- prorrogação da licença do Conselheiro Dr. LUIZ FERNANDO ROCHA FERREIRA DA SILVA e convocação do Conselheiro suplente Dr. AMAURY BARBOSA DA SILVA, a partir de 8 de janeiro de 1970;
- exclusão do Conselheiro Efetivo Dr. ALMIR DUTTON FERREIRA e convocação do suplente Dr. SÉRGIO MONTEIRO DE CARVALHO, a partir de 26 de junho de 1970;
- licenciamento, a pedido, do Conselheiro Dr. SÉRGIO MONTEIRO DE CARVALHO e convocação do Conselheiro Suplente Dr. CLEBE VELLOSO SCARINCI, em 2 de outubro de 1970;
- licenciamento, a pedido, do Conselheiro Dr. FERNANDO SAMICO, por 30 dias, e convocação do Conselheiro Suplente Dr. JOSÉ WAZEN DA ROCHA;
- licenciamento do Conselheiro Efetivo Dr. JOSÉ ALVES ASSUMPTÃO DE MENEZES e convocação do Conselheiro Suplente Dr. HUGO ELIAS, a partir de 21 de agosto de 1970;

Da Diretoria

A Diretoria realizou reuniões semanais às segundas-feiras e, diariamente, estiveram sempre presentes no Conselho, no horário de 13 às 17,00 horas, o Presidente e o 1º Secretário, no mínimo.

O Presidente cumpriu o que determina o art. 20 do Regimento Interno e esteve licenciado durante o período de 18-8 a 18-9-1970, sendo substituído pelo Vice-Presidente Dr. ROBERTO MACHADO SILVA.

A Secretaria apresentou o seguinte movimento:

Entrada de Processos Éticos em 1970	23
Carteiras plásticas emitidas	328
Expedições da Resolução nº 158	328
Declarações fornecidas	218

Expedientes diversos recebidos	1.360
Registros efetuados em 1970	767
Cancelamentos de registros	55
Transferências de médicos	71
Retornos	18
Registro de falecimentos	122
Ofícios expedidos	2.409
Telegramas expedidos	179
Adressographs relacionadas	660
Adressographs retificadas	632

A Tesouraria cumpriu fielmente as obrigações que lhe são impostas no Regimento Interno e o seu movimento se encontra descrito nos balancetes trimestrais e no balanço anual.

A cobrança de médicos em atraso foi intensificada, conseguindo-se arrecadar cêrca de Cr\$ 26.551,00 e esclarecer a situação de inúmeros médicos já falecidos, transferidos ou que se retiraram da profissão. Cabe ressaltar que por deliberação da Assembléia Geral, reunida no dia 30 de novembro, foi autorizada a incorporação a "Rendas Diversas" da quantia de Cr\$ 26.971,27, referente à venda de automóveis, a qual se encontrava imobilizada na Caixa Econômica e apesar de termos adquirido as salas n.ºs 1021 e 1022, concluímos o exercício com um saldo no valor de Cr\$ 47.254,96.

Os serviços jurídicos continuaram sob a responsabilidade do Dr. MÁRIO LOBATO DE AZEVEDO CORRÊA, que vem prestando a êste Conselho uma colaboração de inestimável valor.

PARTICIPAÇÃO EM REUNIÕES E VISITAS IMPORTANTES

Esta presidência tomou parte no III ENCONTRO DE CONSELHOS REGIONAIS DE MEDICINA, realizado sob a égide do Conselho Federal, em 17 de julho, oportunidade em que expusemos e defendemos as teses aprovadas em reunião prévia pelo plenário dêste Conselho.

Em fins de julho, em companhia do 1º Secretário e do Presidente do Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro, ilustre Conselheiro Dr. MIGUEL OLÍMPIO CAVALCANTI, estivemos presentes na 2ª JORNADA DE SINDICATOS MÉDICOS, ocorrida em Recife. Nesse conclave nos coube a presidência da Comissão que elaborou as teses sobre ética médica, tôdas aprovadas pela Assembléia.

Tivemos, também, a oportunidade de visitar o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, assistindo a uma das suas reuniões plenárias e sendo recebidos com a maior cordialidade e fidalguia. Ainda, no mês de dezembro, comparecemos, a convite, a uma solenidade promovida em sua sede, pela Associação Médica Brasileira, em homenagem ao presidente COSTA E SILVA.

Além disto, a Diretoria tomou parte em várias Mesas Redondas sobre assuntos de Ética Médica. Assim a Mesa Redonda sobre Abôrto, organizada pela Sociedade de Ginecologia e Obstetria da Guanabara, em que, juntamente com o Dr. MÁRIO LOBATO, representamos o Conselho; a mesa redonda sobre laqueadura de trompa, realizada no Hospital de Bon-

sucesso, de que participamos juntamente com o Conselheiro Dr. HÉLIO TÓRRES; a mesa redonda, também, sobre laqueadura de trompa, em que fomos representados pelo 1º Secretário. Ainda outra mesa redonda, realizada no Hospital de Bonsucesso, sobre Ética Médica no âmbito Hospitalar foi presidida pelo Conselheiro Dr. ROBERTO MACHADO SILVA, vice-presidente, tendo dela participado ao Conselheiros Drs. HÉLIO TÓRRES, MESSIAS DO CARMO e CHASTINET CONTREIRAS.

Das Comissões

A Comissão de Tomada de Contas — Conselheiros JOSÉ MESSIAS DO CARMO, presidente, RUY DE CASTRO SODRÉ e MATHEUS XAVIER MONTEIRO DE SÁ — realizou com a eficiência de que seus componentes eram a garantia, as reuniões regulamentares, tendo encaminhado seus pareceres ao Corpo de Conselheiros, tudo na forma do art. 31 do Regimento Interno.

A Comissão de Divulgação, integrada pelo Dr. Matheus Xavier Monteiro de Sá, Miguel Olímpio Cavalcanti e Djalma Castinet Contreiras, desenvolveu intensa atividade, realizando mais de 50 entrevistas individuais, dirigindo-se nominalmente por ofício a mais de 300 médicos para pedir-lhes o respeito às Normas baixadas pelo Conselho e pretextando a abertura de vários processos ético-profissionais.

Das Assembléias Gerais

A Assembléia Geral se reuniu, ordinariamente, nos dias 16 de março em seguida e última convocação, em cumprimento ao item "a" do art. 46 e extraordinariamente no dia 30 de novembro para autorizar a incorporação à "Rendas Diversas" do saldo das contas da Carteira de Automóveis.

Do Processo Ético-Profissional

Foram julgados os Processos n.ºs 72, 74, 75, 84, 86, 88, 89, 97, 106, 108, 110, 111, 114, 120, 121, 122, 124, 128, 132, 133, 134, 135, 136, 139, 140, 141, 143, 144, 145, 147, 148 e 167, num total de 32 processos em 36 julgamentos.

Acreditamos poder afirmar que a Diretoria cumpriu, honestamente, dentro das próprias limitações que, por força da lei, constroem a ação do Conselho, as suas obrigações, não deslustrando, se não espelhando-se na ação profícua da Diretoria a que sucedeu.

Senhores Conselheiros

Recebemos, neste momento, a nossa recondução à Presidência, com imensa honra, mas com tôda a humildade. Êste Conselho está pleno de homens ilustres que com tôda vantagem poderiam nos substituir nesta Presidência. Não atinamos portanto, com os motivos da recondução a tão alto cargo. Talvez o esforço desenvolvido para diminuir a nossa inferioridade junto aos demais membros dêste Conselho, tenha dado aos bon-

dosos colegas a ilusão de uma competência que, sinceramente, confessamos não possuir. Qualquer um de vós, querendo, e com muito menor esforço, melhor se desincumbiria nessa Presidência.

Ao iniciarmos este novo mandato, prometemos desenvolver o mesmo esforço, concentrando maiores atenções na feitura e julgamento dos Processos Ético-Profissionais e procurando servir sempre melhor àqueles que nos elegeram. Pretendemos, este ano, entre outras iniciativas, organizar um curso de Ética Médica de alto nível com a participação das maiores figuras da medicina brasileira e esclarecer, definitivamente, o cadastro dos médicos da Guanabara. Almejamos no término do novo mandato poder prestar contas perante os Senhores Conselheiros, com a consciência de termos feito o melhor que nos tenha sido possível.

Recebam, pois, Senhores Conselheiros o nosso profundo agradecimento pela grande honra que acabam de nos conceder.

FERNANDO SAMICO
Presidente

2 — RELATÓRIO DA TESOUREARIA

Senhor Presidente.

Senhores Conselheiros.

Com o presente encaminho a V. Sa. o Balanço Geral do Conselho Regional de Medicina do Estado da Guanabara, encerrado em 31 de dezembro de 1970, fazendo as seguintes observações:

Receita

No exercício findo foi arrecadada, como Receitas Correntes, a importância de Cr\$ 314.248,53 (trezentos e quatorze mil, duzentos e quarenta e oito cruzeiros e cinquenta e três centavos), importância essa proveniente de:

Receita Tributária

	Cr\$	Cr\$
Taxa de Inscrição	1.942,00	
Carteiras	1.858,00	
Anuidades	296.513,63	300.313,63

Receitas Diversas

	Cr\$	Cr\$
Multas e Outras Penalidades	13.671,80	
Outras Receitas Diversas	263,10	13.934,90
Total		314.248,53

Despesas

Os pagamentos foram feitos nos prazos e as despesas mantiveram-se razoavelmente dentro das dotações aprovadas. Onde houve ligeiro desequilíbrio, o fato se explica pelas obras e aquisições de bens móveis para o Conselho. Revela ressaltar, entretanto, que não obstante o reforço em algumas dotações, não houve qualquer modificação no valor da proposta or-

çamentária, utilizando-se, apenas, com a devida autorização do Conselho, verbas de nenhuma ou pouca modificação em seus valores, para o necessário reforço.

