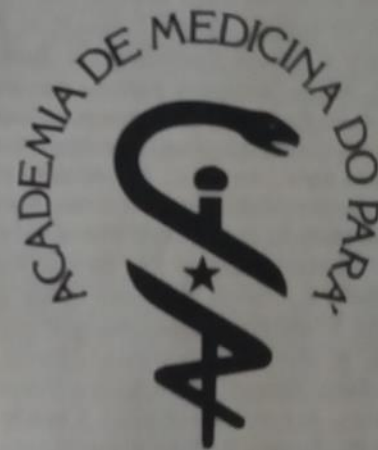


Anais

2



Anais ₂



| | | | |
|---------------------|------|----------|------|
| An. Acad. Med. Pará | v. 2 | p. 1-162 | 1991 |
|---------------------|------|----------|------|

ANAIS DA ACADEMIA DE MEDICINA DO PARÁ

Editor: Academia de Medicina do Pará

Comissão de Redação:

Amélia Denise Cavaleiro de Macedo Ribeiro
Clodoaldo F.R. Beckmann
Clovis Olyntho de Bastos Meira
Julio Nobre Cruz
Ronaldo Acatauassú Nunes

Redatores: Armando Novais Morelli, Aramis F.M. Moraes, Antonio Juracy de Brito, Arnaldo Lobo Neto, Antonio M.S. Conceição, Amélia Denise C.M. Ribeiro, Benjamim A. Ohana, Clodoaldo F.R. Beckmann, Clovis O.B. Meira, Domingos Barbosa da Silva, Francisco de Assis Alencar, Guilherme A.P. Guimarães, Henrique J. Ribeiro Neto, Haroldo Pinheiro, Habib Fraiha Neto, Ivan N.C. Neiva, José R. da Silveira Netto, José C.B. Cordeiro, João Maradei Pereira, José Maria C. Salles, Julio Nobre Cruz, Joaquim M. de Queiroz, Lourival de Barros Barbalho, Luiz Cláudio L. Chaves, Leônidas Braga Dias, Luiz Alberto R. Moraes, Manoel Maria Dias Ferreira, Manuel A. Maneschy, Oswaldo L. Forte, Paulo Roffé Azevedo, Pedro Bisi dos Santos, Paulo Sérgio C.B. Moura, Ronaldo de Araújo, Ronaldo Acatauassú Nunes, Rubens Silveira Brito, Salomão G. Kahwage, Sérgio M. Pandolfo, Victor M. Conceição, Waldenice O. Ohana.

Periodicidade: Anual

Endereço: Centro de Ciências da Saúde da UFPA
Praça Camillo Salgado, 1
66 040 - Belém - Pará

EDITORIAL

O PRESENTE E O FUTURO DA CIRURGIA UMA VISÃO CRÍTICA

A realidade está demonstrando uma evolução da cirurgia para novas atitudes e técnicas, que merecem reflexão.

A engenhosidade do progresso tecnológico, a evolução do conhecimento científico sobre as afecções cirúrgicas, a habilidade e a ousadia dos cirurgiões, estão contribuindo nesse sentido.

A tendência aponta para uma prática cirúrgica menos traumática e invasiva, voltada para a proteção e conforto do paciente, com diminuição do período de hospitalização. A incursão da endoscopia no campo terapêutico, a redução das incisões para a realização da colecistectomia convencional eletiva e, mais recentemente, o aparecimento da cirurgia videolaparoscópica, são exemplos que corroboram essa postulação.

Entretanto, a história da cirurgia tem mostrado que nem sempre as mutações se tornam definitivas. Algumas vieram para ficar, outras representaram estágio intermediário para procedimentos que se consagram posteriormente e um último grupo delas declinou para o ostracismo após o entusiasmo inicial. Deste modo, acreditamos que o tema requer, no momento, uma análise fria e sensata, depois de euforia e da paixão de que se revestem as novidades.

As questões fundamentais que merecem ser discutidas são: que papel está reservado para a cirurgia convencional no futuro e qual a realidade e o horizonte sobre o espaço a ser ocupado pela cirurgia laparoscópica

No nosso entendimento a cirurgia convencional continuará a ser praticada, alicerçada em crescente evolução técnica, para tratamento de numerosos segmentos da nosologia humana. Deverá continuar dando substancial contribuição ao tratamento das doenças neoplásicas, do trauma, de algumas patologias inflamatórias, obstrutivas, vasculares e hemorrágicas. Haverá de permanecer promovendo a estética e a reparação. Continuará sendo o instrumento fundamental para a crescente e ousada prática dos transplantes de órgãos.

Por outro lado é lícito reconhecer que o advento de uma série de novos procedimentos técnicos modificou a abordagem terapêutica de determinadas afecções, nas quais o tratamento cirúrgico convencional perdeu a precedência. Enquadram-se nessa situação as técnicas endoscópicas de cunho terapêutico (esclerose de varizes esofageanas, hemostasia por alcoolização ou eletrocoagulação, ressecção de pólipos, papilotomia com coledocolitotomia), a drenagem percutânea de coleções viscerais e intracavitárias, a litotripsia biliar e urinária por diversos métodos, a angioplastia na desobstrução coronária. Esses procedimentos diminuíram o trauma e os riscos da cirurgia clássica, melhorando o perfil prognóstico para muitos pacientes.

Todavia, a análise crítica dessas conquistas demonstra que, mesmo nas situações específicas em que estão indicadas, não substituíram total ou definitivamente a cirurgia convencional. Isto porque, se algumas vezes representam tratamento de eleição, em outras constituem-se em propostas alternativas e mesmo paliativas. Além disso estão também sujeitas a falibilidade e a morbi-mortalidade, ainda que em níveis reduzidos. Finalmente, porque o alto custo da sofisticação técnica tem impedido que alguns desses procedimentos se tornem universalmente disponíveis.

A cirurgia laparoscópica ou videolaparoscópica é a mais nova representação dessa realidade cirúrgica emergente. Ela está sendo utilizada em ginecologia, em urologia e no âmbito da cirurgia geral e digestiva. Trata-se de técnica revolucionária, sobretudo quanto à via de acesso, que permite ao cirurgião tratar o paciente com o mínimo de trauma e com significativa redução de permanência hospitalar.

Entendemos que veio para ficar e ocupar um espaço definitivo no campo da moderna cirurgia. É exatamente esse espaço que precisa ser corretamente definido e quantificado.

Essa necessidade surgiu, especialmente em relação à cirurgia biliar, em consequência do advento da colecistectomia laparoscópica, envolvido em ruidosa campanha promocional, que embute um forte apelo comercial, confirmado em algumas informações tendenciosas feitas através da mídia. O fórum ético e adequado para essa divulgação, representado pelas reuniões científicas e periódicos especializados, foi atropelado. E foi exatamente este fato que preocupou pelo risco do estímulo a utilização indiscriminada da técnica.

Em verdade a colecistectomia laparoscópica representa excelente modelo de tratamento eletivo da colecistolitíase sintomática

não complicada. Conquistou, por isso, importante lugar na moderna cirurgia biliar, considerando a alta frequência com que é praticada a colecistectomia para tratamento dessa afecção. Entretanto sua indicação nas formas complicadas da colecistite calculosa é ainda tímida e discutível. Por outro lado, o papel da cirurgia laparoscópica em relação às afecções da via biliar principal não está postulado e nem definido. Assim, as técnicas cirúrgicas convencionais continuarão dando suporte à cirurgia biliar.

A cirurgia laparoscópica como todo procedimento cirúrgico, deve ter na indicação criteriosa a base do sucesso terapêutico. A capacidade de julgamento é tão importante quanto a qualificação técnica de quem executa o método, devendo estar habilitado a resolver suas eventuais complicações. Fica claro, portanto, que somente aos cirurgiões com sólida formação e larga experiência compete o exercício da cirurgia laparoscópica.

A ampliação do elenco de indicações dessa técnica não deve ser precipitada e inconsistente, sob risco de vir a comprometer a eficiência que o método efetivamente tem. Esse fenômeno deverá ocorrer gradualmente, resguardado o critério científico. Já estão sendo propostas indicações da cirurgia laparoscópica onde transparece a despreocupação com a essência fisiopatológica da afecção, com as complicações e com as seqüelas disfuncionais. Isto não é saudável.

O tempo, como sempre, se encarregará de decantar a realidade e a fantasia, o correto e o intempestivo. A divulgação dos resultados a médio e longo prazo, que ainda não existem, colocará as coisas nos seus devidos lugares.

O potencial de desenvolvimento da cirurgia laparoscópica é grande e o espaço que provavelmente ocupará no contexto da modernidade cirúrgica será significativamente maior que o atual. Entretanto, pensar que a cirurgia convencional está ou será aposentada é, no mínimo, um equívoco.

Henrique José Ribeiro Neto

SUMÁRIO

Editorial

O presente e o futuro da cirurgia. Uma visão crítica
Henrique José RIBEIRO NETO

Vida acadêmica

| | |
|---|----|
| José Alves Dias Junior | |
| Antonio Juracy de BRITO | 1 |
| Camillo Salgado | |
| Armando Novais MORELLI | 22 |
| Oscar de Carvalho: A Ciência e a Cultura de seu tempo | |
| Ronaldo de ARAUJO | 35 |
| Eleyson Cardoso, sanitarista de Mérito | |
| Rubens da Silveira BRITO | 51 |
| José Paes de Carvalho, médico e estadista | |
| Leônidas Braga DIAS | 64 |

Mesa Redonda sobre RESPONSABILIDADE MÉDICA

| | |
|--|-----|
| Responsabilidade médica: um tema em estudo | |
| Clodoaldo F. R. BECKMANN | 83 |
| A responsabilidade civil do médico | |
| Reinaldo SILVEIRA | 85 |
| A responsabilidade penal do médico | |
| João Batista KLAUTAU LEAO | 97 |
| Da responsabilidade das instituições médicas | |
| Fernando Facury SCAFF | 118 |
| Porque estão aumentando as demandas contra os médicos | |
| Sérgio Martins PANDOLFO | 132 |

Documentação

| | |
|---|-----|
| Resoluções n.ºs 01, 02 e 03 da Academia | 156 |
|---|-----|

JOSÉ ALVES DIAS JUNIOR *

Antonio Juracy de BRITO
Membro Titular de Medicina do Pará

INTRODUÇÃO

Estou aqui para falar do meu patrono, o grande sanitarista e querido professor Dias Júnior.

Permitam-me iniciar minha exposição trazendo à lembrança a fábula do pavão, extraída do livro "Comentários da Guerra Gaulesa", de Caio Júlio César, que tive a oportunidade de ler no Ginásio, quando estudava o Latim.

Certo dia, o pavão foi à presença da deusa Juno, pedir que lhe fosse dada uma bela voz – o dom do canto, e justificou seu pedido: "O rouxinol cantou e todos os pássaros ficaram embevecidos. Eu cantei, e todos zombaram de mim". Querendo consolá-lo, disse a deusa: "Mas tu ganhas do rouxinol pelo tamanho, pelo teu porte nobre, pelo colorido de tuas penas". Mas o vaidoso pavão, insistente, queria porque queria cantar com voz bonita. Então Juno, decisiva, encerrou a entrevista, dizendo: "**Nemo omnia a natura accepte. Tuus, magnitudem: luscinae, cantu**" (Ninguém recebe tudo da natureza. A tí, o porte altivo, a beleza de tuas penas; ao rouxinol, o canto).

