



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA GUANABARA

SEDE PRÓPRIA — PRAÇA MAHATMA GANDHI, 2 — GRUPO 1001
TEL.: 22-0255 — RIO DE JANEIRO — GB. — ZC. 06

CONSELHEIROS:

Alcides Modesto Leal
Alvaro Aguiar
Américo Piquet Carneiro
Annibal da Rocha Nogueira Junior
Antonio Araujo Villela
Antônio Rodrigues de Mello
Darcy Monteiro
Darcy Costa Magalhães
Décio Olinto de Oliveira
Ernestino Gomes de Oliveira
Fioravanti Di Piero
Helenio Coutinho
Jessé de Paiva
J. L. Alves de Brito e Cunha
Jorge Castro Barbosa
José Augusto Villela Pedras
José Luiz Guimarães Santos
Luiz Murgel

Mário Pinto de Miranda
Milton Cordovil
Nilo Thimóteo da Costa
Octavio Dreux
Orlando Freitas Vaz
Oscar Vasconcellos Ribeiro
Osolando Machado
Paulo Dias da Costa
Paulo Ferreira
Raymundo Moniz Aragão
Ruy Goyanna
Sérgio Aguinaga
Spinosa Rothier Duarte
Waldemar Bianchi
Waldemir Salem
Walter de Mello Barbosa
Sylvio Lemgruber Sertã



DELEGADOS:

Thomaz de Figueiredo Mendes
Carlos Cruz Lima

DIRETORIA:

Presidente: — Dr. José Luiz Guimarães Santos
Vice-Presidente: — Dr. Octavio Dreux
1.º Secretário: — Dr. Waldemar Bianchi
2.º Secretário: — Dr. Ruy Goyanna
Tesoureiro: — Dr. Jessé de Paiva

COMISSÃO DE TOMADA DE CONTAS:

Dr. Fioravanti Di Piero
Dr. Antonio Araujo Villela
Dr. João Luiz Alves de Brito e Cunha

COMISSÃO DE REDAÇÃO DO BOLETIM:

Dr. Octavio Dreux
Dr. Spinosa Rothier Duarte
Dr. Milton Cordovil
Dr. Ruy Goyanna
Dr. Mário Pinto de Miranda

EDITORIAL

PALAVRAS DO PRESIDENTE (*)

JOSÉ LUIZ GUIMARÃES SANTOS

Não ignoro a responsabilidade que pesa sobre meus ombros.

Não desconheço também a tarefa honrosa que acaba de me ser atribuída, pela generosidade dos senhores Conselheiros que acolheram a indicação de meu nome para representá-los num momento de crise para a classe médica brasileira, cuja maior repercussão se faz sentir no Estado da Guanabara.

Sei perfeitamente que essa escolha ao lado de colegas tão ilustres como OCTAVIO DREUX — WALDEMAR BIANCHI — RUY GOYANNA e JESSÉ DE PAIVA, representa o coroamento de uma vida profissional modesta, porém palmilhada com dignidade e respeito. Tenho certeza de que a indulgência dos seus colegas traduziu também um voto de consideração ao meu passado e um crédito de confiança para os dias que estão por vir.

Sensibilizado aceito o nobre encargo que me é confiado e, humildemente, confesso que procurarei acertar, dirigindo o CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA GUANABARA, em inteira harmonia com os companheiros de Diretoria, obedecendo as decisões do Plenário e, sobretudo, não permitindo o retrocesso.

A presidência SPINOSA ROTHIER, com mandato de dois anos, foi no meu entender tão perfeita que dificilmente conseguiremos ultrapassá-la com inovações ou mudanças de rumo. Há que

(*) Discurso de posse na Presidência do CREMEG em 3-X-67.

conservar o que recebemos, e se assim o conseguirmos, daremos como bem cumprida a nossa missão.

O papel dos Conselhos, de todos conhecido e, por vêzes distorcido por elementos interessados, vem se ampliando no tempo e no espaço. Sua conceituação, sua ação fiscalizadora, sua motivação essencial de educar e orientar os profissionais no bom desempenho ético, dá-lhes uma posição de relêvo no organograma social.

Não deve nem pode ficar indiferente às resoluções e decisões aprovadas pelas demais entidades de classe, principalmente a Associação Médica Brasileira e o Sindicato dos Médicos, ambos presididos no momento por elementos altamente categorizados, com reais serviços prestados à comunidade médica.

Os problemas que surgem e que são analisados, defendidos e sãbiamente orientados por ambas as entidades, em sua grande maioria se ajustam às finalidades legais dos Conselhos, cabendo a êstes em determinadas condições associarem-se às suas deliberações, respeitando-as e endossando-as.

Quanto ao CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, órgão supremo e normativo, última instância, e para quem apelamos em grau de recurso, só nos cabe afirmar que é digno de todo o respeito e admiração, principalmente pelos nomes que o compõem a começar pelo dêsse admirável colega que é o Professor ISEU DE ALMEIDA E SILVA, a quem rendemos de público a nossa respeitosa homenagem.

Êste é o último quinquênio do atual Conselho.

Iremos enfrentar no próximo ano mais uma batalha eleitoral para renovação total ou parcial dos seus membros.

Já vislumbramos no horizonte o que nos espera.

Temos no entanto a certeza de que sairá vitoriosa a chapa que se aliar à Verdade, aquela que irá reunir os defensores da família médica da Guanabara, que terá como bandeira uma política sadia de defesa dos direitos livres dos profissionais, que irá permitir-lhes o pleno exercício de seus mistérios, sem a intervenção de poderes estranhos importados de regiões distantes e de difícil assimilação.

A classe médica não pode perder o seu prestígio nem o seu elevado papel na evolução sociológica brasileira.

Seus conhecimentos altamente valorizados pela ciência e pela cultura, situam-na no centro dos acontecimentos de qualquer nação, principalmente nas sub-desenvolvidas.

O enriquecimento de um país repousa principalmente na saúde de sua população, ponto de partida para os escalões superiores da técnica.

Não conseguimos compreender a marginalização que se procura fazer do profissional médico, atribuindo-lhe encargos superiores às suas forças com remunerações vís e assalariamento constante. Não conseguimos também compreender as razões que impelem certos setores ao negativismo científico, destruindo as ambições dos jovens, despersonalizando o médico, esvaziando as bibliotecas, e sobretudo, colaborando na baixa sistemática do padrão técnico.

Estamos atentos ao atual estado de coisas e conosco está o CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, alertando os médicos contra contratos globais anti-éticos, contra emprêsas vendedoras de saúde que auferem lucros mediante a exploração de serviços atinentes aos médicos.

Procuraremos conciliar a velha e austera medicina hipocrática de nossos ancestrais com o avanço maravilhoso das técnicas modernas.

Outra função dos Conselhos é a de permanecer constantemente em colaboração com os Serviços Oficiais da Fiscalização da Medicina. Êsse entrelaçamento vem sendo mantido de longa data e sê-lo-á ainda mais em nosso anuênio, dentro das atribuições de um Tribunal de Ética.

A inter-dependência das Associações de classe e dos Conselhos, possibilita-lhes maior liberdade no ajuste de suas decisões, permitindo a êstes últimos a intervenção legal sempre que a moral médica fôr atingida.

Meus antecessores cuidaram com todo empenho da realização de cursos de ética.

Fui testemunha da repercussão que os referidos Simpósios obtiveram na classe médica.

Prosseguiremos na mesma conduta de esclarecimentos, divulgando o Código de Ética e consequentemente a ação altamente moralizadora dos Conselhos.

MEUS SENHORES!

Os quatro anos por nós percorridos, desde a memorável eleição de 1963, serão sempre lembrados, pelo muito que aprendemos, com SYLVIO SERTÃ, CASTRO BARBOSA, ERNESTINO DE OLIVEIRA, JESSÉ DE PAIVA, WALTER BARBOSA, WALDEMAR BIANCHI, CIRO VIEIRA DA CUNHA, LUIZ BRUNO DE OLIVEIRA, RUY GOYANNA — todos componentes das passadas Diretorias.

A eles muito devo, pois será com o acervo de conhecimentos que me facultaram, com liberalidade e franqueza, que procurarei desempenhar a minha árdua incumbência.

Aos demais Conselheiros, cujos ensinamentos sempre procurei ouvir, que nos deram lições inesquecíveis de ética nesta sala em que nos encontramos, prometo não decepcionar, pedindo antecipadamente desculpas pelas omissões ou falhas em que fatalmente incorrerei no decorrer do mandato.

Peço licença para citar a sábia lição de ECCLESIASTES, que leio e releio desde a minha mocidade e que sinto estar na hora de ser lembrada:

“Uma geração passa e outra geração lhe sucede, mas a Terra permanece. O sol nasce e se põe e torna ao lugar de onde partiu”.

O que deve ser ressaltado é o fato da mudança que ora se processa no Conselho ser considerado um acontecimento simples, como a entrega de um bastão de estafeta, sem solução de continuidade.

No ambiente amigo em que me encontro, quando acabo de receber das mãos honradas de SPINOSA ROTHIER o laurel que

julgo estar acima de meus méritos, desejo renovar os meus agradecimentos a todos que aqui compareceram para assistirem à minha posse.

E assumo de público o compromisso de dignificar o cargo, pois assim procedendo estarei dignificando também o comportamento dos doze mil médicos que irei representar, durante um ano, no Estado da Guanabara.

Le Secret Médical (*)

por

PASTEUR VALLERY-RADOT (**)

A PROPOS d'un livre récent, paru en Angleterre, nous voulons dire ce que nous pensons du secret médical.

Un médecin, élevé à la dignité de lord par uns des plus grands hommes d'Angleterre, osa raconter au monde tout ce qu'il savait de cet admirable Britannique, peu de temps après sa mort. Il n'a rien laissé dans l'ombre.

Tout cela était préparé depuis 1940 dans des notes écrites dès qu'il eut quitté son éminent client. Le soir, le médecin rédigeait ce qu'il avait recueilli. Et voilà comment, par des conversations intimes, secrètes, a été rédigé un volume qui livra toute la pensée et tout le corps du célèbre malade.

S'il ne s'agissait pas d'un médecin, tout serait parfaitement licite. Mais comment un médecin a-t-il pu se permettre de noter les confidences de son client?

A la fin de 1941, il découvre une insuffisance coronaire. Il suit la maladie jusqu'aux "tristes années de décrépitude envahissante". Et ce sont tous les aveux, tous les abandons des derniers temps.

*
* *

"Le secret est la dernière sauvegarde de nos libertés", disait récemment M^e René Floriot dans une conférence sur le secret professionnel.

(*) Transcrito de La Revue de Paris. 1967 — 74.^o Ano.

(**) Membro da Academia de França.

Ce qu'a révélé un malade à son médecin doit rester absolument secret.

Jamais un médecin, interrogé sur la maladie d'un de ses patients, n'a le droit de dévoiler l'affection de son malade.

Si l'on s'étonne de voir certains médecins trahir le secret professionnel, on est non moins surpris de l'incompréhension du public. Que de fois cette question est-elle posée à un médecin: "Qu'a donc M. X... que vous soignez?" Si le médecin, comme c'est son devoir, refuse de répondre, l'interlocuteur reste stupéfait.

Le secret doit être absolu, non seulement pour les confidences du malade, mais pour tout ce que le médecin a découvert au cours de ses examens. Entré dans l'appartement du malade, il n'a pas le droit de révéler ce qui s'y passe. Est-il témoin d'une scène, même d'injures, il n'aura pas le droit de déposer à l'occasion d'un procès. Tout ce qu'il a vu et entendu dans l'exercice de sa profession doit rester ignoré.

Qu'on se souvienne de cet aphorisme d'Hippocrate: "Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés."

*
* *

En présence d'un crime, le professeur Portes, président du Conseil National de l'Ordre des Médecins, a écrit: "Silence quand le malade est un criminel que la société recherche, silence quand même, silence toujours."

Un médecin ayant connaissance, à l'occasion de sa profession, d'un acte de trahison ou d'espionnage, est dispensé expressément de le dénoncer. La Chambre Criminelle de la Cour de Cassation a proclamé: "Le caractère du secret professionnel imposé par la loi aux médecins est absolu... L'obligation au secret, établie pour assurer la confiance nécessaire à l'exercice de certaines professions

ou de certaines fonctions, s'impose aux médecins, comme un devoir de leur état... Il n'appartient à personne de les en affranchir."

*

* *

Appelé en justice, le médecin doit se présenter s'il reçoit une convocation et refuser de témoigner s'il ne connaît les faits qu'en sa qualité de médecin. On ne peut le délier de son secret professionnel. Même lorsque le malade est mort, le médecin doit rester muet.

On connaît la réponse de Dupuytren, après la Révolution de 1830. Aux demandes du Préfet de Police qui voulait savoir quels étaient les insurgés auxquels il avait donné ses soins: "Je n'ai rien vu, répondit-il, que des blessés."

En 1944, une ordonnance des occupants enjoignit aux médecins de livrer les blessés de la Résistance. Le professeur Portes, reprenant la courageuse décision prise par le docteur Bernard Lafay, secrétaire général de l'Ordre des Médecins de la Seine, adressa alors aux médecins de France cette déclaration: "Le Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins rappelle à ses confrères qu'appelés auprès des malades ou des blessés, ils n'ont d'autre devoir à remplir que de leur donner des soins. Le respect du secret professionnel étant la condition nécessaire de la confiance que la malade porte à son médecin, il n'est aucune considération administrative qui puisse l'en dégager."

*

* *

Cependant il est des cas où la déclaration est obligatoire. Il en est ainsi quand il s'agit d'une maladie contagieuse: c'est la loi de 1902.

Les lois sur la Sécurité sociale et la Médecine du Travail constituent des violations du secret professionnel, il faut bien le reconnaître.

Les rapports entre le médecin traitant et le médecin contrôleur des caisses de Sécurité sociale ont été longuement discutés. Un accord a été conclu. Un médecin traitant n'a pas le droit de communiquer le diagnostic à l'autorité administrative. Il ne peut en faire part qu'aux personnes du service médical.

Cependant, voici des cas où la déclaration est nécessaire: certificat d'internement, accident du travail ou maladie professionnelle, attestation pour pension militaire.

*

* *

Un malade peut obtenir de son médecin un certificat médical. Mais il faut faire attention: ce certificat peut être une violation du secret s'il est remis au patron du malade. C'est pourquoi il est recommandé d'écrire en tête: ce certificat ne peut être remis qu'entre les mains du malade.

Quand le médecin fait une communication scientifique devant une société savante ou dans un journal de médecine, il doit éviter que le malade se reconnaisse.

*

* *

Le médecin doit-il avouer à son malade la nature du mal dont celui-ci souffre quand il s'agit d'une affection mortelle? A mon avis, non. Même les êtres les plus stoïques, qui bien portants demandent à leur médecin de les prévenir le jour où ils auront un mal incurable, ne peuvent supporter la vérité quand ils sont aux approches de la mort. J'ai connu des malades qui se sont suicidés parce qu'ils avaient su le sort qui leur était destiné.

*

* *

Bien d'autres cas peuvent se présenter. Le médecin y répondra selon sa conscience en se souvenant qu'il est tenu à la règle absolue

du silence. C'est sans doute parce que quelques rares médecins ont manqué de discrétion que la médecine a perdu auprès de certains de nos contemporains le prestige qu'elle avait au temps de ma jeunesse.

Cette belle prière, rédigée à la fin du XII.^e siècle par Mose Maïmonide, médecin et philosophe juif, né à Cordoue, ne devrait jamais être oubliée:

"Soutiens la force de mon cœur pour qu'il soit toujours prêt à servir le pauvre et le riche, l'ami et l'ennemi, le bon et le mauvais. Fais que je ne voie que l'homme dans celui qui souffre."

Et je garde toujours le silence.

A Gravidade do Atestado Médico Gratuito (*)

ÁLVARO VIEIRA

JC — Juiz de Fora. — Há razão para os médicos ultimamente se negarem a atestar a saúde ou a doença de uma pessoa sem o prévio exame? — * Realmente o leitor fere um tema dos mais importantes que nem sempre o grande público conhece. Há poucos anos, um médico do sul do país fôra suspenso de suas prerrogativas e demitido do serviço público, simplesmente porque atestara o estado de saúde de três candidatos à carteira de motorista, sem exame prévio. Perdera em tôdas as instâncias no Paraná, e finalmente no Federal também. O médico não pode se outorgar o direito de adivinho, e atestar no escuro, por ouvir dizer, por informações de amigos, sem estar incorrendo em graves penas estipuladas no Código de Ética. O acórdão do Supremo Tribunal Federal foi claro: o médico não pode prescindir de seus conhecimentos de propedêutica para atestar apenas porque os amigos afirmam que fulano é saudável!? É que amigos do médico afirmaram que os candidatos a motorista eram de plena saúde, e êle entrou pelo cano! * Não sendo divulgados êsses aspectos para as camadas compreendido quando deseja examinar seu paciente para depois atestar. Essa mesma consulta foi feita ao Conselho Regional de Medicina da Guanabara sob o número 702 em março deste ano. E não há meio termo nessa matéria: "É vedado ao médico passar atestado vulgarmente chamado "de favor" constituindo falta grave atestar o que não viu e o que apenas lhe contaram". E para evitar a deturpação do atestado que deve ser um documento de fé pública, o mesmo Conselho Regional de Medicina

(*) Transcrito de O JORNAL de 24-XI-67.

solicita às Escolas de Medicina a inclusão no currículo de formação dos médicos os temas "atestados médicos", a fim de que os doutorandos fiquem a par da natureza e espécie dos atestados médicos, das obrigações de os passar e das normas de os fazer, encarecendo ainda a necessidade de nos Cursos de Deontologia Médica ministrados pelo Conselho Regional de Medicina do Estado da Guanabara, ser focalizado o tema em uma ou mais conferências. * Como vê o leitor mineiro, o atestado médico não é uma brincadeira. Ele necessita de circunstâncias técnicas, éticas e morais para ser válido, daí os médicos mais modernos pedirem a presença dos pacientes para o respectivo exame de rotina antes de atestar. É-lhe proibido atestar sem usar seus conhecimentos especializados de propedêutica para não cometer um crime previsto pelo Código. O exame antes é imprescindível.

II Congresso dos Conselhos Regionais de Medicina (*)

RELATÓRIO FINAL

Presentes os Presidentes e Representantes dos Conselhos Regionais de Medicina de Alagoas, Amapá, Amazonas, Bahia, Brasília, Goiás, Guanabara, Maranhão, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, São Paulo e Sergipe juntamente com os Conselheiros do Conselho Federal de Medicina, Professor Iseu Almeida e Silva, Professor Bruno Marsiaj, Dr. Rui de Souza Pacheco, Dr. Clarimesso Arcuri, Dr. Guaraciaba Quaresma da Gama, Dr. Adamastor de Amaral Lemos Filho, Dr. J. Bolivar Drummond, Dr. José Luiz Tavares Flôres Soares, e Dr. Murilo Belchior.

O Presidente do Conselho Federal de Medicina, Professor Iseu Almeida, e Silva, abriu a sessão, convidando para tomar parte da Mesa o Professor Neves Manta, Presidente da Academia Nacional de Medicina, o Professor Bruno Marsiaj, Vice-Presidente do Conselho Federal de Medicina, o Professor Clóvis Meira, Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Pará e Dr. João Falcão Pontes Tôrres, Presidente do Conselho Regional do Estado da Bahia.

Explicados os motivos dêste Congresso, o Sr. Presidente do C. F. M. passou a Presidência dos trabalhos ao Professor Clovis Meira, designando o Dr. João Falcão Fontes Tôrres como Relator Geral. Iniciando os trabalhos o Professor Clóvis Meira leu o Regimento Interno a vigorar nas reuniões. Em seguida pediu a palavra o Dr. Spinosa Rothier Duarte, Presidente do Conselho Regional do Estado da Guanabara, que propôs que o Dr. Fábio Fonseca Silva, Presidente do C. R. M. do Estado de Minas Gerais fôsse ouvido em primeiro lugar, o que foi aprovado pelo Plenário.

O Presidente da sessão leu, uma a uma, as perguntas do questionário previamente preparado pelo Conselho Federal de Medicina, as quais foram pormenorizadamente discutidas por todos os Presidentes e representantes dos C. R. M. e vários Conselheiros.

(*) Realizado na Guanabara, nos dias 21 e 22-VIII-67, sob a égide do Conselho Federal de Medicina.

1.^a **PERGUNTA:** — Qual a sua opinião sobre as novas leis que alteraram a Lei Orgânica da Previdência Social, no que se refere à assistência médica e ao Código de Ética?

RESPOSTA APROVADA: — com o adendo de São Paulo, que manda retirar o parágrafo 1.^o do Art. 13 do Decreto-lei n.^o 66/66. O decreto 66/66 modificou fundamentalmente a Lei Orgânica da Previdência, no que se refere à assistência médica. A Previdência Social ficou obrigada a cobrir todos os riscos de assistência médica aos previdenciários quando anteriormente ela cobria na medida das suas possibilidades.

Quanto ao Código de Ética, ela oficializa a diária global em prejuízo para o médico e paciente, ferindo frontalmente o artigo 30 do Código de Ética, pois em tipo de pagamento global, em grandes riscos, o hospital absorve quase que toda a diária, ficando o paciente a descoberto de exames complementares e de medicamentos, conforme pode se constatar pelas determinações imprimidas pelos Coordenadores do INPS, em alguns Estados.

2.^a **PERGUNTA:** — Como encara as relações entre o Código de Ética Médica vigente e os Decretos-leis n.^{os} 66 e 73?

RESPOSTA: — O Código de Ética como foi exposto acima está em atrito com o decreto-lei 66/66.

Com o decreto 73/66 o artigo 135 deste decreto permite a leigos, grupamentos médicos fazer a sub-empregada médica e possivelmente, em futuro bem próximo receber os seguros da própria Previdência Social.

Aprovada a resposta acima com os adendos da Guanabara e Rio Grande do Sul, que manda retirar o Decreto-lei 66/66 os Artigos 12, 13, 14, e eliminar a sessão primeira do capítulo onze do Decreto-lei 73/66 (Artigos 129 a 35).

3.^a **PERGUNTA:** — Se verificar alguma incompatibilidade entre os preceitos do CRM e os textos dos citados Decretos-leis, solicite-se-lhe que:

1. — enumere os pontos de divergência encontrados;
2. — aponte qual desses diplomas legais propõe seja modificado para torná-los harmônicos;
3. — redija as alterações que julgar devam ser sugeridas aos Poderes Públicos;
4. — justifique seu parecer;
5. — proponha normas gerais para a estruturação de seguro-saúde no Brasil, em sintonia com:

- a) suas origens e finalidades;
- b) os postulados éticos universalmente consagrados;
- c) a realidade econômica e sócio-cultural do povo brasileiro.

RESPOSTA: — Os citados decretos estão em litígios, não só com as resoluções do C. F. M. como também, o Decreto-lei n.^o 3.268, que institui os Conselhos Regionais. Ambos os decretos devem ser modificados.

— O 6/66 no artigo em que institui as diárias globais, deve ser modificado para que se institua a livre escolha, restabelecendo o binômio confiança e consciência.

Aprovada a resposta acima com os adendos da Guanabara, São Paulo e Rio Grande do Sul mandando refinar os artigos 12, 13 e 14 do Decreto-lei 66/66 e a sessão primeira do capítulo onze do decreto-lei 73/66 e argumentação oral feita pelo Conselheiro Flôres Soares e Rui Pacheco que passaremos a relatar: — Conselheiro Flôres Soares. “Passarei a transcrever os trechos legais que considero conflitantes:

A — Encontram-se no Código de Ética Médica os seguintes artigos:

“Art. 3.^o — O trabalho deve beneficiar exclusivamente a quem o recebe e àquele que o presta e não deve ser explorado por terceiros, no sentido comercial ou político.”

“Art. 72 — Quando, no tratamento de um doente, cooperam, além do médico assistente, outros profissionais, as notas de honorários serão enviadas separadamente ou em conjunto, mas nesta última hipótese será discriminada a importância que cabe um dos médicos.”

“Art. 94 — Compete ao Conselho Federal de Medicina firmar jurisprudência quanto aos casos omissos e fazê-la incorporar neste Código.”

Amparados nestes artigos, o Conselho Nacional de Medicina, reunido a 21 de outubro de 1965, aprovou por unanimidade a seguinte resolução, que tomou o número 264:

“Item 1 — Informar aos médicos de que as condições atualmente oferecidas nos chamados “contratos globais, são inaceitáveis por colidirem com o Código de Ética.

Item 2 — Admitir que honorários médicos sejam cobrados conjuntamente com as contas hospitalares, desde que destacados e obedecendo às praxes locais, fixadas estas pelos Conselhos Regionais em casos litigiosos.

Item 3 — Admitir o pagamento de salário a médicos pelos hospitais, não confundindo salário com honorários profissionais e desde que o contrato não fira o Código de Ética.

Como a forma habitualmente utilizada pelo CFM para firmar jurisprudência, quando aos casos omissos, e a de resolução, a decisão acima transcrita passou a integrar o Código de Ética.

B — O Decreto-Lei n.º 66 admite expressamente a adoção de contratos-globais pela Previdência Social, conforme os termos dos artigos que a seguir reproduzo:

“Art. 12 — O artigo 45 e seus parágrafos da Lei n.º 3.807, passam a ter a seguinte redação:

Art. 45 — A assistência médica compreenderá a prestação de serviços de natureza clínica, cirúrgica, farmacêutica e odontológica aos beneficiários, em ambulatório, hospital, sanatório ou domicílio, com a amplitude que os recursos financeiros e as condições locais permitirem e na conformidade do que estabelecerem esta Lei e seu Regulamento.

§ 1.º — É permitido à Previdência Social, na prestação da assistência médica ambulatorial ou hospitalar aos beneficiários contratar serviços de terceiros ou das próprias empresas, mediante pagamento de preços ou diárias globais ou “per capita”, que cubram a totalidade do tratamento nêles incluídos os honorários dos profissionais”.