Outrossim, ressalte-se, ainda, o acentuado aumento do Patrimônio do Conselho no que se refere a Inversões Financeiras, o que elevou o Ativo Permanente de Cr\$ 41.193,46 (quarenta e um mil, cento e noventa e três cruzeiros e quarenta e seis centavos) em 1969, para Cr\$ 117.017,43 (cento e dezessete mil, dezessete cruzeiros e quarenta e três centavos), em 1970.

O Ativo Disponível em 1970, ao encerrar-se o exercício, apresenta os seguintes saldos:

	Cr\$	Cr\$
Caixa	843,28	
Bancos	36.027,27	36.870,55

Com a apuração final, o Patrimônio foi aumentado em Cr\$ 49.830,93 (quarenta e nove mil, oitocentos e trinta cruzeiros e noventa e três centavos), em virtude do superavit verificado, o que eleva o Ativo Real Líquido para Cr\$ 144.488,63 (cento e quarenta e quatro mil, quatrocentos e oitenta e oito cruzeiros e sessenta três centavos), de vez que em 1969 o saldo era de Cr\$ 94.657,70 (noventa e quatro mil, seiscentos e cinquenta e sete cruzeiros e setenta centavos).

Pagamos ao Conselho Federal de Medicina a importância de Cr\$ 103.757,96 (cento e três mil, setecentos e cinquenta e sete cruzeiros e noventa e seis centavos), sendo Cr\$ 15.220,16 (quinze mil, duzentos e vinte cruzeiros e dezesseis centavos) relativos ao exercício de 1969, e Cr\$ 88.537,80 (oitenta e oito mil, quinhentos e trinta e sete cruzeiros e oitenta centavos), relativos ao exercício de 1970, ficando consignado em restos a pagar a importância de Cr\$ 15.476,67 (quinze mil, quatrocentos e setenta e seis cruzeiros e sessenta e sete centavos), relativos ao último trimestre de 1970.

Os documentos acham-se devidamente arquivados e a contabilidade rigorosamente em dia.

Dêsse modo, submeto a apreciação de V. Sa. os respectivos balanços.

Rio de Janeiro, 31 de dezembro de 1970.

Helio Blanco Torres
Tesoureiro

Wilson F. Campos
CRC-TC 13.976

EXERCÍCIO DE 1970

COMPARATIVO DA RECEITA ORÇADA COM A ARRECADADA

TÍTULOS	Orçada Cr\$	Arrecadada Cr\$	diferenças p/mais	p/menos
1.0.0.00 Receitas Correntes				
1.1.0.00 Receita Tributária				
1.1.2.00 Taxas				
1.1.2.99 Outras Taxas				
01 Taxa de Inscrição .	2.000,00	1.942,00	—	58,00
02 Carteiras	2.000,00	1.858,00	—	142,00
03 Anuidades	525.000,00	296.513,63	—	228.486,37
1.5.0.00 Receitas Diversas				
1.5.3.00 Multas e Outras Penalidades	30.000,00	13.671,80	—	16.328,20
1.5.4.00 Outras Receitas Diversas	1.000,00	263,10	—	736,90
Soma das Receitas Correntes	560.000,00	314.248,55	—	245.751,47

Rio de Janeiro, 31 de dezembro de 1970.

Wilson F. Campos
CRC-TC — 13976

EXERCÍCIO DE 1970

BALANÇO FINANCEIRO

TÍTULOS	Cr\$	Cr\$	Cr\$
Receita			
ORÇAMENTÁRIA			
RECEITAS CORRENTES			
Receita Tributária	300.315,63		
Receitas Diversas	13.934,90	314.248,53	
EXTRA ORÇAMENTÁRIA			
Restos a Pagar		104.029,77	418.378,30

SALDO DO EXERCÍCIO ANTERIOR

DISPONÍVEL

Caixa	2.259,13		
Bancos e Correspondentes ..	60.581,25		62.840,38
Total			481.118,68

Despesas

TÍTULOS	Cr\$	Cr\$	Cr\$
---------	------	------	------

ORÇAMENTÁRIA

DESPESAS CORRENTES

DESPESAS DE CUSTEIO

Pessoal	58.184,65		
Material de Consumo	11.775,81		
Serviços de Terceiros	70.847,85		
Encargos Diversos	5.025,04	145.833,35	
Transferências Correntes	14.569,78		
Diversas Transferências Correntes	104.014,47	118.584,25	264.417,60

DESPESAS DE CAPITAL
INVESTIMENTOS

Diversos Equipamentos e Instalações		4.672,20	
Material Permanente		11.599,77	

INVERSÕES FINANCEIRAS

Aquisição de Imóveis		59.552,00	75.823,97
----------------------------	--	-----------	-----------

EXTRAORÇAMENTÁRIA

Restos a Pagar		103.806,56	
Outras Operações		200,00	104.006,56

SALDO PARA O EXERCÍCIO SEGUINTE

DISPONÍVEL

Caixa	843,28		
Bancos e Correspondentes ...	36.027,27	36.870,55	36.870,55

Total 481.118,68

EXERCÍCIO DE 1970

BALANÇO PATRIMONIAL

ATIVO

TÍTULOS	Cr\$	Cr\$	Cr\$
---------	------	------	------

ATIVO FINANCEIRO

DISPONÍVEL

Caixa	843,28		
Bancos e Correspondentes ...	36.027,27	36.870,55	

REALIZÁVEL

Cheques em Cobrança	199,54		
C/C-Financiamentos	2.643,17		
Diversos Valores em Estoque .	3.098,13		
Contas Correntes	200,00	6.140,84	43.011,39

ATIVO PERMANENTE

Bens Móveis	51.971,44		
Bens Imóveis	65.045,99		117.017,43

Soma do ATIVO REAL

160.028,82

PASSIVO

TÍTULOS	Cr\$	Cr\$	Cr\$
PASSIVO FINANCEIRO			
<i>Restos a Pagar</i>			
Conselho Federal de Medicina		15.476,67	
<i>Depósitos</i>			
Contas Correntes	35,42		
Créditos de Terceiros	12,80		
Impôsto s/Serviços	15,30	63,52	15.540,10
SALDO PATRIMONIAL			
Ativo Real Líquido			144.488,63
S o m a			160.028,82

Rio de Janeiro, 31 de dezembro de 1970.

Wilson F. Campos
CRC - TC 13976

EXERCÍCIOS DE 1970

DEMONSTRAÇÃO DAS VARIAÇÕES PATRIMONIAIS

VARIAÇÕES ATIVAS

RESULTADO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA

RECEITA ORÇAMENTÁRIA

RECEITAS CORRENTES

Receita Tributária	300.313,63		
Receitas Diversas	13.934,90	314.248,53	

MUTAÇÕES PATRIMONIAIS

Aquisição de Bens Móveis ..	16.271,97		
Aquisição de Imóveis	59.552,00	75.828,97	390.072,50
Total Geral			390.072,50

VARIAÇÕES PASSIVAS

RESULTADO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA

DESPESAS ORÇAMENTÁRIAS

DESPESAS CORRENTES

Despesas de Custeio	145.833,35		
Transferências Correntes ...	14.569,78		
Diversas Transferências Cor- rentes	104.014,47	264.417,60	

DESPESAS DE CAPITAL

Investimentos		75.823,97	340.241,57
---------------------	--	-----------	------------

SUPERAVIT DO EXERCÍCIO

49.830,93

390.072,50

Rio de Janeiro, 31 de dezembro de 1970.

Wilson F. Campos
CRC - TC 13976

CONCURSO PARA ESCOLHA DO SINÊTE OFICIAL DO CREMEG

Do Regimento Interno:

Art. 118 — O Conselho adotará para uso em todos os seus papéis e documentos, um sinête oficial que simbolize e expresse as suas finalidades.

O Conselho Regional de Medicina do Estado da Guanabara, visando cumprir o que preceitua o art. 118 do seu Regimento Interno, institue entre os médicos da Guanabara, um concurso para adoção de um sinête oficial, com o seguinte:

REGULAMENTO

- 1 — Poderá concorrer qualquer médico, isoladamente, ou equipe de médicos, desde que inscritos no CREMEG.
- 2 — Só poderão concorrer desenhos originais inéditos.
- 3 — Os desenhos devem simbolizar e exprimir a finalidade do CREMEG.
- 4 — Quanto à sua feitura, o desenho concorrente deverá obedecer às seguintes normas:
 - a) Ser feito sobre papel carbonado branco, com altura e largura não inferiores a 25 cm, nem superiores a 30 cm;
 - b) poderá conter até 3 cores sobre fundo branco;
 - c) deverá ser apresentado em 2 cópias, sendo uma em preto e outra nas cores propostas.
- 5 — Os desenhos concorrentes serão, obrigatoriamente, apresentados sob pseudônimo, acompanhados de sobrecarta fechada, na qual será mencionado o pseudônimo, contendo no seu interior o nome e endereço do autor, e uma descrição do que simboliza e expressa o desenho.
- 6 — Um médico poderá concorrer com mais de um desenho em caráter individual ou em equipe de médicos, mas, sempre obedecendo para cada desenho, o disposto no item anterior.
- 7 — PRAZO — Só poderão concorrer os desenhos recebidos até o dia 1º de Setembro de 1971 ou postados no Correio até 20 de agosto

de 1971. Os desenhos deverão ser entregues ou remetidos para o

“CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
DO ESTADO DA GUANABARA

PRAÇA MAHATMA GANDHI, Nº 2 — 10º ANDAR — GRUPO 1001
RIO DE JANEIRO — GUANABARA

- 8 — JULGAMENTO — O julgamento será feito entre os dias 1º e 30 de outubro de 1971 em Reunião Extraordinária do Corpo de Conselheiros, sendo o desenho vencedor, bem como as duas menções honrosas, publicadas no Boletim do CREMEG.
- 9 — A decisão do Corpo de Conselheiros será tomada pelo voto secreto da maioria absoluta dos seus membros, em 2 escrutínios caso haja mais de 3 desenhos concorrentes: no 1º escrutínio serão selecionados os 3 desenhos mais votados que concorrerão à segunda e última votação.
- 10 — A decisão do Corpo de Conselheiros será definitiva, dela não cabendo nenhum recurso e os casos omissos serão resolvidos em Plenário.
- 11 — PRÊMIOS — Ao autor ou autores dos trabalhos selecionados, serão conferidos diplomas e mais os seguintes prêmios em dinheiro: Cr\$5.000,00 para o desenho vencedor do concurso; Cr\$ 1.000,00 para o desenho votado em segundo lugar e Cr\$ 1.000,00 para o desenho colocado em 3º lugar na votação (menções honrosas).
- 12 — O direito de propriedade do desenho vencedor, pertencerá ao Conselho Regional de Medicina do Estado da Guanabara, que adotará para uso em todos os seus papéis e documentos como sinête oficial.