Neste momento em que tenho que fazer o panegírico de meu patrono, o Professor Dias Júnior, eu estou a entender o pedido do pavão: gostaria, sim, de ter os talentos de historiador do mestre Meira, a bela voz, a riqueza de vocabulário e a rapidez de raciocínio de Clodoaldo Beckmann. . . Mas não tenho a vaidade do pavão, não tenho inveja dos talentos que não me couberam. Também fui bem aquinhoado. Recebi muito e continuo recebendo bastante de Deus: aqui e agora, a glória de pertencer a esta Academia, de ser um de vós e a honra de explanar sobre uma pessoa tão brilhante e benquista como o Professor Dias Júnior, com quem tive a gratificante oportunidade de conviver nos meus anos de acadêmico.

* Trabalho apresentado na sessão de 28.08.90

Diz Roque Schneider que "Nenhuma história humana é escrita sem a presença de uma ou de duas mãos que se estendam em nossa direção". Este modesto trabalho trabalhoso, de muitas procuras e nem tanto achados, não seria possível sem que várias mãos me ajudassem. Destas, destaco as do nosso Presidente. O Dr. Clóvis Meira pintou, com rara felicidade, o perfil de Dias Júnior, que, lendo-o, parece que estamos a ver o querido Professor de Anatomia. Passemos a palavra ao Dr. Meira, em seu livro "Médicos de Outrora no Pará":

"Estatura mediana, branco, feição um tanto vultosa, a barba sempre escanhoada, sobranceiras abundantes e espessas, cabelos ralos, penteados da direita para a esquerda, procurando encobrir, disfarçadamente, calvície bastante acentuada. A pessoa física não retratava a personalidade forte e comunicativa, a brancura de sentimentos, tão envolvente que mantinha sempre um grande círculo de alunos em seu derredor, alimentando animadas palestras. Gostava de se chamar de "O mestre", e nós outros de "caboclo, um gesto afetivo".

Aproveitando para acrescentar que o adjetivo "o mestre", só ele mesmo estava autorizado a usar, para referir-se à sua própria pessoa. Quando um dos alunos o chamava de "mestre", logo era corrigido por ele: "Não diz "mestre", diz Dr. Dias Júnior".

Em sua "oração aos Moços", dizia Ruy Barbosa:

"Tratar com desigualdade a iguais ou a desiguais com igualdade, seria desigualdade flagrante e não igualdade real".

O sentido de justiça foi uma constante em Dias Júnior. Todos os alunos eram tratados igualmente. A todos atendia com a mesma atenção, interesse e simpatia. Dai, "manter sempre um grande círculo de alunos em seu derredor", como disse, há pouco, o Dr. Clóvis Meira.

Sua dedicação ao ensino era admirável. Doava-se totalmente. Até parece ter-se Ruy, o grande Ruy, se inspirado nele, Dias Júnior, ao escrever, em 1903, como paraninfo dos estudantes do Colégio Anchieta, em Friburgo, aquele trecho de sua oração "Palavras à Juventude":

"A óstia, o arado, a palavra, correspondem aos 3 sacerdócios do Senhor.

Mas, a suprema santificação da linguagem humana, abaixo da prece, está no ensino da mocidade".

QUEM FOI DIAS JÚNIOR

Quem foi Dias Júnior? Em linhas gerais, daremos agora um rápido passeio por sua vida:

Filho de José Alves Dias e Salustiana Alves Dias, JOSÉ ALVES DIAS JÚNIOR nasceu em Curuçá (PA) no dia 9 de janeiro de 1875.

Estudou em Belém, no Ateneu Paraense e no Lyceu Paraense.

Fez o Curso de Farmácia na Bahia.

De 1898 a 1904 cursou a Faculdade de Medicina no Rio de Janeiro, tendo sido aluno do ilustre cirurgião Paes Leme. Sua tese "Estado de Consciência" foi aprovada com distinção.

De volta a Belém, foi trabalhar no Hospital D. Luiz I, a convite do Dr. Camilo Salgado.

Nomeado Inspetor Sanitário do Serviço de Profilaxia Rural do Estado, chegando a Chefe da Profilaxia Rural. Participou de importantes campanhas de saneamento, chegando a erradicar a malária do bairro da Pedreira.

Político, elegeu-se Deputado Estadual com maioria absoluta de votos, reelegendo-se a seguir. Também cumpriu mandato de Senador Estadual.

Foi o chefe da cátedra de Anatomia Humana da Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará, de 1920 a 1951.

Casou já maduro, com a Senhora Alexandrina Ranger Dias.

A 5 de março de 1963, aos 88 anos de idade, faleceu. Não deixou filhos.

DIAS JÚNIOR E A INSPETORIA DE PROFILAXIA DO PALUDISMO

Ao iniciar esta pesquisa, confesso que conhecia apenas o Dias Júnior professor. Não tinha noção da grandiosidade do trabalho de Saúde Pública desenvolvido pelo "mestre" Dias Júnior. A leitura do livro "A Profilaxia Rural no Estado do Pará" trouxe a meu conhecimento os fatos que passo a relatar, a seguir:

O Governo Lauro Sodré, preocupado prioritariamente com a Saúde Pública, criou, em 1917, a Inspetoria de Profilaxia do Paludismo, nomeando Diretor o Sanitarista José Alves Dias Júnior.

Como Chefe da Inspetoria de Profilaxia do Paludismo, Dias Júnior criou postos sanitários nos bairros da Penitenciária, São Brás, Cremação, Santa Luzia, Pedreira, Jurunas, Souza, Monte Alegre e até no Murubira, na ilha de Mosqueiro.

O trabalho nesses postos sanitários era muito intenso, atendendo milhares de doentes, fazendo visitas domiciliares, quando necessário.

Dos postos sanitários criados na Inspetoria, 2 eram dirigidos pelo próprio Dr. Dias Júnior: o posto Antonio Vieira, em Monte Alegre, e o posto Oswaldo Cruz, que abrangia os bairros de Souza e Pinheiro.

A seguir, a ação da Inspetoria se estendeu, com a criação de "Postos de Socorro", que tinham a função de distribuir quinino gratuitamente e fiscalizar as condições de saúde do local. Os "Postos de Socorro" prestavam assistência às populações de Ananindeua, Benevides, Americano, Apeú, Caraparu, Castanhal, Anhangá, Tucuman e Igarapé-Açu. O posto de Anhangá destacou-se no combate ao surto de paludismo de 1917, ocasião em que, num raio de 25 Km, mais de 100 famílias haviam sido atingidas pela doença.

Os postos de saúde e postos de socorro criados pela Inspetoria, aos poucos foram crescendo em número, de acordo com as necessidades de cada bairro assistido, de cada região ameaçada pelo paludismo.

"Todos esses postos obedeciam à orientação da Inspetoria Geral e eram fiscalizados pelos auxiliares de saúde da zona".

Vale ressaltar, que o trabalho da inspetoria não se restringia a atender a população enferma e distribuir medicamentos. Várias obras sanitárias foram realizadas – tudo isso em 1917, com poucos recursos materiais e a falta das máquinas e equipamentos que facilitam esse trabalho nos dias atuais. Mas Dias Júnior tinha consciência de que, apesar das dificuldades, o beneficiamento do solo era imprescindível para o trabalho de saúde pública.

O próprio Dias Júnior vai descrever para vocês o trabalho de obras sanitárias feito pela equipe da Inspetoria que instalou o posto Belisário Penna, na Pedreira, em texto extraído do livro "A Profilaxia Rural no Estado do Pará":

"Dentre os serviços levados a efeito pela extinta Profilaxia do Paludismo, merecem especial menção os trabalhos no bairro da Pedreira, numa vasta extensão de terras tanto insalubres como en-

xarcadas. Efetivamente, a 17 de Março de 1917, uma turma de drenagem composta de 40 homens iniciou o serviço de saneamento no lugar denominado – Lava-Pés – à margem do córrego do "Engenho", um dos ramos de origem do grande Igarapé – Una – que, coleando as terras baixas de extensas zonas pantanosas, vai desaguar na baía do Guajará. Começou-se, então, o desbravamento do matagal com a abertura de drenos para o necessário escoamento das águas, que, permanecendo estagnadas, aí davam a perfeita impressão de uma grande bacia de profundidade de dois metros, em alguns pontos. Desde logo, improvisou-se uma barraca de lona, situada a três metros acima do nível das águas, a qual se comunicava à terra firme por uma estiva de açazeiros de dois metros de altura sobre quinhentos de extensão.

A referida barraca acomodaria a turma encarregada dos trabalhos de dessecação. A 24 de Maio do referido ano, em comemoração da grande data nacional, e em regozijo aos primeiros resultados dos serviços iniciados, foi inaugurado, em pequeno trecho beneficiado, um pequeno barracão, dando-lhe a expressiva denominação de "Acampanhamento 24 de Maio", nome, aliás, com que vem sendo designado a futura praça ou logradouro, onde, atualmente, assenta edificado em excelentes condições, o Posto Sanitário da Profilaxia Rural.

Prosseguiram os trabalhos com o desbravamento e deslocamento de grandes áreas, drenagem, retificação de cursos d'água, abertura de canais artificiais, aterro de extensões enxarcadas e submersas outros por obstrução dos drenos naturais. A terraplenagem, que se fez com o auxílio de linhas de Decauville destendidas em várias secções, consolidou os terrenos em que, mais tarde, se deveria implantar a primeira estaca comemorativa do novo e sólido barracão que, denominando-se "Belisário Penna", se destinava a recolher centenas de doentes abandonados à dura contingência da própria sorte. Então, com o natural desenvolvimento desses trabalhos, dois importantes bairros – Pedreira e Telégrafo Sem Fio – se acham hoje ligados por uma via de comunicação que, atravessando os terrenos dessecados, colocou esses dois populosos núcleos em posição vantajosa, em relação ao posto, cuja pitoresca situação em meio da baixada divisória ia a contento preenchendo a nobre missão a que fôra destinado. Mas para atingir a esses resultados compensadores, fôra necessário enfrentar os primeiros rudes golpes de

uma grande peleja, antepondo-se ao nosso caminhar – a exuberância selvagem da natureza da Amazônia”.

“O que não mais se discute é que toda e qualquer campanha saneadora executada em terrenos malsãos só alcança resultados satisfatórios quando, ao lado da quinoterapia e dos cuidados de proteção, visa de preferência o beneficiamento do solo.”

Como resultado do excelente trabalho da Inspetoria, o número de óbitos por paludismo, que em 1916 (ano anterior à criação da Inspetoria) era de 735, caiu para 299 em 1919.

Considerado controlado o paludismo, e havendo outros trabalhos de saneamento mais urgentes a serem realizados, a campanha do Dr. Dias Júnior na Direção da Inspetoria encerrou essas atividades em 1920, com a extinção do órgão.

Com a extinção da Inspetoria de Profilaxia do Paludismo, Dias Júnior passou a trabalhar na Diretoria Geral de Higiene, que levou às regiões interioranas Comissões Médicas dotadas de ambulância, destinadas ao combate da malária.

Dias Júnior participou dentre outros, do trabalho realizado pela Comissão de Marapanim, a respeito do qual, escreve:

“Lembramo-nos de nossa ação sanitária em Marapanim, onde conseguimos, após 21 dias de insanos labores, modificar o estado geral desse último município, com o tratamento ministrado a número superior a 3.000 doentes”.

(Isso dava uma média de 142,86 atendimentos por dia!)