“Art. 14 — O artigo 56 da Lei n.º 3.807 passa a ter a seguinte redação:

Art. 56 — Mediante convênio entre a Previdência Social e a empresa, poderá esta encarregar-se de:

I —

II —

III — prestar aos segurados a seu serviço e respectivos dependentes, diretamente ou por intermédio de estabelecimentos e profissionais contratados, desde que obedecidos os padrões fixados para a Previdência Social, a assistência médica por esta concedida nos termos do art. 45”.

C — Preceitua o Código de Ética Médica:

“Art. 3.º — O trabalho médico deve beneficiar exclusivamente a quem o recebe e àquele que o presta e não deve ser explorado por terceiros, seja em sentido comercial ou político”.

“Art. 4.º — São deveres fundamentais do médico:

a)

b)

c) abster-se de atos que impliquem na mercantilização da Medicina e combatê-los quando praticados por outrem.”

“Art. 5.º É vedado ao médico:

a) utilizar-se de agenciadores para angariar serviços clientela;

.....

.....

m) colaborar em plano de serviço com entidade em que não haja respeito aos preceitos éticos estabelecidos:

.....

o) praticar quaisquer atos de concorrência desleal aos colegas;

.....

“Art. 7.º — Deve o médico ser solidário com os movimentos generalizados e justos de defesa dos interesses de sua categoria profissional.”

“Art. 69 — É reprovável:

a)

b) cobrar, sem motivos justificáveis, honorários inferiores aos estabelecidos pela praxe do lugar.

D — O Decreto-lei n.º 73 dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados e inclui o seguro-saúde como Seção I do Capítulo XI, que trata das Disposições Gerais e Transitórias. Aí se encontram os seguintes artigos:

“Art. 129 — Fica instituído o Seguro-Saúde para dar cobertura aos riscos de assistência médica e hospitalar.”

“Art. 133 — É vedado às Sociedades Seguradoras acumular assistência financeira com assistência médico-hospitalar.

“Art. 134 — As sociedades civis ou comerciais que, na data deste Decreto-lei, tenham vendido títulos, contratos, garantias de saúde, segurança de saúde, títulos de saúde ou seguros sob qualquer outra denominação, para atendimento médico, farmacêutico e hospitalar, integral ou parcial, ficam proibidas de efetuar novas transações do mesmo gênero, ressalvado o disposto 6 no art. 134, parágrafo 1.º.

1.º — As sociedades civis e comerciais que se enquadram no disposto neste artigo poderão continuar prestando os serviços nêles referidos exclusivamente às pessoas físicas ou jurídicas com as quais os tenham ajustado antes da promulgação deste Decreto-Lei, facultada opção bilateral pelo regime Seguro-Saúde”.

“Art. 135 — As entidades organizadas sem objetivo de lucro, por profissionais médicos e para médicos ou por estabelecimentos hospitalares, visando a institucionalizar suas atividades para prática da medicina social e para a melhoria das condições técnicas e econômicas dos serviços assistenciais, isoladamente ou em regime de associação, poderão operar sistemas próprios de pré-pagamento de serviços médicos e/ou hospitalares, sujeitas ao que dispor a Regula-

mentação desta Lei, às resoluções do CNSP e à fiscalização dos órgãos competentes."

Em conclusão: confrontados, como fiz acima, trechos do Código de Ética Médica, de um lado, e dos Decretos-Leis 66 e 73, de outro, acredito haver tornado evidentes as incompatibilidades entre estes diplomas e aquele.

Resposta aos itens n.ºs 2, 3 4 — Cabe-me, agora, comentar as incongruências assim patenteadas:

a — O Decreto-Lei n.º 66, em seus arts. 12 e 14, consagra a prática das assim chamadas "diárias globais", que incluem os honorários profissionais do médico nos contratos de serviço com hospitais ou empresas.

Assim procedendo, essa Lei incorre em erro grave, infringe postulados básicos de ética médica e prejudica seriamente a médicos e a doentes.

Incorre em grave erro ao confundir atendimento médico e assistência hospitalar. Esta abrange exclusivamente o fornecimento de adequada hospedagem e enfermagem aos doentes. A prestação de assistência médica constitui prerrogativa individual e intransferível da pessoa física legalmente habilitada ao exercício da profissão. O hospital representa apenas local de trabalho do médico, não podendo jamais absorver ou incluir este profissional em sua estrutura funcional ou econômica. Médico e hospital concorrem junto, lado a lado, mas independentes, no afã de servir e curar os enfermos.

A diária global representa flagrante infração ao Código de Ética Médica. Este preceitua que "o trabalho médico deve beneficiar exclusivamente a quem o recebe e àquele que o presta e não deve ser explorado por terceiros, seja em sentido comercial ou político" (art. 3.º). Os contratos globais favorecem tal exploração. Por outro lado, encontra-se no art. 72 do Código de Ética Médica a exigência de discriminar a importância que cabe a cada médico, quando se tratar de nota em comum, ou separar os honorários, quando dois ou mais profissionais houverem atendido o mesmo doente. É lógico que, com maior razão e força, há de o médico ter seus estipêndios profissionais totalmente desvinculados da despesa hospitalar ou, no mínimo, convenientemente destacados, quando cobrados juntamente com as contas do hospital. Por tudo isso os contratos globais foram considerados eticamente inaceitáveis pelo Conselho Federal de Medicina (Resolução n.º 264, de 21 de outubro de 1965).

Finalmente, os contratos globais acarretam sérios prejuízos a médicos e a doentes. Aos médicos, aviltando-os moral e materialmente, porque a Previdência Social acerta e paga através de terceiros seus honorários profissionais. Aos doentes, rebaixando-lhes o padrão do atendimento médico, porque o interesse do intermediário con-

tratante obrigá-lo-á fatalmente a minimizar a despesa com a assistência médica.

B — Para bem situar o instituto do seguro-saúde e a posição exdrúxula a que foi relegado pelo Decreto Lei n.º 73, necessário se faz analisar:

1.º — suas relações com a seguridade social e,

2.º — os requisitos necessários à eficiência do atendimento médico a que o seguro-saúde se propõe dar cobertura financeira.

I — Quanto a suas relações com a seguridade social, basta recordar que o seguro-saúde primeiro se apresentou integrado no seguro-doença.

Este benefício convém assinalar-se representado pela prestação monetária supletiva do salário interrompido pela enfermidade.

De um lado as crescentes dificuldades para o custeio do tratamento médico-hospitalar e, doutra parte, o interesse do seguro social pela recuperação pronta e completa do beneficiário fizeram com que a prestação do seguro-doença fôsse acrescida de auxílio financeiro destinado a facilitar a retribuição do atendimento médico-hospitalar.

Como o benefício original viesse a ser freqüentemente superado, em importância material e psicológica, pelo complemento, não tardou este a merecer designação própria: seguro-saúde.

Por isso, os planos básicos, destinados à cobertura da assistência médica nos riscos por enfermidade, incluem-se no seguro social; como consequência, são compulsórios e estruturados sob a responsabilidade dos governos.

Peculiaridades excepcionais, relacionadas com seu desenvolvimento econômico e sócio-cultural, permitiram ao povo americano a implantação do seguro-saúde sob iniciativa privada, mas com características *sui generis*, inclusive proscrevendo qualquer finalidade lucrativa ao empreendimento securitário.

II — O seguro-saúde visa a facilitar, financeiramente, adequado atendimento médico-hospitalar, quando o beneficiário necessitar.

Para atingir plenamente essa finalidade, não basta alicerçá-lo sobre as melhores bases atuariais. É indispensável orientá-lo em concordância com a seguinte premissa: para que a assistência venha a proporcionar ao paciente todos os benefícios de que é capaz a medicina são necessárias condições psicológicas favoráveis ao perfeito relacionamento médico-doente. Nem é por outro motivo que, em toda a parte, o ato médico se encontra resguardado por normas disciplinares rígidas, integradas no Código de Ética Médica.

O Decreto-Lei n.º 73 começa por desmembrar o seguro-saúde da seguridade social, incluindo-o no âmbito dos seguros privados (art. 129).

A seguir, destaca as duas categorias de atividades que concorrem no seguro-saúde: uma, a cobertura financeira da assistência médica, hospitalar e farmacêutica proporcionada aos que se cotizam num regime de pré-pagamento, é o emprendimento seŕuitário; a outra constituída pelos atendimentos médico, hospitalar e farmacêutico, intimamente relacionados, mas devendo guardar entre si absoluta independência. O legislador, ao distingui-las, proíbe acertadamente o exercício simultâneo, por uma entidade, da assistência financeira com a médico-hospitalar (art. 133 e caput do art. 134). Mas, logo abaixo, abre exceção para as sociedades já existentes à data da Lei, que poderão manter os contratos antes ajustados (1.º do art. 134), e para o sistema próprio de pré-pagamento organizado por profissionais médicos e para-médicos ou estabelecimentos hospitalares (art. 135).

Nessas condições, o Decreto-Lei n.º 73 acarreta as seguintes consequências:

- a) desvirtua o seguro-saúde ao prová-lo das características do seguro social-compulsório, estatal e instrumento de repartição de riscos sociais pela redistribuição dos rendimentos;
- b) permite a exploração do trabalho médico (CEM art. 3.º);
- c) propicia a mercantilização da medicina (CEM art. 4.º letra c);
- d) favorece o agenciamento de serviços ou clientela (CEM art. 5.º letra a);
- e) referenda a colaboração de médicos com organizações em que não haja respeito aos princípios éticos estabelecidos (CEM art. 5.º letra m);
- f) estimula a concorrência entre colegas (CEM art. 5.º letra o);
- g) afasta o médico da solidariedade que o prende aos movimentos generalizados e justos de defesa dos interesses de sua categoria profissional (CEM art. 7.º); e, finalmente,
- h) desenvolve a concorrência entre colegas, através de honorários inferiores aos estabelecidos pela praxe do lugar (CEM art. 69 letra b);

Em conclusão:

Considerando o que acima explanei, quanto às incompatibilidades irremediáveis existentes entre o Código de Ética Médica vigente e os artigos e parágrafos transcritos, dos Decretos-Leis n.ºs 66 e 73,

considerando, ainda que a Lei n.º 3.268 estabeleceu que aos Conselhos de Medicina cabe "zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente (art. 2.º),

proponho que esta SEGUNDA REUNIÃO DOS CONSELHOS DE MEDICINA se dirija aos Poderes Públicos a fim de manifestar seu repúdio aos referidos artigos e parágrafos dos Decretos-Leis n.ºs 66 e 73, reivindicando, em nome da Moral, que é a base do Direito, sejam revogados êsses diplomas nos trechos incriminados como antagônicos ao Código de Ética Médica;

proponho, também, que esta SEGUNDA REUNIÃO DOS CONSELHOS DE MEDICINA solicite aos Poderes Públicos seja, com urgência, implantado no país o instituto de seguro-saúde, em consonância com a norma mínima de seguridade social adotada no item b da Convenção 102, aprovada em 1952 pela 35.ª Conferência Internacional do Trabalho: "assegurar à população tóda a assistência médica necessária".

O Conselheiro Rui Pacheco também do Conselho Federal de Medicina dá ênfase à necessidade do maior empenho dos Conselhos Regionais no desejo dêste e outros itens invocando "Conclamação dirigida ao Congresso Nacional pelo falecido presidente do Supremo Tribunal Federal, ministro Ribeiro da Costa, deve ser lembrada aos Conselhos de Medicina, na atual conjuntura. Disse o eminente jurista aos parlamentares, que deveriam fazer oposição ao Estado, a qualquer preço, se o Estado violasse a moral privada, que é a única e verdadeira moral.

Ora, a verdadeira moral médica é a que está no Código de Ética e foi violada pelo Estado, e, portanto, deve ser defendida pelos conselheiros, a qualquer preço. Até porque, de nada servirão os Conselhos de Medicina, sem a revalidação do seu Código. E, se fôr o caso de nada conseguirem, melhor será que se extingam por iniciativa própria, assumindo a única atitude compatível com a dignidade da medicina".

4.ª PERGUNTA: — Devemos apontar aos Poderes Públicos da República estas desarmonias, para que sejam revogadas ou corrigidas, pois que trariam, certamente, conflitos éticos violando as aspirações da classe médica traduzidas em seu Código?

RESPOSTA APROVADA. Devemos e temos a obrigação de apontar aos Poderes da República as áreas de atritos criados por aqueles decretos a que os mesmos sejam modificados ou então fecharmos os Conselhos Regionais de Medicina e rasgarmos o Código de Ética (art. 3.º, 74, 30 e alínea m do artigo 5.º).

5.ª PERGUNTA: — Corrigidos ou revogados êstes decretos, no que couber, concorda com a implantação, necessária e urgente, do seguro-saúde basicamente constituído nos três itens seguintes?

a) Compulsório? b) fora da iniciativa privada? c) dentro do Código de Ética? O que pensa a respeito?

RESPOSTA APROVADA. Corrigidos ou revogados aquêles decretos, a) seguro saúde deve ser compulsório; b) a iniciativa dos poderes públicos com a cobertura do C.F.M., dos C.R.M., da A.M.B. e suas federadas; c) dentro dos princípios do Código de Ética.

O representante do Pará teceu considerações de ordem jurídica, mas votando com Minas Gerais.

6.ª PERGUNTA: — Se assim entendo, quem julga deva assumir o comando? a) o Poder Público? b) os Conselhos de Medicina? c) as Associações Médicas?

RESPOSTA APROVADA. O Poder Público, os Conselhos de Medicina, o C.F.M., a A.M.B. e as Federadas.

7.ª PERGUNTA: — Qual seja a orientação e a estrutura escolhida e discriminadamente no item 10, levar ao Poder Público e com urgência o pensamento dominante, para que seja implantado no menor prazo possível, antes da regulamentação daquelas leis. Que Acha? Não se discutiu por estar incompreensível a pergunta.

8.ª PERGUNTA: — Tem sugestões a fazer?

Esta pergunta foi considerada pelo Plenário como redundante não sendo discutida.

PERGUNTAS ESPECÍFICAS

1.ª PERGUNTA: — Pode um Hospital receber da Previdência uma diária global e fazer um acôrdo com o médico estabelecendo uma diária global como pagamento médico? É êsse procedimento contra a ética?

RESPOSTA APROVADA. — É contra a ética e denominamos sub-empregada médica.

O representante do Distrito Federal (Brasília) comunica que o fato ocorre naquela cidade mas explorado pelo Poder Público.

2.ª PERGUNTA: — O médico que trabalhar em Instituto em caráter permanente mediante salário deve atender aos doentes que lhe forem encaminhados, sem fazer jús a qualquer outro pagamento?

RESPOSTA APROVADA. “Desde que esteja dentro de seu horário de trabalho não deve fazer jús a outro pagamento, considerando como norma ética ser lícito ao médico receber pagamento adicional dos pacientes que optarem por classe hospitalar superior às oferecidas pelo INPS.

Este proceder é ético, já que a tabela AMB/INPS é para quem tem menor recurso econômico e não se destina àquele cujo rendimento permite ocupar acomodação especial. Proceder de outra forma é que seria infringência do Código de Ética nos seus artigos 33 e 69 letra b.

3.ª PERGUNTA: — As organizações médicas que nos termos da lei em vigor (Decreto-Lei n.º 66 de 21 de novembro de 1966, que alterou a Lei n.º 3.807 de 26 de agosto de 1960), mediante convênio entre a Previdência Social e empresa prestarem serviços médicos aos segurados, podem possuir médicos pagos mediante salário, ou devem pagar aos médicos por unidade de serviço?

RESPOSTA APROVADA. Deve pagar aos médicos pela Unidade de serviço.

4.ª PERGUNTA: — Como podemos distinguir salário de honorários profissionais?

RESPOSTA APROVADA. O salário é uma importância mensal, que não oscila com a qualidade ou a quantidade do serviço prestado. Os honorários subentendem o “percapita” ou o “pro-labore”, isto é, honram o mérito da tarefa realizada, realçando-lhe a dignidade.

5.ª PERGUNTA: — A Associação Médica Brasileira está condenando o sistema de pré-pagamento, na prestação de serviço médicos por grupos médicos. Pode isso ser considerado contra ética? Por que?

RESPOSTA APROVADA. Já está respondido. O pré-pagamento admite o terceiro, leva ao assalariamento ou à livre-escolha dirigida, propicia lucros (às vezes astronômicos) aos intermediários. Creio que fere a ética. Artigos 3.º, e 5.º nas alíneas b, o i e m.

6.ª PERGUNTA: — Nos termos do Código de Ética, devem as Organizações que desejam prestar Seguro-saúde ser sempre de fins não lucrativos?

RESPOSTA APROVADA. Nada impede atualmente que companhias de seguro particulares, portanto inevitavelmente com fim lucrativo, realizem o seguro-saúde “voluntário”. Mas devemos lutar para que a ampla livre-escolha seja assegurada, e, principalmente, por que essas instituições não possam prejudicar o objetivo magno, que é a instituição do seguro-saúde “compulsório” ou “social”, que aquelas instituições não poderão realizar, porque aqui o fim lucrativo seria inconcebível.

O representante do Pará tece comentários com relação a lei em vigor. Pernambuco também manifesta seu receio da estatização total da Medicina se aprovado o seguro compulsório geral, sendo esclarecido pelo Conselheiro Flôres Soares.

7.^a PERGUNTA: — Como podemos definir uma instituição de fim não lucrativo?

RESPOSTA APROVADA. É uma instituição com a finalidade de servir uma coletividade e não de se servir dela.

8.^a PERGUNTA: — É contra a ética haver um intermediário no recebimento dos honorários médicos?

RESPOSTA APROVADA. Intermediário legitimamente instituído pelo médico, não. Imposto ao médico, sim.

9.^a PERGUNTA: — Uma Casa de Saúde ou Hospital pode usar médicos de seu quadro pagos mediante salário para prestação de serviços médicos a segurados da Previdência? Nesse caso, devem receber outro pagamento?

RESPOSTA APROVADA. Um médico assalariado de um Hospital não poderá ser obrigado a atender doentes segurados da Previdência, porque ou seria "diária global", ou estaria o Hospital agindo como terceiro e agenciadores.

Observando-se as peculiaridades específicas do D. Federal (Brasília e Amapá por serem os serviços médicos explorados pelo Poder Público.

NOTA: — de referência ao ante-projeto de sugestão ao Governo Federal sobre Seguro Saúde ficou resolvido que fôsse apresentada na sessão de 22 de agosto.

Sala do Plenário, 22/8/67.

João Falcão Fontes Tôrres — CRM-BA
Relator

O Transplante de Coração em seus Aspectos Médico-Legais (*)

Flamínio Fávero (**)

Tudo o que nos cerca é uma sucessão de contrastes. E isso não só fóra mas ainda dentro de nós. Vêde, por exemplo, a constituição da nossa pessoa, integrada por dois componentes inconfundíveis e distintos: o corpo e a alma. Um é o tipo da morte: nasce, cresce, envelhece, extingue-se. O outro serve de padrão à vida perfeita, pela imortalidade de que se reveste: a imagem de Deus.

A vida e a morte! Aí estão os mais acabados antípodas, os mais estupendos contrastes. Que é a vida? E a morte, que é? Ninguém sabe defini-las ao certo. Mas, que expressivo paradoxo! A vida depende da morte. Eu poderia dizer que é impossível a vida sem a morte, pois nesta lateja a própria vida.

Consideremos a vida humana. Os alimentos que nos refazem a energia são obtidos, em boa parte, pelo sacrifício de vegetais e animais. É, pois, a morte, a pagar o seu tributo na manutenção da vida.

Da mesma forma sucede com a feitura das vestes que nos protegem o corpo. É indispensável, para tanto, o auxílio dos seres vivos, sem cuja morte não satisfaremos as exigências dêsse abrigo. E isso desde o Éden, onde as primeiras vestes adequadas foram feitas com sacrifícios cruentos pelo próprio Deus, para cobrir a nudez de Adão e Eva que o pecado evidenciou.

(*) Este magnífico trabalho foi publicado em «PROBLEMAS BRASILEIROS» — N.º 62, Ano VI, maio/68. Sua transcrição neste BOLETIM foi expressamente autorizada pela ilustre Direção daquela Revista de S. Paulo.

(**) Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo. Eminent autor de obras didáticas e de inúmeros trabalhos sobre Medicina Legal.

A proteção da saúde, que as conquistas da Ciência moderna asseguram, é conseguida, freqüentemente, pela morte. De fato, como obtém o médico os conhecimentos da morfologia humana sem a anatomia? E esta se estuda na mesa de dissecação em que o cadáver fornece inigualáveis subsídios. É a morte como que a alegrar-se em socorrer a vida. Estava mesmo num anfiteatro de anatomia, de velha escola médica italiana, êste dístico expressivo: *Hic mors gaudet succurrere vitae*.

As experiências nos seres vivos, animais e até humanos (ai de nós, experiências *in anima nobili!*), traçando normas terapêuticas e profiláticas de grande alcance, terminam, não raro, pela morte de seu objeto. Aí estão, na história do progresso da medicina, a febre amarela (inclusive entre nós), o impaludismo, a varíola, a sífilis, a lepra, o câncer, para citar alguns males. Na busca da certeza para muitas verdades de hoje, a ciência, nôvo ídolo insaciável e voraz, tremendo Moleque de boca hianta, exigiu vítimas humanas, para nossa humilhação e para nossa vergonha, e, também, para nossa exaltação e para nossa glória. Compensará os benefícios êsse prego?

É a morte que a vida requer. Morrer para viver!

Ainda um aspecto do conurso da morte na manifestação da vida, está nos fatos que a demografia nos apresenta. O homem cresceu e multiplicou-se e encheu a face da terra, segundo proporções geométricas, no ver de Malthus. Mas, as possibilidades naturais do meio aumentam, para o mesmo economista, em ordem aritmética. Onde, um perigo iminente, que parece já o estamos sofrendo: a falta de alimentos para tanta gente a povoar a terra. Então, as guerras, as calamidades, as epidemias, as doenças, a morte, em suma, para ceifar a vida em excesso, que a mesma ciência hoje prolonga em média bem alta. É o horror dessas mortes em proveito da vida. Sempre a morte socorrendo a vida. Os que se vão, beneficiam os que vêm chegando. Por isso tudo, a vida e a morte se entrelaçam, paradoxalmente, amigas, numa interdependência estreita de decurso, a ligar finalidades opostas...

DE HIPÓCRATES AO TRANSPLANTE

Aí estão, agora, os transplantes de coração, em que se beijam a vida e a morte. A vida, procurando a morte no que tem ainda de

vida para subsistir. E a morte, solícita, atende, para suavizar o espantinho em que se constitui como "Rei dos Terrores", na palavra do livro de Jó. Que maravilha êsses transplantes! A medicina, arte divina, *Divinum opus est sedare dolorem*, pela cirurgia, cresceu esplêndidamente em prestígio, diante do nôvo passo que está dando, atraindo a atenção geral, magnificando o respeito a que faz jús e, ainda, a gratidão, tão rara, sempre, por parte dos seus beneficiados. É um percalço natural a ingratidão dos homens. Diga-o o Divino Mestre. Até há pouco, seria difícil acreditar que se conseguisse o portento hoje aplaudido, prenúncio de outros, sem dúvida, ainda maiores, nessa linha ascensional por que segue, rumo a imprevistos de grandeza sem termos e sem limites.

As conquistas realizadas no terreno do transplante de coração, que empolga o mundo, não querem dizer, é claro, que os louvores devam ser unânimes e irrestritos. É possível opor alguns reparos a êles, algumas críticas a certos aspectos das intervenções cirúrgicas, do ponto de vista médico-legal ou ético, se quisermos, pois a deontologia é parte integrante da medicina legal. São os acúleos entre as rosas perfumadas. Ou, então, *ad astra per aspera* ou, ainda, repetindo a divisa de Ernesto de Brandenburgo, *ad augusta per angusta*. E não serão asperes da jornada, ou penas embaraçosas, certos esbarros possíveis na ética profissional promulgada na velha Escola Hipocrática? A velocidade tem as suas contrariedades. E' também a fama e a popularidade.

Tratarei dêsses aspectos pouco atraentes do ponto de vista geral, apenas em tese, é claro, alertando para as suas implicações e possibilidades. Serão esboços de roteiros para mais amplos estudos meus e indagações que me levarão, em breve, espero, a não sugerir mais nenhuma restrição aos estonteantes sucessos da minha velha e querida medicina, sublime e benemérita no concerto das atividades humanas, quando age no caminho da ética.

CINCO NORMAS A RESPEITAR

As minhas restrições para meditar com calma se fixam em cinco marcos relevantes, de onde contemplo o entusiasmo justificável e contagiante da cirurgia. São os seguintes êsses marcos.

1.º — A segurança absoluta de que a intervenção não é uma experiência *in anima nobili*, mas visa, incontestavelmente e apenas, a uma ação terapêutica no paciente.

2.º — A exclusão absoluta de uma finalidade sensacionalista na intervenção, cercada de publicidade exagerada, censurável, então, por quem queira se abrigar sob o pálio protetor e sagrado da ética tradicional, que corre qual rio de águas puras, brotado das lições do sábio de Cós, o pai da medicina.

3.º — O intransigente e absoluto respeito à regra multissecular do segredo profissional, coluna mestra da arte hipocrática, intangível desde que não haja mal maior a evitar com a sua guarda, segundo os preceitos estabelecidos pela mesma ética.

4.º — O diagnóstico seguro da realidade da morte do doador do coração. Diagnóstico precoce, por certo, o que se impõe, mas de inabalável firmeza. Ai, porém, da certeza na medicina, na qual, como no amor, "on ne dit ni jamais ni toujours"!...

5.º — A real necessidade da terapêutica heróica de exceção, do transplante, para beneficiar o paciente ou receptor e salvar-lhe a vida.