NOTICIÁRIO

ESTADO DA GUANABARA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO

ORDEM DE SERVIÇO "E" DETRAN Nº 131/70

Em 21 de julho de 1970.

Republica a Ordem de Serviço "E" DETRAN Nº 119/70, de 9-7-70, que dispõe quanto ao estacionamento de emergência para médicos e ambulâncias e dá outras providências.

O Diretor do Departamento de Trânsito da Secretaria de Segurança Pública, no uso das suas atribuições legais e,

CONSIDERANDO a necessidade de ser devidamente regulamentado o estacionamento de emergência para médicos e ambulâncias quando no exercício das atividades profissionais, previsto pelo nº 111 da Ordem de Serviço DIR nº 186, de 27 de dezembro de 1966,

CONSIDERANDO que essa regulamentação se inclui no disposto pelo nº VIII do artigo 14 do CÓDIGO NACIONAL DE TRÂNSITO, que trata dos estacionamentos especiais devidamente justificados;

CONSIDERANDO que o estacionamento de que trata a presente Ordem de Serviço não se encontra nas restrições previstas pela RESOLUÇÃO CONTRAN Nº 378/67,

RESOLVE:

1. O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DA GB, O SINDICATO DOS MÉDICOS DO RIO DE JANEIRO (S.M.R.J.) E A SOCIEDADE DE MEDICINA E CIRURGIA DO RIO DE JANEIRO (S.M.C.R.J.) fornecerão aos médicos seus associados CARTÕES autorizativos de estacionamento de emergência, que atenderão ao modelo ANEXO I da presente Ordem de Serviço, devidamente numerados e autenticados por essa entidade.

2. Os médicos, em casos de atendimento de urgência, poderão estacionar o veículo sem restrições nos logradouros públicos, expondo no pára-brisa do mesmo o CARTÃO referido no item supra, desde que não ofereça êsse estacionamento risco ou impedimento ao trânsito de veículos ou de pedestres.

3. As ambulâncias poderão estacionar nos mesmos termos e condições, mantendo-se os respectivos condutores em seus postos.

4. Os veículos identificados com o CARTÃO supra referido poderão ser autuados pela fiscalização dêste DETRAN, mas só poderão ser removidos com a presença do respectivo condutor e nos casos em que êsse estacionamento represente risco ou impedimento, para o trânsito de veículos ou de pedestres.

5. A remoção para depósito dêste DETRAN será sempre feita conduzido o veículo pelo próprio condutor e só será efetivada em caso de injustificada recusa para retirada do local.

6. Tôdas e quaisquer dúvidas quanto à aplicação da presente Ordem de Serviço serão prioritariamente examinadas e resolvidas pela CJA — COMISSÃO DE JULGAMENTO DE AUTUAÇÕES dêste DETRAN, mediante simples apresentação do CARTÃO referido acima pelo próprio interessado, pelo S.M.R.J., pela S.M.C.R.J. ou pelo CREMEG.

7. A presente ORDEM DE SERVIÇO entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

CELSO DE MELLO FRANCO
DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO

NOTA: O Conselho Regional de Medicina do Estado da Guanabara está distribuindo gratuitamente os Cartões de Estacionamento de que trata a presente portaria aos médicos que o solicitem, pessoalmente ou pelo correio.

* * *

Do Automóvel Clube do Brasil recebemos o seguinte Ofício:

Rio de Janeiro, 18 de dezembro de 1970

Ilmo. Sr.

Presidente do Conselho Regional de Medicina
Praça Mahatma Gandhi — Ed. Odeon
Centro — GB

Senhor Presidente:

O AUTOMÓVEL CLUBE DO BRASIL, continuando no seu propósito de bem servir à coletividade, acaba de ser devidamente habilitado e credenciado pelo DETRAN — Departamento de Trânsito do Estado da Guanabara — para realizar os serviços de Exame de vista, Exame médico e Renovação da Carteira de Motorista.

Nessa oportunidade, temos a grata satisfação de levar ao conhecimento de V. Sa. que a nossa Diretoria deliberou pôr a disposição dos membros dessa Entidade, tão bem dirigida por V. Sa., o uso dos referidos serviços que estão instalados em nossa sede social, à Rua do Passeio, 90 — ponto

excepcionalmente localizado — funcionando de 2ª a 6ª-feira, das 9,00 às 13,00 horas.

A simples apresentação da carteira emitida por essa prestigiosa organização proporcionará ao seu portador um atendimento perfeito no nosso Departamento competente, que se sentirá bastante honrado em prestar essa colaboração.

Receba, Senhor Presidente, as expressões de nossa elevada estima.

Atenciosamente

Comte. Walter dos Santos Affonso — Secretário Geral

Obs.: Os médicos pagarão a taxa de Cr\$ 30,00 cobrada pela DETRAN.

* * *

BULLETIN DE L'ORDRE DES MÉDICINS

O CREMEG acaba de fazer assinatura dessa importante publicação do Conselho Nacional da Ordem dos Médicos e Conselhos Departamentos da França. Foi adquirida a coleção completa dos últimos dez anos do "Bulletin", repositório magnífico das conquistas dos médicos franceses, nessa quadra difícil em que a medicina assistiu uma verdadeira revolução, adotando novas leis sobre o exercício profissional, e principalmente no que concerne às normas éticas reformuladas nessa fase palpitante da evolução das ciências médicas.

Foi a coleção incorporada à Biblioteca deste CREMEG, podendo ser consultada, na sede do Conselho.

O número de setembro de 1970 está inteiramente dedicado ao Segrêdo Médico.

* * *

AMPLIAÇÃO DAS INSTALAÇÕES DO CREMEG

A administração deste CREMEG acaba de adquirir três salas que agora completam a área que abriga as atuais instalações do Conselho. Praticamente, esta área duplicou, permitindo, instalar separadamente cada setor administrativo, dispondo agora, o arquivo de amplo espaço para conter os numerosos processos, com o seu fichário especializado.

Por outro lado, ocorre assinalar que melhorou consideravelmente a cobrança das anuidades feitas através do Banco do Estado da Guanabara, o que facilitou bastante a todos, embora, um grande número tenha preferido efetuar o pagamento na própria sede do Conselho.

* * *

O MÉDICO E A LEGISLAÇÃO TRABALHISTA

A "LTr Editôra" acaba de lançar obra jurídica de vital interesse para

os médicos. Em linguagem simples e objetiva, o sr. Emilio Gonçalves, autor do trabalho, focaliza com minúcias a posição do médico empregado diante da empresa empregadora. "Contrato de trabalho dos Médicos e Auxiliares no Direito Brasileiro", esclarece os direitos e vantagens dos médicos sujeitos em seu regime de trabalho à Consolidação das Leis do Trabalho.

* * *

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS

Acaba de prestar real serviço à Medicina Brasileira, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), fazendo imprimir e distribuindo pelos seus serviços médicos, um livreto contendo a *Classificação Internacional de Doenças*, (revisão de 1966), baseada nas recomendações da Oitava Conferência de Revisão adotada pela Décima Nona Assembléia de Saúde.

Com essa providência, vem o INPS facilitar o médico no seu trabalho de diagnóstico, e, principalmente, perante a responsabilidade do mesmo, no momento de firmar óbito. Dessa sorte, toda rede hospitalar do INPS cumpre, como órgão federal que é, o compromisso assumido pelo governo brasileiro, com os órgãos técnicos da OMS, cooperando para esse grande trabalho, que é exatamente a uniformização da nomenclatura médica, frente a um amplo entendimento internacional.

Um pequeno manual, muito bem impresso, iniciando-se pelas Doenças Infecciosas e Parasitárias, sob a ordem de severa codificação, prestará serviços de grande monta. Precioso é o seu Suplemento, a partir da página 147, com as regras para o preenchimento do Atestado Médico da Causa de Morte. Essas instruções são valiosas e devem ser divulgadas entre os doutorandos de Medicina, para se habilitarem, corretamente, à prática da Medicina.