Com esse trabalho, desenvolvido em mais de 10 municípios, Dias Júnior observou que havia necessidade dos municípios participarem, junto ao Estado, do combate às epidemias, dando a seguinte entrevista ao “Estado do Pará” em 1917:

“Penso que as municipalidades devem auxiliar o Estado na campanha de profilaxia anti-palúdica, votando verbas em auxílio de socorros de seus munícipes, pois não é possível que municípios que rendem anualmente somas bastante elevadas, pretendam permanecer ainda sob a tutela do Estado. Somente louvores merecem as municipalidades que assim venham a proceder, porquanto as verbas para tal fim são sempre necessárias e bem recebidas pelo povo. Elas em nada pesam sobre os orçamentos, uma vez que o dinheiro despender seja, de fato, aplicado em benefício da saúde pública. Somente neste caso poder-se-ia operar algum trabalho de profilaxia no interior, onde o paludismo sempre dizimou as popula-

ções. Oxalá a idéia da co-participação dos municípios na valorosa obra do saneamento vá à pouco e pouco ganhando vulto e que em breve todo o interior se compenetre de seus deveres em face da saúde e se mantenham as autoridades em contato com a Higiene do Estado, para melhor andamento desta Inspetoria, cujos trabalhos, em via de organização, deixam, por isso mesmo, muito a desejar.”

A campanha desencadeada por Dias Júnior, defendendo a co-participação dos municípios no combate às doenças endêmicas que assolam o Pará, surtiu efeito alguns anos depois. A 26 de dezembro de 1921, foi firmado acordo, entre o Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural do Estado do Pará e a Intendência Municipal de Bragança, com objetivo de combater as endemias daquele município.

SERVIÇO DE SANEAMENTO E PROFILAXIA RURAL DO ESTADO

Um grande passo na Profilaxia Rural do Estado foi dado por obra do Dr. Antonio Souza Castro: o Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural do Estado, onde o Dr. Dias Júnior trabalhou como inspetor do Posto Oswaldo Cruz.

Sensibilizado com a miséria do povo das baixadas, contrastando com a riqueza de outras doenças concomitantes, Dias Júnior notou logo que o simples diagnóstico do Paludismo e a entrega das doses de quinino eram muito pouco para quem precisava de tanto, sobretudo para tratar das outras moléstias. “O mestre” achou por bem transformar um posto de diagnóstico e de entrega de medicamento específico, em modesta, porém atuante Policlínica.

“Um doente de paludismo que tomou sua dose de quinino, que ficou livre da malária, tem uma baixa porcentagem de hemoglobina “reliquat” dessa doença, a cuja anemia se vem somar aquela provocada pela verminosa. E as úlceras crônicas freqüentes nos membros inferiores?”

Daí a importância da ação policlínica no Posto, onde até pequenas cirurgias eram executadas. Assim, em tempo relativamente curto, a “Policlínica” já tinha diagnosticado e tratado de milhares de verminóticos, em que predominavam *Ascaris*, *Tricocéfalos*, *Ancilóstomos*, *Tricurias* e *Tênias*, *solium* e *saginata*. E mais 48 *hansenianos*.

Desse modo, para atender à demanda, ele reservava as sextas-feiras para consultas gerais, e as quartas-feiras, para atendimento aos verminóticos.

EDUCAÇÃO SANITÁRIA

Grande importância dava, Dias Júnior, à Educação Sanitária, não perdendo oportunidade de divulgar os conhecimentos básicos para que a população tivesse condições de evitar a exposição às endemias. Como exemplo, os dizeres impressos no verso das fichas individuais de saúde:

"Roce o mato, o mais que puder, em volta de sua casa; não deixe também no seu terreno águas paradas. Ai é que vivem e se criam mosquitos que pela picada provocam as febres intermitentes. Com pouco dinheiro terá sua casa fechada para os mosquitos; o Posto lhe ensinará a conseguir isso.

O posto também cura a sua febre; é preciso tomar o remédio, que ele lhe der, nos dias marcados, mesmo que não esteja se sentindo doente.

Os vermes produzem doenças tão sérias como a febre intermitente e que pouco a pouco tomam conta da pessoa e lhe estragam a saúde. É preciso ir se examinar no Posto e tomar o remédio que ele lhe dará de graça; e para não ficar pior ou não ter de novo a doença, é preciso não obrar no chão. Faça a sua fossa barata; o Posto lhe fornecerá todas as indicações."

Na "policlínica" em que foram transformados os postos de saúde, Dias Júnior desenvolveu um grande trabalho intitulado por ele próprio de "Propaganda e Policlínica".

O trabalho consistia em, além de instruir os enfermos sobre cuidados básicos de saúde, como os que acabei de mencionar, incentivava os curados a propagar o trabalho da profilaxia, chamando para o posto novos doentes.

Os doentes atendidos pelos postos eram chamados a comparecer, uma vez por semana, a uma espécie de "aula", como explica Dias Júnior:

"E se pudermos reuni-los uma vez por semana, em torno da mesa médica, tanto melhor. Aproveitar-se-á a oportunidade para dizer diante de grandes massas de doentes e interessados algo de proveitoso. Assim fazemos nós aqui e, a tanto malhar, como acen-

tua Belisário Penna, vamos conseguindo, com a palavra e com o exemplo vivo do próprio doente, alguma coisa pela formação da consciência sanitária Nacional. O Posto não perderá vasa na propaganda de seus trabalhos. Aproveitará tudo que for de material apreciável para fundamentar ou encarecer a utilidade dos serviços de Saneamento e Profilaxia Rural."

Encerrando o tópico "Propaganda e Policlínica" no livro "História da Profilaxia Rural do Estado do Pará", Dias Júnior conclui:

"Posto sanitário sem assistência é como mestre-escola sem discípulo — é posto morto, escola fechada."

Como reconhecimento ao trabalho de educação sanitária introduzido por Dias Júnior, a 9 de junho de 1921, quando foram inaugurados os postos Oswaldo Cruz e Belisário Penna, o Dr. Souza Araújo, chefe do serviço de saúde, em discurso ao Governador do Estado, Dr. Souza Castro, destacou seu trabalho, como relata notícia da Folha do Norte:

"Pelo que ali se via, ele (Souza Araújo) podia afirmar que a educação sanitária da população já estava feita, graças à vontade e competência do Dr. Dias Júnior; restava apenas completar a obra com os recursos com que contava a sua Comissão."

DIAS JÚNIOR E A LUTA PELA PROFILAXIA

Se a luta por um trabalho sério de profilaxia rural no Estado do Pará não se originou com Dias Júnior, sem dúvida sua voz foi uma das mais atuantes.

No já citado livro, do qual é um dos autores, Dias Júnior, por diversas vezes, manifesta sua indignação contra o descaço das autoridades, que apenas tomavam medidas paliativas nos momentos de emergência, em que o Estado era atingido por uma epidemia, relaxando o trabalho de saneamento quando a mesma se encontrava provisoriamente controlado.

Como conseqüência da falta de uma profilaxia rural rigidamente defendida por Dias Júnior, o Pará era colhido intermitentemente por surtos endêmicos de diferentes características, origens e graus de gravidade.

Observe sua indignação, quando se refere ao surto de paludismo de 1909, controlado por comissão chefiada pelo Dr. Antonio Peryassu:

"No entanto, é de lastimar que a brilhante vitória alcançada pela aludida Comissão tivesse tido apenas a curta existência das rosas de Malherbe: todo o ingente esforço caiu em injustificável descaso. Senão fora a imprevidência dos nossos dirigentes, certamente todo esse trabalho, inçado em mil dificuldades e dispêndios de grandes somas, não resultaria perdido nem se condenaria ao negro abandono das cousas imprestáveis. Bastaria, para o aproveitamento desse grande esforço ofensivo, a persistência defensiva de algumas turmas de conservação das obras hidrográficas, além de mais alguns médicos zelosos e que melhor se preocupassem das zonas de sua inspeção, porque sempre que se abandonam as medidas que a profilaxia opõe aos elementos epidemiológicos da plasmódiose de Laveran, irrompem novos surtos epidêmicos que dizemam, desta vez, as pobres vítimas que ainda cambaleiam das primeiras infecções."

Certo estava Dias Júnior, pois, em 1915, uma grande epidemia originada nas margens da estrada de Ferro de Bragança, atingiu o centro de Belém, e o Governo quase não teve forças para controlá-la.

"Mas como só acontece sempre que estão em jogo os altos interesses de saúde coletiva, apenas aguardou o governo a modificação do estado sanitário local, logo determinou a suspensão dos trabalhos que, se prosseguissem, dariam, sem dúvida, magníficos resultados. As meias medidas têm sido sempre o nosso mal, e, como diria Belisário Penna, não alcançam nunca o fim colimado, e apenas conseguem desmoralizar ou desacreditar preceitos científicos de resultados garantidamente positivos e eficazes quando aplicados em todos os seus detalhes. E que a tradicional falta de verba vem de há muito se arrogando o espantinho com que se vão alienando serviços inadiáveis."

Fica sua advertência, que resume sua constante luta:

"Sabemos quão laborioso é operar contra os focos e milhares de coleções de água estagnada que em países tropicais inundam as extensas áreas pantanosas. Mas, se não se pode, no estado atual, fazer evoluir as grandes obras sanitárias para o desaparecimento relativo do mosquito veiculador, e com ele o elevado dízimo mortuário de Belém, contentemo-nos, todavia, em conservar o que se há feito, que nada exprime em relação a maiores empreendimentos,

mas que tem a vantagem de assinalar um esforço brilhante cujos resultados no-lo atestam os documentos que ali ficam. É possível que se os poderes competentes não se precaverem contra uma nova e provável invasão, todo o serviço redundará inútil, desde que os postos não permaneçam abertos e a assistência não seja realizada."

DIAS JÚNIOR PROFESSOR

Após ilustrar o trabalho do Sanitarista Dias Júnior, passo à faceta de sua personalidade com a qual estou mais familiarizado: a do Dias Júnior Professor.

Permitam-se, nesta altura, ser um pouco informal, lembrando de certos "causos" ocorridos dentro e fora da sala de aula, tendo como protagonista nosso querido professor.

Em 1943, quando ingressei na Faculdade, fui seu aluno de Anatomia. Dias Júnior, então com 68 anos, trabalhava com todo o vigor que o amor pelo magistério lhe imprimia. Suas aulas práticas, diante de cadáveres ou de peças, eram realizadas no anfiteatro da Faculdade de Medicina. "O mestre" tinha uma conjuntivite crônica, bi-lateral, devido à exposição diária, por anos a fio, ao formol utilizado para conservar o cadáver.

AULAS – CONDIÇÕES DOS CADÁVERES

Em 1943, durante a guerra, não tínhamos formol. Para conservar as peças e o cadáver, a Faculdade tinha mandado fazer um frigorífico especial, com grandes gavetas, onde se guardavam os corpos, só retirados de lá durante as preparações e as aulas. Porém, a corrente elétrica de Belém era muito volúvel. Todos os dias, durante horas, a Pará Electric (que a Folha do Norte batizara de "Paralítica") nos deixava sem corrente. E, desse modo, os cadáveres entravam logo em putrefação. Assim que se abriam as gavetas, o mau cheiro era quase intolerável. Retirado o cadáver e deixado exposto um certo tempo, diminuía o fedor.

Eu tinha sido nomeado verbalmente, seu monitor. Além de ajudá-lo nas preparações da aulas, tinha, também, a obrigação de retirar o cadáver da gaveta e deixá-lo sobre a mesa, antes da aula, para, como já disse, deixar evaporar parte do mau cheiro.

QUE DEUS NOS MANDE UM CADÁVER

Com relação aos cadáveres, não posso deixar de citar uma "pérola" desse grande professor de anatomia:

Certa vez, o corpo de um canceroso, em avançado estado de putrefação, exalava tal mau cheiro que veio a ordem da Administração, para mandá-lo para o cemitério, pois já incomodava até as pessoas que se encontravam no mirante. Apesar da ordem, Dias Júnior ainda conseguiu "esticar" a permanência do cadáver por mais alguns dias, até que, por fim, teve que mandar enterrá-lo.