Notai. São marcos da estrada larga do entusiasmo geral, silenciosos, por certo, mas que, na sua mudez, clamam alto por um olhar de atenção reverente, como o deve ter, sempre, a consciência, bem polida pela vocação sacerdotal, de todo o médico. Sempre, sempre, insisto.

A INCERTEZA DO TRANSPLANTE

1.º — A segurança absoluta de que a intervenção não é uma experiência *in anima nobili*, mas visa, incontestavelmente e apenas, a uma ação terapêutica no paciente.

Este marco inicial da série fastidiosa dêles, que um advogado do diabo apontaria, poderá ser demolido? A prática do transplante está, queiramos ou não, na fase experimental. Do total de intervenções, muitas absolutamente negativas, segundo a chancela inextorável da morte dos operados, que podemos concluir? As causas dos óbitos variam. Foram previstas ou não? Eram ou não previsíveis? Sejam quais forem tais causas dêses insucessos, em cujo mérito não tenho competência para entrar, impressionam. Essas

intervenções que têm sido feitas no mundo à custa de várias vidas sacrificadas, são de ordem experimental. A estrada, atapetada de boas intenções, de santas intenções, não nego, foi mostrando os perigos que por baixo de sedutor tapete estavam escondidos. Serviram para exhibir as incertezas do terreno e ensinaram como podem ser evitadas. E o prego? É como o automóvel que vai pela estrada ainda mal conhecida e, de repente, é devorado por um precipício que nela se abre. Um consôlo restará. Talvez nêsse precipício ninguém mais seja tragado. Consôlo ou meio consôlo...

Mas, para reforçar a crítica, surge uma pergunta oportuna: poderiam os pacientes viver ainda por certo tempo, sem a terapêutica de exceção? Não lhes apressou ela a morte que poderia ter sido evitada ou protelada?

As experiências *in anima nobili*, com finalidade especulativa, embora inúmeras já realizadas no mundo, inclusive no Brasil, visando a ações profiláticas, são formalmente proibidas pela ética. Ninguém discute o acêrto dessa repulsa de transformar o homem em cobaia ou camundongo de laboratório. Mas, e as de ordem terapêutica, como essas do transplante de coração?

A medicina, dir-se-á, e eu subscrevo convicto a assertiva, é uma experiência constante, pois cada caso clínico, médico ou cirúrgico, é um caso diferente entre milhares de milhares. E no estudo cuidadoso, no cotejo entre um caso e outro por médicos conscientes de suas responsabilidades, nós vemos forte caráter distintivo entre os profissionais e os curandeiros. Para êstes, o figurino é um só e sempre o mesmo. A mesma doença exige o mesmo tratamento, na mesma posologia. Defenda-se o doente por si, podendo... Há, para êles, para êses curandeiros, doenças e não doentes. Para os médicos, a senha que a ética exhibe é outra: há doentes e não doenças.

Então? Não nos esqueçamos de que o traço distintivo, aqui, entre uma experiência terapêutica, aceita como lícita ou repelida como ilícita, está na palavra do consenso geral dos profissionais que adotam ou não a norma terapêutica. E, ainda, na sua eficácia segundo grandes probabilidades. À luz dessa ponderação, não estará ainda no início da picada, sem conveniente abertura da floresta de dificuldades, o transplante de coração, máxime tratando-se em que várias incógnitas ainda subsistem (excluídas as da ética vigilante),

como, por exemplo, essa de ordem biológica, da possível rejeição do órgão transplantado, verdadeira espada de Dâmocles? Quando terá solução essa e as outras que sorrateiramente vão abatendo os cobaias humanos? As experiências em curso o dirão. Enquanto isso, prosseguem, pois, tais experiências *in anima nobili*! Ai de nós!

Parece-me que o artigo 58 do nosso Código de Ética Médica não repele a minha crítica. Ao contrário. De fato, diz êle: "As experiências *in anima nobili* só poderão ser permitidas para fins estritamente de tratamento ou diagnóstico, sempre precedidas de consentimento do paciente, quando em perfeita higidez mental, ou de seus responsáveis, devidamente informados das possíveis consequências". As restrições *de tratamento* ou *diagnóstico*, é óbvio, se referem direta e exclusivamente ao paciente ao qual visam as experiências, do contrário seriam especulativas, se de ordem geral.

Estas que se realizam agora, não sairiam, assim, do terreno do paciente, nos seus informes, para, deixando de ser terapêuticas ou diagnósticas, serem verdadeiramente especulativas. É, para mim, o calcanhar de Aquiles ético do transplante. Na melhor das hipóteses, é a pedrinha no sapato que eu percebo para meditação dos interessados. Seria uma espécie de "memento mori", divisa de alerta que a Ordem religiosa dos Trapistas adotou. Lembrança do que não se deve esquecer jamais, no terreiro da medicina.

Não se alegue que o paciente, ainda sabendo que será verdadeiro cobaia, na intervenção (ao menos por ora), autorize realizá-la. Ninguém é dono de sua vida, diante da moral, máxime da moral religiosa que Jesus pregou. Tudo o que temos é um depósito. Somos apenas mordomos, administradores. Deus é que é o dono absoluto. Então, abrir mão da própria vida, sabendo que será assim na experiência a ser feita, é suicídio, é tentação contra Deus.

A PUBLICIDADE NEGATIVA

2.º — A exclusão absoluta de uma finalidade sensacionalista na intervenção, cercada de publicidade exagerada, censurável, então, por quem queira abrigar-se sob o pálio protetor e sagrado da ética tradicional que corre qual rio de águas puras brotando das lições do sábio de Cós, o pai da medicina é o marco seguinte que ponho

nesta estrada. E aponto-o, êsse marco, bem constrangido. Será necessário justificar a crítica daí surgida? Basta abrir os jornais diários. Parece que há uma competição entre cirurgiões, lá em longes terras, não na nossa felizmente.

A medicina não visa, nos seus trabalhos, aos aplausos do mundo leigo. Visa a aliviar os que sofrem. Para isso, surgiu a nobre arte de tratar. Não para exhibições teatrais em torno dos que sofrem, expostos à curiosidade pública. *Res est sacra miser*, clamaria Sêneca nos seus "Epigramas". E o nosso mais uma vez citado Código de Ética Médica, no seu art. 5.º, inciso *d*, preceitua: "É vedado ao médico... fazer publicidade imoderada, sendo lícito, porém, nos anúncios, além das indicações genéricas, referir especialidade, títulos científicos e horários de consulta".

Haverá necessidade de ir mais longe, nestas ponderações que a prudência sugere? A publicidade, em torno do importante problema do transplante do coração, não estará sendo imoderada, passível de atrair as restrições da ética? Sem dúvida! Já transpôs dos razoáveis limites.

Que maravilha é a medicina, fazendo prodígios de inimitável benemerência social, no recesso dos hospitais, dos laboratórios, dos lares! Mas, que tristeza quando ela abre as janelas dos seus claustros sagrados para serem devassados até nas traves e arquitraves que sustentam êsses prodígios. Falem êles, por si, êsses prodígios. Fale a gratidão dos seus beneficiados, embora escassa e pobre. A medicina, tonificada pelo oxigênio do dever cumprido, não precisa de sensacionalismo publicitário e nem da gratidão humana. Sua história, cheia de maravilhas, e a civilização que ela tem ajudado a plasmar e a manter, com mão forte e indispensável, a vestem de galas. Que o mais emudeça, não importa. Pois se tudo faltar, a consciência do dever cumprido pelos seus sacerdotes será a melhor recompensa. Não bastará?

Na sua magistral aula proferida na Faculdade de Medicina, ao inaugurar em 1921 o curso de Deontologia Médica da Cátedra de Medicina Legal, meu mestre Oscar Freire, traçando o elogio da moderação nos atos e nos sentimentos, para enfrentar as ciladas do exagêro na vida do médico, citou um título ou condecoração que Rui, o grande Rui, quis para si. Disse Oscar Freire de seu imortal

conterrâneo: "Rui Barbosa é o gênio cujo ímpeto e profundez só se comparam às grandes forças da natureza; é uma culminância tal, que se nos afigura a forma tangível por que a glória e a grandeza da Pátria se nos revelam. Pois quando lhe pediram a lição da sua vida extensa e luminosa, êle a resumiu num título que guardou para si, como uma condecoração: *Mestre de humildade*." Que linda condecoração para os médicos, furtando-se ao sensacionalismo perigoso, ostentarem na sua vida, nos seus atos, nos seus ensinamentos, no exercício do sacerdócio inigualável de aliviar sofrimentos, com recato, com moderação, com humildade.

O SIGILO PROFISSIONAL

3.º — O intransigente e absoluto respeito à regra multissecular do segredo profissional, coluna mestra da arte hipocrática, intangível desde que não haja mal maior a evitar com a sua guarda, segundo os preceitos estabelecidos pela mesma ética — é a terceira parada nesta série delas.

Como é doloroso, quando adoece alta personalidade civil, militar ou religiosa, em qualquer parte, tomar conhecimento, pela leitura dos jornais, do real estado mórbido que a assedia. O diagnóstico é proclamado *urbi et orbi*, sem quaisquer restrições, com tôdas as letras. Há necessidade de uma intervenção cirúrgica para remover o mal? Noticia-se o fato seja qual fôr o órgão afetado. Será com o consentimento do interessado? Não, por certo. Mas, se consentimento houvesse, nem assim poderia ser violado o segredo, muitas vezes devendo ser conservado no relicário do pudor, pois é pacífico o princípio de que isso não desliga o profissional do preceito ético. O nosso Código de Ética, que não me canso de citar e elogiar, assim dogmatiza a respeito, no artigo 36: "O médico não pode considerar-se desobrigado da guarda do segredo, mesmo que o paciente ou interessado o desligue da obrigação".

Que é que deve estar sob o império do sigilo? Todos os fatos "de que tenha tido conhecimento por ter visto, ouvido ou deduzido no exercício de sua atividade profissional" (Art. 34 do Cód. de Ét.).

Nas intervenções de transplante de coração, de publicidade exagerada que vemos todos os dias pelo mundo, o segredo profissio-

nal é letra morta. Se nos países estrangeiros onde as intervenções têm sido praticadas, o preceito do segredo médico é como o do nosso Código — a fonte é a mesma — o que devemos concluir é que os códigos de ética são hoje, nesta corrida lamentável de publicidade, farrapos de papel. Rasguem-se. Tripudie-se sobre os seus fragmentos. Importa que as tubas sonoras do reclame, levem por toda a parte a notícia e tudo o que apetece ao paladar insaciável das multidões, a começar pelos nomes dos receptores e dos doadores dos corações, os males que apresentavam e quaisquer pormenores que satisfaçam a curiosidade geral, sem limites. Por exceção evita-se a identificação dos interessados, como aconteceu em alguns casos recentemente.

Pobre de Hipócrates com a sua regra do segredo, sobre a qual prometem religioso respeito os recipiendários da nobre categoria médica: "O que, no exercício ou fora do exercício e no comércio da vida, eu vir ou ouvir, que não seja necessário revelar, conservarei como segredo". Estará nessa exceção a insaciável curiosidade das gentes? A continuar assim, daqui a pouco uma intervenção dessas, será como uma competição esportiva, irradiada ou talvez televisada em seus principais lances, com torcidas espetaculares. Pobre de Hipócrates, repito.

A VIDA (DE QUEM DOA)

4.º — Mas, vamos ao marco seguinte das lamentações do meu pessimismo talvez fora de propósito. Agora, é a vez do diagnóstico seguro da realidade da morte do doador do coração. Diagnóstico precoce, por certo, o que se impõe, mas de inabalável firmeza. Este diagnóstico é de rigor absoluto. Omiti-lo ou não lhe dar a ênfase devida e intervir assim mesmo, subsistindo tênues dúvidas, olhos postos mais no paciente a ser beneficiado, do que no doador, ou talvez no valor de uma nova experiência, ou quiçá, numa vaidade pouco louvável, é praticar um homicídio culposo ou possibilitar a insinuação de que isso possa ter ocorrido. A ética profissional, mais do que a lei, seria implacável no seu libelo acusatório.

A finalidade da medicina é, na afirmação sublime de Desgenettes, ao discordar de Napoleão em Jaffa, conservar sempre: *Mon*

dévoir, à moi, c'est de conserver. Quando nada mais tenha para conservar, não encurte a medicina a vida de ninguém. Procure poupá-la e prolongá-la.

Haverá êsse rigor cego nas conclusões ensejadas por todos os recursos modernos de diagnóstico precoce da realidade da morte? É a pergunta que faço humildemente, em minha ignorância. E ao fazê-la, e ao pensar nela, forte preocupação me tortura. Admitida clinicamente a realidade da morte pelos recursos dos traçados encefalo-elétricos e do coração, teria um médico legista a coragem de praticar uma necropsopia ou um embalsamento? Eu não a teria. Embora lei expressa admitisse o valor dêsse diagnóstico, (terá a lei autoridade para estender seus preceitos até lá?), a ética se sobreporia à lei, como a voz da consciência profissional e individual. Nem se diga que há diferença entre uma necropsopia ou um embalsamento, e uma intervenção cirúrgica para retirada de coração. É sempre uma intervenção que só pode ser realizada *post-mortem*. Autópsia, portanto, ou melhor, necropsopia, como insistia meu mestre Osear Freire, ou como se queira chamar, não importa. Estando vivo o doador, ou em morte aparente, sem a chancela da realidade segura da morte, a morte real pode ocorrer.

Não terá o doador sofrimentos, objetar-se-á, na hipótese de ainda viver. E houve, antes, sua expressa autorização ou a de alguém que a poderia dar. Pouco pesa. A acusação de possível assassinato será inexorável. Pode, na melhor das hipóteses, ser uma eutanásia, um homicídio piedoso. O mal era sem remédio, talvez torturante. Se não tinha morrido o seu portador, o evento não demandaria muito tempo para instalar-se. A eutanásia ativa ou por comissão, e a eutanásia passiva ou por omissão, são proibidas pela ética. Veja-se o que preceitua o art. 57 do nosso Código de Ética Médica: "O médico não poderá contribuir, direta ou indiretamente, para apressar a morte do doente". São poucas palavras, mas de uma clareza meridiana, como a do sol à pino. O consentimento do doador não elide essa proibição, pois seria um equivalente do suicídio, também como as implicações penais de "induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou prestar-lhe auxílio para que o faça" (art. 122 do C.P.).

Haverá sempre êsse obcecante escrúpulo de consciência numa intervenção de tal monta? Todos esperam a morte real do doador.

Ela parece próxima. Tentativas de chamá-lo à vida ou prolongar-lhe uns minutos dela, (dever imperativo!), podem frustrar o desejo de agir do profissional ou até possibilitar o insucesso do transplante. Então, parece mais cômodo cruzar os braços e esperar que as dúvidas, se possível, sejam afastadas. Eutanásia por omissão, na melhor das hipóteses, afastada a possibilidade da eutanásia ativa.

Mas, assim, dir-se-á, retardar a intervenção, é marcá-la desde logo pelo insucesso, dadas as condições de duvidosa vitalidade do órgão a ser transplantado. E isso implica em impedir uma terapêutica salvadora em quem necessite dela. Escrúpulos exagerados obstarão ao progresso da medicina. A essas objeções respondo com uma pergunta: não haverá casos de morte real, cujo diagnóstico seja incontestável à luz do próprio bom senso, sem os recursos da ciência? Os acidentes mortais, de que o coração hígido não participe, são de todos os dias, oferecendo vítimas que tenham as condições para perfeito aproveitamento dos seus corações, sem que se possa fazer qualquer insinuação sobre ser problemática a realidade da morte. E a rapidez necessária pode ser obtida.

A VIDA (DE QUEM RECEBE)

5.º — Por fim, a real necessidade da terapêutica heróica de exceção, do transplante, para beneficiar o paciente ou receptor e salvar-lhe a vida.

É o marco derradeiro que levanto na caminhada de admiração e aprêço, pelo avanço assombroso da arte médica.

Sua importância é de relêvo. Haverá sempre indicação plena para a intervenção cirúrgica de transplante de coração, considerada diante da absoluta impossibilidade terapêutica para salvar o paciente? Então, o impedimento da ética fica superado, desde que o paciente seja convenientemente cientificado do risco que corre e que, de qualquer sorte, enfrenta grave alternativa, não se operando ou operando-se. É a encruzilhada angustiante: *To be or not to be*, do Hamleto de Shakespear.

Evidentemente, caso o transplante seja indicado apenas para suavizar sofrimentos determinados por algum mal que não conduza à morte próxima ou até permita longa vida, a intervenção não

poderá ser defendida. Considere-se que não estaria presente uma forma de eutanásia por omissão ou passiva, como disse anteriormente, mas sim uma eutanásia ativa ou por comissão: produzir a morte para evitar, diminuir ou interromper sofrimentos. Dir-se-á não ser êsse o propósito da intervenção, mas apenas beneficiar o paciente — receptor. Certo. Mas, ainda é tão precário o êxito favorável (falem as estatísticas); tantos os tropeços que o cirurgião encontrar; tão inçado de riscos o período pos-operatório, muito mais do que o ato operatório em si, hoje realizado com impressionante perícia — que a possibilidade da morte atinge a elevada freqüência.

Se a intervenção susta sofrimentos, mas produzindo, ainda, a morte quase certa, presente está a morte libertadora, a morte por piedade, a terapêutica drástica e definitiva pela morte — a eutanásia ativa, em suma. A Lei Penal, creio, voltaria seus olhares perscrutadores e seus acicates para os responsáveis. E a ética os chamaria logo a contas, ao menos aqui no Brasil, diante do texto expresso já citado anteriormente.

Aliás, o próprio Prof. Christian Barnard, hoje nome mundial neste terreno, não se descarta da séria restrição. De fato, segundo notícias dos jornais, falando num banquete que lhe foi oferecido pela Associação de Cardiologia de Pôrto Rico, no dia 25 de fevereiro, disse que “o médico deve estar protegido legal e eticamente para fazer um transplante de coração”. E afirmou, ainda, que “a operação de transplante só deverá ser feita quando não houver alternativa para salvar o paciente”. Por certo, e seria desnecessário acrescentar, assentindo o interessado ou alguém por êle.

Convém lembrar a propósito de Barnard e do seu operado Philip Blaiberg, a alegria dêste, quando o eminente cirurgião lhe mostrou o coração que o conservou vivo durante 58 anos, podendo êle ter visto tôdas as anormalidades. Blaiberg lhe disse: “Muito bem. Alegro-me de não ter que continuar vivendo com êste coração”. Note-se: poderia *continuar* a viver com êsse coração... É a minha objeção.

Em casos de transplante de coração, quando a salvação da vida dependa só dessa intervenção, não me parece que se possa invocar o *direito de tratar* que o Código Penal vigente aceita no seu artigo 146, § 3.º, Inc. I, ao admitir “a intervenção médica ou cirúrgica,

sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, se justificado por iminente perigo de vida”. E o art. 49 do Código de Ética afina por êsse mesmo diapasão. Não é, por certo, o caso da exceção ético-legal, tratando-se de uma intervenção excepcional ainda e de suma gravidade, na voz das estatísticas.

SINAIS AMARELOS

Êsses cinco marcos que acabo de levantar na bela e auspiciosa senda dos transplantes de coração, uma das maravilhas da medicina contemporânea, foram postos como sinais amarelos, nunca vermelhos. E assim fiz, nestas minhas despretençiosas considerações de hoje, para despertar atenção apenas e tão sòmente intensificar vigilância. Os médicos são muito visados pela crítica mordaz dos Molières e Montaignes de todos os tempos.

Eu, que sou médico também, não poderia associar-me a êsses que assim agem, na tarefa demolidora. Desejei, isso sim, expressar, com as ponderações trazidas, os meus aplausos à minha querida medicina, pelos seus obreiros de alto pró que sabem magnificar sua arte pelo trabalho digno do maior aprêço, quando vivificado pelos princípios básicos dos Cânones da Ética imortal da Escola de Hipócrates, cujo plátano multissecular, de mais de 400 anos antes de Cristo, ainda vive, na ilha afamada, com os ramos decréptos sustidos por fortes escolas e cercado por muros de mármore, com as gravações do “Juramento” tradicional, ensinando, exortando, clamando...

Relação Médico-Paciente (*)

Danilo Perestrello (**)

Não deixa de ser interessante ter sido eu convidado para falar sobre Ética Médica, assunto do qual jamais cogitei em minha vida. Nunca o estudei. Do ponto-de-vista de estudo, realmente nunca procedi a um estudo desses. No entanto, numerosos estudantes e médicos, que têm assistido cursos meus de Psicologia Médica, freqüentemente os dizem de Ética Médica. Se algo há nêsse sentido, é puramente consequência do que eu digo, sem outro objetivo, porque a Ética Médica deve funcionar da relação médico-paciente, e não a relação médico-paciente em função da Ética Médica. Não vejo porque devem ser ditadas pela Ética as relações com os nossos pacientes. Ao contrário, entendo que a Ética deva ser ditada por uma boa relação médico-paciente, do ponto-de-vista técnico, preciso, nos requisitos de eficiência da Medicina.

É evidente que, com êste ponto-de-vista, na maioria das vezes chegamos a uma situação coincidente em que, não raro, tendo em vista os aspectos emocionais inconscientes do paciente e do próprio médico também, vamos coincidir com a ética estabelecida. Às vezes, em determinados pontos há divergências. Lembraria uma formulação que freqüentemente se dá, sobre se, diante de um paciente, vindo de colega, havendo tratamento não muito adequado, devemos realmente mostrar essa inadequação, se devemos realmente mostrar a pouca adequação e dizer ao paciente que precisa de outro tratamento.

Não há necessidade de mostrar que o aspecto ético é secundário, coincide às vezes, e às vezes não, porque médicos há que acham se

deve colocar a ética com o paciente acima da com o colega. Não há qualquer choque, é exemplo apenas para ilustrar — tôdas as vezes que um médico, diante de seu paciente, desvaloriza um colega, está prejudicando imensamente o paciente. Todos os valores, que êsse paciente traz, com a necessidade que tem, com tôda a fome de ajuda, de proteção, de auxílio, por isso foi ao médico, estamos prejudicando-o imensamente, dando a êsse paciente mais uma decepção amarga que, realmente, no seu sofrimento, o agravará.

Existem muitos aspectos que coincidem, e raros os que não não coincidem. Gostaria, por exemplo, de tocar no problema dos honorários. Felizmente, não é a maioria, é raro, mas vemos com certa freqüência que o médico se aproveita de uma situação, na qual, sendo o único ou quase o único especialista em determinado local, para cobrar quantias vultosas ao paciente.

Do ponto-de-vista ético isso pode ser condenável; eu veria muito mais em termos de um indivíduo, médico, maturo ou imaturo, de um indivíduo que esteja agindo neuróticamente ou, ao contrário, de um indivíduo agindo de maneira integrada. Veria muito mais o aspecto construtivo ou destrutivo do médico, muito mais a sua hostilidade inconsciente, que se extravasa através de suas atitudes profissionais, do que prôpriamente o fato de o Código diz isto, aquilo ou aquilooutro.

Tôda vez que um médico age de maneira construtiva, realmente dando ao paciente o que conhecemos sob o nome de "caritas", evidentemente está sempre agindo na Ética. Aquêlê indivíduo, que cobra os honorários excessivos a que me referi, mostra que tem voracidade muito grande, que ainda tem enormes necessidades infantis, talvez bem maiores que as do seu paciente, e por isso precisa espoliá-lo, aproveitar-se da situação de maneira imatura, não a que esperamos de quem vai dar e naturalmente recebe em troca uma remuneração, mas não de quem pratica a profissão esperando sômente receber, atitude assaz infantil e assaz regressiva, primitiva.

Estou procurando ser muito rápido, porque o tempo é pouco, e talvez até falte seriação perfeita. Há muitas situações nêsse sentido, e eu gostaria de colocar uma; deixaria completamente em aberto, porque, já que não temos valores fixos na Medicina, muitas vezes sofremos dúvidas atrozes de como devemos agir. Uma delas

(*) Notas taquigráficas, sem revisão do autor, do tema desenvolvido no V Curso de Deontologia Médica.

(**) Livre Docente da Faculdade de Medicina da UFRJ.

eu gostaria de figurar aqui, porque seria de controvérsia enorme, mesmo do ponto-de-vista puramente psicológico, saindo de todos os aspectos éticos e morais. Uma senhora, que leva uma vida bastante construtiva com o seu marido, em boa harmonia com êle, depois de vários anos de casada, passa por uma pequena crise sentimental, e impensada, inadvertidamente, tem uma primeira relação extra-conjugal. Chega em casa com extremo sentimento de culpa, extremamente arrependida, e talvez êsse acontecimento faça com que nunca mais repita uma atitude semelhante. Foi uma experiência realmente bastante significativa para o seu íntimo. Se esta mulher, dez a quinze dias depois, se apresenta grávida e vai a um ginecologista, e se êsse ginecologista a conhece e à sua família, sabe que vai ter um filho de outro indivíduo — não sou ginecologista, não sou obstetra, nunca me vi nesta situação, não sei como agiria, sinceramente, porque existe o Código Penal, outro problema muito sério — mas, do ponto-de-vista humano, humaníssimo da relação médico-paciente, como deveria agir êsse ginecologista ou êsse obstetra, sabendo que, da execução ou não disto ou daquilo, dependerá ou dependeria todo o futuro dêsse casal, com filhos, enfim, dependeria todo o futuro? É um problema em aberto, que serve realmente para discussão, porque numerosos outros semelhantes, existem, do ponto-de-vista humano, daquilo que deve dar ao paciente, o que chamamos “caritas”, e “caritas” quer dizer amor, sem o qual ninguém cura. Que atitude deve tomar o ginecologista?

Resumi demais talvez o que deveria dizer, mas vou passear um pouco pelo roteiro que o querido Bianchi me deu, Código de Ética Médica, no que respeita à relação médico-enfêrmo.