SECRETARIA

RELAÇÃO DOS MÉDICOS INSCRITOS NO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA GUANABARA, A PARTIR DE SETEMBRO DE 1969

<i>Nº da Carteira</i>	<i>Nome do Médico</i>
12.599	— Victor Hugo Eduardo Cortez Ascarrunz
12.625	— Roberval Borges
12.630	— Marilia Martins Guimarães
12.649	— Wamberto Antonio Olivi
12.663	— Hylton Neves
12.673	— Luiz Antonio Borges da Rocha
12.674	— Manuel Gomes da Silva Pereira
12.680	— Adelino de Sousa Filho
12.689	— Alkindar de Mattos Lauria
12.714	— José Breves dos Santos
12.747	— Verbena Maria Moreira de Souza
12.749	— Luiz Clemente Mariani Bittencourt
12.765	— Boris Pigozzi Rick
12.766	— Gil Braz Borges Vasconcelos
12.790	— Adelino Tostes Drubsky
12.809	— Djalma de Souza Pacheco
12.811	— Helio de Miranda Rangel Filho
12.830	— André Salomão Lacativa
12.831	— Jorge Bedran Filho
12.851	— Rosa Maria Fernandes Lopes
12.852	— José Fernando dos Santos Ribeiro
12.855	— Douglas Antônio Jozzolino
12.864	— Gabriel da Silva Moreira
12.870	— Rosinete Gonçalves de Castro
12.876	— Francisco de Assis Carvalho Medella
12.915	— Raymond Jammel Saber
12.924	— Mai Anibal Gaya
12.929	— Odil de Miranda Moura
12.946	— Elza de Almeida Dias
12.958	— José Carlos dos Santos Lagôa
13.006	— Octaviano Magalhães
13.029	— Manoel José de Araujo
13.047	— José Pedro Pagani

<i>Nº da Carteira</i>	<i>Nome do Médico</i>
13.055	— David Lopes Abelha Junior
13.061	— Oscar Pereira
13.067	— João Vianey Esmeraldo Barreto
13.076	— Celio Ferreira Leão
13.079	— Neide Mayoral Pedroso
13.080	— Tercia Teles de Castro
13.082	— Osvaldo Aparecido Mazer
13.085	— Roberto José da Silva
13.090	— João Gonçalves Barbosa Neto
13.091	— Luis Alberto Piccoli
13.096	— Laize Berniz Leite
13.120	— Abynadá de Siqueira Lyro
13.124	— Lindomar Coelho
13.151	— José Queiroz Silveira
13.160	— Marcio Cabral da Cunha Cavalcanti
13.161	— Monir Amin Aby-Zayan
13.196	— Alberto Ribeiro Soares
13.210	— Raul Chatagnier Filho
13.211	— Marcio de Oliveira Rebêlo
13.213	— Adjeton Soares e Silva
13.215	— Sônia Ferreira de Oliveira
13.218	— Roberto Blanco dos Santos
13.220	— Mario Beirão Boulitreau
13.226	— Antonio Luiz Coimbra de Castro
13.229	— Ivens de Assis Rodrigues
13.230	— Auby João Baptista Amprino
13.231	— Diana Lira Ferreira Maia Martins
13.232	— Guido Gandarilhas Velarde
13.233	— Gustavo Enrique Sánches Alvarez
13.235	— Hamilton Pinto Stocco
13.236	— Hélio Rodrigues de Oliveira
13.237	— Mariano José de Souza Leal
13.239	— Luiz Fabiano Andrade de Moraes
13.242	— Ricardo Welfgang Gottsmann
13.244	— Carmen Segrilo Simas
13.245	— João Kiffer Netto
13.246	— Caio Corrêa
13.247	— Octavio Martins de Castro Simões
13.248	— Rubens Bozola
13.249	— João Caetano Franceschi Giunti
13.250	— Jayron Alberto Ayres Carvalho Guimarães
13.251	— Ito Mariano da Silva
13.252	— Helvécio Belisário de Noronha
13.253	— Liana Martins Albuquerque
13.254	— Martha Topia Caballero
13.255	— Hélio Helder Roscoe
13.256	— Ana Maria Lipke Tacuchian
13.257	— Roberto Tacuchian

Nº da Carteira	Nome do Médico
13.258	— Herculano Reis de Albuquerque Teixeira
13.259	— Celso Americo de Oliveira e Souza
13.260	— Aziz Somesom
13.261	— Carlos Alberto Costa Souza
13.262	— Nivaldo Combat
13.263	— Francisco Benedetti
13.264	— Waldemar de Mattos Chrysostomo
13.265	— Odilza Vital Muzy de Souza
13.266	— Gilvan Renato Muzy de Souza
13.267	— Iza Klinger D'Andretta
13.268	— João Saleyro Pitão
13.269	— Raúl Santiago Villafana Villafana
13.270	— Americo Simões
13.272	— Luiz Carlos Barbosa Lamego
13.273	— Arnaldo de Faria Pereira
13.274	— Antonio Eleazar Aquilera Borromé
13.276	— Maria Olinda Tavares da Silva
13.277	— Márcio de Oliveira Costa
13.278	— Wilde Arze Murillo
13.279	— Orlei de Luca
13.280	— Roseny Ubirajara Poncinelli da Silva
13.282	— Tsuneo Sato
13.283	— Elmes Luiz Andreis
13.284	— Candido Mauro Barbosa Ladeira
13.286	— Arnaldo José Walty
13.287	— Emanuel Ponce de Leon Júnior
13.288	— Tito Augusto Guimarães Lopes
13.289	— João Maliceski Junior
13.290	— Marcos Flávio Ferreira Pinto
13.291	— José Ary Souto
13.292	— Vicente Rozauro Vidal
13.293	— Avenir Soares Oliveira
13.294	— João Claudio Freitas
13.295	— Mário Fernandes Alves
13.296	— Alfredo Risso Peyneau
13.297	— Orlando Cavallero
13.298	— Samuel David Manoel
13.299	— Rubem Cesar dos Santos Firme
13.300	— Orlando Pietrovali Abdo
13.301	— João Francisco Valeiro
13.302	— Paulo Murillo França
13.303	— Maria Eliza Rocha Ferreira
13.304	— Irciley Carraro Pereira
13.305	— Carlos Alberto Francisco de Assis
13.307	— Carlos Roberto Ferreira Jardim
13.308	— Paulo José Pereira Bringel
13.309	— Artur Lopes Miranda
13.310	— Cid Marcos Nascimento David

Nº da Carteira	Nome do Médico
13.311	— Armando Alvares Gomes
13.314	— José Lage de Almeida Cardoso
13.315	— Ênio Teixeira de Vuono
13.317	— Bruno Salésio da Silva Francisco
13.318	— Candido Leonardo Campos Maia
13.319	— Jorge Wanderley Teixeira
13.320	— Sérgio Puppim
13.321	— José Alves da Luz
13.324	— Cecilia Augusta Corrêa
13.325	— Raul João Pimentel Barbosa Vieira Caetano
13.326	— Gilvano Rodrigues Sampaio
13.327	— Julio Cesar Gonçalves Cruz
13.328	— João Paulo Arteiro Marzano
13.329	— Lincoln Cavalcanti Rodrigues de Souza
13.330	— José Luiz Monteiro Nogueira
13.331	— José Veríssimo Junior
13.332	— Antonio de Padua Oliveira Cotrim
13.333	— Luiz Antonio Costa Monteiro
13.334	— Luciano Barbosa Lopes
13.335	— Jorge Alves Guimarães
13.336	— Maria América Silva Ferreira
13.337	— Magali Rodrigues Gonçalves
13.338	— Sigmund Perestrello da Camara
13.339	— Paulo Ferreira de Carvalho
13.340	— Cid Marcos Nascimento David
13.341	— Antonio Almeida Pontes
13.342	— Altigracia Victor Pecsén Pérez
13.343	— Veraluce Aragão Soares de Melo
13.344	— Remilton Barbosa Leão
13.345	— Ronaldo Freitas Brandão de Azevedo
13.346	— Paulo Artur de Lemos Prazeres
13.347	— Edilberto Duarte Lopes
13.348	— Mario de Menezes Coelho Taboço
13.349	— José Pereira Resende
13.350	— Mauro Pinheiro Guimarães
13.351	— José Gerson Cavenaghi
13.352	— Eduardo dos Santos Leão Soares
13.353	— Julio Breves dos Santos
13.354	— Paulo Cesar Queiroz Hermida
13.355	— Oscar Herbert Escate Lárata
13.356	— Candido Amaro do Nascimento
13.357	— José Manoel Ribeiro dos Santos
13.358	— João Carlos de Arruda Santos
13.359	— Carlos Aurelio Santos de Carvalho
13.360	— Luiz Faboury
13.361	— Francisco José Castro Cristofaro
13.362	— Rosa Celia Pimentel Barbosa
13.363	— Luiz Baronto Sampaio

Nº da Carteira	Nome do Médico
13.364	— Suely Carvalho Alves
13.365	— Carlos Antônio Garrido Pereira
13.366	— Waldemar Henrique Szerman
13.367	— Eli Balassiano
13.369	— Jorge Nunes Amorim
13.370	— Leonardo Rosenfeld
13.371	— Augusto Vianna
13.372	— Mário Lúcio de Almeida Bastos
13.373	— Maria Luiza do Valle Motta
13.374	— Carlos Roberto de Souza Menezes
13.375	— Roberval Iglesias Lopes
13.376	— Jorge Neval Moll Filho
13.377	— Joaquim Vilas Figueira Filho
13.778	— Paulo Roberto Mello dos Santos
13.379	— Marcio Augusto Guimarães Corrêa
13.380	— Henrique Ayres de Vasconcelos
13.381	— Antonio Luiz Chaves Gonçalves
13.382	— José Eberienos Assad
13.383	— Antônio Carlos Velloso da Silveira Tuche
13.384	— Luiz Antonio de Almeida
13.385	— Emanuel Leal Chaves
13.386	— Arthur da Rocha Nogueira Filho
13.387	— Antonio Roberto Marinho
13.388	— Roberto da Costa de Moraes
13.389	— Carlos Eugênio da Cunha e Mello
13.390	— Marcos Fernandes Moysés
13.391	— Teddy Osman Segura Ynguil
13.392	— Luiz Carlos Bevilaqua
13.393	— José Maria Caldeira Teixeira de Freitas
13.394	— Luiz Geraldo Ribeiro Nogueira Carvalho
13.395	— Edina Ramos Vicentini
13.396	— Paulo Augusto Felipe Marinho Monte
13.397	— Nilton Lyrrio Junior
13.398	— Plinio Grossi
13.399	— Vicente Paulo Miranda da Cruz
13.400	— Sebastião Sergio de Mattos Guimarães
13.402	— Lilia Gloria de Moraes
13.403	— Felipe Joel Sechterr
13.404	— José Luiz da Silva Lisbôa
13.405	— Jair Garcez Teixeira
13.406	— Alfredo Mendonça Souza
13.407	— Nelson Jamel
13.409	— Armanda Maria de Azevedo Cordeira
13.410	— Luiz Otavio D'Oliveira Rocha
13.411	— Semida Cauduro
13.412	— Maria Amelia Castro Boechat
13.413	— Paulo Cesar Camerano Figueiredo
13.414	— Luiz Alberto Grajwer