Na falta de material, "o mestre" foi obrigado a nos dar uma aula teórica, o que o deixava contrafeito. A certa altura, ele disse: "Estou notando, no semblante dos senhores, que estou sendo desagradável, cansativo. É que Anatomia é uma ciência viva, ciência prática. Só se aprende vendo, pegando, sentindo, porque não basta apenas pegar. É necessário sentir. Porque pegando uma peça com luva doméstica não se sente a consistência do órgão. Então, vamos pedir a Deus que morra um indigente da Santa Casa que não tenha parentes. . ."

Alguns de nós rimos, e ele, percebendo o que havia dito, riu também, justificando-se: "De que precisam um professor e alunos de Anatomia, senão de um cadáver? E quais são os corpos que vêm prá cá? São os indigentes, sem parentes, que morrem aí na Santa Casa. Então, repito, vamos pedir a Deus que morra um indigente, sem parentes, aí na Santa Casa!".

EXAME ORAL

Seu exame oral era deveras interessante. Ele chamava 4 alunos e sorteava 4 pontos entre eles. Então Dias Júnior fazia uma pergunta, e se o aluno não soubesse a resposta, o próximo deveria respondê-la. Desse modo, todos participavam de todos os pontos, não apenas do seu.

Se o aluno respondesse apenas corretamente, ele ordenava: "Britto, põe um mais nesse". Se o aluno errasse – "Britto, um menos para ele". Se o aluno respondia com eloquência, como ele gostava, então "o mestre" interrompia a explanação, exclamando exaltado: "Dois mais nesse, Brito!" – ou, do contrário, se absurdamente errando, "Dois menos" . . .

ROSAS DE MALHERBE

Sabe-se que, ao concluir o Curso de Medicina, já dominava bem o Francês e o Inglês, o que não é de admirar, se levarmos em conta que os livros dos cursos superiores, daquele tempo, eram escritos na linguagem original do autor, quase sempre estrangeiro. As nossas poucas escolas médicas de então não possuíam um número de alunos que justificassem a tradução dos trabalhos para o Português. Mas Dias Júnior conhecia muito bem a rica literatura francesa, cujos autores eram íntimos seus. Sem ser um Gustave Flaubert – o ourives da literatura francesa, como era conhecido o autor de *Mme. Bovary* – Dias Júnior escrevia muito bem, tendo imensa riqueza de vocabulário. Num simples relatório profissional, criticando a levandade, a fugacidade das cousas públicas, ele vai buscar comparação nas famosas "Rosas de Malherbe", que não duram senão o espaço de uma manhã. . .

"Belém-Nova", a "fechada" revista da intelectual paraense, de onde era colaborar, publicou:

"Além de cientista, médico de nomeada, higienista, é escritor finíssimo, de rara emotividade, vasta cultura e concepção. E é assim que, mergulhado embora na modéstia, se consagrou nas altas rodas literárias de nossa terra, onde grande é o número de amigos e admiradores de seu talento."

LIGAMENTO ENTRE-COXAS

Parecia guarar de cór as palavras de cada autor. Sobre o pênis, falando dos corpos cavernosos, disse que estes estão unidos por um ligamento, "o ligamento inter-cavernoso, ou, como os senhores encontram nos livros que manuseiam, como o livro do Professor Testut, como ligamento entre-coxas. A expressão é belíssima, mas" – nesse momento se revoltou e, mostrando-se indignado, lançou fora, no chão, a tenta-cânula que tinha na mão – "o Professor Testut não precisa disto, a expressão é do Professor Gregoire. Lá está no livro do Professor Gregoire, publicado 5 anos antes do livro do Professor Testut!".

SEXOLOGIA

Tratava o cadáver com o máximo respeito e suas aulas eram sempre assistidas com a maior atenção e seriedade. Não era homem de ditos jocosos, nem usava palavra ou frase de duplo sentido, de deboche. Não deixava, contudo, de empregar o termo devido, em se tratando de assunto do campo sexual.

Vem à baila Afrânio Peixoto, em seu livro "Sexologia Forense":

"Não devemos ter vergonha de falar daquilo que Deus não teve vergonha de criar."

E, a seguir, referindo-se ao hímem:

"Logo onde iria Deus esconder (ou guardar) a honra de uma mulher!"

arrematando:

"Virgindade é virtude e não simplesmente membrana."

ARTÉRIA TIREOIDIANA MÉDIA

De outra feita, falou sobre a artéria tireoidiana média ou a artéria de Neubauer, discreduloso: "se é que ela existe, por que 'o mestre' jamais a encontrou aqui no Anfiteatro".

Tenho perguntado a vários colegas cirurgiões de "cabeça e pescoço", da existência ou não de tal artéria, e o que tenho ouvido é que ela existe, mas é inconstante.

REPRESENTAÇÃO DA CONGREGAÇÃO DA FACULDADE

Dias Júnior era o representante da Congregação da Faculdade às nossas reuniões do Diretório Acadêmico. Numa ocasião, talvez para nos castigar, a Congregação se fez representar por outro professor. Os alunos não aceitaram: se rebelaram, tumultuando, não deixando se realizar a desejada eleição. Ficamos, por isso, durante muitos dias, com o Vice-Presidente, de mandato extinto, meu colega de turma João Maranhão Ayres, respondendo pelo Diretório, até que o "mestre" voltasse a presidir a eleição.

CASAMENTO É BILHETE DE LOTERIA

Certa manhã, toda a turma batia um alegre papo. O professor, ao passar por nós, nos cumprimentou sorrindo, no momento em que eu respondia à Estela: "É, mana, casamento é bilhete de loteria". Na passagem, Dias Júnior ouviu o que eu havia dito, e me chamou: "Vem comigo, Britto". Já no anfiteatro, trocando a roupa, ele me disse: "O mestre vai contar para você porque nunca se casou, o que muira gente daqui não sabe".

E contou que, ao voltar a Belém depois de se formar, tinha deixado "a moça" no Rio de Janeiro; que seus pais, ao saberem do romance, exigiram que ele mandasse buscar "a moça" para se casar, qui em Belém. E, consternado, continuou: na semana do casamento, "a moça" adoeceu. Não me esqueço da expressão dele:

"Eu puz a Medicina na minha casa. Até os meus colegas, adversários políticos, eu chamei. Sem que se soubesse qual era a doença, 'a moça' morreu. Foi por isso que 'o mestre' não casou – aquela moça era o meu bilhete de loteria premiado. E eu perdi a minha fortuna. E como ninguém é premiado duas vezes na loteria, o mestre não pensou mais em casamento."

Muitos anos depois, de volta do Maranhão, eu subia a Manoel Barata, perto do "Cosmorama", e vi, no sentido oposto, na mesma calçada, "o mestre", de braço dado com uma senhora.

Desvinciliando-se da acompanhante, avançou para mim de braços abertos, dizendo: "Britto, um abraço de quatro braços!". A senhora havia ficado uns três passos atrás. Como eu a olhasse, cumprimentando-a, ele fez as apresentações: "Britto, esta é minha mulher. O mestre precisava de alguém que fizesse as coisas para ele..."

DIAS JÚNIOR – O ESCRITOR

Gostaria agora de ler para os presentes um texto de autoria de Dias Júnior, extraído do livro "A Profilaxia Rural do Estado do Pará", onde, mencionando seu trabalho desenvolvido no Posto Belisário Penna, faz uma análise psicológica e cultural da população do bairro da Pedreira. Observem sua intimidade com as palavras, a beleza da descrição e a preocupação com os detalhes. Era este o seu estilo:

"2 - O BAIRRO DA PEDREIRA E SUA POPULAÇÃO

O bairro da Pedreira é um dos mais povoados de Belém. O número de seus habitantes orça, seguramente, em 3.000, muitos dos quaes allí vivendo desde os primeiros dias de sua infancia. A sua principal avenida, denominada Pedro Miranda, apresenta agradável aspecto collocada em terreno alto e solido, com grande número de moradias, mór parte barracas cobertas de palha, algumas de telha, outras de zinco. Essa é a parte mais elevada, pedregosa e enxuta do logar. A grande faixa que circumscreve as terras altas é geralmente baixa e humilde e se transforma, maximé no rigór da quadra hibernal, em verdadeiros pantanaes conhecidos na Amazônia sob a denominação de - igapós. Esta immensa baixada, inçada de luxuriante vegetação marinha, é cortada em toda as direções por inúmeros pequenos afluentes e confluents do igarapé da Pedreira, um dos ramos de origem do grande igarapé Una que, após alguns kilometros de sinuoso e longo percurso, vae desaguar na bahia do Guajará.

Contornando as terras altas, nas proximidades da orla da mata, á beira dos igapós e fontes de origem desses colleteiros, numerosas choupanas ou palhoças e roçados de pequena plantação denunciam a existência dessa gente que, numa scintillante página de psychologia e justificado humorismo, a Monteiro Lobato approuve denominar - Jéca Tatú".

Realmente, naquelles afastados recantos do pitoresco bairro, apegados ás suas tradicionaes superstições e rotineiros costumes, existe um como desdobramento desse interessante typo nacional, que se caracteriza pela sua notável feição de completa indiferença a tudo que, de facto, não se restrinja às cousas que lhe pareçam mais necessárias ao seu viver simplório - é o nosso mestiço. Em identicas condições ás cafuas do Sul e aos mucambos do meio Norte, as nossas palhoças, como o nome está a indicar, são invariavelmente cobertas e revestidas de palha que o cipó embyra amarra e segura a meia dúzia de forquilhas que lhes formam o arcabouço. Três compartimentos ligados por estreitas portas de taquára, uma sala, um quarto e, no beiral da baixa cobertura, a pequena dependência da varanda, que também serve de cozinha, eis, no conjuncto, a característica dessas extranhas habitações. Á frente, numa ou noutra moradia, que apenas differe das primeiras pela maior amplitude, está o - copiar - dominando-o - terreiro onde imperam, como

divertimento de nossos mestiços, o **carimbó** e o **côco**, dansas de origem africana, que se distinguem por seus movimentos ora frenéticos, vertiginosos, de requintada sensualidade ou então, mais rythmicos, mais suaves e mais lentos, de uma languidez deliquescente. É, também, no terreiro que, em festivas noites joanninas, se exhibe o famoso **boi bumbá** de que Mello Moraes Filho, no seu folk-lore brasileiro, nos dá um estudo completo e perfeito. E, para a natural exigência daquella vida descuidosa, ahí está, servindo a um tempo de cama e mesa, o tradicional **tupé**, larga esteira de guarumans traçada e destendida no chão de terra batida. Como objectos de uso deméstico, o nosso mestiço possui, espalhados pelo interior da palhoça, dois ou três bancos rústicos, um girão de tabocas ou de varas agrestes, alguns alguidares, panellas de barro, cuias pitingas e colheres de páo. A um canto o **pilão**, que recolhe os grãos de café ou de milho que devem ser pisados pela "mão de pilão".

Lá fóra, no terreiro, cacarejam algumas gallinhas ariscas, cis-cando o chão e, junto ao brazeiro que moquêa o peixe ou a caça, um sordido cão, de quando em quando, rosna e fareja. E particularidade interessante: o mesmo cão que lhe guarda a casa e lhe consegue, por vezes, o alimento, conduz as pulgas que lhe bicham os pés. Se, por ventura, transpomos o limiar de sua choupana, desde logo nos acolherá affavel, embora um tanto desconfiado. Offerecerá de seu café, esquisita infusão de alguns bagos da preciosa rubiacea de mistura com pipócas de milho queimado. Aliás a alimentação dessa gente, quando não abunda o peixe fresco, compõe-se quasi que exclusivamente de feijão, salgados, assahy, bacaba, tacacá e pirão de farinha d'água de que fazem mingão e bebem o xibé.