Diz: o alvo de tôda a atenção do médico é o doente. Para mim não é um preceito ético. É um preceito técnico-médico propriamente dito, e não podemos fugir a êle. Coincide que é também ético. “O médico tem o dever de informar o doente quanto ao diagnóstico, prognóstico e objetivos de tratamento”. Acredito que sim. Desde que o faço minha especialidade, e não trabalho apenas com pacientes em divã, como psicanalista, trabalho no Serviço da 1.ª Cadeira de Clínica Médica, com o meu mestre, amigo e colega Professor Clementino Fraga Filho, são doentes de clínica médica, num Serviço de Medicina Interna, jamais menti a um doente, e não acredito nas

mentiras piedosas, de que Miguel Couto falava. Podemos realmente deixar de mentir ao doente, e isso não quer dizer sejamos hostis, agressivos com o doente, dizer coisas que o traumatizem. Podemos omitir muita coisa, porque não há necessidade, como também se omite à criança uma série de coisas que ela não tem capacidade de perceber, nem está preparada para receber explicação. Quando a criança precisa, ela mesma pergunta, se nos cingirmos à resposta adequada e dosada, satisfaremos à sua curiosidade. O doente é sempre uma criança, todos nós, de cabeça branca ou sem cabelos.

Quando vamos a um médico, sentimo-nos extremamente infantilizados, porque a própria enfermidade nos faz assim. Podemos dosar o que o doente deve saber. Muitas vêzes, diante da indagação: — “Doutor, tenho câncer?” é tão fácil sair dessa pergunta! Mostrar ao paciente, por exemplo, que, angustiado, com tão grande ansiedade, num desespero enorme, êle chega mesmo a perguntar ao seu médico se tem ou se não tem câncer, quando o problema talvez, muito mais interessante, é saber se confia no médico. Se confia suficientemente que êsse médico fará tudo ao seu alcance; pode-se dizer três ou quatro termos técnicos, proliferação celular, carcinoma, uns nomes ainda mais complicados de neoplasias, que existem por aí, naturalmente todos podem conhecer mais, e dizer: que diferença faz eu dizer que o senhor tem êste ou aquêle outro “oma”? O senhor ficará na mesma. O importante é ver se o senhor confia suficientemente em mim, e eu farei tudo o que estiver ao meu alcance para tratar, para o curar, quando tiver mais alicerces para dizer alguma coisa, dir-lhe-ei oportunamente, o que é verdade também. Podemos apaziguar enormemente a angústia de um paciente dessa forma, e apaziguamos mesmo, muito mais do que se dissermos tem ou não. O problema não é ter ou não. O doente não quer saber. Quer saber na verdade e profundamente se conta com uma figura protetora, substituta da que na infância teve, a mãe ou o pai, que, no tempo de criança, via como onipotentes, oniscientes, é o que êle acha do médico, num momento de desespero.

Podemos mostrar ao doente tudo o que tem, respondendo, omitindo ou traumatizando. Tive um colega que me disse que eu provavelmente estava com câncer, e não era câncer coisa nenhuma. Passei, mas disse assim. Podia colocar em dúvida, não Não. Passei

uma semana de biópsia, até o resultado, o Professor Fraga sabe disso, foi uma das maiores conflagrações francesas atuais que existiram aqui dentro. A coisa é terrível, é um sofrimento atroz, enfim, não precisava nada disso, absolutamente, se tivesse agido segundo os preceitos da boa relação médico-paciente, orientada do ponto-de-vista técnico-psicológico, não propriamente da ética, assaz insuficiente.

Não é permitido ao médico, como diz o Código, abandonar o tratamento do doente, por uma questão realmente de humanidade, e ao doente também se deve dar tudo, inclusive a liberdade de procurar outro colega, quando lhe parece bem, nem renunciar à assistência do doente sem prévia justificação, porque aí estaríamos, nesses dois casos, repetindo a situação de pais que abandonam os filhos, ainda antes de eles estarem preparados para isso. O que existe na relação médico-paciente é realmente a reprodução de uma relação muito velha, que existiu um dia entre a criança e os pais. Ora o médico simboliza a figura do pai, ora a da mãe, permanentemente, no inconsciente do paciente. Se alguém tiver o argumento: "mas eu nunca vi um pai, nem nunca vi minha mãe, doutor fulano de tal", desconhece o que se passa por trás do cenário, o que se passa numa região inacessível ao seu conhecimento ou à sua consciência.

Não se deve prescrever sem examinar — é uma questão de responsabilidade, e um homem adulto e maduro, como um médico, teoricamente deveria ser, mas também é humano, e este, o grande problema da relação médico-paciente, às vezes a gente não sabe quem é mais adulto, se o médico ou o paciente; com todos os sofrimentos que o paciente traz, é claro que o médico não pode prescrever sem examinar e exagerar a gravidade do diagnóstico; só em duas hipóteses: uma, por má-fé, por dolo, não? Isso já é uma questão também de maturidade, já é uma caracteropatia que o indivíduo apresenta, ou porque se sente tão inseguro, mas tão realmente conflituoso em si próprio, que não tem segurança, e precisa exagerar a gravidade para se sentir melhor e dizer "salvei", técnica usada, porque às vezes atendemos doentes que estão com uma gripezinha, e se lhe diagnostica uma basite ou um pleuriz, coisa para mostrar que o médico é capaz de tirar o paciente do estado em que se encontra.

São caracteropatas que se formaram em Medicina e em todas as profissões, em todos os ramos existem. Até sabemos de representantes da Religião. Que fazer? É a humanidade.

Indicar ou executar a terapêutica necessária, não preciso falar, exorbitar a autoridade é um ponto para que eu gostaria imensamente de chamar a atenção.

Nas prescrições o médico deve ser naturalmente minucioso em dizer ao paciente como deve agir. Não creio tenha autoridade para influenciar qualquer ato, de modo a agir sob a direção e o sentido da vida do indivíduo. Não creio que o médico possa dar tais conselhos ao paciente. É melhor casar, é melhor não casar, é melhor tomar tal atitude, é melhor não tomar tal atitude. Não acredito que o médico, por mais confiança que o cliente nêlo deposite, tenha o direito de tratar, como se o paciente não tivesse arbítrio. É ponto que poderia desenvolver muito aqui, e levaria também a uma discussão do ponto-de-vista ético. É comum alguns médicos mandarem a doente ter filhos, que a paciente passaria melhor. Se está neurótica, se é imatura, se está com uma série de problemas, não pode consigo nem com o marido, se arranjar um filho, será um "Deus-nos-acuda", porque absolutamente não preparada para essa tarefa. Em quantos casos vi isto. É uma intromissão realmente imperdoável, do médico agir desta forma com os pacientes. Exorbita quase sempre a sua autoridade. E nisto em geral não se fala suficientemente.

Olvidar o pudor dos enfermos — é óbvio; avaliar as possibilidades financeiras do médico também. Sou psicanalista. O Código de Ética diz que o psicanalista pode cobrar a outro colega. E não pode deixar de cobrar, porque não posso ficar um ano com um paciente diariamente no meu consultório durante uma hora, tratando de graça; se eu tiver uma capacidade de trabalhar, por exemplo, oito horas, oito médicos, é um defesa do próprio médico querer pagar, do contrário não receberei mais médicos, só pacientes que não o sejam. Já tratei de graça vários médicos, por prazer, porque quis, e a terapêutica psicanalítica não precisa absolutamente fazer efeito cobrando, como se pensa por aí. Cobro, porque preciso de viver, acho imperdoável que algum psicanalista cobre consulta de seus colegas. Não entendo, não compreendo, não aceito, porque amanhã,

quando fica doente, a sua senhora ou um filho, vai aos seus colegas, seja ginecologista, seja um gastroenterologista, e esse gastroenterologista não cobra. Portanto, não tem o direito de cobrar consulta. Jamais a cobrei, durante toda a minha vida. Tratamento, sim, porque, se um médico for honesto, médico-paciente, também há de querer pagar, porque não se sentirá bem de diariamente tomar a hora de um colega, uma hora por dia, durante anos, sem lhe retribuir de alguma forma.

Peço perdão por esta forma pouco sistematizada, pouco organizada, pois fui falando ao sabor do que me vinha à mente, com uns roteiros de última hora, realmente o meu querido Waldemar Bianchi me avisou em cima da hora, e jamais poderia dizer-lhe "não"; mesmo que ferisse a ética, diria sim.

(Prolongados aplausos)

O Futuro do Homem sob o Ponto-de-Vista Genético — Contrôlo da Natalidade (*)

Jorge Rezende (**)

Senhores, senhoras.

Se alguém há nesta ilustre assistência, que aqui se encontre para ouvir alguma coisa de definitivo sobre o futuro genético do homem, será iludido em sua expectativa. O futuro genético do homem é imprevisível, não no sentido pessimista que esta afirmação possa suscitar, mas porque os progressos da Medicina e o deslinde da personalidade humana, a análise do cromossoma, o desvendamento do código genético constituem hoje grandes incógnitas, enigmáticas sendas que o homem vai transitando, vai palmilhando, com botas de sete léguas. Duas das mais importantes descobertas científicas de todos os tempos foram, por sem dúvida, a análise e constituição do cromossoma humano e a decifração do código genético. O lugar da genética na medicina não foi sempre óbvio como hoje, em que as doenças genéticas, a carga genética, as mutações preocupam os competentes a tal ponto que constituem um dos ramos mais importantes das artes biológicas das ciências médicas. A verificação num hospital da Irlanda do Norte, num nosocômio como o nosso, dedicado a pacientes clínicos e não cirúrgicos, a verificação nesse hospital de que um quarto dos pacientes internados padecia de doenças genéticas dá a medida da importância do problema, da sua transcendência e do que se há de fazer para a sua possível resolução.

Quando Mendel, em 1865, descobriu as leis fundamentais da genética, até hoje não derogadas, seus trabalhos foram praticamente

(*) Notas taquigráficas, sem revisão do autor, do tema desenvolvido no V Curso de Deontologia Médica.

(**) Professor Catedrático da Fundação Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro (MEC).

esquecidos, e foi preciso que essas leis fôssem redescobertas ao mesmo tempo por De Vries, na Holanda, na Alemanha, na França e em muitos países por diversos trabalhadores, por diversos pesquisadores que laboraram simultânea e independentemente o mesmo campo, e chegaram à redescoberta dessas leis genéticas. No entanto, em 1902 Garrolt mostrou que havia uma aplicação prática desses aspectos genéticos na medicina, quando descreveu a alcaptonúria, e se provou que era uma doença de transmissão genética.

O sinistro episódio, há pouco referido pelo eminente conferencista que me precedeu, o sinistro episódio da talidomida, que em 1960 e 1961 marcou indelévelmente, com anomalias muitas vezes que as levavam à morte, cinco mil crianças, possibilitou, no entanto, que se provasse a influência dos fatores externos e a possibilidade de que as mutações genéticas fôssem encaradas, não mais como alguma coisa de somenos importância, mas como algo que deve sempre ser tomado em conta na avaliação da etiopatogenia da maioria das doenças crônicas. O geneticista, médico ou não, tem entraves ao seu trabalho, principalmente quando se trata da genética humana, do médico geneticista. Tomemos, por exemplo, um camundongo que completa uma geração em dois meses; uma mosca que o faz em duas semanas; um microrganismo que completa uma geração em vinte minutos, e, em contraposição, a geração humana, que não é jamais menor de vinte anos. Um geneticista, o médico geneticista, para bem observar os fenômenos que se desenrolam sob as suas vistas, precisaria de ser longo ou de, como os pediatras, poder avaliar duas gerações. No entanto, a natureza se encarrega de fazer as experiências por nós, e podemos observar, acompanhar, seguir determinadas doenças genéticas, pois, se a vida humana é longa e se nesse aspecto a observação pode falhar, se as famílias humanas são na média de três indivíduos, há uma progênie constituída de três indivíduos — dizia Thompson que mister se faria fôssem pelo menos doze produtos em cada casal, para permitir um estudo da carga genética — vemos, no entanto, que a natureza se encarrega de fazer as experiências por nós. As populações, como um todo, oferecem campo largo de pesquisas.

O emprego, cada vez maior, dos computadores, os dados relevantes que podem fornecer, embora a exegese desses dados perma-

neça privativa do médico, foi realmente um grande passo no caminho, na interpretação desses fenômenos, que, repito, são enigmáticos.

Pope dizia, com muita precisão, que "The proper study of mankind is man". A verdadeira natureza do estudo da humanidade é o próprio homem. A fascinação do homem por si mesmo facilita as pesquisas sobre genética. A carga de dano genético também tem sido observada em massa fortuitamente. Os bombardeios atômicos de Nagasaki e de Hiroshima permitiram aos médicos geneticistas observar a progênie desses sobreviventes, notar que as mutações foram de fato importantes e, sob alguns aspectos, pejorativos para a progênie desses sobreviventes. A carga de dano genético no homem pode ser avaliada, nos indivíduos, de forma global, em 6% que nascem com alguma malformação genética. Calcula-se que vinte mil crianças venham à luz no Canadá, com doenças genéticas, anualmente, e trezentas mil nos Estados Unidos cada ano nasçam com doenças genéticas. Alguns defeitos envolvem grandes, grosseiras alterações cromossômicas, mas outras são o que se chama em genética de "single gene" isto é, a alteração proveniente de um indivíduo heterozigoto. Essas mutações, sabemos hoje, e nos atemorizamos com isso, podem ser produzidas por mutagênicos, entre eles cumpre citar a temperatura, agentes químicos, as radiações ionizantes, os vírus e os fármacos.

Tão grande número de agentes, capazes de produzir mutações, na maior parte das vezes deletérias, justifica dissesse o futuro genético do homem imprevisível.

A temperatura — Sabemos que as gônadas dos mamíferos masculinos se mantêm normalmente em temperatura mais baixa que o resto do corpo. Experiências conduzidas na Suécia mostraram a diversidade de temperatura das gônadas masculinas, tomada a temperatura escrotal de indivíduos vestidos, que usavam calças, e de nudistas. Diferença de mais de três graus. Sabendo-se a importância da temperatura nas reações químicas, verificamos a possibilidade de a ambiência social, de os meios de vida do indivíduo serem capazes de alterar, na verdade, produzir, condicionar, provocar mutações.

Dos agentes químicos, muitos são carcinogênicos. O reduzido espaço de tempo de que disponho não me permite falar-lhes nos temerosos efeitos de alguns fármacos, eu não me furto de referir alguns agentes carcinogênicos, como alguns empregados para combater determinados tumores. A mostarda nitrogenada, por exemplo, é capaz de provocar mutações. A cafeína e substâncias afins. Sabemos que a cafeína é uma purina e interfere no metabolismo da purina, necessário à replicação de Na. Isto é de enorme importância, como o são também os estudos sobre as radiações ionizantes, que valeram, como sabem, a Müller, em 1946, o Prêmio Nobel. Mostrou êle que o índice de mutação nos indivíduos expostos aos raios X era enormemente acrescido. Além disso, na Medicina moderna, lidamos com rádio-isótopos, com os raios X, temos, nas grandes cidades, nas cidades industriais, a possibilidade de que as fábricas, as indústrias empreguem, e não possam deixar de fazê-lo, substâncias radiotivas, substâncias capazes de produzir radiações ionizantes, altamente danosas para o ser humano, condicionando mutações, muitas delas produzindo doenças, anomalias congênicas.

Problemas causados por anomalias congênicas são, também, problemas de Saúde Pública. O conceito de sanitaristas modernos transfigurou-se, e hoje vemos podem preocupar-se desde as questões suscitadas pelos agentes químicos, pelas radiações ionizantes, pelas mutações, pelos matrimônios consanguíneos, pela incidência de vírus e também pelos abortamentos espontâneos. É toda uma senda que se escancara diante do sanitarista, porque a Medicina, que evolve para a prevenção, tem suas preocupações redobradas com a incorporação de novos conhecimentos e, principalmente, com êsses aspectos genéticos.

Doenças como a fenilcetonúria, como a galactozemia, os chamados hoje erros inatos do metabolismo, podem, não tratadas, não reconhecidas ao nascer, produzir retardamento mental, produzir crianças cujos índices intelectuais não lhes permitirão freqüentar as escolas, serão sempre crianças retardadas, excepcionais. No entanto, se pudéssemos, como já se faz em países de alto padrão assistencial, utilizar, para todos os recém-nascidos, fraldas preparadas com determinadas substâncias que facilitam o rastreamento

da fenilcetonúria, a prevenção estaria feita. É o teste chamado da fralda. A fralda fica verde com os líquidos úricos, com a urina do recém-nascido, se esta urina já provém de um concepto que ao nascer já tem a sua genética de fenilcetonúria, o que pode ser tratado, como pode ser tratada a galactozemia.

Vejam como isto é um enorme campo de aplicação para a medicina preventiva. Os sanitaristas têm de encarar muitos fatores que afetam a constituição genética da comunidade. Além das mutações na ambiência, dessas indústrias, do uso de material radioativo, dos rádio-isótopos, das radiações ionizantes, não podemos perder de vista também os mutagênicos químicos.

Se examinarmos, por exemplo, o índice de abortamentos espontâneos, veremos que, investigados em profundidade, grande parte deles passa despercebida. 25% dêsses ovos são anômalos; 25% dêles têm grosseiras anomalias cromossômicas; 25% têm outras causas, porém também genéticas, como sejam a incompatibilidade Rh, as grandes malformações de causa única ou poligênica. Tudo isso faz manter as atenções voltadas para êste campo da Saúde Pública, independente dos problemas de superpopulação que, se o tempo me sobrar, abordarei de caminho, pois não me posso furtar de falar que há razões genéticas para limitar o tamanho da família. Os filhos das mulheres idosas, os filhos das mulheres que estão no crepúsculo da atividade reprodutora, têm maior probabilidade de apresentar determinadas doenças genéticas. Entre elas cita-se logo a síndrome de Dawn, o mongolismo, a trisomia 21. Os filhos, que nascem no comêço da fase reprodutora, evidentemente são de mulheres mais jovens, salvantes as exceções, e os efeitos adversos da idade materna não se farão sentir sobre êles. O acúmulo de mutações deletérias nos pais idosos vai se fazendo a pouco e pouco. A paridade afeta ainda a incidência de algumas doenças genéticas, como a incompatibilidade Rh ou ABO, a doença hemolítica perinatal. Sabem todos que raramente o primeiro produto é acometido. Nasce indene, malgrado serem discordantes no fator Rh os genitores. À medida que se sucedem as gestações, à medida que acresce a isoimunização materna, e que os índices de aglutininas anti-Rh e de anticorpos bloqueadores são ascensionais a cada gestação, os produtos ficam atingidos. Longe estamos de solver todos os casos graves de doença

hemolítica perinatal. A transfusão intra-uterina, a exanguenotransfusão intra-uterina são ensaios apenas promissores. A verificação dos resultados, a comparação estatística mostra que estão longe êsses procedimentos de oferecer os apregoados, os alvissareiros resultados com que nos tinham acenado. No entanto, a obstetrícia de hoje não se arreceia de manipular o útero gestante, faz a amiocentese como recurso propedêutico rotineiro, abre o útero para o exanguenotransfusão, violou a câmara amniótica, no entanto sabem os obstetras de boa linhagem que são recursos de exceção, que, se as doenças genéticas dêsse tipo puderem ser prevenidas, como poderão sê-lo, extinta até a doença hemolítica perinatal com o emprêgo da gama-globulina anti-Rh nas mulheres não imunizadas, nas mulheres que acabam de parir, e que sejam não imunizadas, se injetarmos nas primeiras horas após o parto gama-globulina anti-Rh, jamais serão imunizadas, jamais apresentarão isoimunização. Os resultados provenientes de grupos idôneos de trabalho mostram que, se houver emprêgo generoso desta gama-globulina, obteremos em vinte anos o desaparecimento da doença hemolítica perinatal.

Senhores, o futuro genético do homem é imprevisível. Talvez possamos dominar essas mutações que a ambiência provoca. É possível que os progressos científicos nos reservem surpresas que a vidência do homem mais imaginoso não seja capaz de antever. Já nas revistas especializadas se começa a discutir, a aperfeiçoar, a mostrar a placenta artificial. Nas últimas revistas médicas, a maneira do rim idealizado, que se aperfeiçoa e que é hoje, não diria instrumento trivial, mas alguma coisa de que podemos lançar mão aqui e ali, também a placenta artificial começa a desenvolver-se e a aperfeiçoar-se.

A síntese do vírus, de que nos deram notícia os jornais leigos, também é provável possa convergir para nossas ambiciosas esperanças nêsse setor. Vejam, no entanto, no que respeita ao controle populacional, a esta pretendida explosão demográfica, que as condições brasileiras são realmente diferentes. Aquêles, que ainda não se tenham capacitado de que um equacionamento prático e enérgico do problema do controle da população constitui um dos mais importantes temas da nossa geração, nada mais têm a fazer do que compulsar o alude bibliográfico que nos últimos anos tem sido de-

dicado a isso. Êste assunto revestiu-se, nos tempos atuais, de aspectos políticos altamente polêmicos. O perigo da chamada explosão demográfica, se é contestável no plano universal, apresenta-se ao revés, no Brasil. Para o nosso país, com imensos territórios ainda despovoados, faz-se necessário tomar, antes de mais nada, a posse da terra, o que só se efetivará com o brasileiro nato, oriundo da expansão gradual de nossa população. Pretender, como querem alguns, até de boa-fé, limitar a natalidade entre nós, é propósito indefensável, que deve manter-nos de sobreaviso, deve manter-nos em reserva suspicaz, pois essa propaganda aberta ou subliminar tem inconfessáveis objetivos.

Nação que deixou de crescer caminha decididamente para a decadência, a traduzir-se, por sem dúvida, na baixa qualidade dos indivíduos. A diferença entre a natalidade e a mortalidade, em favor daquela, não é bastante. Conservam a vida muitas pessoas idosas, cujo valor social é precário; amplia-se a longevidade, dádiva da medicina preventiva e da higiene; mas preponderam os anciãos, escasseiam os jovens. As funestas conseqüências dêsse desequilíbrio poderão dissimular-se por algum tempo, mas virão à tona mais tarde, com ominosas conseqüências. Planear medidas adequadas, apurando-as pelo crivo da experiência, para aplicação futura, é mandatário. Demais disso, são fascinantes os aspectos teóricos do tema. Aspectos médicos, aspectos genéticos que, como disse, estão bem intrincados no tema, que me foi dado, do futuro genético do homem, pois, sob o ponto-de-vista genético, abstraídas as considerações que venho de fazer sobre o problema do controle populacional, ainda temos razões médicas que indiquem o emprêgo de medidas contracepcionais.

Aqui me cerro. Agradeço a atenção e mesmo me surpreendo como consegui falar vinte minutos sobre êsse tema, que me pareceu, de alguma sorte, uma tal cilada amistosa do meu amigo Bianchi, que quando, sexta-feira, faz três dias, eu recebi o papel me intimando a esta conferência, quase fiquei em pânico, porque realmente não conseguia descobrir um atalho para me fazer ouvir nêsse tema. Lembrei-me de uma frase de Napoleão — desculpai a imodéstia — dizia êle: — “On s'engage et puis on voit”. A gente se compromete e depois dá-se um jeito. Foi o que fiz.

Muito obrigado. (Palmas).

Publicidade Médica e Ética (*)

Clementino Fraga Filho (**)

Muito obrigado ao prezado colega Dr. Bianchi, pelo convite que me permitiu estar nesta mesa redonda ao lado de figuras tão representativas da nossa classe, e de outras classes, dos jornalistas e dos juristas, aqui presente.

O privilégio de falar em primeiro lugar decorre exclusivamente da minha condição de médico militante, e portanto preocupado sempre, angustiado mesmo, com o que o Dr. Bianchi acaba de dizer, o progresso dos meios de comunicação, levando a uma divulgação muito rápida das informações, e conseqüentemente criando para a classe médica problemas que sempre existiram, mas que hoje aparecem com dimensão muito maior. Sempre existiram, porque Medicina se confunde com Ética. Não entendo outra maneira de encarar a Medicina. Os professores de Medicina, temos permanentemente, não diria essa preocupação, porque já imanente em nós, êsse sentido de pensar éticamente. Não procuramos transmitir aos nossos alunos só noções científicas ou os meios técnicos de exame ou de interpretação de sintomas ou de sinais; mais que isso, procuramos transmitir e incutir nêles, pelo exemplo, se nos fôr possível, pela lição, sempre, as noções fundamentais, essa atitude diante do doente ou no exercício da Medicina, atitude essencialmente ética. A Medicina se confunde com Ética. Charles Colin, grande cientista e biólogo, disse uma ocasião: "A Medicina é uma ciência contaminada de virtudes". Eu diria: de virtudes éticas. (*Muito bem*).

Ética e publicidade, publicidade médica. Creio êste o tema da discussão, dêste seminário. Recebi êsse aviso ontem à noite, quando

já não podia mais sequer pensar no assunto, não tinha mais capacidade para isso fisicamente, e hoje pela manhã, conversando na Reitoria, alguém me disse: "Mas Ética e Publicidade Médica são incompatíveis. Não é possível, porque a publicidade quase sempre leva a uma infração da Ética. A Ética se faz com abstração da publicidade". É, como disse de princípio, uma atitude. O médico militante fica em face da circunstância de que os meios de comunicação crescem vertiginosamente, aceleradamente, e por outro lado o desejo natural, a curiosidade, que sempre existiu, do público em geral, em relação a assuntos de Medicina, isso é de todos os tempos, também cresceu à medida que a Ciência progrediu, chegando a êsse vertiginoso progresso atual, aventuras que só se comparam, em outro âmbito da Ciência, com a viagem à Lua, por exemplo. O que a Medicina e a Cirurgia fazem hoje em dia realmente representa um prodígio, que não poderia ser imaginado há muito pouco tempo. A aurora da Medicina Científica é do século XIX, mas em vinte ou trinta anos, percorremos muito mais em matéria de Ciência, inclusive na Ciência Médica, do que em todos os séculos até hoje. Cresceu com isso proporcionalmente, em ritmo, não aritmético, mas em progressão geométrica, o interesse pelas coisas da Ciência e pelas coisas da Medicina.