Nº da Carteira	Nome do Médico
13.415	— Moacyr de Lanes
13.416	— Fernando Biazzi
13.417	— Luis Felipe da Silva
13.418	— José Vieira da Silva
13.419	— Oswaldo Roberto Guimarães
13.420	— Francisco Antonino Liporaci
13.421	— Pedro Chaves
13.422	— Mario Panza
13.424	— Pascoal Vieira de Albuquerque
13.425	— Paulo Sergio Vargas Werneck
13.426	— Fernando Gomes da Fonte
13.427	— Mario Alves de Oliveira
13.428	— Luiz Marcos de Miranda
13.429	— Feliciano Ramos
13.430	— Gerson Barbosa Hallais
13.431	— Gilda Sffeir Altaf
13.432	— Edirson Ribeiro da Mota
13.433	— Candida Maria Ventura Duarte
13.434	— Iracy Ferreira Leite
13.435	— Francisco Valente
13.436	— Leonardo Levin
13.437	— Jorge José Menezes de Almeida
13.438	— Lourdes Dias da Silva
13.439	— Custodio de Mello Gonçalves Junior
13.440	— Luiz Claudio Barreiros da Cunha
13.441	— Joanor Alessio Cumán
13.442	— Donald Fernandes da Costa
13.443	— Wadson Machado Netto
13.444	— Waldir Rodrigues Simões
13.445	— Crispim Benevides de Oliveira
13.446	— José Nege
13.447	— Swami José Guimarães
13.448	— José Olindo Duarte Ferreira
13.449	— Flavio Ribeiro Campos
13.450	— Marco Antonio Garambone
13.451	— Kleber Moulin Sardenberg
13.452	— Hugo Bomfim Pinheiro
13.453	— Roberto de Castro Faria
13.454	— José Luiz Freda Petrucci
13.455	— Luciano Gonçalves
13.456	— Everardo Abramo de Oliveira
13.457	— Paulo Nolasco Pedrosa
13.458	— José Roberto Zimmerman
13.459	— Laurinda Yoko Shinzato Higa
13.460	— Moacir de Sá Pereira Filho
13.462	— Irene de Magalhães Franco
13.463	— Haniel do Nascimento Alves da Fonseca
13.464	— Almir Francisco Gomes

<i>Nº da Carteira</i>	<i>Nome do Médico</i>
13.466	— José Carlos Araguez
13.467	— Roberto Perecmanis
13.468	— José Henrique Goulart da Graça
13.470	— Vera Sousa de Oliveira
13.471	— José Antonio de Mello Sartori
13.472	— José Luiz Bandeira de Melo
13.473	— Marta Maria Bozóti
13.474	— Sergio Fernandes de Rezende
13.475	— Mario Reis Lopes
13.476	— Norton José Corrêa
13.477	— Paulo Roberto Vaz de Menezes
13.478	— Mauricio Souza Adeodato
13.479	— Getulio Garcia
13.480	— Mario Dias Pires
13.481	— Maurício Augusto Bragagnolo
13.482	— Alberto Haron Hadid
13.483	— Romulo Leão Castello
13.484	— Alcides Martins Arruda
13.485	— José Eduilton Girão
13.486	— Anibal Pereira da Costa
13.487	— Mara Semiramis de Oliveira Silveira
13.488	— Flavio Adolpho Silveira
13.489	— Pedro Nicolau Pedro
13.490	— Heitor Luiz Silva da Conceição
13.491	— Mario Igor Perelberg
13.492	— Claudia Castilho
13.493	— Inez Maria do Socorro Lustosa Silveira
13.494	— Victor Manoel Andrade
13.495	— Flamarion Gomes Dutra
13.496	— João Paulo Conceição
13.497	— Fred Sharp Gibson
13.498	— José Carlos Lynch de Araujo
13.499	— Mirian Aparecida Chilelli
13.500	— Pedro Antonio Pabst
13.502	— José Luiz Felix Franco
13.503	— Lillia Wagner
13.504	— Salvador Villardo
13.505	— Ivan Lourenço Gomes
13.506	— Luiz Henrique Diniz Santos
13.507	— Mauricio José Ponza André
13.508	— Decio Nogueira Félix
13.509	— Narciso Matos Antunes
13.510	— Neuzeth Pevidór de Barros
13.511	— Mussa Ali
13.512	— Normando Ferreira Esteves
13.513	— Anair Rocha Campos
13.514	— Carlos de Barros Laraia
13.515	— Sidney Moreno Gil

<i>Nº da Carteira</i>	<i>Nome do Médico</i>
13.516	— Milton Braz Pagani
13.517	— Enock José de Souza
13.518	— José Francisco Almeida Geraldo Martins
13.519	— Marcello Delano Bronstein
13.520	— Yasuhiko Nakamura
13.521	— Paulo Roberto dos Santos
13.522	— Mario Tsuneo Higa
13.523	— Jader Gomes da Silva
13.524	— José Kimei Tobarú
13.525	— Gilberto Silva
13.526	— Jaime Anbinder
13.527	— Antonio Monteiro da Silva Chibante
13.529	— Alcides Rodrigues Bastos
13.530	— Romel Tavares de Moraes
13.531	— Antonio Batista de Carvalho
13.532	— Vitor Ferreira de Sá
13.533	— Fernando Cesar Gomes de Araujo
13.534	— Ruy Reis de Almeida
13.535	— Carlos Alberto de Azevedo
13.536	— Laerte Andrade Vaz de Melo
13.537	— Albanita Prado Viana
13.538	— Eugenio da Rocha Pagano
13.539	— Sebastião Alves da Costa
13.540	— Adão Ernani Kuhn
13.542	— Gitta Schachter Degbrayt
13.543	— Milton Nahon
13.544	— Emanuel Nobre de Miranda
13.545	— Rosa Maria Vasconcelos de Andrade
13.546	— Miguel Augusto Ramos
13.547	— Rogerio Fernandes Neto
13.548	— Heitor Fernando Bandeira de Paola
13.549	— Miguel José de Vito
13.550	— Radi Jafar
13.551	— Fernando Valentim Filho
13.552	— Pedro Henrique de França Miranda
13.553	— Vitório Tolomei Junior
13.554	— Angela Maria da Silva Oliveira
13.555	— Maria da Graça Moreira
13.556	— Rebeca Letune
13.557	— Salim Ibrahim Dahab
13.558	— Amilcar Lobo Moreira da Silva
13.559	— Walter Mastracolla
13.561	— Ruth Alaiz
15.662	— Dumar Carlos Rezende
13.563	— José Paulo Fontes Martins
13.564	— Gastão Pereira Cordeiro Filho
13.565	— Júlia Tubagi
13.566	— Francisca Tais de Abreu Cavalcante

<i>Nº da Carteira</i>	<i>Nome do Médico</i>
13.567	— Luiz Mauricio Fogel
13.568	— Sergio Rubens Fontes Lima
13.570	— Carlos Alberto Perim
13.571	— Gentil Senra de Andrade Filho
13.572	— Elizabeth Mattos Franco
13.573	— Ruben Nunes Guimarães
13.574	— Antonio Abílio Mendes da Cunha
13.575	— Telmo de Lara Ramalho
13.576	— Lucio Pereira de Souza
13.577	— Aécio Barboza de Paula Andrade
13.578	— Sergio Rodrigues de Oliveira
13.579	— Gilberto de Oliveira Pavão
13.580	— João Murilo de Souza
13.581	— Lairson Vilar Rabelo
13.582	— José Augusto Coelho Duque Estrada
13.583	— Sérgio Nicolau Amin
13.584	— José Darwich Schuwantz Tannus
13.586	— Luiz Carlos Faria de Araujo
13.587	— Wagner Barros de Andrade Cunha
13.588	— Luiz Eugenio Bettio
13.589	— Paulo Eugenio Bringuente
13.590	— Sandra Leila Mady Cury
13.591	— Marilena de Castro Palma
13.592	— Maria Catarina Xicrala Elias
13.593	— José Carlos Lobo Vêras
13.594	— Wilson Venizio Palmeira
13.595	— Alfredo Martins Junior
13.596	— Jefferson Martino
13.597	— José Carlos Feital
13.600	— José Carlos Diniz Gonçalves
13.602	— Celso Bernardo
13.603	— Abrahão Szuchmacher
13.604	— Claudio Neves de Araujo
13.605	— Jaci Ferreira Cunha
13.606	— João Paulo de Azevedo
13.608	— Antonio Trevisan Mendonça
13.609	— Sergio Albieri
13.610	— Amaury Constantino de Souza
13.612	— Alda da Glória Teixeira Santos
13.613	— Alfredo Antonio Ciminelli
13.614	— Denise Pereira Pacheco
13.615	— Emir Tanada
13.616	— Antonio Araujo
13.617	— Antonio Carlos Fanaia Dias
13.618	— Antonio Carlos Senra
13.619	— Valter Thones Rodrigues
13.622	— Carlos Alberto Ferreira de Oliveira
13.623	— José Silvestre dos Reis