Dessa má e insufficiente alimentação, pobre em elementos nutritivos, advém, em grande somma, a baixa de hemoglobina, que attinge, em multiplos casos a porcentagem média que não vae a mais de 47%. Além dessa pessima alimentação, o nosso mestiço desedenta-se nagua de sujissimos poços destampados e contaminados de detricos de toda a especie que as enxurradas arrastam para o interior dos mesmos. De maneira que, bebendo dessa agua polluida de fezes que elle proprio espalha no sólo que elle mesmo palmilha a pés descalços, tudo contribue para a elevada porcentagem do **Necator americanus** que se vêm observando no seio das populações ruraes.

Final, tudo isso provém, sem duvida, do analfabetismo dessa gente, que apenas agora ingressa ao seio das comunidades à

proporção que até ellas vão avançando o progresso e a obra do saneamento. Não é, pois, de extranhar que, em tratando-se-lhe das vantagens dos medicamentos e das regras de hygiene individual ou collectiva, nos escute com alguma duvida e mesmo desconfiança. É que, no caso, o seu **remédio, o tratamento, os conselhos, as prescrições** ainda vêm de origens bastante recuadas, que lembram passados episodios cabalísticos, extranhas lendas mysteriosas dessas regiões de assombramentos e maravilhas que é a nossa Amazonia. Ahi, em noites de plenilunio, no terreiro de suas choças, debulham-se as millenarias lendas da formosa e encantada Yara, crendices que avivam á lembrança episodios de **matinta-perêras, cobras grandes dos peráus e trefegos curupiras, os endiabrados moleques da matta**, que perseguem os viandantes perdidos nas selvas. É devêras curioso ouvir essa gente, nos momentos de evocadoras narrativas dizer da vida de S. Cosme e S. Cypriano, o adrogado dos feiticeiros e de Santa Barbara e S. Jeronymo, quando no céu tempestuoso zig-zagueam coriscos e ribomba o trovão apavorante.

Ao exotismo de semelhante gente, caldeada aos ferreos grilhões das crenças e dos preconceitos, das velhas superstições e dos erroneos costumes é que se deve levar a palavra educadora, que a regenere e a civilise.

Cabe, nesse sentido, a alta missão humanitaria de salvar e reedificar, pela palavra e pelo remedio, como legisla, com acerto, Belisário Penna, toda essa multidão que para ahi vive vida de abandono e de ignorância crassa. Para feliz êxito dessa campanha quantas difficuldades a vencer, quantas energias a gastar! Aqui bem se enquadram os conceitos de Barros Barreto e Mario Magalhães: "Destruir preconceitos, vencer desconfianças, afastar animosidades, para conquistar sympathias e fazer adeptos em um meio entre hostile e retrahido é cousa que só se consegue á custa de muita perseverança e um grande dispendio de energia". Porque, afinal de contas, bem aspera e nem sempre compensadora é a incumbência que nos pèsa aos hombros, com o nobilitante intuito de desviar o nosso ignorante de seus arraigados costumes.

Mas se isto se dá com os que vivem existencia quasi selvagem á beira do matto, certamente não acontece com a gente que habita as zonas centraes, onde já conseguimos levar a nossa ação saneadora. De facto, os que povoam a Pedreira na sua parte mais central, de população mais concentrada, constituem já um nucleo

mais adeantado, mais progresista, ainda que ahi se avante o typo do mestiço predominando sobre o branco. Comquanto vivam ainda em promiscuidade, "factor de grande eficiencia na porcentagem moral"; outros são os costumes e mui diverso é o modo de viver deles, não sómente quanto á constituição da familia, senão também pela distribuição methodica de trabalho honesto.

As casas da zona central apresentam outro typo de construção. se bem que rudimentar, mas já differindo das primeiras descritas; na maioria, barracas de chão, de páo a pique, tomadas de barro, cobertas de palha ou zinco, ou mesmo telha, algumas rebocadas, caiadas e assoalhadas, com soffríveis installações sanitarias. As mulheres fazem renda e cuidam dos affazeres domesticos e os homens empregam a sua actividade na exploração de pequenas industrias incipientes, do carvão, farinha, canna, fructas, aves, porcos e cereaes. É que, como poderosos factores da civilização, ahi se installaram o Posto Medico e a Escola. impulsionados pela intensa propaganda que ahi desde muito se vem operando e agora, secundada e revigorada pelo benemerito Serviço de Prophylaxia Rural, os seus habitantes identificados com o Posto Medico e imbuidos de idéaes mais elevados, que, afinal, se vão casando harmonicamente com os patrioticos intuitos do programa sanitario rural, accorrem ao Posto, obedecem aos conselhos de propaganda, não desconhecem já o perigo dos pés descalços e da ingestão das aguas polluidas. Constróem, restauram e modificam para melhor os seus modestos aparelhos sanitarios que, em ultima análise, é a fossa fixa, em condições de satisfazerem ás exigencias da vida rural. E, o que é mais, de tamancos aos pés, de chinellos ou mesmo de alpercatas, com tanto que de qualquer fórma, por todos os meios ao alcance do pobre, se defendam contra o sólo infestado, centenas de creanças se dirigem ao Posto para o tratamento e dahi á Escola para o combate contra o analphabetismo.

É digna de registro uma outra larga faixa de terra, que se estende para o mar, desde o logar - Lava-Pés, nos terrenos do acampamento até a bahia de Guajará seguindo o curso do grande igarapé Una pela margem esquerda até a embocadura do mesmo. A extensa zona, atualmente beneficiada pelo Posto "Belisário Penna", abrange no seu conjuncto uma população calculada em pouco mais de 5.000 almas disseminadas em pequenos nucleos que ahi se vão formando e lentamente progredindo. Daremos somente os dois mais importantes: Telégrapho Sem Fio e Villa Izabel.

Predomina ahí o mesmo typo de barracas, a maioria de chão batido, cobertas de palha e zinco, algumas assoalhadas, rebocadas e pintadas. A população pouco differe, nos habitos e costumes, das que se vem descrevendo linhas acima.

É natural que em todos os logares, onde predomina o elemento popular, varios de seus trechos recebam denominações pittorescas, com que os habitantes definem, com abundancia de propriedade, o que lhes mais aguça a curiosa attenção. Ha com a sua côr loca, denominações como estas: Escondido, Bêcco do Bezouro; Guéla da Morte, Bocca do Acre, Lava-Pés, Sovaco da Besta, Volta da Tripa, Baixa Verde, etc. São nomes que ficam perpetuados através de successivas gerações e que bem difficilmente se consegue apagar da lembrança do povo.

Outra cousa que merece nota é a predminancia do typo – mestiço – (59%) naquelles logares, vindo apóz o branco (33%) e, finalmente, o negro (7,9%). Não resta duvida que os nossos elementos ethnicos se vão diferenciando gradativamente pelo cruzamento, sem selecção, dos três typos de que se compõe a nossa nacionalidade – o branco, o negro e o indio. É bem a accentuada fusão, que desde recuados tempos coloniaes se vem operando, ainda quando os senhores de engenho e os seus filhos, tirados dos elementos brancos da colonia, se amancebavam com as chamadas "muçamas", jovens escravas, com as quaes não poucos descendentes tiveram. Em consequencia desse cruzamento ou fusão de typos differenciaes, accrescidos pela introducção de outros elementos extranhos, de origem latina e teuta, a raça negra cada vez parece mingoar no nosso Paiz para dar origem á mestiça, a que maior numero de representantes nos oferece, especialmente no Nordeste e Norte brasileiros. Neste proposito vale triumphante a opinião de Afranio Peixoto e outros que, estudando o assumpto, calculara que – "em mais tres seculos ellas tenham desaparecido nas diluições successivas de sangue branco, depurado o Brasil do sangue negro que lhe impuzeram."

CONCLUSÃO

"Quando jogam honraria a mancheias, o mérito se retira e a indigência as recolhe", dizia Ruy Barbosa. Não sei a quantas pessoas se ajustaria essa carapuça.

Dias Júnior foi político que dignificou os seus mandatos; foi sanitarista atuante e competente; foi professor de Medicina, cuja cátedra exerceu com erudição e sabedoria; foi intelectual brilhante, segundo testemunho dos literatos.

Apesar de todos esses méritos, nenhuma homenagem ainda lhe havia sido prestada, e isso incomodava a quem conhece seu trabalho, como o Dr. Meria, aqui presente.

Nenhuma rua, posto de saúde, colégio, ou sala de aula leva o seu nome.

Mas a Academia de Medicina do Pará não esqueceu "o mestre" Dias Júnior. Ele é o patrono da cadeira número 10, que tenho a honra de ocupar. Através da minha pessoa, a Academia de Medicina do Pará prestou-lhe hoje essa modesta homenagem, muito pequena, é verdade, comparada à grandiosidade do trabalho e da personalidade do "mestre".

Agradeço a todos os presentes a generosa atenção de me escutarem. Quanto ao tempo, não esqueci as palavras de nosso saudoso Arcebispo, Dom Mário de Miranda Villas Boas, ele que foi um dos maiores oradores sacros do Brasil:

"Num sermão de 10 minutos, o padre fala para os fiéis; num sermão de 15 minutos, ele fala para os bancos da igreja; num sermão de 20 minutos, ele fala para o diabo".

Como desculpa, eu peço aceitem aquele trecho de uma das famosas cartas do Padre Antonio Vieira:

"Perdão, por ter sido longo, por faltar tempo, para ser breve".

CAMILLO SALGADO *

Armando Novais MORELLI
Membro Titular da Academia de Medicina do Pará

Esta solenidade é uma exigência regimental desta Academia, cumprida por mim nesta ocasião, para fazer o elogio ao Dr. CAMILLO HENRIQUE SALGADO, patrono da cadeira n. 3, que ocupo.

A qualquer um que se proponha garimpar a vida de CAMILLO SAGADO, a tarefa é salutar e plena de ensinamentos profundos e construtivos em exemplos de uma beleza cada vez mais rara, pois que sempre a bateia emerge farta de preciosidades.

Conheci CAMILLO SALGADO, e foi assim:

Estávamos em uma quinta-feira de 1936, logo após o Carnaval. Tendo que operar um dos oficiais da Comissão de Limites, 1ª Divisão, a qual eu servia, e estando há pouco tempo em Belém, sem conhecer praticamente ninguém do meio médico local, senti a necessidade de convidar algum colega para cooperar comigo.

Em pé, em frente ao antigo Café da Paz (onde hoje se ergue o Banco da Amazônia), conversava com o Dr. ANTONI (CARLOS SABOIA, meu primeiro conhecido nesta cidade. Perguntei-lhe se podia me indicar um cirurgião que me auxiliasse naquela operação. SABOIA distendeu o braço e apontou um consultório ao lado da Farmácia Central (hoje Drogeria República), onde dava consultas um medico operador.

Encaminhei-me a consultório indicado. Sentado em sua escrivaninha, lá estava um senhor, já de meia idade, muito simpático e receptivo. Apresentei-me e disse-lhe ao que ia. Prontamente, aquiesceu ao meu pedido, perguntando-me onde e quando seria a cirurgia. Informei: 9 horas do dia seguinte, na Beneficente Portuguesa.

Muito simples e cordial, meu colega tranquilizou-me, dizendo que lá estaria na hora aprazada.

* Trabalho apresentado na sessão de 21.09.1990

Ao entrar no Bloco Cirúrgico, no dia seguinte, lá estava ele, acompanhado de três outros médicos, prontos para participar da cirurgia programada que, felizmente, transcorreu sem qualquer anormalidade.

Terminado o ato, disse-me ele com humildade: "Doutor, a gente sempre aprende mais. Eu desconhecia este método de operar hemorróidas, pois sempre usei o White Head. O método que o colega seguiu é muito superior".

Agradei a referência elogiosa e a cooperação, dizendo que, sem demora, a Comissão de Limites faria o devido pagamento. Imediatamente, ele recusou qualquer remuneração, concluindo, sorridente, que ficara muito feliz com a oportunidade de poder ajudar.