Como conciliar isto com o dever tradicional, o dever de respeito à Ética? É uma preocupação cotidiana, tanto mais quanto freqüentemente estamos vendo determinadas coisas ou assistindo fatos que para nós, num conceito tradicional, podem significar e representar infiltrações à Ética Médica. Trago aqui minha angústia, minha preocupação, e se justifica perfeitamente seja eu o introdutor, porque eu quero provocar um médico militante, autorizado, do Conselho Regional de Medicina, e do Serviço de Fiscalização da Medicina, um jurista do vulto do Professor Benjamin de Moraes, meu companheiro da Universidade, meu Mestre, homem que aprecio por suas virtudes intelectuais, culturais e morais, um jornalista também militante, dinâmico, atuante, com sentido agudo e grande sensibilidade para os problemas humanos — Nestor de Holanda.

A êles me dirijo, para que respondam a essas nossas indagações, a essas nossas preocupações, que eu aqui coloco, clínico, médico que pratica dia-a-dia.

(*) Notas taquigráficas, sem revisão do autor, do tema desenvolvido no V Curso de Deontologia Médica.

(**) Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da UFERJ.

Qual seria o ponto de partida? O Código de Ética. Mas o que diz ele? Evidentemente, seriam infrações facilmente catalogadas, previstas no Código de Ética.

Revedo, encontrei no Art. 5, item d: "Fazer publicidade imoderada, sendo lícito, porém, nos anúncios, além das indicações genéricas, referir especialidade, títulos científicos etc."

No item g: "dar consultas, diagnósticos ou receitas pelos jornais, rádio, televisão ou correspondência, bem como divulgar ou permitir a publicação, na imprensa leiga, de observações clínicas, atestados e cartas de agradecimento".

Já esse item "dar consultas, diagnósticos ou receitas pelos jornais, rádio ou televisão" comporta uma ampla faixa de apreciação crítica.

Mais adiante, num plano mais geral, realmente muito genérico, o item o: "praticar quaisquer atos de concorrência desleal aos colegas."

Não será uma concorrência desleal o médico que se utiliza dos meios de comunicação, do jornal, do rádio, da televisão, porque tem amigos no jornal, porque tem amigos no rádio e na televisão, para uma publicidade imoderada? É uma forma de concorrência desleal. Este item, bastante genérico, também representa uma forma possível de infração à ética, no terreno da publicidade.

Seria possível, de acordo com isso, pensar em algumas situações, em alguns casos, como os, com muito mais habilidade, aventados pelo Professor Perestrello, que citou uma série de questões; em certo momento, tivemos vontade de parar e dizer: vamos ficar neste assunto, conversar e debater. Enfim, Dr. Bianchi pode programar uma sessão especial, extracurricular, para uma conversa dessas com o Dr. Perestrello, sobre relações médico-paciente, em que todos possam participar. Discriminação de casos, são aqueles previstos expressamente nesses artigos do Código.

Artigos para os jornais leigos, declarações ou programa de rádio e de televisão. Estamos vendo hoje em dia, cada vez mais, sem propósito nenhum, não é propósito de transplante de coração ou de outros transplantes, nem de implantações ou reimplantações. Nada disso. Cada dia, divulgação de noções científicas, divulgação

de noções médicas, em jornais, em revistas, revistas ilustradas, por médicos de renome, respeitados pela sua conduta moral, pela sua conduta ética, em toda a sua vida profissional, aos quais nunca se pôde imputar nenhuma infração, e que hoje fazem isso naturalmente. Isso é lícito, ou é liberalidade na interpretação das restrições do nosso Código?

Outro exemplo, que me parece fácil de resolver, matéria de interesse público, de saúde pública. Curiosidade é uma coisa, interesse, do ponto-de-vista de saúde pública, outra. Curiosidade todos têm por saber alguma coisa a respeito de câncer, ou a respeito de uma doença do rim ou do fígado. Todos se permitem opinar, às vezes até receitar. Isto é um aspecto, a curiosidade, desejo natural de informação. Outra coisa é a matéria que precisa ser divulgada, matéria de interesse sanitário, essa tem de ser levada ao conhecimento do público. Mesmo que não a peça, tem de ser fornecida, de qualquer maneira, sem falar nos casos mais recentes, esses que impressionam pelo seu caráter espetacular, sobretudo na cirurgia. A cirurgia oferece maior margem e maiores oportunidades para essas demonstrações de natureza espetacular. Quando se fala em transplantes cardíacos e se pensa na figura que realizou esse transplante cardíaco, com todo o respeito que se tenha pelo grande técnico que foi capaz disso, claro não se pode pensar que isso seja um progresso maior na Medicina do que aquele assegurado pelo homem que, pela primeira vez, descobriu um antibiótico e abriu uma trilha que permitiu salvar milhões de pessoas; vamos imaginar que o transplante cardíaco, aonde possa chegar, salvará umas tantas vidas, mas sempre limitado pelas suas indicações, pelas suas condições de execução, pelas suas possibilidades práticas, reais mesmo, ao passo que o descobrimento da penicilina e depois o de todos os antibióticos leva a salvar milhões de indivíduos. Não se faz a mesma onda, não se tocam os tambores, nem era preciso se o fizesse.

Realmente, são coisas espetaculares, têm de impressionar de qualquer maneira a nós médicos, muito mais ainda aos leigos, em geral. Nesses casos é preciso venha a público quem tem autoridade para fazê-lo. Vimos há dias exemplo típico disso. Não sei se os senhores leram, creio que numa revista ilustrada, passou-me há dias, não sei se "Fatos e Fotos", se a "Manchete", uma entrevista de

Professor Luiz Décourt, o homem, no setor clínico, responsável por essa equipe que colabora nesse grande feito da Universidade de São Paulo. Ainda ontem, no Conselho Universitário, propúnhamos que, de Universidade para Universidade, se apresentasse um voto de congratulações pelo que a equipe do Hospital das Clínicas pôde realizar. Pois bem. Luiz Décourt é professor de Clínica Médica e responsável por toda essa preparação que permitiu o primeiro transplante de coração. Começa essa entrevista, muito bem feita, justificando, explicando o transplante, dizendo da sua restrição, do seu constrangimento, porque nunca deu uma entrevista a jornal leigo sobre assunto médico. É aquela preocupação, é aquela angústia do homem que vive nos confins, nos limites, no âmbito limitado da sua profissão, e que tem o receio de cometer infrações, de arranhar o Código de Ética, fazendo projeções do seu nome, e para os médicos não precisa mais de projeção, pois conhecido por todo lado e por toda parte. Talvez não o seja da mesma forma pela população brasileira em geral. Diz do seu constrangimento em dar uma entrevista. Naquele momento terá sentido no íntimo a necessidade daquela entrevista, porque estava em face de situação de tal forma excepcional, que é preciso que a informação venha fornecida, drenada por quem tenha capacidade de fazê-lo. É fácil imaginar os exageros, os abusos que isso permite, a possibilidade de exploração do veículo de publicidade, para fazer o que não decorre da ciência como aspiração e anseio legítimos. Temos de distinguir os casos. Nosso Código fica insuficiente, nosso Código fica atrasado, nosso Código tem de passar por uma reformulação. Não sei quais as soluções. Imaginei e alinhavo alguma coisa que se podia fazer. Há dez anos, isso já me preocupava e, ao tomar posse na Academia Nacional de Medicina, tratei incidentemente desse assunto; entendia que, para conservar o anonimato e respeitar o princípio de Ética que deve inspirar a conduta profissional, ao mesmo tempo conciliando-a com a necessidade da informação ao público, que tem direito a ela, e tem curiosidade de recebê-la, talvez a ação divulgadora daquelas noções médicas de saúde pública, que fôssem úteis, que fôssem necessárias, devesse partir das sociedades médicas, da Academia de Medicina, da Associação Médica, da Sociedade de Medicina e Cirurgia. Não a pessoa do médico responde, a Sociedade Médica

deve estar presente, muito mais do que em nosso meio. A Academia de Medicina, por exemplo, era consultora do Paço Imperial em assuntos médicos e de ciência médica. Hoje não é mais, mas deveria ser. As organizações médicas responsáveis poderiam chamar a si a atribuição de divulgar os conhecimentos, informar o público, manter-se-ia o princípio de Ética, porque o nome não apareceria, a instituição tem no seu corpo congregado os meios, os elementos necessários, aqueles indivíduos de alto gabarito profissional, capazes de dar essa informação. O médico não apareceria procurando projeção ou prestígio social, através das colunas dos jornais, e lembramos aqui uma daquelas do grande e inesquecível Berardinelli: "Você pode ser muito importante, mas se não tiver isso na terceira página de 'O GLOBO', ninguém acredita. (*Risos*). Em 'O GLOBO' ou no 'Diário de Notícias', na primeira página do segundo caderno do 'Diário de Notícias'. Berardinelli dizia isso. Realmente, como conciliar essa necessidade de manter o público informado e fornecer-lhe a boa informação, com o respeito à Ética Médica, que impede a publicidade, quando vai resultar em benefício próprio, benefício de dinheiro, benefício de prestígio, benefício de posição social? Seria uma forma, as sociedades médicas podiam chamar a si. Guardava-se o anonimato, e por outro lado não se deixava de fornecer ao público o que ele precisa.

Sob outro aspecto esses programas educativos, de televisão ou de rádio, podem ser feitos, mas no anonimato isso não é possível na televisão. De qualquer forma, poderiam ser feitos, desde que numa programação específica para esse fim, como houve "A Hora Médica", como há programa de TV educativa, e se pode prever uma educação médico-popular, necessária, mas não enxertada em outros programas. Não sei se estou atrasado, continuo a não entender, não me considero tão atrasado assim em alguns aspectos, mas, nesse ponto, se estou atrasado, quero ficar. Não posso entender se faça pela televisão demonstrações cirúrgicas, em que se anuncia o nome do cirurgião, a equipe toda do cirurgião, demonstração de uma cirurgia que se faz todos os dias, espetacular por se apresentar na televisão, mas na verdade todos sabemos se faz em dezenas e centenas de casos. Não o posso entender. Para mim continua a ser mesmo infração do Código de Ética. Enfim, isso se faz,

os colegas têm feito, não sei se é ou não criticável. Tenho essas angústias porque não me quero arvorar num espírito demasiado crítico, fiz e apresento essas considerações sobre o assunto, desalinhas, ao acaso, para me ilustrar, para esperar a resposta daqueles que, não sendo médicos, olham o problema sob outros ângulos, naturalmente nos vão dar sugestões, talvez até soluções, e dos que, médicos, militam e vêem o assunto de ângulo, de área diferente, como o caso do prezado colega, Dr. Spinoza Rothier. Muito obrigado.

(Palmas).

A Ética e o Progresso Médico (*)

Luiz Murgel (**)

Srs. da mesa, senhores, senhoras, colegas:

Há sempre a maior procedência em fazermos um curso sobre Ética Médica. Mas é preciso o consideremos também de certa maneira imponderável. Ética é atitude espiritual, atitude de arbítrio e de consciência. Por melhores sejam nossos códigos de Ética, por melhor estudemos e vejamos, através dos tempos os códigos de ética que nos têm regido a profissão, sempre vamos encontrar, e tenho a impressão de que jamais deixaremos de encontrar, a marca do arbítrio, do julgamento próprio do médico em determinados atos, como veremos aqui, com alguns exemplos que pretendo trazer.

Nosso tema é a Ética e o progresso médico. Realmente o progresso médico, em diversos aspectos, vem criando, na verdade, novos problemas de ética, que esta, desde o princípio da nossa profissão, há realmente orientado e ação daqueles que procuram fazer da medicina o que em nosso juramento, no juramento hipocrático, nos propomos.

Vou ler a chamada Declaração de Genebra, modificada do juramento hipocrático, adotada pela Assembléia Geral da Associação Médica Mundial em 1948, incluída também no Código Internacional de Ética Médica, adotado em 1949. Essa declaração, de certa maneira, consubstancia o que os senhores conhecem, mas é interessante, base do nosso entendimento, da nossa palestra, vejamos o que os médicos declaram como elemento fundamental da sua profissão.

(*) Notas taquigráficas, sem revisão do autor, do tema desenvolvido no V Curso de Deontologia Médica.

(**) Membro do CREMEG e Presidente do Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro.

(Lê):

"Solenemente comprometo-me a consagrar minha vida ao serviço da humanidade. Darei aos meus professores o respeito e a gratidão devidos. Praticarei minha profissão com dignidade e consciência. A saúde do meu paciente será o meu primeiro cuidado. Respeitarei os segredos que me fôrem confiados. Mantereí, por todos os meios ao meu alcance, a honra e as nobres tradições da profissão médica. Meus colegas serão meus irmãos. Não permitirei nem atentarei que considerações de religião, nacionalidade, raça, partidos políticos ou nível social possam intervir entre meu dever e o meu paciente. Mantereí o maior respeito pela vida humana desde a concepção. Mesmo sob ameaça, não usarei meu conhecimento médico contrariamente às leis da humanidade. Faço essas promessas solene e livremente, baseadas e garantidas pela minha honra".

Por essa Declaração os senhores vêm que o médico tira a primeira consequência lógica da sua profissão, de que deriva talvez a base fundamental de toda a nossa Ética, o segredo médico, porque nossa profissão dá, no seu exercício, uma condição que só o médico tem. Para nós não há, nem o semelhante tem conosco, no exercício da nossa profissão, segredo de nenhuma natureza. Penetramos e devassamos tudo que respeita à vida física, à vida social, à vida emocional, à vida financeira, à vida conjunta de todos os clientes, colocados, conforme a Declaração, em qualquer nível de posição social. Daí adveio o mais fundamental do nosso Código de Ética, o segredo médico, que, no Código adotado por nós e pelo Conselho Regional de Medicina, por força do Conselho Federal, constitui exatamente o Capítulo V, cujo artigo 34 diz:

(Lê):

"O médico está obrigado, pela Ética e pela Lei, a guardar segredo sobre fatos de que tenha conhecimento por ter visto, ouvido ou deduzido no exercício de sua atividade profissional".

É fácil compreender que esse segredo médico deva realmente ser exercido sem arbítrio do médico. É uma obrigação. É um detalhe que se impõe ao profissional, para que possa ter de seus clientes a confiança de que os fatos não serão de modo nenhum revelados. Os senhores sabem — seria longo e não teria tempo — podem advir do conhecimento de certos fatos, com certas pessoas, de possíveis doenças, de possíveis diagnósticos, implicações políticas, podem ter implicações de tal monta, capazes de causar inclusive fenômenos ou convulsões sociais. Daí por que ao médico não é lícito, e fazemos do segredo médico a base fundamental.

Em relação a outros detalhes do nosso Código de Ética, em relação à profissão em si, sem dúvida alguma vem uma posição muito difícil para todos, e às vezes se torna um drama de consciência, difícil de resolver, a questão, como eu disse, do arbítrio do julgamento, em relação a certos detalhes que o progresso médico vem trazendo; sobre alguns, entretanto, vem a pelo tornar a falar, tão antigos quanto o próprio inicial Código de Ética.

Refiro-me inicialmente à questão, ainda hoje muito considerada, sobre o direito do médico de exercer ou não a chamada morte feliz, a eutanásia. Os senhores sabem que até hoje isto é um problema aberto na medicina.

No livro de Luiz Potech, Moral e ética médica, existe uma seção interessante, onde vemos como as idéias vão se molificando e se apresentando em relação a esse problema. Conforme muitas vezes o regime político, o regime ideológico ou o pensamento daqueles que podem emitir esses pensamentos a respeito da eutanásia, as próprias leis, conforme o país, agem também de maneira diferente, julgando os fatos que deram motivo a tais ou quais atitudes.

Lembro aos senhores, a título somente de história, que este aspecto de defesa de eutanásia vem de longe, e já em 1516 encontrava, do inglês Thomas Morus, uma defesa, dizendo que, se a moléstia é, não somente incurável, mas cheia de dores e angústias etc. etc., poderia caber ao médico interromper o sofrimento do doente. Um outro inglês, do século XVIII, Roger Bacon, também claramente defende isso, dizendo: "Considero que a função do médico de melhorar a saúde e de melhorar as dores do doente deve

ser, não somente no sentido da cura, mas também, quando necessário, procurar produzir uma morte calma e fácil”.

Mais modernamente, em 1906, nos Estados Unidos, apareceu um primeiro texto legal, referente à eutanásia, por proposição de uma representante, Miss Ann Hall, no Parlamento de Ohio, e que dizia o seguinte: “Tôda pessoa, atingida por moléstia incurável, acompanhada de grandes dores, pode solicitar a reunião de uma comissão composta pelo menos de quatro pessoas, que decidirão sobre a oportunidade de colocar um fim a esta vida dolorosa”.

Perfeitamente, portanto, entendido que a eutanásia seria possível em relação a um ato médico perfeito e acabado.

Em França também, o artigo 295 do Código Penal identificava como assassino um autor voluntário de um homicídio, qualquer que fôsse a sua maneira. Mas no artigo 518 o Júri tinha a oportunidade de apreciar e muitas vezes, segundo casos que aqui vêm, de isentar de culpa certos casos, como por exemplo de um jovem que matou a mãe por causa de dores violentas, nevrálgicas, e de câncer, matou-a, sem ser médico, inclusive, e encontrou no júri um ambiente perfeitamente favorável a êsse ato.

Lembro também aos senhores o caso muito mais recente, todos acompanharam, da tolidomida, esta droga que, aplicada, e o foi largamente, trouxe uma série de crianças deformadas. Em Liège, na Bélgica, deu-se o julgamento de mãe que matou o filho, assim nascido. Esse julgamento comoveu o mundo inteiro e criou uma série de novas proposições a respeito do que caberia nestes casos, que direito teria alguém, principalmente o médico, de realmente terminar casos de deformação ou em que a vida estava praticamente perdida. Aquêles, que se colocam contra a eutanásia, defendem proposição, realmente certa no meu entender, de que a dificuldade do problema é menos decidir-se da ação do médico no sentido de resolver uma doença incurável ou uma morte certa, do que mesmo a certeza, que a medicina infelizmente não nos pode dar em nenhum momento, de que tal ou qual doente, embora nesta ou naquela proposição, tenha condenação certa; hoje em dia, com o progresso vertiginoso que estamos tendo, no sentido da terapêutica, no sentido da cirurgia, nada impede tenhamos em 24 horas, em um minuto, em

dois minutos, inteiramente modificadas as posições do médico em relação às terapêuticas de tais ou quais doenças.

Não preciso recordar alguns casos, como o da penicilina e outros, em que êsses prognósticos mudam inteiramente de uma hora para outra, tirando, no meu entender e no do Código de Ética, a êsse respeito, a possibilidade de atribuir-se ao médico a capacidade de terminar voluntariamente uma vida, qualquer que seja a posição em que se encontre o doente, em sentido de diagnóstico ou de sofrimento. O médico, evidentemente, usando de seu arbítrio, tem feito e faz o que se procura. Ante um doente com dores violentas, de tal ou qual doença, temos, com os conhecimentos atuais, um diagnóstico e um prognóstico praticamente definitivos, o médico então usa “larga manu” aquêles remédios que podem aliviar essas dores, mas normalmente, na sua conduta terapêutica, não o faria talvez com a quantidade e a dosagem que se dispõe a usar nêsses doentes, de certa maneira correndo o perigo de uma eutanásia parcial, digamos assim, mas de outro lado defendido moralmente pelo fato de que, com aquilo, procura, na verdade, fazer o que a Medicina exige e juramos, aliviar, antes de tudo e esperando, no que fôr possível, a possibilidade de qualquer acontecimento que lhe permita decidir sobre o prognóstico de uma doença.

Os casos não são tão simples realmente. Outros têm aparecido, não me posso alongar, e nos livros de Ética encontramos, inclusive o caso de um julgamento de um médico que, solicitado por um filho a interromper uma medicação de sôro venoso gôta-a-gôta, que se prolongava por dois meses já, na sua mãe, desenganada, fêz, uma semana depois a doente morreu, houve uma grande discussão, o caso foi também a julgamento sob o ponto-de-vista ético, se o médico poderia, atendendo a estas razões de piedade, ter interrompido um processo terapêutico que aparentemente estava mantendo o por que deve lutar — a vida do doente. Também nesta oportunidade entendeu o Tribunal que não cabia culpa direta ao médico, pelo menos no fato, porque não se poderia absolutamente provar que aquêle gôta-a-gôta venoso estaria mantendo em vida, já por dois meses, uma pessoa praticamente morta e que morreu uma semana após a retirada dêste elemento terapêutico.

O progresso médico vem trazendo algumas novas proposições, e os códigos de ética procuram naturalmente prever em relação àquilo que temos que fazer por função da própria atividade. Refiro-me ao problema da anestesia. Aquêles com tempo suficiente de profissão médica sabem que a anestesia, durante muito tempo, foi uma coisa que não tinha pròpriamente características de ato médico, porque dada por meio de uma máscara; lembro bem dos meus tempos de acadêmico, chamava-se no corredor aquêles que primeiro passasse para o elemento mecânico e material de pingar clorofórmio ou pingar misturas anestésicas sob o comando, digamos, do próprio cirurgião; assim, o ato anestésico era quase um ato material de pingar um anestésico, para que o doente dormisse, o cirurgião controlava mais ou menos, dizendo, pinga cinco ou dez gotas, quando tiver com midríase ou com miose, se o pulso estiver assim, você avisa. Nem era médico. Podia ser qualquer um que passasse, como eu dizia, porque o contròle teòricamente era do próprio médico que estava operando. Evidentemente, o aspecto dessa parte da prática anestésica, se não era daqueles de maior competência e exclusividade, era pelo menos prática geral nos hospitais, era como se fazia.

Não preciso dizer que o avanço médico, no campo da anestesia, foi inclusive, e felizmente, responsável também pelo avanço médico extraordinário no campo da cirurgia, máxime no campo em que milito, não como cirurgião, mas como clínico, a cardiologia, porque, mercê das técnicas de anestesia, como disse muito bem um historiador, levamos 2.500 anos para atravessar 2,5 centímetros de espessura de parede torácica, porque a abertura do tórax sempre representou um desafio aos cirurgiões e aos anestesistas. De maneira geral, a anestesia tomou característica de verdadeira especialidade. Hoje a anestesia é considerada no Código, Art. 50, que prevê o caso, dizendo: "O médico, tanto quanto possível, deve abster-se de praticar anestesia geral, sem a presença do médico anestesista". Claro a prudência do artigo, *tanto quanto possível*, é porque temos ainda lugares em que não podemos contar com médico especializado. O artigo diz "sem a presença do médico anestesista". Mercê dêsse progresso, hoje o médico anestesista é um elemento fundamental nesses atos, só êle pode ter a responsabilidade técnica e ética de

dirigir uma anestesia, da maneira que é feita hoje em dia. Além do mais, a anestesia apresenta problemas outros, que merecem inclusive perguntas feitas ao papa Pio XII, aqui dentro, em relações à Moral, e que colocam também mais uma vez o arbítrio do médico em condições difíceis, a questão da reanimação do doente. Quando essa reanimação deveria parar? Quando essa reanimação seria considerada em sentido de ineficiente ao médico? Esses detalhes todos fazem hoje, com êsse progresso da anestesia, um elemento fundamental, que mereceu do nosso Código de Ética esta sábia resolução do Artigo 50, porque sem dúvida alguma é ato perfeito, completo e acabado do médico, e aquêles, que o faz, deve ter qualificações técnicas para cumprir as qualificações éticas necessárias ao ato.

Outros problemas do nosso progresso médico são previstos pelo Código de Ética, como um que mereceu atenção também no Congresso de Ética Médica, realizado em Paris, objeto também de análise do nosso Código de Ética, a inseminação artificial. Não é pròpriamente um progresso médico em sentido lato, mas não deixa de ser o sentido de que já é considerada a possibilidade na espécie humana. E a posição é tal, no sentido social e ético, que também temos no nosso o Artigo 53, dizendo a inseminação artificial heteróloga não permitida. A homóloga poderá ser praticada, se houver o consentimento expresso de cônjugues. O Artigo 53 é mais sábio do que o que se encontra em certos livros de ética, em que ainda *se coloca em dúvida* de que, havendo consentimento expresso dos cônjugues, essa inseminação artificial homóloga deveria ou poderia ser feita, sob questões de moral ou de ética.

O nosso Artigo 53 nêsse ponto é mais sábio, porque, na inseminação artificial homóloga, é evidente, se há o consentimento expresso de ambos, do homem e da mulher, não atenta contra a ética, contra a moral ou contra qualquer princípio. Em alguns países ainda encontramos certa dificuldade de interpretação e de arbítrio em relação à permissão moral dêste ato, que segundo alguns contrariaria os aspectos normais da natureza humana.

Na mesma ordem de idéias, e de certa maneira rápida, quero lembrar um dado interessante, não bem do progresso médico. É do progresso da humanidade em geral e se refere à questão da publicidade. Claro, quando a Medicina nasceu, através de todo o seu

caminho e até há muito pouco tempo, a publicidade era uma coisa relativamente restrita, porque não contávamos com este bombardeio publicitário que hoje existe, da transmissão de notícias pela televisão, pelo rádio, pelos jornais, através inclusive de satélites artificiais, através do "Telstar" e outros. Esse bombardeio publicitário tornou necessário que o Código de Ética também prevísse o que se chama a *publicidade imoderada*, e aqui vem também em nosso Código de Ética, perfeitamente transcrita no seu Artigo 5.º, em determinadas letras, e diz: "É vedado ao médico fazer *publicidade imoderada*, sendo lícito, porém, nos anúncios, além das indicações genéricas, referir especialidade, títulos científicos e horário de consulta; anunciar a cura de doenças, sobretudo das consideradas incuráveis, o emprêgo de métodos infalíveis etc. etc."