<i>Nº da Carteira</i>	<i>Nome do Médico</i>
13.624	— Joaquim Pires e Albuquerque Pizzolante
13.628	— Paulo Henrique Melo de Rezende
13.629	— Haroldo Soares de Vasconcelos
13.630	— Pericles Meneses da Costa
13.631	— Alfredo Manuel Mendes da Cunha
13.632	— Ivan Carlos Guimarães
13.636	— Inacio Vieira Gomes
13.637	— Wilson Amorim Tristão
13.638	— Epitácio Maracajá Baptista
13.639	— Renato Oliveira Barauna
13.640	— Maria Delzita Neves
13.641	— Sergio Neves Cavalcanti de Albuquerque
13.642	— Sérgio Bittencourt Sampaio
13.643	— Daniel de Abreu
13.644	— Sergio Augusto de Freitas
13.645	— Marialva Goulart de Almeida Pedreira
13.646	— Ari Monteiro Pedreira
13.647	— Antonio Poquechoque Figueroa
13.648	— Mario Wilfart Hermanson
13.649	— Carlos Gomes Cardoso
13.650	— Euclides Lourenço
13.651	— Ary Hugo Toledo
13.652	— Helio Haddad
13.653	— Raphael Rocha
13.654	— Thereza de Jesus Magalhães
13.655	— João Severino de Araujo
13.656	— Paschoal Martino
13.657	— José Ribamar Pereira
13.658	— Dilma Nunes de Sá Cavalcanti
13.659	— João Batista Costa de Holanda
13.660	— Alberto dos Santos Mariz Pinto
13.661	— Ramon Joaquim Hallal
13.662	— Eduardo Lopes de Almeida
13.665	— Maria Amalia de Almeida Porto
13.666	— Maxhoul Moussallem
13.669	— Heloisa Barroso de Oliveira
13.670	— Lindinalva Alves Peixoto
13.671	— Miguel Zelaquett
13.672	— Renato Pinto de Castro
13.673	— Enio Porto Duarte
13.675	— Luiz Carlos Gomes
13.676	— Nivaldo Marcelino de Oliveira
13.677	— Edgard da Silva Maia
13.678	— João Batista Rabelo Caldas
13.679	— Gustavo Freire Ribeiro
13.682	— João Silva dos Santos
13.683	— Helio Viana de Araujo
13.684	— José Carlos Soares Potsch

Nº da Carteira	Nome do Médico
13.685	— Maria Salete do Nascimento Silva Pinheiro Chagas
13.686	— Ronaldo Tornel da Silveira
13.687	— Carlos Roberto Alves Cardoso
13.688	— Sílvio Saraiva
13.689	— Pedro Mathias Abramovic
13.690	— Ivonete Costa Marino
13.691	— Evelynne Amorim Vieira
13.692	— Eros Mendes Gaudêncio
13.693	— Eurico Higa
13.695	— Milton Galper Posener
13.696	— Reinaldo Sales Ribeiro
13.699	— Sahda Abrahão Assaf
13.701	— Arlindo Lavigne de Lemos
13.704	— Naor Guarnieri
13.705	— Luiz Alberto Soares Pimentel
13.706	— Alcir Rubens Monteiro
13.707	— Marli Barbosa Tavares Palhano de Jesus
13.708	— Antônio Claret Martins
13.709	— Alaide Marques Pacheco
13.710	— Maria Luiza de Moura e Cunha
13.711	— José Luiz Gomes de Abreu
13.713	— Pedro Paulo Garcia Guerra
13.715	— Jorge do Rego Villar
13.716	— Jiva Neves Villar
13.717	— Dante Hugo Manuel Silva Tello
13.719	— Maria Rosa Couto Silva
13.721	— Carlos Novaes Vasconcelos
13.722	— Adão Martinez Faccioni
13.723	— José Sabe Musse
13.724	— Domingos Mourão Vilani
13.725	— Ricardo Donato Rodrigues
13.726	— Jones Cezar Guimarães
13.727	— Antonio Baião de Azevedo Filho
13.728	— José Augusto Faleiros Diniz
13.729	— Antonio Thadeu Tardin Giuberti
13.730	— Carlos Alberto Basilio de Oliveira
13.731	— Celso Costa Maia
13.732	— João Antonio Baptista Canavez
13.736	— Ivan Garcia Carneiro
13.737	— Arthur Lopes Gonçalves Almeida
13.738	— José Roberto Edison de Castro Mello
13.739	— Geraldo Terrana de Carvalho
13.740	— Edmyr Stéphá Venancio
13.743	— Edson Simão
13.744	— Antonio Mendes Ferreira
13.745	— Rosino Baccarini Neto
13.746	— João Regazzi Gerk
13.747	— Mauro Gonçalves

Nº da Carteira	Nome do Médico
13.748	— Sergio do Nascimento
13.749	— Ricardo Roberto Guerra
13.750	— Rubens Tosta Gabetto
13.751	— Othon Rodrigues Pedro Filho
13.752	— Dimar Fernandes Issa
13.753	— João Issa
13.754	— José Carlos Polachini
13.756	— Joaquim Corrêa Trócolli
13.757	— Israel Tueiv Sperman
13.758	— Luiz Antonio Garcia
13.759	— Vera de Almeida Senra
13.760	— Luiz Rogério Padilha de Cuop
13.761	— Sílvio Xavier
13.762	— Lauro de Magalhães Filho
13.763	— Luiz Alberto Barbosa Santos Neves
13.764	— Guilherme Fernando de Souza Bastos
13.765	— Sebastião Brusamolin
13.766	— Albineiar Plaza Pinto
13.767	— Juan Luis Ligarda León
13.768	— Matilde Loli Ligarda
13.770	— Simone Farias Gomes da Silva
13.771	— Sergio de Carvalho
13.772	— Marco Antonio Amui Salum
13.773	— Edith Burgos Severiche
13.774	— Dnal Farrulla
13.776	— Togo Gomes de Almeida
13.777	— Daniel Alves de Araujo Franco
13.778	— Carlos Roberto Telles Ribeiro
13.779	— Francisco Silvino de Brito
13.781	— Margit Horvath
13.782	— Zacarias Rezende da Silva
18.783	— Mario Sergio Rogar
18.784	— Eric Rocha Pitman
18.785	— Emídio Augusto Vêras Lustosa Nogueira
18.786	— Maria Auxiliadora Lins Maia Gomes
13.787	— Luiz Trismegisto Jatobá
13.788	— Aldrovando de Vasconcellos
13.789	— Isaac Vaisman
13.791	— Carlos Magno Daher
13.792	— Ary Wambier
13.794	— Mauricio de Arruda
13.795	— Sergio Alves
13.796	— Liberato Tristão Schwartz
13.797	— Ozanno Leite Pereira
13.798	— Ronaldo Ewald Martins
13.799	— Darcy Oliveira da Silva
13.800	— William Roberto Olivi
13.801	— Kimio Nitta

Nº da Carteira Nome do Médico

13.803	— Dey Leite Bueno
13.804	— Wisclaf Albisio Sacchetin
13.805	— Marcos Wolosker
13.806	— Wildemar José Quatrochi
13.807	— Heitor da Palma Lampert
13.808	— Maria Milne dos Santos Maranhã
13.809	— Aloysio Barbutto Dias
13.810	— José Augusto Rodrigues
13.811	— Henrique Guimarães de Sá Brito
13.812	— Mendel Andel
13.814	— José Sette de Barros
13.815	— Maria Elide Capobianco
13.817	— Geraldo Leite Barbosa
13.818	— Chiacir dos Santos Amorim
13.820	— Uriél Heckert
13.821	— Paulo Afonso de Almeida Machado
13.822	— Lourival Bufulin
13.823	— Egydio Russo
13.824	— Carlos Bernardo Moreira de Carvalho
13.825	— Jayme Bonsucesso Moreira Neto
13.826	— Edison Martins Fadiga
13.827	— Manoel Arthur de Albuquerque Maranhão Neto
13.828	— Sérgio Roberto Mitidieri Luppi
13.829	— Adilson Castro da Silva
13.830	— Belarmino Dorado Hurtado
13.831	— Samuel Silva Caldas
13.832	— Audeir Lima de Aguiar Peixoto
13.833	— Pablo Alberto Lorente Parada
13.834	— Ascanio Pedro Monteiro
13.835	— Antonio Augusto de Moraes Bittencourt
13.837	— Irineu Rubinstein
13.838	— Wilson Kenzi Tanaka
13.839	— João Antonio de Souza
13.840	— Ronaldo Ramos da Costa
13.843	— José Luiz Gonçalves de Vilhena
13.844	— Maria Eny de Paula
13.845	— Selma Blaine Conill Coelho
13.846	— Rosário de Maria Soares Lobato
13.847	— Lélia Magalhães Paiva
13.848	— Marialva Tereza Carmo Ferreira
13.851	— Marcos Antonio de Carvalho
13.852	— José Zenum Messias
13.853	— Ruy Del Negro Fonseca
13.854	— Vania Gloria Queiroz Silami
13.855	— Raimundo Tonon Netto
13.858	— Henrique de Azevedo Penna
13.860	— Sérgio Renato Cantalice Lipke
13.861	— Marcio Aloysio Freitas Siqueira