Só dias depois foi que vim a saber que meu auxiliar havia sido o Dr. CAMILLO SALGADO, o cirurgião mais destacado da cidade, Diretor da Beneficente Portuguesa, cirurgião de outros hospitais, Diretor da Faculdade de Medicina, possuidor de numerosa clientela, etc.

Confesso que fiquei surpreso e maravilhado com o homem – sendo tão importante, situado tão alto no escalão dos médicos, respeitado e famoso, haver tão espontaneamente me ajudado, com tanta simplicidade, simpatia e fraternal boa vontade.

A partir de então, tornamo-nos amigos, e, a convite seu, frequentei várias vezes sua casa, onde me deliciava com os excelentes vinhos portugueses, e a farta biblioteca de obras francesas, que consultava amiúde, nos intervalos das minhas viagens pelo norte do País.

Foi nesse ambiente familiar e acolhedor, que conheci ARTHUR, seu filho, e de quem me tornei amigo.

Pai e filho admiravam o esporte, mas só o moço o praticava. Tal como o filho de ARTHUR, Dr. UBIRAJARA SALGADO, colega que honra a nossa classe e a quem muito admiro; ARTHUR amava seu clube – o Remo, do qual foi um atleta perfeito, um vigoroso e vitorioso remador nas porfias da Guajará.

É com fraternal saudade que, neste momento, reverencio a memória daquele nobre amigo.

CAMILLO HENRIQUE SALGADO nasceu em Belém, a 22 de maio de 1874, na casa n. 110 da antiga rua Cruz das Almas (hoje

Arcipreste Manoel Teodoro), no local onde se situa o Hospital Guadalupe.

Era filho de CAMILLO HENRIQUE SALGADO e D. ALMÉRIA TONELAS SALGADO. O pai era intelectual, lente de Pedagogia da antiga Escola Normal (hoje Instituto de Educação). Era um homem sereno, de decisões firmes e coerentes, obediente a rígidos princípios morais e religiosos. Assim, educou o filho. Teve dois filhos – CAMILLO e CARMELINO, este cirurgião-dentista, que chegou a dirigir a Faculdade de Odontologia; e uma filha, D. ANGELINA SALGADO DOS SANTOS.

CAMILLO SALGADO recebeu as primeiras letras e o curso primário com o pai. Após exame de admissão, matriculou-se no antigo Lyceu Paraense (hoje Colégio Paes de Carvalho).

Desde jovem, CAMILLO nutriu o desejo de se tornar médico, tal qual Miguel Couto, que afirmava: "Antes de saber ler, já a medicina me sorria...".

Não existindo ainda Faculdade de Medicina em Belém – que só quase trinta anos depois seria fundada pelo Dr. CAMILLO e outros idealistas – viajou ele para a Bahia, onde, em 1891, matriculou-se na Faculdade de Medicina, a mais antiga e renomada do Brasil. Nesta Faculdade, cursou até o 4º ano, transferindo-se, então, para a Faculdade Nacional de Medicina do Rio de Janeiro.

Formou-se em 1896.

Seu pai não dispunha de grandes posses (pertencia à classe dita média), mas deu para mandar o filho à Europa – bons tempos! – exatamente a Paris, onde freqüentou importantes centros cirúrgicos, inclusive a Clínica do Prof. CHARCOT, nome mundialmente famoso e conceituadíssimo.

De volta a Belém, instalou seu consultório.

Tornou-se sócio da Farmácia Pará, localizada á avenida Conselheiro Furtado, em companhia do farmacêutico SA.

Desde logo fez da profissão um exercício sublime da caridade, e a caridade foi para ele o incentivo maior e a inseparável companheira.

Todo o seu receituário, rapidamente crescente, era praticamente atendido em sua farmácia, de modo quase totalmente gratuito. Tantas foram as receitas que certo dia o "seu SÁ", seu sócio, chegou a ponderar: "CAMILLO, desse jeito nossa firma vai à falência. Ele sorria aquele característico sorriso de bondade... e conti-

nuava mandando seus clientes para lá. E só não houve falência porque CAMILLO vendeu sua parte ao velho SÁ.

ABELARDO SANTOS, discursando sobre a personagem de CAMILLO SALGADO, refere-se ao fato: "Disse-o alguém – sua farmácia seria a única no mundo que fecharia suas portas por falta de lucros, nunca por falta de receituário...".

CAMILLO SALGADO chegou a compor fórmulas medicamentosas, fato comum entre os médicos, em uma época em que a indústria farmacêutica não havia desfigurado e absorvido a farmácia de manipulação.

Eram muito conhecidos o seu xarope de óxido de ferro, para a anemia ferropriva; o elixir de Santa Cândida, à base de pedras humecaá, para o diabete; o elixir de açacu (por sinal muito tóxico), para a lepra, feito em sua própria casa, com a ajuda da esposa, que executava as destilações; o Euforbinol, para o combate à erisipela; e outros.

FAMÍLIA –

Aos 33 anos, CAMILLO casou-se com D. LINA ANTUNES SALGADO, no dia 23 de maio de 1907. O casal teve três filhos: EDGAR, médico; ARTHUR, aviador; e D. MARIA ANGÉLICA SALGADO GONÇALVES, casada com o médico VALDEMAR VALTER GONÇALVES.

ARTHUR, EDGAR e VALDEMAR já são falecidos.

HÁBITOS –

Era do tipo caseiro, muito ligado à família e à religião.

Apreciava saborear bons vinhos portugueses, apresentados pela colônia lusa do Pará, que lhe devotava grande admiração.

Gostava de fumar. A princípio, usava os cigarros "Aristocratas", fabricados em Belém, pela Companhia de Cigarros "A Nacional", de ALVES DE CARVALHO & Cia. Sempre fumava muito, chegando a

3 a 4 carteiras por dia. Achando esta marca muito forte, trocou-a pela "Acadêmicos". Considerava-os excelentes e chegou mesmo, digamos, por bondade, a fazer uma declaração escrita, a pedido dos fabricantes e por estes impressa, de um produto recomendável a amigos e clientes. Que santa ingenuidade!

ATIVIDADES SOCIAIS, ESPORTIVAS E CULTURAIS –

CAMILLO apreciava mas não praticava esporte. Torcia pelo filho e pelo Clube, do Remo, quando disputavam.

Não sabia dançar, por isso não costumava ir a reuniões dançantes. Quanto aos discursos, evitava-os, ao reconhecer-se sem dons para proferi-los. Tangido pelas circunstâncias, recorria ao seu cunhado OSÉAS ANTUNES, que os redigia.

Lia e falava fluentemente a língua francesa.

FACULDADE DE MEDICINA –

Foram os membros da Associação Científica do Pará, que fundaram e mantinham a Faculdade de Odontologia, que procuraram CAMILLO SALGADO, a quem apelaram para a sua capacidade de ampla visão, seu prestígio na sociedade e dentro da classe médica, a fim de acolher a idéia de fundar a Faculdade de Medicina. Depois de longa reunião, sensibilizado, aceitou a idéia.

Reuniu colegas e amigos, e dedicou-se, com todo o ânimo, à difícil e grandiosa missão de tornar o sonho de plantar a semente da Faculdade em eloqüente realidade.

9 de janeiro de 1919 é o marco da criação, da Faculdade de Medicina e Cirurgião do Pará, a sétima fundada no Brasil. A nova Escola, com matrícula de 61 alunos, instalou-se inicialmente em duas salas do Lyceu Paraense. Lá, eram ministrada as aulas teóricas de Anatomia; ao término destas, os alunos apressavam-se em ir ter ao Necrotério Público, junto ao Ver-o-Peso, para assistir as aulas práticas.

Assim funcionou a Faculdade, até 1924.

Após ampla subscrição popular, que rendeu 25 contos de réis, mais os 20 contos da hipoteca da Casa de CAMILLO (hipoteca junto à casa bancária Moreira Gomes, resgatada posteriormente por

iniciativa do interventor MAGALHÃES BARATA), foi adquirido o prédio onde funcionava o Grupo Escolar WENCESLAU BRAZ. Este prédio, situado à praça Santa Lúcia, (hoje praça CAMILLO SALGADO), foi-o escolhido porque, além de ser de bom porte, ficava de frente da Santa Casa, Hospital de Caridade que acolheria os alunos para as práticas das diversas clínicas.

CAMILLO SALGADO ficou como Vice-Diretor, até o afastamento do Barão de Anajás, em 1922, quando passou a exercer a Diretoria, cargo que ocupou até sua morte, em 1930. Foram 17 anos, portanto.

Pelos seus méritos de batalhador incansável, saliente-se aqui o apoio que CAMILLO recebeu de seu grande e inseparável amigo, Dr. OLYMPIO DA SILVEIRA, ranzinza, por vezes, mal compreendido em outras, mas sempre eficiente e seguro do seu posicionamento. Não sei mesmo se a Faculdade teria se firmado e progredido tanto sem ele, o "velho" OLYMPIO... À proporção que novas cadeiras (hoje chamadas disciplinas) iam sendo incorporadas ao currículo, o quadro docente aumenta, com a nomeação de grandes valores de medicina local.

CAMILLO foi designado para exercer a 1ª Cadeira de Clínica Cirúrgica, mas não lecionava. Dedicava-se à Direção.

Sobre suas atitudes como Diretor, muito bem se expressou o acadêmico MIGUEL LUPI MARTINS, moço irrequieto, irreverente, pouco dedicado aos estudos porque obcecado pelos ideais revolucionários – mas por tudo isso citado aqui, não por ter preferido o elogio fácil a um santo homem que se fora. Assim pronunciou-se MARTINS: "CAMILLO SALGADO não tinha a índole de castigar, ou mesmo advertir. Suas palavras, sempre educadas, valiam mais que as sanções disciplinares.

"Nas raras vezes que descia ao térreo do prédio, em missão de reprimenda à turma que avançara o sinal da disciplina e das conveniências, vinha com a fisionomia séria, mas serena. E sempre trazia o coração aberto, largamente aberto, um sorriso sorrateiro, para doutrinar, aconselhar, confiar... e ser obedecido. Nunca para punir!"

"Todos nos acercavamos dele, fazendo alas respeitadas, para ouvir daquela alma impar o "Bom dia!", ou "Até amanhã, rapaziada!" Como é fantástica a força da bondade!

ATIVIDADES MÉDICAS –

CAMILLO, na vida profissional, transformou a sua timidez em momentos de audácia.

Dotado de penetrante percepção, de aguda criatividade, inteligente lúcido, mas prudente, inovou várias técnicas cirúrgicas, com absoluto êxito.

Percorreu quase todos os sítios do corpo humano, em constante perquirição científica.

Ficou muito conhecida a sua intervenção e um paciente longamente doente, atendido por vários profissionais, sem sucesso, fadado à invalidez, no qual praticou enxerto de um fragmento de osso de cão, na perna do doente, com sucesso pleno.

Seus trabalhos foram elogiados por grandes mestres e cientistas, como ADOLF O LUTZ, ALOYSIO DE CASTRO, ROQUETTE PINTO e outros.

Na verdade, ele não era um aventureiro de cirurgias, nem transformava seus clientes, a quem respeitava, em cobaias experimentais. E se muito fez, fê-lo muito bem.

E para todos, indistintamente, como acertadamente o disse o Prof. LUIZ ROMANO DE MOTA ARAÚJO – "seu olhar era sereno e transparente; sua expressão, majestosa; uma personalidade integral, perfeita na sua complexidade grandiosa; sendo sábio, soube também ser humano".

O ilustre e fértil escritor Dr. CLOVIS MEIRA, registra, em uma de suas obras, o retrato do médico perfeito, segundo HENRIQUE JORGE HENRIQUES (1595): "O médico deve ser temente a Deus, humilde, não soberbo, nem vaidoso, mas criativo; não seja linguareiro, nem murmurador ou lisonjeiro, mas prudente, e não demasiado ousado; e afastado sempre da ociosidade".