Aqui dá ao Conselho Regional de Medicina o caso, e temos sentido isto lá muitas vezes, também outra vez a oportunidade difícil de exercer o arbítrio de um julgamento a respeito do que seja, de limite existe, do que seja e do que não seja publicidade imoderada. Do que seja publicidade imoderada voluntária e do que seja publicidade imoderada que se poderia chamar involuntária; realmente às vezes o médico pode ser enredado pelos profissionais que procuram, na notícia, e de certa maneira no jeito mais ou menos popular das coisas, procuram o interesse da própria atividade publicitária. Pode haver um envolvimento do médico nisso. Cabe aos tribunais de Ética julgar esse detalhe, na verdade não fácil, muitas vezes. Temos que exercer o arbítrio de julgamento para saber até onde vai uma publicidade chamada imoderada e até onde vai a publicidade permissível.

Ainda sobre esses aspectos do nosso progresso, poderíamos citar, "en passant", a questão da transfusão sanguínea também, com o progresso nosso, hoje e cada vez mais, se torna um elemento da maior eficiência médica. Se não no Brasil, pelo menos em alguns países, como por exemplo os Estados Unidos e países europeus, em que existem seitas religiosas, os senhores sabem, eles de maneira nenhuma podem e querem receber sangue estranho. Tem se criado para o médico muitas vezes essa posição de saber se lhe cabe forçar ou induzir um doente, que, por crenças religiosas, não quer de maneira alguma receber aquele sangue, se pode, em termos de salva-

mento da vida desse doente, realmente forçar ou praticar uma transfusão sanguínea, que sob o lado médico seria perfeita, mas, sob o lado do doente, dono afinal da sua vontade, não teria o direito de fazê-la. O problema ainda é mais agravado com uma série de exemplos e de julgamentos que têm sido feitos, e de posições, quando o doente está inconsciente, então chegam alguns elementos em discussão feita em painéis a respeito de ética, em dizer e questionar se, diante de um doente inconsciente, em zona pelo menos em que seja freqüente essa religião, se o médico pode fazer uma transfusão mesmo para salvar a vida, desde que possa supor que esse doente inconsciente seja um elemento dessa seita, e depois poderia trazer a este homem uma série de problemas da maior dificuldade.

Os senhores vêem que a ética sem dúvida alguma acompanha e se adapta de certa maneira "pari passu" ao nosso progresso, mas nunca deixando de ter e de criar sempre situações em que o nosso arbítrio há de falar mais alto.

Outros problemas em relação ao progresso médico, sobre que também falarei muito rapidamente, já sabem, um em relação ao aborto, perfeitamente prescrito aqui, perfeitamente definido em que condições pode ser feito e, dessa maneira, também procurando evitar que, com o aborto, tenhamos condições de certa maneira de impedir ou de ceifar vidas que estão para nascer e que não nasceriam por motivos tais ou quais. De outro lado não é sempre a concepção que se encontra em uma série de países; segundo a conclusão de Luiz Potech, muito interessante, na verdade essa questão do aborto livre ou não varia bastante em função dos meios em que atuamos, em função das ideologias, em função das concepções das sociedades humanas naqueles determinados lugares, de conceito mais materialista ou mais espiritualista da vida humana. Isto tem ditado Códigos de Ética relativamente diferentes em relação ao aborto.

Finalmente, para terminar, queria mesmo fazer assim, estamos dentro da hora, os senhores poderão ter estranhado não tenha dito até agora nenhuma palavra a respeito da conquista, não direi máximas, mas uma das grandes conquistas da nossa Medicina, a questão dos transplantes; feitos há algum tempo, agora vêm criando campo cada vez maior com a questão dos transplantes de órgãos vitais, de órgãos nobres, digamos assim, como o caso do coração, com grande

júbilo para nós, feito na Escola Paulista de Medicina, no Hospital das Clínicas, pelo professor Zerbini, nome de fama mundial. Demonstra a capacidade da nossa escola médica. Transplante e Ética Médica serão motivo para aula por um outro companheiro, amanhã se não me engano, e portanto este problema será amplamente abordado.

Queria, terminando, desculpando-me se porventura não fui claro e preciso nesses pontos, salientar mais uma vez que esta conceituação de ética, qualquer que seja o progresso da medicina, permanecerá sempre com uma posição espiritual, como uma posição de orientação de atitudes, como uma posição em que o médico por um momento terá de ser juiz isolado, em sala fechada, na sua consciência e nos códigos que tem, para decidir se determinado ato, que vai praticar, deve ou não ser feito em função do bem da humanidade, em função das suas concepções técnicas, profissionais e espirituais, e em função do bem do paciente, que jura quando se forma, de acordo com essa declaração e de acordo com o juramento hipocrático.

(Palmas).

DECRETO-LEI N.º 66 — DE 21 DE NOVEMBRO DE 1966

(Publicado no "D. O." de 22/11/66
às fls. 13.505 — Sec. 1 — Parte 1)

Altera disposições da Lei n.º 3.807, de 26/8/1960, e dá outras providências

O Presidente da República, usando da atribuição que lhe é conferida pelo artigo 2.º do Ato Complementar n.º 23, decreta:

"Art. 12 — O artigo 45 e seus parágrafos da Lei n.º 3.807, passam a ter a seguinte redação:

"Art. 45 — A assistência médica compreenderá a prestação de serviços de natureza clínica, cirúrgica, farmacêutica e odontológica aos beneficiários, em ambulatório, hospital, sanatório ou domicílio, com a amplitude que os recursos financeiros e as condições locais permitirem e na conformidade do que estabelecerem esta lei e o seu regulamento.

§ 1.º — É permitido à previdência social, na prestação da assistência médica ambulatorial ou hospitalar aos beneficiários, contratar serviços de terceiros ou das próprias empresas, mediante pagamento de preços ou diárias globais, ou *per capita*, que cubram a totalidade do tratamento, nele incluídos os honorários dos profissionais.

§ 2.º — Para a prestação dos serviços de que trata este artigo, poderá a previdência social subvencionar instituições sem finalidade lucrativa, ainda que já auxiliadas por outras entidades públicas.

§ 3.º — Nos convênios com entidades beneficentes que atendem ao público em geral, a previdência social poderá colaborar para a complementação das respectivas instalações e equipamento, ou fornecer outros recursos materiais, para a melhoria do padrão de atendimento dos beneficiários.

Art. 13 — O artigo 48 da Lei n.º 3.807, passa a ter a seguinte redação:

"Art. 48 — Nos limites previstos no artigo 45, o beneficiário que utilizar serviços médicos não mantidos ou não credenciados pela previdência social, ou que excedam das condições normalmente oferecidas, terá a seu cargo as despesas que ultrapassarem os valores fixados nas tabelas aprovadas pelo Departamento Nacional da Previdência Social.

Parágrafo único — A parte que couber a previdência social no custeio dos serviços será paga diretamente às entidades ou profissionais que prestarem os serviços, não se responsabilizando a previdência social pela parte que competir ao beneficiário”.

Art. 14 — O artigo 56 da Lei n.º 3.807, passa a ter a seguinte redação:

“Art. 56 — Mediante convênio entre a previdência social e a empresa, poderá esta encarregar-se de:

I — processar os pedidos de benefícios, preparando-os e instruindo-os de maneira que possam ser despachados;

II — submeter os empregados segurados a exames médicos, inclusive complementares, encaminhando à previdência social os respectivos laudos, para a concessão dos benefícios que dependem de avaliação de incapacidade;

III — prestar aos segurados a seu serviço e respectivos dependentes, diretamente, ou por intermédio de estabelecimentos e profissionais contratados, desde que obedecidos os padrões fixados para a previdência social a assistência médica por esta concedida nos termos do art. 45;

IV — efetuar pagamentos de benefícios e prestar outros quaisquer serviços à previdência social.

Parágrafo único — O reembolso dos gastos correspondentes aos serviços previstos nos itens II e III deste artigo poderá ser ajustado por um valor global, conforme o número de empregados segurados de cada empresa, dedutível, no ato do recolhimento das contribuições, juntamente com as importâncias correspondentes aos pagamentos de benefícios, ou de outras despesas efetuadas nos termos dos convênios firmados”.

Art. 19 — Os artigos 76, 77 e 78 da Lei número 3.807 passam a ter a seguinte redação:

“Art. 76 — Entende-se por “salário-de-contribuição”:

I — a remuneração efetivamente percebida durante o mês para os segurados referidos nos itens I, II e III do artigo 5.º, bem como para os trabalhadores avulsos;

II — o salário base fixado para os trabalhadores autônomos e para os facultativos.

Art. 77 — O salário-base será fixado pelo Departamento Nacional da Previdência Social, ouvido o Serviço Atuarial e os órgãos de classe, quando houver, devendo ser atendidas nas respectivas tabelas as peculiaridades das diversas categorias de trabalhadores e o padrão de vida de cada região.

Art. 78 — O salário-base será reajustado automaticamente, na mesma proporção, sempre que for alterado o salário-mínimo”.

DECRETO-LEI N.º 73 — DE 21 DE NOVEMBRO DE 1966

Dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados, regula as operações de seguros e resseguros e dá outras providências.

O Presidente da República, usando da atribuição que lhe confere o artigo 2.º do Ato Complementar número 23, de 20 de outubro de 1966, decreta:

CAPÍTULO XI

DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

SEÇÃO I

DO SEGURO — SAÚDE

Art. 129 — Fica instituído o Seguro-Saúde para dar cobertura aos riscos de assistência médica e hospitalar.

Art. 130 — A garantia do Seguro-Saúde consistirá no pagamento em dinheiro, efetuado pela Sociedade Seguradora, à pessoa física ou jurídica prestante da assistência médica hospitalar ao segurado.

§ 1.º — A cobertura do Seguro-Saúde ficará sujeita ao regime de franquia, de acordo com os critérios fixados pelo CNSP.

§ 2.º — A livre escolha do médico e do hospital é condição obrigatória nos contratos referidos no artigo anterior.

Art. 131 — Para os efeitos do artigo 130 deste Decreto-lei, o CNSP estabelecerá tabelas de honorários médicos-hospitalares e fixará percentuais de participação obrigatória dos segurados nos sinistros.

§ 1.º — Na elaboração das tabelas, o CNSP observará a média regional dos honorários e a renda média dos pacientes, incluindo a possibilidade da ampliação voluntária da cobertura pelo acréscimo do prêmio.

§ 2.º — Na fixação das percentagens de participação, o CNSP levará em conta os índices salariais dos segurados e seus encargos familiares.

Art. 132 — O pagamento das despesas cobertas pelo Seguro-Saúde dependerá de apresentação da documentação médica e hospitalar que possibilite a identificação do sinistro.

Art. 133 — É vedado às Sociedades Seguradoras acumular assistência financeira com assistência médico-hospitalar.

Art. 134 — As sociedades civis ou comerciais que, na data deste Decreto-lei, tenham vendido títulos, contratos, garantias de saúde, segurança de saúde, benefícios de saúde, títulos de saúde, ou seguros sob quaisquer outra denominação, para atendimento médico, farmacêutico e hospitalar, integral ou parcial, ficam proibidas de efetuar novas transações do mesmo gênero, ressalvado o disposto no art. 144, parágrafo 1.º.

§ 1.º — As Sociedades civis e comerciais que se enquadrem no disposto neste artigo poderão continuar prestando os serviços nêles referidos exclusivamente às pessoas físicas ou jurídicas com as quais os tenham ajustado antes da promulgação deste Decreto-lei, facultada opção bilateral pelo regime do Seguro-Saúde.

§ 2.º — No caso da opção prevista no parágrafo anterior, as pessoas jurídicas prestantes da assistência médica, farmacêutica e hospitalar, ora regulada, ficarão responsáveis pela contribuição do Seguro-Saúde devida pelas pessoas físicas optantes.

§ 3.º — Ficam excluídas das obrigações previstas neste artigo as Sociedades Benéficas que estiverem em funcionamento na data da promulgação deste Decreto-lei, as quais poderão preferir o regime do Seguro-Saúde a qualquer tempo.

Art. 135 — As entidades organizadas sem objetivo de lucro, por profissionais médicos e paramédicos ou por estabelecimentos hospitalares, visando a institucionalizar suas atividades para a prática da medicina social e para a melhoria das condições técnicas e econômicas dos serviços assistenciais, isoladamente ou em regime de associação, poderão operar sistemas próprios de pré-pagamento de serviços médicos e/ou hospitalares, sujeitos ao que dispuser a Regulamentação desta Lei, às resoluções do CNSP e a fiscalização dos órgãos competentes.

Art. 149 — O Poder Executivo regulamentará este Decreto-Lei no prazo de 120 dias (cento e vinte dias), vigendo idêntico prazo para a aprovação do Regulamento da SUSEP e dos Estatutos do IRB.

Art. 153 — Este Decreto-Lei entrará em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas expressamente todas as disposições de leis, decretos e regulamentos que dispuserem em sentido contrário.

Brasília, 21 de novembro de 1966, 145.º da Independência e 78.º da República.

H. Castello Branco
Eduardo Lopes Rodrigues
Severo Fagundes Gomes
L. G. do Nascimento e Silva
Raymundo de Britto
Paulo Egydio Martins
Roberto Campos.

DECRETO N.º 60.969 — DE 7 DE JULHO DE 1967

Regulamenta disposições do Decreto-lei número 211, de 27 de fevereiro de 1967.

O Presidente da República usando da atribuição que lhe confere o artigo 83, item II, da Constituição, decreta:

Art. 1.º Para o fim de registro no cadastro da Comissão Nacional de Hemoterapia, determinado pelo artigo 1.º do Decreto-lei n.º 211, de 27 de fevereiro de 1967, os órgãos executivos da atividade hemoterápica, de acordo com as operações realizadas e os agentes terapêuticos produzidos, fornecidos ou empregados, definem-se na forma abaixo:

I — Serviço de Hemoterapia — organização que processa diretamente a obtenção, coleta, controle, armazenamento, seleção e aplicação de sangue em transfusão, podendo também, fornecer sangue a terceiros e preparar derivados de sangue não industrializados;

II — Banco de Sangue — organização que processa diretamente a obtenção, coleta, controle, armazenamento e fornecimento de sangue, em condições de ser aplicado com finalidade terapêutica, podendo, também, selecionar sangue para transfusão e preparar derivados de sangue não industrializados;

III — Pôsto de Coleta — órgão fixo ou móvel que processa a obtenção de sangue e o entrega à entidade autorizada a execução de controle e armazenamento;

IV — Agência Transfusional — organização que aplica sangue e derivados fornecidos por entidade autorizada, podendo, também, armazenar e selecionar sangue ou derivados;

V — Serviço Industrial de Derivados de Sangue — organização que se incumba do preparo de produtos derivados do sangue obtido de organização autorizada, aplicando métodos industriais;

VI — Pôsto de Suprimento — órgão auxiliar de emergência, decorrente de casos de imperiosa necessidade ou de interesse nacional, que se encarrega de armazenamento e fornecimento de sangue e derivados em condições de uso imediato.

Parágrafo único. O Pôsto de Suprimento, embora dispensado de registro prévio, ficará obrigado a ser inscrito no Cadastro da Comissão Nacional de Hemoterapia.

Art. 2.º A Comissão Nacional de Hemoterapia procederá ao registro e fará publicar a relação dos órgãos públicos, das entidades privadas e dos médicos que, sob qualquer forma ou título, exercem atividade hemoterápica, que o tenham requerido no prazo determinado pelo § 2.º do artigo 1.º do Decreto-lei n.º 211, de 27 de fevereiro de 1967.

Art. 3.º Ao requererem o registro de que trata este decreto, os órgãos públicos, as entidades privadas e os profissionais médicos deverão preencher os questionários adotados pela Comissão Nacional de Hemoterapia bem como apresentar os seguintes documentos:

I) Órgãos Públicos — Regimento;

II) Entidades de Direito Privado — Contrato social ou Estatuto; prova de autorização para funcionar; ata da eleição da Diretoria.

III) Profissionais Médicos — Prova de habilitação profissional.

Art. 4.º O médico hemoterapeuta não poderá ser responsável senão por um órgão executivo de atividade hemoterápica.

Parágrafo único. Quando o número de profissionais médicos habilitados ao exercício da atividade hemoterápica fôr inferior ao das agências transfusionais, sediadas em estabelecimentos hospitalares da mesma localidade ou de localidades vizinhas servidas por um único órgão de coleta, poderá a Comissão Nacional de Hemoterapia autorizar o médico responsável pelo mesmo a responder também pelas agências, até que seja estabelecida a possibilidade de efetiva aplicação do disposto neste artigo.

Art. 5.º A Comissão Nacional de Hemoterapia promoverá mediante convênio com a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia, censo dos órgãos, entidades e profissionais referidos neste decreto, sempre que julgar conveniente atualizar os dados cadastrais.

Art. 6.º Este decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Brasília, 7 de julho de 1967, 146.º da Independência e 79.º da República.

A. Costa e Silva.

Leonel Miranda

Publicado no "Diário Oficial de 10-7-67.



DECRETO-LEI N.º 159 — 10 DE FEVEREIRO DE 1967

Dispõe sobre as substâncias capazes de determinar dependência física ou psíquica, e dá outras providências.

O Presidente da República, usando da atribuição que lhe confere o artigo 9.º § 2.º, do Ato Institucional n.º 4, de 7 de dezembro de 1966 decreta:

Art. 1.º — As substâncias capazes de determinar dependência física ou psíquica, embora não consideradas entorpecentes, aplica-se o disposto nos arts. 1.º § 2.º: 15, 16, 17, 18, 19, 21, 23, 27, 29, 47, 50, 53, 56, 59, 62 caput, 63 e 64 do Decreto Lei n.º 891, de 25 de novembro de 1938, e no que couber, o disposto nos arts. 280 e 281 do Código Penal, com a redação dada pela Lei n.º 4.451, de 4 de novembro de 1964.

Parágrafo único. As substâncias de que trata este artigo serão relacionadas em Portaria do Diretor do Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia do Departamento Nacional de Saúde, publicada no Diário Oficial.

Art. 2.º — A venda ao público das substâncias referidas no artigo 1.º só será permitida às farmácias e mediante receita médica, observadas as instruções do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia.

Art. 3.º — A distribuição de amostras de produtos que contenham qualquer das substâncias especificadas nas relações de que trata o art. 1.º, parágrafo único, deste decreto-lei, fica sujeita a autorização especial do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia.

Art. 4.º — Ao Diretor do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia competem as atribuições que o Decreto-Lei

n.º 891 de 25 de novembro de 1938, confere ao Diretor Geral do Departamento Nacional de Saúde, cabendo-lhe, também, expedir instruções para a execução deste decreto-lei.

Art. 5.º — Este decreto-lei entrará em vigor na data de sua publicação revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 10 de fevereiro de 1967. — 146.º da Independência e 79.º da República.

H. CASTELLO BRANCO

Raymundo de Brito



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Of. 542/68

Em 6 de junho de 1968

Do DIRETOR DO SERVIÇO NACIONAL DE FISCALIZAÇÃO DA MEDICINA E FARMÁCIA
Ao PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA GUANABARA

Assunto

Senhor Presidente:

Encaminho a V.Sa., anexas, as instruções que, por um lapso, deixaram de acompanhar o ofício-circular n.º 248/68.

Na oportunidade, agradecendo a atenção dispensada, reitero meus protestos de distinta consideração.

Dr. Lúcio Costa
Diretor

Resp. p/of. 707*68

Ilmo. Sr.

Dr. José Luiz Guimarães Santos

DD. Presidente do Conselho Regional de Medicina

Com o objetivo de orientar os médicos e veterinários no tocante ao cumprimento das normas legais vigentes sobre *substâncias capazes de determinar dependência física ou psíquica*, divulgamos dispositivos constantes da Portaria n. 1, de 31-1-68, do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia.

DECRETO-LEI N.º 159, DE 10 DE FEVEREIRO DE 1967

Aplica às substâncias capazes de determinar dependência física ou psíquica, embora não consideradas entorpecentes, dispositivos constantes do Decreto-Lei n.º 891, de 25 de novembro de 1938, e, no que couber, o disposto nos arts. 280 e 281 do Código Penal, com a redação dada pela Lei n.º 4.451, de 4 de novembro de 1964.

PORTARIA N.º 1, de 31 de janeiro de 1968, do S.N.F.M.F.

Baixa instruções para a execução do Decreto-Lei n.º 159/67, considerando enquadradas nas exigências do referido diploma legal as seguintes substâncias:

GRUPO I

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1 — Adrenolutina | 6 — Dimetilacetamida |
| 2 — Anfetamina e seus compostos | 7 — Mescalina |
| 3 — Banisterina | 8 — Psilocibina |
| 4 — Bufotenina | 9 — Princípio psicotomimético da Cannabis Indica |
| 5 — Dietilamina lisérgica (LSD-25) | |

Exigências quanto ao receituário:

- restrito a médicos;
- receita prescrita em formulário oficial (bloco de receituário de entorpecentes);
- para cada receita magistral ou de especialidade farmacêutica contendo substância enquadrada neste grupo corresponderá uma receita exclusiva;
- limitação das quantidades a serem prescritas em cada receita:
 - uso injetável — 1 (uma) unidade da embalagem aprovada pelo S.N.F.M.F. (cinco ampôlas);
 - uso oral:

- formas sólidas — 1 (uma) unidade da embalagem aprovada pelo S.N.F.M.F. para comprimidos, drágeas, cápsulas, pílulas, pó ou granulado;

- formas líquidas — 1 (uma) unidade da embalagem aprovada pelo S.N.F.M.F.

- receituário magistral — permitido, no máximo, em dose estabelecida para consumo em 24 horas;

f) as receitas terão validade por 30 (trinta) dias a contar da data de sua emissão.

GRUPO II

1 — Alobarbitol ou Alobarbitone	13 — Metabarbitol
2 — Amobarbitol	14 — Metitural
3 — Aprobarbitol	15 — Pentobarbitol
4 — Barbitol	16 — Probarbitol
5 — Butabarbitol	17 — Prominal
6 — Butalilol	18 — Propalilol
7 — Butetal	19 — Secobarbitol
8 — Cicobarbitol	20 — Talbutol
9 — Heptabarbitol	21 — Tiamilal
10 — Hexetal	22 — Tiopental
11 — Hexobarbitol	23 — Vimbarbitol
12 — Itobarbitol	

Exigências quanto ao receituário:

- receita prescrita por médico ou veterinário devidamente habilitado, em folha de bloco do receituário profissional, atendidas as seguintes exigências: escrita por extenso, em vernáculo, letra legível, nome completo do paciente, residência, modo de usar o medicamento, data e assinatura do profissional, endereço do consultório e número de sua inscrição no respectivo Conselho;
- os veterinários deverão acrescentar o número do registro do diploma, animal a que se destina a medicação, seu porte, local onde se encontra, nome do proprietário e justificação do emprêgo do medicamento;
- para cada receita magistral ou de especialidade farmacêutica contendo substância enquadrada neste grupo corresponderá uma receita exclusiva;
- limitação das quantidades a serem prescritas em cada receita:

médicos — 2 (duas) unidades da embalagem aprovada pelo S.N.F.M.F. e de uso individual;

veterinários — 1 (uma) unidade da embalagem aprovada pelo S.N.F.M.F. e de uso individual;

e) para prescrição de maior número de unidade será exigido o visto prévio da autoridade fiscalizadora competente;

f) receituário magistral — permitido, no máximo, em dose estabelecida para consumo em 24 horas;

g) as receitas terão validade por 30 (trinta) dias a contar da data de sua emissão.

Condensação revista pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia.



INSTRUÇÕES SOBRE AS SUBSTÂNCIAS QUE DETERMINEM DEPENDÊNCIA FÍSICA OU PSÍQUICA

Portaria n.º 1, do S.N.F.M.F.

O Diretor do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, usando das atribuições que lhe confere o item XI, do art. 29 do Regimento aprovado pelo Decreto n.º 41.904, de 29 de julho de 1957, resolve:

baixar instruções sobre a extração, produção, fabricação, transformação, preparação, manipulação, purificação, fracionamento, embalagem, importação, exportação, armazenamento, expedição, compra, venda, troca, oferta, cessão, prescrição e uso de substâncias capazes de determinar dependência física ou psíquica.

I — DO RECEITUÁRIO

1) — A venda ao público de substâncias e/ou especialidades farmacêuticas capazes de determinar dependência física ou psíquica é privativa das farmácias e só pode ser feita mediante:

a) apresentação de receita médica prescrita em formulário oficial, quando se tratar de substância relacionada no *Grupo I* da Tabela anexa ou de especialidade farmacêutica que a contenha;

b) apresentação de receita prescrita em folha de bloco de receituário profissional, no caso de substância relacionada no *Grupo II* da Tabela anexa ou de especialidade farmacêutica que a contenha.

1.1 — No aviamento das receitas de que trata a letra "a" serão observadas as exigências constantes das Instruções sobre o Uso e Comércio de Entorpecentes, baixadas pelo Diretor Geral do Departamento Nacional de Saúde, em 9 de março de 1939.

1.2 — No aviamento das receitas de que trata a letra "b" serão observadas as seguintes exigências:

a) que sejam prescritas por médico e veterinário devidamente habilitados;

b) que sejam escritas a tinta, por extenso, em vernáculo, letra legível e contenham:

1) nome completo do paciente, residência e, explicitamente, o modo de usar o medicamento prescrito;

2) data e assinatura do profissional, endereço do consultório ou residência e número de sua inscrição no respectivo Conselho Profissional.

2) — Entende-se por formulário oficial, para efeito do que dispõe a letra "a" do item 1, a folha de papel impressa de acordo ou o modelo aprovado para o receituário de entorpecentes.

2.1 — O formulário oficial será fornecido pela autoridade sanitária estadual ou territorial competente aos médicos legalmente habilitados, pessoalmente ou mediante solicitação escrita, depois de organizada a respectiva ficha com assinatura autográfica.