Nº da Carteira Nome do Médico

13.863	— Waldemar da Costa e Silva
13.864	— Tito Livio Mundin
13.865	— José Alberto Rondon Severo dos Santos
13.867	— José Trindade Filho
13.868	— Ceyla Antunes Pinheiro
13.869	— Inanci Marins Coutinho
13.870	— José Torrico Valdivia
13.872	— Cassio Menezes Raposo do Amaral
13.873	— Getulio Sessin
13.874	— Marco Antônio Pereira Flores
13.875	— Aloysio Soares Lengruher dos Santos
13.878	— Fernando Maria da Assunção
13.880	— João Figueiredo
13.881	— José Vieira Junior
13.882	— Carlos Alberto Reis Pinheiro
13.884	— José Flavio de Moura Magalhães
13.885	— Miriam Mylius
13.886	— José Gadia Filho
13.887	— Luiz Carlos da Silva Alves
13.888	— Ivan Fernandes Salema Coelho
13.889	— Nilau Gomes da Rocha Loures
13.891	— Krishnamurti Matos de Araujo Sarmento
13.894	— Julio Cezar Stoduto de Carvalho
13.895	— Roberto Luiz de Oliveira
13.896	— Ubiracy José de Almeida Grandi
13.897	— Napoleão Baia da Costa
13.898	— José de Mello Loureiro
13.900	— Vicente Catanzaro
13.901	— Auguimar Malvezzi
13.902	— Jaime Pericás Durán
13.904	— Fernando Pereira Caldas
13.905	— Sioeme da Silva Marques
13.906	— Marisa Lobato de Sá Carvalho
13.908	— Renato Acosta Sbrissa
13.909	— Tereza Gonçalves Chicourel
13.910	— Antonio Carlos Paes Barreto
13.911	— Ayesha Batista de Assis
13.912	— Nelson Junqueira de Barros
13.914	— Humberto Furtado de Oliveira Cabral
13.915	— Antonio Tiburcio Soares Rodrigues
13.916	— Regionaldo Machado de Mattos
13.917	— Rita Cleide Pinto Amorim
13.918	— Ana Maria Gomes Soares
13.919	— Hildebrando De Biase
13.920	— David Czizyk
13.921	— José Euber Pereira Soares
13.922	— Gilnei Godoi Guimarães
13.923	— Alvaro Jorge Costa Cansanção

Nº da Carteira Nome do Médico

13.925	—	Heraldo Pompeo
13.926	—	José Carvalhido Gaspar
13.927	—	Darci Kaercher
13.928	—	Volnei Garcia Antunes
13.929	—	Vanildo Maldi
13.931	—	Marconi Menezes de Luna
13.932	—	Roque Pergher
13.933	—	Victor Rocha de Mattos Cardoso
13.934	—	Rui Alves Barros
13.935	—	Jayme Ribeiro da Graça
13.936	—	Mario Neves de Castro
13.937	—	Marise Peixoto Lafeté
13.939	—	José Gonçalves Milagres
13.940	—	Ivo Barreto de Medeiros
13.941	—	Maria de Jesus Santos Araujo
13.942	—	José Mauricio Barbosa de Andrade
13.943	—	Carlos Augusto Lemos Monteiro de Castro
13.944	—	William Rocha Pascoal
13.946	—	Ardaydes Nunes Boeira
13.948	—	Jayr Matano
13.949	—	José Meirelles Mariath
13.950	—	Pedro Joaquim Souza Medeiros
13.951	—	Francisco Assunção de Macêdo
13.953	—	João Carlos de Miranda Neto
13.954	—	Carlos Oswaldo de Carvalho Poli
13.956	—	Paulo Gilberto Alves Motta
13.957	—	Marco Antonio de Carvalho Gedda
13.958	—	Alexandre Salenkov
13.959	—	Jurandir Baia Rocha
13.960	—	Renato Borges da Costa
13.961	—	Miguel Angelo Roberto D'Elia
13.962	—	Ary de Oliveira Borges
13.963	—	Galidulcidio Ferrari
13.964	—	Walter Luiz Moraes Sampaio da Fonseca
13.965	—	Luiz Fernando Galvão Salinas
13.966	—	Joaquim Gomes da Silva Brito
13.968	—	Murillo de Oliveira Paiva
13.970	—	Silvério Pereira dos Santos
13.971	—	Helvio da Rosa Martins
13.972	—	Jôlden de Souza Campos
13.973	—	Saulo Marques
13.975	—	Adilson de Oliveira Caldeira
13.976	—	Régio Teodoro Penna
13.977	—	Claudio de Campos Rodrigues

Nº da Carteira Nome do Médico

13.978	—	Nilson Tenorio Cavalcanti
13.979	—	Isaac Gonzalez Cruz
13.980	—	Ernesto Bermudez Mayorga
13.982	—	Ubiratan Silveira Jatobá
13.983	—	Raul Francisco Juliato
13.984	—	José Romero de Almeida Ferreira

RELAÇÃO DO REGISTRO DE MÉDICOS FALECIDOS
(A PARTIR DO BOLETIM Nº 15)

Nº de Ordem	Nome do Médico	Nº da Carteira
415	— Francisco José da Silveira Lobo Junior	399
416	— Galdino de Faria Alvim Filho	823
417	— Bertha Gutman Balassiano	7.968
418	— José Bellusci Paes	8.699
419	— Sebastião Raphael Sébas	936
420	— João Baptista D'Avila Franca	8.447
421	— Carlindo Ferreira Baptista	5.593
422	— Eduardo Martins Loureiro	3.191
423	— Cassio Annes Dias	427
424	— Manoel Venâncio Campos da Paz Neto	6.477
425	— Manoel Simões	5.667
426	— Luiz de Moraes Rego	2.378
427	— Euclides Borges	1.455
428	— José Antonio de Abreu Fialho	12.883
429	— Sebastião Duarte de Barros	10.653
430	— Asthon Baer Bahia	3.539
431	— Alvaro da Cunha Duque Estrada	412
432	— Pedro Goulart Netto	5.252
433	— João Ribeiro dos Santos	9.890
434	— Murillo de Paula Fonseca	204
435	— Hildebrando Marcondes Portugal	2.290
436	— Moacyr de Almeida	7.341
437	— Enaldo dos Santos Araujo	10.557
438	— João Penna Brightmore	9.150
439	— José Fernandes da Costa	11.064
440	— Luiz Claudio Goulart de Andrade	2.038
441	— José Elias Neder	2.673
442	— Domingos José da Costa Prata	2.401
443	— Alvaro Serra de Castro	1.388
444	— João Ellent	9.504
445	— Athayde Pereira da Silva	12.245
446	— Fernando Mattos de Oliveira	4.278
447	— Jairo João Wagner	4.626

Nº de Ordem	Nome do Médico	Nº da Carteira
448	— Agnelo Quintela Filho	4.531
449	— Francisco de Assis Nepomuceno	4.881
450	— Carlos Barbosa Teixeira	4.736
451	— Henderson Sá de A. Simões	4.611
452	— José Barbosa da Luz	3.735
453	— José Geraldo Correa	3.834
454	— Orlando Doria de Araujo Góes	3.442
455	— José Novaes de S. Carvalho Neto	4.402
456	— Waldemar Raymondi	5.856
457	— Ruy Pereira Gomes	3.819
458	— Mario Gabriel de Souza	3.197
459	— Eduardo Villela	836
460	— Jurandyr Montenegro Magalhães	11.479
461	— Rubens Pagani	11.597
462	— Luiz de Azevedo Guimarães	4.436
463	— Lysanias Marcellino da Silva	4.063
464	— Renzo Antonini Filho	12.507
465	— Americo Augusto de Carvalho	11.921
466	— Alcides Penna Filho	4.962
467	— Julio Studart de Moraes	Sem Efe
468	— Alcebiades Calazans Luz	8.277
469	— Arnaldo Balesté	5.101
470	— Mauricio Lopes Felpo	3.011
471	— José Domingues Machado Filho	3.155
472	— Jorge Fernandes	3.397
473	— Dante Nascimento Costa	3.434
474	— Benjamin Martins Ferreira	3.666
475	— Angélica Ferreira	1.044
476	— João Felipe Saboia Ribeiro	2.517
477	— Octavio Salema G. Ribeiro	2.691
478	— Christiano Roças	2.701
479	— Roberto Rangel Lima	2.761
480	— Jorge de Almeida Fraga	2.978
481	— Neir Alves de Miranda	2.157
482	— Vicente Leal Lins de Barros	2.357
483	— Luiz Octavio N. de Senna	2.420
484	— Eduardo de Wilton Morgado	2.478
485	— Mario Camara da Motta	1.909
486	— José do Amaral Silva	1.910
487	— Didur de Freitas Castro	1.973
488	— Oscar Petersen	2.156
489	— Guilherme de Carvalho Serrano	63
490	— José Cavalcanti de C. Goyanna	122
491	— Licínio Ribeiro Dias	491
492	— Henrique Cesar B. Monteiro	430
493	— Ruy de Castro Rolim	495
494	— Alvary Antonio S. de Castro	511

Nº de Ordem	Nome do Médico	Nº da Carteira
495	— Joaquim Ramos Brandão	640
496	— José Vieira Peixoto	1.046
497	— Tharsicio Soares Pinto	1.089
498	— Talcídio de Oliveira	1.118
499	— René de Guimarães Rachou	1.149
500	— Luiz Tinoco da Fonseca	1.337
501	— Leonidas Hermes da Fonseca Filho	1.472
502	— Paulo Pires de Amorim	1.706
503	— José Guilherme de Araujo	1.853
504	— Carmelo Zanuti Mammana	8.980
505	— Edgard da Silva Pontes	8.297
506	— José Bulhões de Carvalho	8.793
507	— Juracy de Souza Ferreira	8.674
508	— Oswaldo Moura Brasil do Amaral	8.574
509	— João Pacifico da Silva Junior	8.543
510	— Oswaldo dos Santos Romeiro	8.187
511	— Dario Ferreira da Silva	8.607
512	— Antonio Leite Pinto Junior	9.146
513	— Dióle Simões Gonçalves	9.225
514	— Erno Oscar Fritz	9.408
515	— Zeny Machado de Lacerda	9.527
516	— Raymundo Ferreira de Oliveira	9.580
517	— José Fernando D. Carneiro	9.666
518	— Miguel Couto Filho	9.931
519	— Aluisio Madeira de Oliveira	10.312
520	— Mario David Meneghetti	10.329
521	— Auxeliano de Campos Brandão	10.893
522	— Germano Serebrenick	11.917
523	— Nelson Correa	4.764
524	— Dalila Pina de Siqueira	4.800
525	— Cezar Pereira de Salies	4.857
526	— Alfredo Torres	5.009
527	— Anibal Maia de P. Andrade	5.138
528	— Hamilton Gonçalves	5.182
529	— Arthur Clement L. de Lemos	5.229
530	— Flavio Augusto de R. Rubin	5.407
531	— Thales M. da Costa Moreira	5.609
532	— Murillo Rodrigues Campello	5.659
533	— Julio Gonçalves dos Santos	5.756
534	— Ernesto Crissiuma Paranhos	6.863
535	— Aristides de Araujo Ferreira	6.862
536	— João Gondim F. de Barros	6.847
537	— Mario Guimarães Ramos	6.069
538	— Fabio Silveira de Faria	7.251
539	— Getulio José da Silva	7.308
540	— José de Almeida Rios	4.932