É a própria imagem de CAMILLO SALGADO.

O jornalista THOMAZ NUNES, pai do colonista de esportes IMAR NUNES, assim se referiu a CAMILLO, em 1938 "Ele realizou o milagre de morrer sem deixar inimigos ou desafetos, num País em

que a mediocridade laureada manobra a seu gosto as setas do despeito e da insídia. Sem o convencionalismo social da época, viveu na sociedade sem lhe aceitar a hipocrisia".

ATIVIDADES POLÍTICAS –

CAMILLO tinha o dom e o gosto de ser político.

Devido sua enorme reputação, foi eleito, em 1918, para o Senado Estadual, tendo sido reeleito em 1927, e indicado como Vice e depois como Presidente do mesmo Senado.

Em 1930, retirava-se à vida privada. Entretanto, em 1935, com expressiva votação, foi eleito para a Câmara Federal.

Exerceu interinamente o cargo de Governador do Estado.

Foi seguidor de seu grande amigo LAURO SODRÉ.

Mesmo sendo laurista convicto, foi protagonista de um episódio condizente com seu conteúdo de dignidade. A 30 de agosto de 1912, a quando da agressão ao Senador ANTONIO LEMOS, Chefe do Partido Conservador, contrário a LAURO SODRÉ, o povo – "essa porção de ninguém", como o definiu PROCÓPIO FERREIRA – insuflado, maltratava o "velho" LEMOS, insultando-o, agredindo a socos e pontapés, esse povo foi contido justamente por dois médicos lauristas, Dr. CAMILLO SALGADO e Dr. ANTONIO MARÇAL.

Corajosamente colocara-se entre o agredido e os agressores, afastando-o do local e conduzindo-o até a residência do Dr. VIRGÍLIO MENDONÇA, coincidentemente laurista e político combativo.

CAMILLO SALGADO, em sendo fiel às diretrizes de LAURO SODRÉ, jamais apertou as mãos da bajulação e do servilismo, para usufruir benesses. Ele mesmo disse-o, certa vez: "Há o costume de ostentar ser amigo enviando uma coroa de flores a um morto. Por princípio, eu abomino, e não aceitaria eu mesmo uma que fosse, se depois de morto eu pudesse protestar".

MORTE –

Na véspera de sua morte, ainda esteve em atividade na Beneficente Portuguesa, tendo declarado ao seu colega Dr. PORTO DE OLIVEIRA encontrar-se bem disposto. No dia de seu falecimento, chegado a operar, de manhã. Depois do almoço, voltou à Beneficente

Em outra ocasião – e essas oportunidades são oferecidas às pessoas para praticar o Bem – atendeu em seu consultório a uma criança em estado da mais triste miséria. Prescreveu medicamentos, mas a mãe nada dispunha. BEZERRA DE MENEZES, então fitou sobre aquela mãe infeliz os seus olhos claros e solidários (devia ser assim o olhar do Nazareno quando fitava os miseráveis. . .).

Não se flija, minha filha, vou ajudá-la.

Vasculhou os bolsos e nada encontrou, pois havia dado tudo o que tinha. Então, calmamente, com um leve e doce sorriso, entregou-lhe seu anel esmeralda de formatura. Era só o que tinha para dar naquele momento”.

As citações referidas, apenas foram motivo para salientar a personalidade humaníssima de CAMILLO SALGADO.

Ao contrário do que muitos pensam, ele não era espírita, nem freqüentava os Centros, mesmo os Kardecistas. Considerado um “espírito de luz”, realmente possuía mediunidade, o que, afinal, não é privilégio dos seguidores de ALAN KARDEC. Entretanto, ele mesmo dizia a amigos que uma força estranha o orientava.

Fazia reuniões semanais de prece em família. Antes, atendia muitas pessoas. Durante as reuniões, muitas receitas eram recebidas.

CAMILLO é com freqüência recebido pelos médiuns nos Centros, portando sempre avental branco, e transmitindo receitas.

Muitos acreditam que tenha feito ou faz milagres, e a ele recorrem nas horas de aflição.

Tenho em mãos uma “novena do Dr. CAMILLO SALGADO”, que diz, resumidamente: “Em teu túmulo venho suplicar-te que vás a JESUS interceder por mim, e tenhas compaixão dos meus sofrimentos. É a multidão que a teu túmulo vem suplicar-te a caridade”.

Seu túmulo, no Cemitério de Santa Izabel, mandado construir pela colônia portuguesa de Belém, em mármore negro da Tijuca, foi projetado pelo artista paraense, OSCAR AZEVEDO, tendo sido executado pela Marmoraria Luzitana.

A freqüência ao túmulo é sempre grande, e não só no Dia de Finados. Muitos vão pagar promessas, acender velas, rezar ou depositar flores naturais.

E por que, pergunto eu, em vez de túmulo frio e triste, pois lembra CAMILLO SALGADO morto, não perpetuar-lhe a memória através de uma estátua, erguida junto a um hospital, onde passem médicos e acadêmicos?

O brilhante jornalista JOAQUIM ANTUNES, parente afim de CAMILLO, propôs, há tempos, que fosse instituído um prêmio, ligado ao Centro Bio-Médico da Universidade, a ser conferido ao doutorando que mais se destacasse, durante o Curso Médico, no setor da cirurgia. O Prêmio seria materializado por um bisturi de ouro, em reconhecimento ao grande cirurgião.

Não tenho conhecimento que o prêmio tenha sido conferido a alguém.

Confesso que, neste momento, sinto o impulso sincero de propor, desta tribuna, que se promova uma subscrição popular para a execução do monumento, tal como há 70 anos ele o fizera, ou como acertadamente já se procedeu na Universidade Federal do Pará, em relação ao cientista conterrâneo GASPAR VIANNA.

Essa estátua seria encimada por um grande e significativo bisturi.

Tal iniciativa certamente não feriria a modéstia e a humildade do homenageado, e serviria de motivação às futuras gerações.

Não vejo exagero, nem inoportunismo, nem empolgação passageira nesta idéia, pois considero-a perfeitamente viável.

Recorro novamente a CLOVIS MEIRA – essa enciclopédia da história da medicina no Pará – para transcrever dele este conceito sempre atual:

“Não me lebro de nenhum médico paraense, em todos os tempos, que tenha alcançado o prestígio, a consagração e a glória, como CAMILLO SALGADO. Ao investigar os princípios básicos de sua vida, fico com a impressão de que tudo se deu à medicina apostolar que patiou”.

CAMILLO SALGADO cedo recebeu uma herança de ética; ao ser aquinhoado com os direitos de Humanidade: "Tenho o direito de fazer o Bem, de ser justo, de servir à Humanidade, de ajudar os necessitados, de curar os doentes, de lutar pela paz e pela verdade".

Esses direitos são na realidade, na verdade, obrigações, compromissos, responsabilidades.

O Dr. JUVENAL URBINO, personagem de GABRIEL GARCIA MARQUES, *Novel da Literatura*, ao celebrar seus 80 anos, quando esperavam que não resistisse à tentação de se aposentar, surpreendeu a todos dizendo:

"Terei tempo de sobra para descansar quando morrer".

É assim que devia pensar CAMILLO SALGADO.

E, finalmente, como falou o pescador e apóstolo PEDRO, referindo-se ao seu contemporâneo JESUS: PERTRANSIT BENEFACIENDO, que quer dizer: "passou praticando o Bem".

Para concluir, desejo agradecer a todos os que, de qualquer maneira, pelos livros, artigos, informações pessoais, sugestões, etc. ..., contribuíram para este pronunciamento, bem assim a atenção generosa dos que me ouviram.

Muito obrigado.

OSCAR DE CARVALHO: A Ciência e a Cultura de seu tempo

Ronaldo de ARAUJO

Oscar Pereira de Carvalho nasceu a 20 de Novembro de 1879 em Alagoas, filho de José Januário Pereira e Francisca Muniz Pereira de Carvalho. "Os estudos das primeiras letras e preparatório foram feitos na cidade natal, naquele tempo chamada de Alagoas. Viajou para a Bahia em 1898 quando ingressou na já famosa Faculdade de Medicina da Bahia, doutorando-se ao defender a tese inaugural sobre a "Anestesia Cirúrgica pelas injeções intrarraqidiana de cocaína".⁽¹⁾

Esta primeira citação e outra que seguirão são do livro de Clóvis Meira "Médicos de Otrora no Pará", a quem nós todos desta Academia ficamos devendo este magnífico trabalho de resgate de nossos antecessores.

Ao deslocar-se para a Amazônia seguiu uma tendência da época, que nos trouxe homens e médicos notáveis aos quais muito deve não apenas a Medicina do Pará, como o desenvolvimento de nossa cultura, como por exemplo Olímpio da Silveira. Foram batalladores que encontraram tudo por fazer, que se dispuseram a enfrentar as dificuldades e o mormaço do imobilismo considerado como peculiar dos trópicos e nos legaram, para desmentir esta falsa impressão, uma obra de enorme envergadura, como a fundação da Facultad e de Medicina e Cirurgia do Pará da qual o nosso homenageado tomou parte ativa, além do exemplo maior de sua dedicação à Medicina, à cultura e à terra que adotaram como sua, substanciada pelo exemplo de suas próprias vidas, como veremos a seguir. Inseridos em um contexto local em uma época na qual as informações eram poucas e extremamente lentas em sua divulgação, estes pioneiros constituíram uma plêiade de homens especiais, que mesmo sem poder usufruir destes acontecimentos e muito menos de dirigi-los, foram nobres em sua retidão, corajosos em suas atitu-

* Trabalho apresentado na Sessão de 30.01.1991 de AMP

des e invejáveis em seu desprendimento e dedicação aos seus semelhantes. Para que possamos olhar para nós mesmos e exercer nossa autocrítica e autoconhecimento, mister se faz que tomemos a lição que a história destes Mestres nos legou. Tudo isto demonstra a importância desta Academia e a seriedade de nossa atividade nesta casa, pois quem não aprende com a história será seguramente atropelado por ela. Por isso vamos procurar vos apresentar nosso homenageado de hoje dentro deste contexto histórico, ressaltando apenas, por questão de brevidade, os tópicos que mais dizem respeito à sua própria maneira de ver, sentir e viver.

Quando Oscar Pereira de Carvalho nasceu, em fins do século passado, a Ciência e a própria humanidade já haviam embarcado na estonteante série de descobertas que nos levaria, ao que hoje gostamos de denominar de modernidade. Na verdade foram anos de grandes descobertas e com as conseqüências de reformulação de conceitos e estabelecimentos de novas possibilidades tanto no conhecimento como em outras atividades.

No Brasil estava em Curso o Segundo Reinado. Durante todo ele – de 1840 a 1889 – apenas dois partidos políticos, o Liberal e o Conservador revezavam-se no poder. Estes dois Partidos se originaram no período regencial com os nomes de Progressista (o Liberal) e Regressista (o Conservador). Em 1847 foi criado o cargo de Presidente do Conselho de Ministros que era então nomeado pelo Imperador, em vez de nomear todos os ministros, iniciando-se assim o Parlamentarismo no Brasil. O Primeiro Ministro era quem escolhia os demais ministros e formava seu ministério que deveria ser aprovado pela Câmara dos Deputados. Ou seja, para permanecer no poder o ministério dependia do apoio da Câmara dos Deputados e do Imperador. De modo que os dois partidos se revezavam no poder até 1889, com exceção de um breve período, anterior ao nascimento de Oscar, entre 1853 e 1858 quando houve um Ministério da Conciliação, formado tanto por liberais como por conservadores. Três guerras antecederam o nascimento de Oscar, entre 1851 e 1870: a contra Oribe do Uruguai e Rosas da Argentina; a contra Aguirre do Uruguai e, finalmente, contra Solano Lopes do Paraguai.