3) — O receituário de substância constante do *Grupo I* da Tabela anexa em farmácia privativa de hospitais, casas de saúde e serviços médicos oficiais ou de iniciativa privada e beneficente obedecerá às determinações seguintes:

a) — é dispensável o papel oficial que será substituído pelo do estabelecimento, sendo obrigatório o carimbo com a denominação da entidade;

b) — é dispensável o *visto* (prévio ou posterior) na repartição fiscalizadora, o qual será substituído pelo da autoridade competente nas suas visitas fiscais;

c) — é mantida a exigência da justificação do emprêgo do medicamento, assim como a dos requisitos constantes do sub-item 1.2.

4) — Nos estabelecimentos hospitalares só poderão ser fornecidos medicamentos constituídos de substâncias constantes da Tabela anexa a doentes internados e mediante receita subscrita por médico em efetivo exercício no estabelecimento ou por médico que comprove sua condição de assistente do paciente internado.

5) — Nos hospitais, casas de saúde e serviços médicos desprovidos de farmácia privativa o diretor do estabelecimento é o depositário e o responsável pelo estoque das preparações farmacêuticas que incluam substâncias constantes da Tabela anexa.

5.1 — O receituário utilizado nos estabelecimentos enquadrados neste item obedecerá às exigências previstas nos sub-itens 1.1 e 1.2.

6) — As especialidades farmacêuticas contendo substância enquadrada no *Grupo I* Tabela anexa só poderão ser prescritas, em cada receita médica, nas quantidades seguintes:

1) — uso injetável — até 5 (cinco) ampôlas;

2) — uso oral:

a) formas sólidas — 20 (vinte) comprimidos, drágeas, cápsulas ou pílulas e 1 (uma) unidade da embalagem quando se tratar de produção em pó ou granulado;

b) formas líquidas — 1 (uma) unidade da embalagem aprovada pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia.

9) — Quando for prescrita quantidade maior de unidades do que as estabelecidas nos itens anteriores, será exigido, na receita, o *visto prévio* da autoridade fiscalizadora competente.

10) — Quando nova receita for submetida a *visto prévio*, antes de findo o prazo necessário ao esgotamento das unidades prescritas em receita anterior será exigida justificação escrita do médico assistente.

11) — As receitas de que tratam estas Instruções terão o prazo de 30 (trinta) dias a contar da data de sua emissão para serem aviadas.

12) — Para cada substância enquadrada nos *Grupos I e II* da Tabela anexa e para a especialidade farmacêutica que a contenha corresponderá uma receita exclusiva, obrigatoriamente numerada, datada, carimbada com o nome do estabelecimento no qual foi aviada, rubricada pelo responsável técnico e arquivada por ordem numérica.

13) — O receituário magistral de substâncias enquadradas nos *Grupos I e II*, da Tabela anexa, só poderá ser no máximo em dose estabelecida para consumo em 24 (vinte e quatro) horas.

14) — É permitida aos estabelecimentos de pesquisa e de ensino, oficiais ou particulares, a utilização das substâncias de que tratam estas Instruções, mediante autorização especial do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia ou dos órgãos congêneres estaduais ou territoriais.

14.1 — Ao requerer a autorização o diretor ou responsável pelos estabelecimentos de que trata este item apresentará a necessária justificativa.

14.2 — Aplicam-se, no que couber, aos estabelecimentos a que se refere este item, as exigências relativas ao receituário das substâncias incluídas nestas Instruções e das especialidades farmacêuticas que as contenham.

14.3 — Os estabelecimentos de pesquisa e de ensino que possuírem substâncias constantes destas Instruções ou preparações farma-

cêuticas que as contenham deverão comunicar o fato à autoridade sanitária federal, estadual ou territorial competente, especificando-as e indicando as respectivas quantidades em estoque.

II — DA ESCRITURAÇÃO

15) — Aplica-se às substâncias enquadradas no Grupo I da Tabela anexa, bem como às especialidades farmacêuticas que as contenham, o disposto nos itens 30, 31, 32, 33, 35, 38, 39, 40 e 41 das Instruções sobre o Uso e o Comércio de Entorpecentes, baixadas pelo Diretor Geral do Departamento Nacional de Saúde em 9 de março de 1939.

16) — A escrituração do receituário de substâncias enquadradas no Grupo II da Tabela anexa ou das especialidades farmacêuticas que as contenham obedecerá às seguintes exigências:

- a) as receitas após numeradas e transcritas no livro de receituário, serão rubricadas pelo responsável técnico;
- b) será feito balanço diário das receitas aviadas por substâncias e/ou especialidade farmacêutica, fazendo-se referência aos números do registro das receitas aviadas e à quantidade total das unidades fornecidas;
- c) no balanço a que se refere a letra "b" deverá ser utilizado livro ou ficha autenticados pela autoridade sanitária estadual ou territorial competente.

16.1 — Ao estabelecimento hospitalar desprovido de farmácia privativa aplica-se somente o estabelecido nas alíneas "b" e "c" deste item.

VII — DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

38) — As infrações aos dispositivos destas Instruções serão punidas de acordo com as sanções previstas no Decreto-Lei n.º 891, de 25 de novembro de 1938.

39) — Respondem pela infração, conjunta ou isoladamente, os que, de qualquer forma, concorram para sua prática ou dela se beneficiem.

47) — Estas Instruções, baixadas por força do Decreto-Lei número 159, de 10 de fevereiro de 1967, entrarão em vigor na data de sua publicação.

Dr. Lúcio Costa,

Diretor

PROCESSO CFM N.º 42/67 — CRM DO ESTADO DA GUANABARA

PARECER

O DR. NATALINO VALENTINO TOLOMEI dirigiu-se ao Conselho Regional de Medicina do Estado da Guanabara, consultando: "Atende ao perfeito desempenho ético, técnico e moral da medicina, do prestígio e do bom conceito da profissão e à população que ela serve neste Estado, serem os cargos de: Superintendente da Saúde Pública, Diretor do Departamento de Higiene, Diretor da Divisão de Saneamento, Diretor da Divisão de Epidemiologia, Diretor do Departamento da Criança e Adolescente, Diretor da Divisão de Bioestatística e Educação Sanitária, Diretores dos Centros Médicos-Sanitários, ocupados por médicos que não satisfaçam o disposto no artigo 109 do Decreto n.º 49.974 — A, de 21 de janeiro de 1961, isto é, a apresentação de diploma expedido pela Escola Nacional de Saúde Pública, levando em conta, ainda uma vez, a existência de médicos com estes requisitos, nos quadros da Secretaria de Saúde do Estado da Guanabara?"

O Egrégio Conselho Regional da Guanabara adotou o parecer do Relator, Conselheiro Fioravanti Di Piero, que concluiu pela negativa, baseando-se em que os cargos em aprêço são de provimento em comissão e, portanto, da confiança imediata da Administração.

Reconhece que o "Coordenador" de todo o grupo de ação, preferentemente deverá ter conhecimentos técnicos do serviço que dirigir. Menciona ainda que nos cargos de direção do serviço público, infelizmente não é incluída necessariamente a exigência do preparo técnico que, afirma, pode ser suprido pelo assessoramento.

Frisa ainda que a própria lei não dá direito incontestável à nomeação dos portadores de diploma do curso de Saúde Pública que "têm preferência de nomeação para serviços sanitários".

Assinala ainda o Conselheiro Di Piero, que o artigo 109 do Decreto n.º 49.974-A, que regulamentou a Lei, não pode prevalecer, porque o regulamento não modifica a lei.

Conclui, portanto, pela improcedência de qualquer alegação quanto à ética e à moral, porque o que é feito dentro da Lei não pode ferir a moral nem ser antiético.

Vem o processo a este Conselho para que se pronuncie. O parecer do Senhor Conselheiro Fioravanti Di Piero, claro e bem fundamentado, não deixa dúvida; Sua Exa. diz e diz muito bem que não pode ser contrário à ética e moral aquilo que se faz dentro da Lei. Seria preferível que os cargos mencionados na consulta fossem preenchidos por diplomados pela Escola de Saúde Pública; entretanto, cargos em comissão, de confiança, exigem desse último requisito, criando

um elo entre chefe e subordinado, indispensável à boa administração; a habilitação técnica por si só não basta e uma vez que não há preceito legal que limite o direito da escolha, se não pode cercear a liberdade de quem administra, na seleção de seus auxiliares imediatos. Assim, adoto na íntegra os termos do parecer do Exmo. Sr. Conselheiro Fioravanti Di Piero”.

Rio de Janeiro, 13 de fevereiro de 1968.

a) **Antônio Moniz de Aragão**

Relator

PARECER

Exmo. Sr.

PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
DO ESTADO DA GUANABARA:

NATALINO VALENTIM TOLOMEI, inscrito neste CRM sob o n.º 1.364, carteira n.º 1.358,

faz a êste C.R.M. a seguinte consulta:

“atende ao perfeito desempenho ético, técnico e moral da medicina, do prestígio e do bom conceito da profissão, e à população que ela serve neste Estado, serem os cargos de: Superintendente de Saúde Pública, Diretor do Departamento de Higiene, Diretor da Divisão de Saneamento, Diretor da Divisão de Epidemiologia, Diretor do Departamento de Tuberculose, Diretor do Departamento da Criança Adolescente, Diretor da Divisão de Bio-Estatística e Educação Sanitária, Diretores dos Centros Médico-Sanitários, ocupados por médicos que não satisfaçam o disposto no art. 109 do decreto 49.974-A, de 21-1.º 1961, isto é, a apresentação de diploma expedido pela Escola Nacional de Saúde Pública, levando em conta, ainda uma vez, a existência de médicos com êstes requisitos, nos quadros da Secretaria de Saúde do Estado da Guanabara?”

A consulta como se depreende, facilmente, tem duplo escopo, pois, ao mesmo tempo que defende a competência dos diplomados, procura valorizar o curso de Saúde Pública que representa, inegavelmente, um progresso técnico.

É mister, desde logo, separar, sob o aspecto técnico científico, as funções de direção, a cujo desempenhante cabe assegurar a continuidade e a regularidade dos serviços, das de natureza técnica, que integram especificamente o órgão, e só podem e devem ser exercidas por técnicos convenientemente habilitados. As primeiras correspondem a cargos em Comissão e podem ser exercidas por qualquer médico, com ou sem curso de especialização, pois que são de confiança imediata da administração; as segundas, por serem específicas, exigem aptidão técnica, capacidade funcional imposta pela divisão científica do trabalho, sendo privativas dos técnicos especializados.

O exercício do cargo de direção requer habilidade e qualidades que diferem dos meros conhecimentos técnicos.

É bem de ver que, como coordenador de todo o grupo de ação, para atingir os fins colimados pelo órgão que dirige, será melhor que o dirigente possua conhecimentos técnicos do serviço pelo qual é responsável do que ser simplesmente assessorado tecnicamente.

O ideal, mesmo, seria que o chefe tivesse passado por todos os postos hierárquicos do serviço, a partir dos mais simples, pois, assim, estaria, realmente, preparado para a direção. Por seu conteúdo, o exercício de qualquer direção exige imperativamente conhecimentos precisos relativos ao órgão que vai dirigir. Sem êles faltará ao dirigente a consistência necessária para atuar de modo a assegurar a eficiência do serviço e distribuir os procedimentos reguladores das responsabilidades.

O preparo prévio é, na verdade, decisivo para a dinâmica de qualquer administração.

A subordinação, na ordem funcional, deve pressupor o preparo. Mas isto poderá ser um princípio de ciência de administração, mas não um direito.

O direito — quem dá é a lei. E se esta não declarar, expressamente, periga aquêle princípio científico, o qual, alias, tem, também, fundamento na ordem moral.

Mas a verdade é que a administração pública é grandemente influenciada pelo controle governamental, o qual, na tomada das decisões “se senta à mesa” (como é corrente dizer-se). E não há como negar-lhe o lugar e a vez, pois o Governo tem o controle direto da quantidade e da qualidade dos serviços e, sobretudo, é quem faz as leis. Por isso, infelizmente, embora errado, nos cargos públicos entre os requisitos para a direção de órgãos não se inclui, necessariamente, o preparo técnico (que pode ser suprido pelo assessoramento). Antes, se menciona claramente ser o mesmo cargo em comissão e de confiança. Aliás, nem mesmo o direito incontestado à nomeação dos habilitados em cursos especiais de saúde pública é

garantido pela lei a qual apenas dispõe que os habilitados "têm preferência de nomeação para serviços sanitários" (§ 1.º do art. 5.º da Lei n.º 2.312). Isto significa que para a nomeação não é imprescindível ser habilitado em cursos especiais de Saúde Pública.

O art. 109 do Decreto n.º 49.974-A que regulamentou aquela lei não pode prevalecer até porque o regulamento não pode modificar a lei.

A resposta, no nosso entender, parece simples, quando consideramos que se trata de cargo em comissão e da confiança imediata do Secretário de Estado. Além disso não há lei que, compulsoriamente, estabeleça ser requisito indispensável para o exercício de cargos de direção na Secretaria de Saúde a posse de diploma de aperfeiçoamento ou especialização.

Quanto à questão moral nada há a cogitar, visto como o que é feito dentro da lei não pode ser tido como contrário à ética.

Rio de Janeiro, 8 de setembro de 1967.

Conselheiro Dr. Fioravanti Di Piero

Relator



RESOLUÇÃO N.º 2/67

O Presidente do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA GUANABARA usando da atribuição que lhe confere a Lei n.º 3.268 de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958 e,

tendo em vista a decisão da Diretoria, em sessão realizada em 9 de outubro de 1967,

RESOLVE:

Designar o Conselheiro Dr. SPINOSA ROTHIER DUARTE para supervisionar os serviços administrativos deste Conselho, no que se refere à Secretaria, Tesouraria e Pessoal dispondo, para isso, de amplos poderes.

Dr. José Luiz Guimarães Santos
Presidente

Rio de Janeiro, 9 de outubro de 1967.

Dr. Octavio Dreux

Vice-Presidente

Dr. Ruy Goyanna

2.º Secretário

Dr. Waldemar Bianchi

1.º Secretário

Dr. Jessé de Paiva

Tesoureiro

RESOLUÇÃO N.º 3/67

O Presidente do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA GUANABARA usando da atribuição que lhe confere a Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958 e,

tendo em vista a decisão da Diretoria, em sessão realizada em 9 do corrente mês,

RESOLVE:

Designar o Conselheiro Dr. Waldemar Bianchi para organizar um Curso de Ética, no mês de dezembro do corrente ano, com a colaboração do CENTRO DE ESTUDOS DO HOSPITAL GERAL DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA.

Rio de Janeiro, 10 de outubro de 1967.

Dr. José Luiz Guimarães Santos
Presidente



RESOLUÇÃO N.º 4/67

O Presidente do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA GUANABARA usando da atribuição que lhe confere a Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958 e,

tendo em vista a decisão da Diretoria, em sessão realizada em 9 do corrente mês,

RESOLVE:

Designar o Conselheiro Dr. Mário Pinto de Miranda para integrar a Comissão do Boletim ao lado dos Conselheiros Drs. Octavio Dreux, Milton Cordovil e Sergio D'Avila Aguinaga.

Rio de Janeiro, 10 de outubro de 1967.

Dr. José Luiz Guimarães Santos
Presidente

Dr. Waldemar Bianchi

1.º Secretário

Eleições no Conselho Regional de Medicina do Estado da Guanabara

QUINQUENIO 1968 A 1973

Nos dias 16 a 21 de setembro de 1968, em local ainda a ser fixado e anunciado, os médicos da Guanabara serão chamados a eleger os integrantes deste Conselho Regional. Proporcionalmente à população médica do Estado que já atinge a cifra de 12.543 inscritos no CREMEG, o Conselho é constituído por 40 membros eleitos pelo voto direto, sendo 20 efetivos e 20 suplentes. O voto é obrigatório. A Diretoria do Conselho está tomando todas as providências possíveis no sentido de assegurar um pleito normal, absolutamente livre e através de escrutínio secreto, como, aliás, exige a Lei n.º 3.268 de 30 de setembro de 1957.

Durante 6 dias, desde a manhã até a noite, funcionarão as mesas eleitorais, ininterruptamente, de modo a permitir que todos os eleitores possam votar sem prejuízo para os compromissos profissionais de cada um.

Para concorrerem a essas eleições foram registradas no Conselho e já tornadas públicas pelo Presidente do CREMEG, através de edital, as seguintes chapas:

CHAPA N.º 1

PARA MEMBROS EFETIVOS	PARA MEMBROS SUPLENTE
1 — Adayr Eiras de Araujo	1 — Aloysio Sussekind de Moraes Rêgo
2 — Fernando Paulino Soares de Souza	2 — Annibal da Rocha Nogueira Junior
3 — Francisco Victor Rodrigues	3 — Antonio Rodrigues de Mello
4 — Jessé Randolpho Carvalho de Paiva	4 — Armando Raposo Bandeira
5 — João Luiz Marchon	5 — Bernardo Henrique de Nunes Couto
6 — Jorge Joaquim de Castro Barbosa	6 — Clarice do Amaral Ferreira
7 — José Augusto Villela Pedras	7 — Clementino Fraga Filho
8 — José Luiz Guimarães Santos	8 — Decio Olinto de Oliveira
9 — Luiz Carlos de Sá Fortes Pinheiro	9 — Helenio Enéas Chaves Coutinho
10 — Luiz Philippe Saldanha da Gama Murgel	10 — João Cardoso de Castro
11 — Mário Pinto de Miranda	11 — João Monteiro de Carvalho
12 — Milton Cordovil	12 — Jorge Fonte de Rezende
13 — Octavio Dreux	13 — Nilo Timotheo da Costa
14 — Oscar Attico de Souza Leite	14 — Nilton Salles
15 — Paulo Ferreira	15 — Odilon de Andrade Filho
16 — Ruy Goyanna	16 — Orioaldo Benites de Carvalho Lima
17 — Segismundo Cruvinel Ratto	17 — Osolando Judice Machado
18 — Spinosa Rothier Duarte	18 — Pedro José Ribeiro de Carvalho
19 — Waldemar Bianchi	19 — Rubem da Costa Leite Amarante
20 — Wellington Cavalcanti de Albuquerque	20 — Theobaldo Vianna

CHAPA N.º 2

PARA MEMBROS EFETIVOS	PARA MEMBROS SUPLENTE
1 — Antonio Giarduli	1 — Armando Augusto Costa
2 — Augusto Luiz Nobre de Melo	2 — Carlos Eduardo Tomé de Saboya
3 — Arnaldo Bonfim	3 — Demetrio Periasu
4 — Carlos Eduardo Penteado	4 — Euridice Borges Fortes
5 — Celso Ferreira Ramos	5 — Fernando Aires Cunha
6 — Felício Falci	6 — Francisco Silva Araujo
7 — Fernando Lucio Lessa	7 — Haroldo Cândido de Oliveira
8 — Francisco Monteiro Perez	8 — Jorge João Miguel Amim
9 — Getulio José da Silva	9 — Vicente Vilano
10 — Haroldo A. Rodrigues	10 — Jacques Soriano
11 — Itamar Demetrio de Souza	11 — Luiz Moura
12 — Nelson Luiz de Araujo Moraes	12 — Lourival Perri Chefali
13 — Orlando Gomes Berthier	13 — Nadim Aschehar
14 — Oswald Moraes Andrade	14 — Newton Potsch Magalhães
15 — Ruth de Souza Lôbo Pacheco	15 — Nildo Eimar de Almeida Aguiar
16 — Severino Fonseca da Silva	16 — Oswaldo Dias
17 — Umberto Perrota	17 — Paulo Rodrigues
18 — Walder Studart	18 — Pedro Abdala
19 — Walter Ferrari	19 — Rodolfo Rocco
20 — Dirceu Bellizzi	20 — Ulisses Viana Filho

CHAPA N.º 3

PARA MEMBROS EFETIVOS	PARA MEMBROS SUPLENTE
1 — Assad Mameri Abdenur	1 — Almir Dutton Ferreira
2 — Orlando Silva Telles	2 — Sérgio Monteiro Carvalho
3 — Fernando de Paiva Samico	3 — José Wazen da Rocha
4 — Roberto Machado Silva	4 — Hugo Elias
5 — Matheus Xavier Monteiro de Sá	5 — Renée Sá de Figueiredo
6 — José Messias do Carmo	6 — Clebe Velloso Scarinci
7 — Miguel Olímpio Cavalcanti	7 — Miguel Chalub
8 — Alcides Rodrigues	8 — Alvaro Simão dos Santos Figueira
9 — Domingos Junqueira de Moraes	9 — Alkindar Soares Pereira
10 — Nilson Amaral Sant'Anna	10 — Aloísio Pereira Dantas
11 — Ruy de Castro Sodré	11 — Joaquim Moreira Nunes
12 — Alvaro Nobre Siqueira	12 — Amauri Barbosa da Silva
13 — Denis Malta Ferraz	13 — Carlos Augusto Dias de Almeida
14 — Orlando Valentin Orlandi	14 — Júlio Pereira Gomes
15 — Luiz Fernando Rocha F. Silva	15 — Jorge Palieraqui
16 — Hélio Blanco Torres	16 — Bernardino Correa de Oliveira
17 — José Alves Assumpção de Menezes	17 — Carlos Alberto Argento
18 — Ernani de Assumpção Freitas	18 — Ismael da Silva Neto
19 — Geraldo Matos de Sá	19 — José Liberato Ferreira Caboclo
20 — Fernando Beviláqua	20 — Antonio Dias

V CURSO DE DEONTOLOGIA MÉDICA

Revestiu-se de sucesso, desde sua abertura até seu encerramento, o V Curso de Deontologia Médica, promovido em maio deste ano pelo CREMEG, sob o patrocínio do Hospital Geral da Santa Casa. Os temas escolhidos e que ali foram expostos e debatidos, despertaram nos alunos o mais vivo interesse. Algumas dessas lições vão publicadas em outra seção deste Boletim. Durante todas as conferências, o auditório se viu repleto de médicos, advogados e estudantes. A organização do curso e a coordenação de seus trabalhos foi confiada ao Conselheiro Dr. Waldemar Bianchi e, por isso, é ele também merecedor dos nossos aplausos.

Em sua sessão inaugural, o Dr. José Luiz Guimarães Santos, Presidente do CREMEG, pronunciou as seguintes palavras:

Senhoras, Senhores:

O V Curso de Deontologia Médica, é promovido pelo Conselho Regional de Medicina do Estado da Guanabara, em colaboração com o Hospital Geral da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro.

Tem ele como objetivo a interpretação e a divulgação dos preceitos contidos no Código de Ética Médica. Tais preceitos, ora sob a forma de conselhos, ora com características próprias e indeformáveis, nem sempre têm sido considerados em toda a sua extensão e legitimidade pela classe médica. Cabe, portanto, aos Conselhos de Medicina a tarefa de torná-los mais conhecidos e, acima de tudo, respeitados.

Convidamos nomes ilustres e profissionais altamente conceituados para relatarmos os temas, cuidadosamente escolhidos.

A presença do Conselho de Medicina da Guanabara neste recinto deve-se exclusivamente à existência de perfeita colaboração com os dirigentes médicos deste tradicional Hospital, professores Sá Fortes Pinheiro e Marco Aurélio Caldas Barbosa, ambos admiravelmente integrados em nosso plano de ação.

A hospitalidade, proporcionada pelo Professor Mariano de Andrade, ao ceder-nos este magnífico auditório, merece ser acentuada e devidamente reconhecida.

A escolha do nobre Conselheiro Waldemar Bianchi, para organizar e dirigir este curso, resulta da apreciação, feita pelo plenário, de suas inequívocas qualidades de organizador e vivência universitária.

Estamos certos de que as palestras que iremos ouvir despertarão nos ouvintes o máximo interesse, pelos ensinamentos e conceitos que serão proferidos por mestres muito ilustres. Com os agradecimentos e as saudações que em nome do Conselho Regional de Medicina da Guanabara, dirijo a todos que aqui nos honram com a sua presença, declaro iniciado este Curso.

Of. 03-22/3/1968 — Rio de Janeiro — Estado da Guanabara

Exmo. Senhor

Dr. JOSÉ LUIZ GUIMARÃES SANTOS

MD. Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado da Guanabara — Nesta

Exmo. Senhor.

A Sociedade Brasileira de Hipnose Médica, vem comunicar a Vossa Excelência, que na primeira reunião anual de sua Diretoria, realizada no dia 20 do corrente mês, foi lida a exposição de motivos apresentados pelo Dr. Randolpho Penas Ribas ao Conselho Regional de Medicina do Estado da Guanabara, conforme a cópia remetida por V. Exa. a esta Sociedade, anexa ao Ofício n.º 1.990/67 — de 24 de novembro, deste CREMEG.

Agradecidos pelo interesse que este órgão tomou pela nossa causa, venho informar a V. Exa., que para satisfação de todos nós, o problema ficou resolvido, de acordo com as providências tomadas pelo Exmo. Senhor Diretor Geral do Departamento Nacional de Telecomunicações, Coronel Alvaro Pedro Cardoso Ávila, conforme cópia do ofício que temos o prazer de encaminhar-lhe, para os devidos fins.

Aproveitamos o ensejo para apresentar-lhe os protestos de alta estima e consideração.

Dr. Fernando Negrão Prado

Presidente da S.B.H.M.



CÓPIA

“MINISTÉRIO DAS COMUNICAÇÕES”

“Of. Fisc. 731/67

Em, 28-11-67

Do: Diretor Geral do Departamento Nacional de Telecomunicações

Ao: Sr. Presidente da Sociedade Brasileira de Hipnose Médica

Assunto: Comunicação (faz)

Senhor Presidente:

“Com referência a representação formulada por essa Sociedade contra exibições relacionadas com fenômenos hipnóticos em programas de televisão de emissoras localizadas neste Estado, comunico a V. Sa. que este Departamento já notificou as infratoras no sentido de cumprirem as disposições do art. 1.º do Decreto n.º 51.009/61 e art. 62 do Código de Ética e Medicina, sob pena de incorrerem em sanções previstas em lei.