Nº de Ordem	Nome do Médico	Nº da Carteira
541	— Carlos Maigre da Gama Filho	7.346
542	— Rubem Rodrigues Branco	5.474
543	— Ismar Tavares Mutel	3.783
544	— Geroncio Caldeira de Alvarenga	736

Relação nominal dos médicos que solicitaram transferência para outros Conselhos Regionais de Medicina, durante o exercício de 1970

N/O:	Nome dos Médicos	Datas	Nº da Carteira	Destino
1	Maria Alzira N. Pereira .	2.01.70	11.894	CRM - R. G. Sul
2	Amós Prates	20.01.70	12.329	" - M. Gerais
3	Henrique Gerhard Friedrich	3.02.70	2.630	" - S. Paulo
4	Benedito de Carvalho Nunes	9.03.70	12.644	" - Piauí
5	Sylvio Pires de Mello ..	9.03.70	5.053	" - RJ
6	Zacharias Bueno Vieira .	24.03.70	1.489	" - M. Gerais
7	Carlos Alberto de Freitas	24.03.70	10.802	" - M. Gerais
8	Henrique Garcia Borges	24.03.70	12.643	" - Idem
9	Arnaldo Rache Villela .	24.03.70	11.778	" - Idem
10	Roberto Eustachio Guimarães	14.03.70	12.498	" - Idem
11	Enéas Lopes M. Duarte .	30.03.70	1.445	" - RJ
12	Plácido Antonio R. Miranda	30.03.70	10.807	" - RJ
13	Gil Braz Borges Vasconcelos	1.04.70	12.766	" - PR
14	Sebastião Carlos Coutinho	1.04.70	11.976	" - PR
15	José Maria R. de Carvalho	20.01.70	13.074	" - SP.
16	Laurindo Antonio Neto .	23.04.70	12.980	" - M. Gerais
17	José Mendes Honório ...	23.04.70	4.113	" - Idem
18	Luiz Humberto Sanchez .	23.04.70	12.874	" - Idem
19	Therezinha de J. A. Barbosa	23.04.70	8.955	" - Idem
20	Ivonne Calheiros Lopes .	5.03.70	4.358	" - S. Paulo
21	Ephraim Domingos Rizzo	15.01.70	8.639	" - Idem
22	Luiz Mano Garcia	24.03.70	11.470	" - Idem
23	Aldemir Bilaqui	24.03.70	11.348	" - Idem
24	Joel Pereira dos Santos .	31.03.70	12.771	" - Idem
25	José Paulo Pereira	17.03.70	12.836	" - Idem
26	Affonso Arthur V. Rezende	17.03.70	10.020	" - Idem
27	Saul Cypel	10.03.70	12.254	" - Idem
28	Neusa Machado Andrade	17.02.70	13.065	" - Idem
29	Menley Rodrigues Scalise	17.02.70	12.992	" - Idem
30	Luiz Nunes Dib José ...	27.01.70	12.840	" - Idem
31	Arthur Lucio C. Albuquerque	27.01.70	11.533	" - Idem

32	Wamberto Antonio Olivi	20.01.70	12.649	" - Idem
33	Milton Brunelli	20.01.70	13.021	" - Idem
34	Valter Curi Rodrigues ..	13.01.70	12.426	" - Idem
35	Jorge Katu e Suenaga .	13.01.70	12.261	" - Idem
36	Guilherme A. Cestari Filho	13.01.70	12.316	" - Idem
37	Fernando Zeitune Leão .	13.01.70	11.740	" - Idem
38	Durval Franco Vilela ...	13.01.70	13.144	" - Idem
39	Claudio Flamarion R. Santos	13.01.70	12.376	" - Idem
40	Caio Mizubuti	13.01.70	13.200	" - Idem
41	José César Perrella	7.04.70	13.219	" - Idem
42	Jaar Andrade Sampaio .	17.02.70	12.565	" - Idem
43	Celio Teixeira de Lacerda	1.04.70	12.634	" - M. Gerais
44	Isnard Keiserman	5.05.70	12.553	" - S. Paulo
45	Ivan Fernandes da Silva	8.06.70	13.032	" - R. Janeiro
46	Seya Pedro Kamimura .	19.05.70	11.840	" - S. Paulo
47	Victor Bastos Navarro da Cruz	idem	12.345	" - S. Paulo
48	Mauro Pedro da Cruz ..	30.06.70	12.276	" - Paraná
49	Paulo Fernando da Silva Cardoso	17.07.70	8.261	" - Pernam.
50	Rubens Bozola	30.06.70	13.248	" - S. Paulo
51	Fozia Abdala	idem	10.110	" - Idem
52	Armando Kazugi Suenaga	idem	12.280	" - Idem
53	Fernando Henrique Gonzalez	idem	12.314	" - Idem
54	Antonio Carneiro de Paiva	idem	11.635	" - Idem
55	Arthur Antonio de Mendonça Spinelli	19.03.70	9.195	" - Idem
56	Telmo de Lara Ramalho .	18.08.70	13.575	" - Idem
57	Sônia Maria Costa Santos	28.07.70	13.205	" - Idem
58	Pedro Paulo Garcia Guerra	8.09.70	13.713	" - Idem
59	Gilberto Teixeira Griz ..	30.09.70	11.020	" - Pernam.
60	Fernando Emilio R. Recavarren	24.03.70	13.227	" - M. Gerais
61	Celio Antonio de Araujo .	16.06.70	13.053	" - Idem
62	David Lopes Abelha Junior	18.09.70	13.055	" - Idem
63	Armando José de Carvalho	15.09.70	12.446	" - S. Paulo
64	Salomão Felix	13.10.70	3.352	" - Idem
65	Zacharias Rezende da Silva	13.10.70	13.782	" - Idem
66	José Lino Coutinho da França Neto	16.11.70	12.092	" - D.F.
67	Iramu Iwata	25.11.70	15.154	" - S. Paulo
68	José Antonio Claudino Pedroso	25.11.70	15.175	" - Idem
69	Frederico Stolze Bahiana	14.12.70	3.675	" - D.F.

ELEIÇÕES PARA O EXERCÍCIO DE 1971

Foram eleitas e empossadas para o exercício de 1971, a Diretoria e Comissões seguintes:

DIRETORIA

Presidente: Fernando Samico (reeleito)

Vice-Presidente: Djalma Chastinet Contreiras

1º Secretário: Clebe Velloso Scarinci

2º Secretário: Hugo Elias

Tesoureiro: Aloysio Pereira Dantas

COMISSÃO DE TOMADA DE CONTAS

Ruy de Castro Sodré

Amaury Barbosa da Silva

Roberto Machado Silva

COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO

Clebe Velloso Scarinci

Miguel Olimpio Cavalcanti

José Messias do Carmo

Do Código de Ética Médica

Art. 4º — São deveres fundamentais do médico:

a) guardar absoluto respeito pela vida humana, jamais usando seus conhecimentos técnicos ou científicos para o sofrimento ou extermínio do homem, não podendo o médico, seja qual fôr a circunstância, praticar atos que afetem a saúde ou a resistência física ou mental do ser humano, salvo quando se trate de indicações, estritamente terapêuticas ou profiláticas em benefício do próprio paciente;

b) exercer seu mister com dignidade e consciência, observando na profissão e fora dela, as normas de ética profissional prescritas neste Código e na legislação vigente e pautando seus atos pelos mais rígidos princípios morais, de modo a se fazer estimado e respeitado, preservando a honra e as nobres tradições da profissão médica;

c) abster-se de atos que impliquem na mercantilização da medicina e combater-los quando praticados por outrem.

Art. 52 — A esterilização é condenada, podendo, entretanto, ser praticada em casos excepcionais, quando houver precisa indicação referendada por mais dois médicos ouvidos em conferência.

§ único — Da conferência será lavrada ata em 3 (três) vias das quais uma será enviada ao Conselho Regional de Medicina, outra ao Diretor do estabelecimento em que vai realizar-se a intervenção, ficando a terceira em poder do profissional que executar o ato cirúrgico.

Art. 54 — O médico não deverá provocar o abortamento, salvo quando não houver outro meio de salvar a vida da gestante ou quando a gravidez resultar de estupro, mas sempre depois do consentimento expresso da gestante ou de seu representante legal.

§ 1º — Em qualquer desses casos, expressos na lei, o médico poderá intervir depois do parecer de pelo menos dois colegas, ouvidos em conferência.

§ 2º — Da conferência será lavrada ata em 3 (três) vias, uma das quais será enviada ao Conselho Regional de Medicina, outra ao Diretor Clínico do estabelecimento em que se vai realizar a intervenção, ficando a terceira em poder do profissional que executar o ato cirúrgico.

Art. 55 — No interesse exclusivo da saúde ou da vida da gestante, nos casos de abortamento já iniciado, espontâneo ou provocado, o médico poderá intervir, devendo sempre, a fim de ressaltar sua responsabilidade, comunicar o fato, em documento escrito e sigiloso, ao Conselho Regional de Medicina.