"Aproveito a oportunidade para apresentar a V. Sa. os meus protestos de elevada estima e distinta consideração.

Ass.: *Alvaro Pedro Cardoso Ávila* — Ten. Cel.

Proc. n.º 82.873/67. Diretor Geral do DENTEL



Of. n.º 667/68 Rio de Janeiro, 28 de maio de 1968

Exmo. Sr.

Prof. ALBERTO SOARES DE MEIRELLES

M.D. Diretor da ESCOLA DE MEDICINA E CIRURGIA DO

RIO DE JANEIRO

RIO/GB

Ref.: Of. n.º 0212 de 6.3.67

Senhor Diretor:

O ofício em epígrafe, que nos foi enviado por essa ilustre Diretoria, mereceu a máxima atenção do CREMEG e desde o ano passado vem mantendo-se em pauta tendo em vista a necessidade de ser submetida ao conhecimento de todos os membros deste Conselho.

Levado o assunto à sessão plenária do dia 21 do corrente, foi ali votado por unanimidade a seguinte proposição:

1 — proclamar que a ESCOLA DE MEDICINA E CIRURGIA DO RIO DE JANEIRO, bem como o ilustre prof. FLAVIO LOMBARDI gozam do melhor conceito possível no corpo de Conselheiros da Casa, nele obviamente incluído o Dr. JORGE DE CASTRO BARBOSA.

2 — publicar a proclamação no Boletim do CREMEG e,

3 — confiar ao Prof. ANNIBAL DA ROCHA NOGUEIRA JUNIOR, membro ilustre das duas Entidades, a interpretação da atual mensagem junto à douta Congregação daquela tradicional Escola.

Sem outro motivo, apresentamos

Cordiais e atenciosas saudações,

Dr. José Luiz Guimarães Santos

Presidente



SINDICATO DOS BANCOS DO ESTADO DA GUANABARA

Rio de Janeiro, 19 de fevereiro de 1968

SBEG/PR. 9/1968.

(Conselho Regional de Medicina do Estado da Guanabara — Protocolo n.º 530 — 20 de 2 de 1968 — RR.)

Senhor Presidente:

Em atenção ao seu ofício n.º 1984/67, comunico a V. S. que este Sindicato dirigiu Circular aos Bancos filiados informando da vali-

dade da Carteira Profissional de Médico como prova de identidade e da fé pública que lhes defere os arts. 18 e 19 da Lei n.º 3.268/57..

Atenciosas Saudações,
SINDICATO DOS BANCOS DO ESTADO DA GUANABARA

(ass.) *Jorge Oscar de Mello Flôres*

Presidente

Ao Exmo. Sr.

Dr. JOSÉ LUIZ GUIMARÃES SANTOS

M. D. Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado da Guanabara

Praça Mahatma Gandhi, 2 — Grupo 1001

RIO DE JANEIRO — GB.



APELO DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
Ao MINISTRO DA INDÚSTRIA E COMÉRCIO

Exmo.

TELEGRAMA

Gen. Macedo Soares

DD. Ministro da Indústria e Comércio

Brasília — DF

Temos honra transmitir Vossência telegrama hoje dirigimos eminente Presidente República.

Traduzindo deliberação unânime Conselho Federal Medicina pedimos vênica apelar Vossência determine sustação efeitos pertinentes exercício prática medicina decretos Leis 66 e 73/66 considerados prejudiciais Assistência Médica no Brasil além colidirem vários seus artigos com postulados fundamentais Código Ética Médica vigente, instrumento legal disciplinador atividade profissional médico brasileiro.

Tratando-se assunto mais alto interêsse nosso povo e classe médica permitimo-nos aguardar manifestação eminente Chefe Governo.

Respeitosas Saudações.

Dr. Iseu de Almeida e Silva — Presidente C.F.M.

Dr. Murillo Belchior — Secretário Geral C.F.M.

Dr. Clarimesso Machado Arcuri — Tesoureiro C.F.M.

Dr. Adamastor do Amaral Lemos Filho

Dr. Bruno Atílio Marsiaj

Dr. Guaraciaba Quaresma Gama

Dr. José Luiz Tavares Flôres Soares

Dr. José Bolivar Drumond

Dr. Ruy de Souza Pacheco — Conselheiro.

Relação dos Médicos Regularmente Inscritos no Conselho Regional de Medicina do Estado da Guanabara, a partir de setembro de 1967

N.º da Inscr.

Nome do Médico

- 11.668 — Alexandre Felipe Pasqualino Silla
- 11.678 — André Faria D'Azevedo Carneiro
- 11.725 — Arnaldo Wagner dos Santos
- 11.757 — Roberto Lobo Vaz de Mello
- 11.828 — Eduardo Luiz Mouzinho Mariz
- 11.835 — Sérgio Fonseca Ribeiro de Lima
- 11.853 — Hélio Ribeiro de Siqueira
- 11.861 — José Carlos Zanin
- 11.935 — Sérgio Massena Lacerda
- 11.945 — Alfredo Bastos de Moraes Rêgo
- 11.954 — Maria José Teixeira Vieira
- 11.969 — Arnaldo Mario Sabroso Ruiz
- 11.974 — José Bernardino Carneiro
- 11.977 — José Murilo da Mota Cavalcanti
- 11.978 — Josete Rita Furtado Costa
- 11.980 — Edgar Alves Ferreira
- 11.991 — Ari Bertoldo Sell
- 11.995 — Luiz Fernando Borges
- 12.001 — José Freitas Melo
- 12.002 — Oscar Lara Rocha
- 12.003 — Hertz de Jesus Castro
- 12.004 — Wanderley Borges
- 12.005 — Walter Burger
- 12.007 — Milton dos Reis Arantes
- 12.008 — Cláudio Correia de Vincenzi
- 12.009 — Jaime Laconeta Valência
- 12.010 — Nizomar Guimarães Carneiro
- 12.011 — Nicolau da Costa Martinho
- 12.012 — Lourival de Souza Neive

N.º da Inscr.

Nome do Médico

- 12.013 — Ed Moreira Lima
- 12.014 — Alberto Coutinho Filho
- 12.015 — Bartholomeu Ignácio de Andrade Oliveira
- 12.016 — Jorge José Leal
- 12.017 — Orlando Duarte Corrêa Barbosa
- 12.019 — Antônio da Costa Pereira
- 12.020 — Cyro Coimbra de Resende
- 12.021 — Jaime Luiz Pieta
- 12.022 — Inocêncio Nogueira Lima
- 12.023 — Marianna Fittipaldi Santos
- 12.024 — Hirotaka Yamane
- 12.025 — Antonio Thiers Carneiro
- 12.026 — Murillo Baltar
- 12.027 — Beatriz Raphaela Imbroisi Távora
- 12.028 — Adilio Bernardo Neves Dutra
- 12.029 — Antonio Antunes Junior
- 12.030 — Alberto Mayle Filho
- 12.031 — Abrahão do Bem Carpilovsky
- 12.032 — Paulo Massud
- 12.033 — Paulo Melchior Baffi
- 12.034 — Alfredo Lobo Portella
- 12.035 — Didimo Napoleão da Costa e Silva
- 12.036 — Lourival de Queiroz Mello
- 12.037 — Aderbal de Almeida Coelho
- 12.038 — Maria José de Andrade Souza
- 12.039 — Euzenir Nunes Sarno
- 12.040 — Amelio Bais Filho
- 12.041 — Abraham Messod Benzecry
- 12.042 — Ulysses Borges da Silva
- 12.044 — João Pires Teixeira
- 12.045 — Francisco Nóbrega Teixeira
- 12.046 — Adelmario Marincek Ribeiro
- 12.047 — Ivan Santiago
- 12.048 — Michel Felipe
- 12.049 — Cleiton Rezende de Almeida

N.º da Inscr.

Nome do Médico

- 12.050 — Luiz Leonardi
 12.051 — João Jeremias Chaves
 12.052 — Carlos Andrade
 12.053 — Jefferson Rodrigues Moreira
 12.054 — Ricardo Bustamente Soria
 12.055 — Sérgio Ceotto
 12.056 — Heitor Guerreiro Ribeiro Dantas
 12.057 — João Batista Leonardo
 12.058 — Alberto Jorge Albuquerque Fontan
 12.059 — João Crisóstomo de Andrade
 12.060 — Nobuyassu Matsuda
 12.061 — Paulo Nogueira Fernandes
 12.063 — Teatino Jorge Carneiro
 12.064 — Antonio Augusto Vellasco
 12.065 — Louis Barrucand
 12.066 — Arnaldo Beiró de Miranda
 12.067 — Reginaldo Cardoso
 12.068 — Julio Gonzalo Medrano Espinoza
 12.069 — Agapito Freitas do Carmo
 12.070 — Vitorino Modesto dos Santos
 12.071 — Silvio Henrique
 12.072 — David Duperron Madeira
 12.073 — Henry Checralla Kayath
 12.074 — Raimundo Herbert Nogueira Machado
 12.075 — João de Azevedo
 12.076 — Newton Cavalcante de Sá Barreto
 12.077 — Marlia de Oliveira Ribeiro
 12.078 — José Alfredo Astulla Siles
 12.079 — Aluisio Bezerra de Oliveira
 12.080 — Maria dos Prazeres Ferreira
 12.081 — Yara Maria Teixeira
 12.082 — Caetano de Sá Lucas
 12.083 — Francisca Salete Pinheiro Chagas
 12.084 — Pedro Angelo Andreiuolo
 12.085 — Fernando Italo Souto

N.º da Inscr.

Nome do Médico

- 12.086 — Manoel Medeiros Silva
 12.087 — Alexandre Boaventura Amorelli Filho
 12.088 — Antonio Sérgio de Faria
 12.089 — Max Lânio Gonzaga Jaime
 12.090 — Mair Simão Nigri
 12.091 — Carlos André Henriques
 12.092 — José Lino Coutinho da França Netto
 12.093 — Eden Augusto da Silva
 12.094 — José Alberto Tosto
 12.095 — Délio Cabral Marques
 12.096 — Carlos Alberto Fontenelle Moreira
 12.097 — José Lopes Cuadra
 12.098 — Paulo Roberto Ramos
 12.099 — Jefferson Simão
 12.100 — David Rozental
 12.101 — Avelino Modesto Silva
 12.102 — Miguel Morone
 12.103 — Ricardo Gomes
 12.105 — Moacyr Duarte Passos
 12.106 — José Carlos Bezerra Passos
 12.107 — Lúcio Moreira Pantoja
 12.108 — José Edgard Coelho de Almeida
 12.109 — Nilton Moutinho
 12.110 — Antonio Andrade Santos
 12.111 — Antonio Carlos Teixeira Mendes Monteiro
 12.112 — Sinval Andrade dos Santos
 12.113 — Marina Lang
 12.114 — Nivaldo Gonçalves
 12.115 — Wolgrand Mesquita
 12.116 — João Abrão do Nascimento
 12.117 — Filinto Correa da Costa
 12.118 — Marcial Portella Filho
 12.119 — Edmardo Soares de Freitas
 12.120 — Jorge Elias Salomão
 12.121 — Edno Miranda

N.º da Inscr.

Nome do Médico

- 12.122 — Aureliano Pinto de Moura
 12.123 — Max Grinberg
 12.124 — Cinira de Matos Vieira
 12.125 — Airtton Marques Pacheco
 12.126 — Hélio de Araujo Vasconcellos
 12.127 — Mário Gaspere Giordano
 12.129 — Sinezio José Brum de Loiola Moreira
 12.130 — Roberto Pimentel de Mesquita
 12.131 — Elisabete Lisboa dos Santos
 12.133 — Luiz Fernando de Oliveira
 12.134 — Marcilio Quintão de Souza
 12.135 — Dayse Antunes Campos
 12.136 — Aecio Renato Maia Martins
 12.137 — Adilson Amaral Gonçalves
 12.138 — Jorge Orshiley Fernandes Gomes
 12.139 — Marco Antonio Azevedo de Mello
 12.140 — Orlando Leal
 12.141 — Jaime Pinto de Araujo Neto
 12.142 — Jair Fernandes
 12.143 — Antonio José de Barros
 12.144 — Marco Aurélio Santos
 12.145 — Rogério Tibúrcio de Castro
 12.146 — Jorge Pederneiras de Faria
 12.147 — Antonio Jaime de Paiva Ferreira Duque
 12.148 — Cleber Vargas
 12.149 — Luiz Carlos Almeida Amorim
 12.150 — Clélia Osório Berthier
 12.152 — Franklin Rubinstein
 12.153 — Jurjus Andraus Gassani
 12.154 — Roberto Bento Alves
 12.155 — César Rangel Barroso
 12.156 — Antonio Jorge Gualter Kropf
 12.157 — Luiz Figueiredo Mathias
 12.158 — Fernando Pires Vaz
 12.159 — Virgílio de Barros Franco

N.º da Inscr.

Nome do Médico

- 12.160 — Adelino Joaquim Coelho Monteiro
 12.161 — José Alberto Pereira Rosa
 12.162 — Maurício Szerman
 12.163 — Magid Abud
 12.165 — Newton de Abreu Fonseca
 12.166 — Arnaldo Rocha Campos
 12.167 — Felice Antonio de Cicco
 12.168 — Henrique Murad
 12.169 — Sérgio Eduardo Carreirão da Silva
 12.170 — Aldo Franklin Ferreira Reis
 12.171 — Ricardo Bady Buissa
 12.174 — Kimio Hiroce
 12.175 — Celso do Couto Aleixo
 12.176 — Jarbas Dantas Ramalho
 12.177 — Paulo Rodrigues de Oliveira
 12.178 — Telêmaco Boldrim de Freitas Lima
 12.179 — Isac Zyibersztejn
 12.180 — Clodowil Fortes Cavalcanti
 12.181 — Antonio Hajimu Tokairin
 12.182 — Fernando Rodrigo de Souza Coutinho
 12.183 — Jerônimo Manoel da Costa
 12.184 — Ronaldo Martins da Costa
 12.185 — Geraldo Cosme de Menezes
 12.187 — João Carlos Apa
 12.188 — Fernando de Medeiros Arruda Marinho
 12.189 — Ney Couto Marinho
 12.190 — Sérgio Lerner
 12.191 — Ayrton Frias Cypriano
 12.192 — José Augusto do Nascimento Teixeira
 12.193 — Paulo Cezar Marques Périssé
 12.194 — Fernando José Goulart
 12.195 — Guilherme Mendonça
 12.197 — Nei Jardim Fialho
 12.200 — Cely Sonia Bastos de Mello
 12.201 — Maurício Rebuá de Miranda

N.º da Inscr.

Nome do Médico

- 12.202 — Elias Cazoni
 12.203 — José Ciro de Oliveira Frujuelli
 12.204 — Carlos Eduardo Maciel Epaminondas
 12.205 — Geraldo Murad Carneiro
 12.207 — Roberto Guerra
 12.209 — Elviro Manuel Souza Roque
 12.212 — Paulo Cesar Graciano Marassi
 12.213 — João Hipólito Sobrinho
 12.214 — Gilberto Fernandes
 12.215 — Felipe Benício Gomes dos Santos Netto
 12.216 — Marcelo Neffá
 12.217 — Fernando de Oliveira
 12.218 — Reynaldo Lins
 12.219 — Wilson Alves Machado
 12.220 — Antonio Carlos Montanhez
 12.222 — Waldemar Gomes de Freitas
 12.224 — Sérgio Franco Giorgi
 12.225 — Aloysio Augusto D'Abreu
 12.226 — Adhemar Leite da Cunha
 12.227 — Paulo Pereira Dias Filho
 12.228 — Gilson Calamelli Filgueiras
 12.230 — Rachid Tuma Netto
 12.231 — Wilson Caniato
 12.232 — Sidney Belluca Ortega
 12.233 — Yugho Kawata
 12.234 — Luiz Antonio Bocchino de Toledo
 12.235 — Gabriel Moraes Moyses
 12.237 — João Carlos de Souza Côrtes
 12.238 — José Alcino Rabêlo
 12.239 — Chouzo Fukushima
 12.240 — Eduardo Joaquim Castro
 12.241 — Guilherme Alberto de Freitas Milward
 12.242 — Arnaldo Sussekkind Filho
 12.243 — Lauro Francisco Felix
 12.244 — José Teixeira Alves Junior

N.º da Inscr.

Nome do Médico

- 12.245 — Athayde Pereira da Silva
 12.247 — Paulo Calisto Sanches
 12.249 — Manoelito Dias Moraes
 12.250 — Therezinha Câmara Leão
 12.251 — Lúcia Caetano Coelho de Almeida
 12.252 — Constantino Antonio Frollini
 12.253 — Sérgio de Figueiredo
 12.254 — Saul Cypel
 12.255 — Paulo Marcelo Maciel Monteiro
 12.256 — José Augusto Anderson
 12.257 — Orlando Annicchino Junior
 12.258 — Felipe Ernesto La Porta
 12.259 — José da Fonseca Costa Couto
 12.260 — Luz Hilda Florentin Franco
 12.261 — Jorge Katue Suenaga
 12.262 — Astrid Tosca Gimi de Souza Barreiro
 12.263 — Carmem Dametto
 12.264 — Sebastião Machado Filho
 12.265 — Antonio Vieira Neves
 12.268 — Anna Maria Rosa Mourão
 12.269 — Paulo Santino Tartarel
 12.271 — Gilberto Cerqueira de Aguiar
 12.273 — Antonio Bosi
 12.275 — Rogério Américo Nonato Souza
 12.276 — Mauro Pedro da Cunha
 12.277 — Mario Campos Trindade
 12.278 — Aleyr Salvador Parrilha
 12.280 — Lucilo Urrutigaray
 12.281 — Ronaldo Lemberg
 12.285 — Carlos Alberto Corrêa e Castro
 12.286 — Alfred Wilhelm Haack
 12.287 — Osvaldo Costa Rego Filho
 12.288 — Sônia Maria de Castro Pereira
 12.295 — Diotoko Kiam
 12.296 — Jorge Pedro Saker

N.º da Inscr.

Nome do Médico

- 12.297 — Mercedes Guedes Adadd de Figueiredo
 12.298 — Marly de Barros e Azevedo Chastinet
 12.300 — Adalberto Siqueira Bueno
 12.301 — Wilson José de Oliveira
 12.302 — Waltecy Antonio Garcia
 12.305 — Luiz Leite Luna
 12.306 — Justino de Freitas Filho
 12.307 — Benedito Rodrigues
 12.310 — Ivan Alves Bahia Monteiro
 12.311 — Carlos de Marqui
 12.312 — Leovaldo Canova
 12.313 — Wilton Campos Tavares
 12.316 — Guilherme Antonio Cestari Filho
 12.318 — Marçal Paiva de Figueiredo
 13.319 — Salvador Borges Filho
 12.320 — Manoel Nobre de Miranda Filho
 12.322 — Octacílio de Freitas Assumpção
 12.323 — Marcial de Avila
 12.324 — Ismael Batista de Carvalho
 12.325 — Edison Faraco
 12.326 — Duarte Domingues Nunes D'Oliveira
 12.327 — Rubens Carlos Silveira
 12.328 — Miguel Cazula Osta
 12.329 — Amós Protes
 12.330 — Elvira Thompson da Cunha
 12.332 — Brunutieri Nacif Gomes
 12.334 — Rafael Martorell
 12.335 — Humberto de Campos de Souza Tinoco
 12.336 — Olavo Ribeiro dos Santos
 12.337 — Daniel Moya
 12.338 — Osvaldo Garcia Sandra
 12.339 — Jíson Antonio Ramalho
 12.340 — Vera Silva Ramalho
 12.341 — Edmundo Colmenero Junior
 12.342 — Hélio Lopes Heleno

N.º da Inscr.

Nome do Médico

- 12.343 — Paulo Teruo Higa
 12.344 — Vital Jacques Benuzio
 12.347 — Aderbal Jurema Junior
 12.348 — Álvaro Camelier
 12.349 — Francisco de Assis Queiroz
 12.350 — Marcos Boechat Lopes
 12.351 — Carlos Sandin
 12.352 — Pedro Cesar Burlamaqui de Souza Paiva
 12.354 — Orlando Padovani
 12.355 — Walter Essinger Carneiro
 12.356 — Gabriel Mario da Silva Pinto
 12.357 — Antonio Carneiro de Campos
 12.358 — Vicente do Carmo Teixeira
 12.359 — Enid Terezinha da Silva Freire
 12.360 — Antonio Magid Tanus Bazhuni
 12.362 — Clarita de Hannequin Cassiano Gomes
 12.364 — Deusdedit Leal da Gama
 12.365 — Cid Nogueira
 12.366 — Adolpho Sodré de Castro
 12.367 — Ogamenon Campos
 12.368 — Basílio Vieira de Campos
 12.370 — Maximiano da Fonseca Paradelá
 12.372 — José Amaral
 12.373 — Roberto Pereira da Silva
 12.374 — Sérgio Thaez
 12.375 — Jane Kezem Ramalho
 12.376 — Cláudio Flamarion Ribeiro dos Santos
 12.377 — Antonio Tavares Carneiro Sobrinho
 12.381 — Nelson Pereira
 12.383 — Nilson Torres Rezende
 12.384 — Gracinda Caria Caldeira
 12.387 — Francisco Porpino Peres
 12.388 — Darey Guimarães
 12.389 — Sérgio Bichat de Almeida Rodrigues
 12.390 — Celso Ferreira Ramos

N.º da Inscr.

Nome do Médico

- 12.393 — Geraldo de Magalhães Ribeiro
- 12.394 — Moacyr Kirjner
- 12.395 — Hamilton Leal Alexandre
- 12.397 — Wellington Sabino Ribeiro Chaves
- 12.398 — Luiz Roberto Nogueira
- 12.399 — Roldo Bonifácio Costa Filho
- 12.400 — Maurício Guilherme de Campos Viggiano
- 12.401 — Carlos Alberto Mundim
- 12.403 — Guilherme Cintra Pêgo de Faria
- 12.405 — Juan Ramón Alejandro Conde Martinez
- 12.406 — José Luiz Loureiro Martino
- 12.407 — Ruben Dario Santos Finni
- 12.408 — Álvaro de Faria Machado Filho
- 12.409 — Gilberto Weyrauch Souza
- 12.410 — Ubirajara Cesar Moreira de Araujo
- 12.411 — Ottomar de Souza Pinto
- 12.412 — Jorge Carvalho da Silva
- 12.413 — Abel Fulgêncio Moschen
- 12.414 — Miguel Muntmer Cavallé
- 12.415 — Antonio de Moraes Jardim
- 12.418 — Manoel Airoza
- 12.419 — Irineu Pio da Fonseca
- 12.420 — Fernando Martins Mendes
- 12.421 — Carlos Abib Cury
- 12.422 — Marco Antonio Monteiro Alvim
- 12.423 — Pedro de Araujo Lima
- 12.424 — José Aparecido Deboni
- 12.425 — Luiz Gonzaga Torres
- 12.428 — Rui Carlos Galanternick
- 12.430 — Alayde da Silveira
- 12.432 — José Rodrigues Castro Ferreira
- 12.433 — Carlucio Mauricio de Oliveira Andrade
- 12.434 — Wilson da Silva Bóia
- 12.435 — Eunapio Torres Camêlo
- 12.436 — Izidoro Rozenfeld

PONDERAÇÕES À CLASSE

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA GUANABARA vem observando com grande consternação e mal estar os inúmeros casos de publicidade imoderada feita em jornais, magazines, rádio e televisão.

As recentes conquistas da medicina pelo seu inegável valor, constituem; naturalmente, motivo para sua ampla divulgação na imprensa leiga.

Não se justifica entretanto, que se enxertem no contexto de tais notícias propaganda individual, ou certos detalhes da documentação clínica que só devem ser publicados em jornais e revistas científicas.

Os médicos em sua boa fé podem ser envolvidos em manobras subtis de reportagens com objetivos sensacionalistas e incorrem, inadvertidamente, nesse tipo de infração. Como órgão orientador da classe o Conselho faz o seguinte apêlo:

Evitem:

- a — fornecer a reporteres documentações de casos clínicos;
- b — permitir fotografias de atos cirúrgicos ou de doentes hospitalizados;
- c — liberar notícias sensacionalistas do mundo da medicina;
- d — conceder entrevistas pessoais ou participar de programas de rádio e televisão, sobre assuntos médicos;
- e — emitir opinião através de órgãos de publicidade leiga, sobre métodos diagnósticos e terapêuticos que não tenham sido examinados e aprovados por entidades médicas competentes.

A publicidade imoderada vem trazendo, indiscutivelmente, grande desprestígio à classe médica e, por isso, não pode ser mais tolerada por este Conselho, que será forçado a abrir processo contra aqueles que, desprezando estas ponderações, preferam incorrer nas práticas apontadas.

ATENÇÃO!

DE 16 A 21 DE SETEMBRO DE 1968



ELEIÇÕES NO

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
DO ESTADO DA GUANABARA

QUINQUÊNIO 1968-1973

AGUARDE AVISO SÔBRE LOCAL E HORÁRIO
VIDE CHAPAS INSCRITAS À PAGES. 88 e 89



REGULAMENTO DA LEI N.º 3 268 DE 30-9-1967

Decreto n.º 44.045 de 19-7-1959

CAPÍTULO IV

Das Eleições

Art. 27 — O Voto será pessoal e obrigatório em todas as eleições, salvo doença ou ausência comprovada na Região, devidamente justificada.

§ 1.º — Votarão somente os médicos inscritos na jurisdição de cada Conselho Regional e quando provarem quitação de suas anuidades.

§ — Os médicos eventualmente ausentes da sede das eleições enviarão seus votos em sobrecarta dupla, opaca, fechada e remetida sob registro pelo correio, juntamente com ofício ao Presidente do Conselho Regional e com firma reconhecida.