Na segunda metade do século XIX, época em que Oscar nasceu, a sociedade brasileira conheceu mudanças sociais, econômicas e políticas significativas. Neste período ocorreu o desenvolvimento da imigração, a abolição da escravatura, a proclamação da República, a introdução do trabalho assalariado, o maior empobrecimento

da aristocracia nordestina e o enriquecimento dos aristocratas do Sul, principalmente da aristocracia produtora do café que passaria a dominar o poder. As cidades cresciam e com isso se desenvolviam as camadas sociais. A vida das grandes cidades modificou-se com o aparecimento dos hotéis, dos jardins públicos, dos cafés e teatros. Desde 1840 o café era o principal produto brasileiro de exportação e havia se transformado na base da economia nacional. O grande impulso para o início da indústria brasileira é dada em 1844 com a criação da tarifa alfandegária que, gravando em até 60% os produtos estrangeiros, estimulava a produção local de tecidos, chapéus, calçados e objetos de uso doméstico. Em resumo o café e a política protecionista possibilitaram um maior desenvolvimento da indústria no Brasil, a partir da segunda metade do século passado. Quando Oscar nasceu já havia sido promulgada a Lei do Ventre Livre (1871). A lei do Sexagenário, de 1885 foi, finalmente seguida da Lei Áurea de 13 de Maio de 1888, quando Oscar já tinha nove anos de idade. Portanto, a proclamação da República veio encontrá-lo já com dez anos completos. Oscar presenciou, portanto períodos importantes de nossa história: de 1887 até 1894 a República da Espada, com o poder na mão dos militares, de 1894 até 1930 a República dos Fazendeiros, na qual o poder esteve nas mãos dos grandes proprietários de terras e, por fim a República Nova, também chamada Era Vargas, de 1930 até 1946, quando começa o que os nossos historiadores denominam a República Contemporânea. Durante este período acontecimentos importantes de nossa história tiveram lugar. No Governo Republicano Provisório a criação da bandeira com o lema Ordem e Progresso. Rui Barbosa deu partida à tentativa de promover o crescimento da produção interna, principalmente da produção industrial, o que gerou a crise denominada de Encilhamento. Floriano Peixoto, o Marechal de Ferro, que o seguiu, embora com grande poder pelo apoio obtido no Congresso e por sua coragem pessoal e façanhas administrativas, deu posse a Prudente de Moraes em 1894.

Enquanto estes acontecimentos políticos tinham lugar no Brasil do fim do século passado, enormes modificações começavam a se delinear no terreno das Ciências. A biologia pura fez grande progresso durante o século XIX. Vários processos biológicos foram examinados com crescente detalhes. De todos estes avanços dois viriam a ter um efeito mais significativo em nosso século XX: a teoria da célula e os estudos sobre a geração espontânea da vida. Hoje

estes acontecimentos estão tão ditantes, usando os parâmetros de nosso conhecimento atual, que parecem pertencer à pré-história da humanidade. Mas na verdade são muito recentes, pois foi só por volta do ano em que Oscar Pereira de Carvalho nasceu que Ernest Abbe, trabalhando nas fábricas de aparelhos óticos Carl Zeiss conseguiu produzir microscópios com os quais se podia distinguir partículas que não tinham mais do que dois milésimos de milímetro de tamanho, ou seja conseguiu um poder de resolução idêntico ao dos microscópios modernos. Só com estes aperfeiçoamento técnico é que as teorias sobre as células puderam ser formuladas. Quando Oscar nasceu, Pasteur já completara 57 anos (nasceu em 1822) e portanto já realizara seus famosos estudos sobre a fermentação da cerveja que começaram a demolir o falso conceito da geração espontânea da vida. Óscar tinha apenas dois anos quando Pasteur, encorajado por seus resultados no estudo da doença dos bichos da seda com os quais demonstrou que se tratava de doença de etiologia bacteriana, após estudar o antraz e a cólera das galinhas, verificou que ambas se deviam a bacilo e se transmitiam de animal para animal.

Também é da época do nascimento de Oscar Pereira de Carvalho as magistrais descobertas de Semmelweis, que até hoje citamos como um modelo de metodologia científica e que serviu para estabelecer a necessidade da antisepsia em cirurgia e que comentaremos adiante.

Dos acontecimentos da Belém do final do século passado contemporâneos ao nascimento de Oscar Pereira de Carvalho, destacamos nesta conferência os musicais, por causa da preferência do mestre Oscar pela música.

Do livro de Vicente Salles "A Música e o tempo no Grao Pará" editado pelo Conselho Estadual de Cultura e que nos foi gentilmente cedido pelo musicólogo e esteta paraense Gilberto Chaves, retiramos a seguinte descrição:

"O nome de Henrique Eulário Gurjão consta de quase toda as histórias da música brasileira, mas sua obra é hoje praticamente desconhecida. Apenas no Pará e no Rio de Janeiro, a obra teve, neste século, algumas execuções, em especial a parte religiosa que escreveu, muitas vezes apresentada por ocasião da festividade, ou Círio de Nossa Senhora de Nazaré".⁽⁴⁾

"No século XIX é nome de indiscutível merecimento entre os criadores no Brasil. Ele patrocina, por isso mesmo, uma das cadei-

ras da Academia Brasileira de Música, organizada por Heitor Villalobos".⁽⁴⁾

"Após conseguir com muita dificuldade ir estudar na Europa, na Itália especificamente, voltou ao Brasil. A medida de seu valor pode-se aferir pela citação que obteve de Machado de Assis que então assinava crônicas de arte no Diário do Rio de Janeiro: "o Sr. Gurjão está no Pará e deve voltar brevemente para fazer cantar uma de suas quatro óperas, compostas na Itália, terra da música e dos mestres".

"Durante largo período a música no Pará girou em torno deste compositor que se rodeava dos mais dedicados e entusiastas amigos. Estes de fato, viam nele uma glória autêntica do Pará. Belém, por esta época já efervescia, promovendo importantes atividades artísticas e musicais. Em menos de 20 anos duplicara a população da cidade e já a Amazônia atraía forasteiros de todas as procedências. O velho Teatro Providência já não satisfazia as exigências do público. Em 1868 transitava pelo congresso provincial um projeto de grande importância. Visava este a construção de um novo teatro, provido de todos os recursos modernos, recebendo a assinatura do então presidente José Bento da Cunha Figueiredo a 15 de Outubro do mesmo ano. Gurjão acompanhou todas as fases da construção do edifício.

Oscar Pereira de Carvalho tinha apenas um ano de idade quando (1880) "verdadeiramente iniciou-se a fase operística deste Teatro da Paz e organizou-se a Associação Lírica Paraense, presidida pelo senhor Justo Chermont, que tomou a si o encargo de patrocinar a vinda de companhias líricas ao Pará. Na segunda estação, a companhia contratada com o empresário Tomás Paccini, obrigou-se, por dispositivo contratual, a dar a tão esperada premiére da ópera "Idália de Gurjão".⁽⁴⁾

"A estréia da "Idália" deu-se no Teatro da Paz na noite de 3 de Novembro de 1881. Era o espetáculo de honra que a Companhia Lírica Italiana, dirigida por Tomás Paccini, oferecia ao público paraense, depois de haver dado 53 representações. Durante o dia uma banda de música percorreu as principais ruas da cidade, fazendo a propaganda do espetáculo. Todos os jornaes de Belém abriram suas colunas para amplos noticiários. Organizou-se uma comissão para prestar homenagens ao compositor." "A montagem da ópera tinha sido precedada de muitos ensaios. Marca a estréia para o dia 29 de Outubro, fora transferido, a pedido de Gurjão, para o dia 3 de No-

vembro, pois considerou o autor que ele não estava ainda convenientemente ensaiada." "A curiosidade em torno do espetáculo era realmente grande: não só era a primeira ópera de compositor paraense cantada entre nós; o autor, com 47 anos de idade a esta altura, era uma figura querida por seus dotes artísticos e por suas qualidades morais; o mundo oficial empenhava-se também para transformar o espetáculo num acontecimento significativo para a província. O programa de estréia anunciava: (4).

"Teatro da Paz. Companhia Lírica Italiana. Empresa Associação Lírica Paraense. Direção de Tomás Paccini. Quinta-feira, 3 de Novembro de 1881. A ópera *Idália* apresenta três atos, sendo do maestro Gurjão a instrumentação. O libreto de Francisco Curzio, sendo traduzido para o português pelo seu irmão Dr. José Cyriaco Gurjão" (4). Segue-se a lista dos cantores, todos de nome italiano. O regente da orquestra foi também um italiano: Gaetano Cimini. O teatro, engalanado com muito bom gosto, estava literamente lotado. Nos terraços laterais, antes do espetáculo, à entrada do público e das autoridades, tocaram duas bandas de música. Os que não conseguiram ingresso se aglomeravam em torno do edifício. Vários poetas da época subiram ao palco para recitar poesias laudatórias, uma delas descrita como "muito longa" por Salles. O êxito da noite levou a companhia a encená-la três vezes mais, respectivamente nas noites de 5, 8 e 10 de novembro.(4)

"No ano em que Oscar Pereira de Carvalho nasceu o Teatro da Paz apresentou 100 récitas, sendo encenadas 26 peças diferentes, enumeradas a seguir na ordem da apresentação: A filha única – Uma vingança de mulher – Os miseráveis – Cora ou a Escravatura – O moinho vermelho – A família Morel – Obom pastor – Mãe – Botão de âncora – Os piratas da savana – Kean ou o gênio da desordem – A família do colono – Três noivos distintos e um só verdadeiro – Receita para curar paixões românticas – Tio Torquato – Dispa-se – Lucrecia – Os médicos – Moços e velhos – Rosalino – Os dois surdos – Um criado brioso – Timidez de Cornélio Guerra – Por causa de duas cartas – As duas bengalas – Guerra do Nunes. O teatro era o lugar de toda as possíveis apresentações da época. Assim que terminou a temporada teatral, Salles descreve a apresentação de uma Companhia de Novidades na qual um certo snr. Worland apresentava-se como o "verdadeiro homem-peixe" que vestido com escamas fosforescentes mergulhava em um tanque de cristal e fazia dentro d'água graciosas evoluções, como um verdadeiro peixe,

além de descer ao fundo e ali se por a comer, fumar, jogar, como se fosse a cousa mais natural do mundo.

Enquanto isto ocorria em Belém o mundo musical apresentava grandes acontecimentos. O fim do século marcava o fim de período de glórias da ópera nacional italiana, com a apresentação das últimas óperas de Verdi, o *Otelo* de 1897 e *Falstaff* em 1893. Também por este tempo está em seu final a manifestação do nacionalismo alemão musical. Em 1876 estréia o teatro de Bayreuth construído para a execução exclusiva das obras de Richard Wagner, com a apresentação completa do "Buehnenweihnfestspiel" – isto é – do Anel do Niebelungo, uma série de quatro óperas de onde Wagner demonstra todo o seu talento, levando à suas conseqüências máximas o Leitmotiv e o brilho do cromatismo, além de introduzir um conceito completamente novo no teatro: o da obra de arte total, no qual deveriam funcionar conjuntamente e no mesmo nível a poesia, a arquitetura cênica, a representação dos atores, o canto e a música. É também desta época o surgimento do lirismo italiano, cujo maior representante é Giacomo Puccini que estréia em 1893 a sua *Manon Lescaut*, mas que exhibe ainda os nomes de Mascagni com a *Cavalaria rusticana* e *Leoncavallo*, com os Palhaços que o tenor Enrico Caruso viria a imortalisar posteriormente. Não podemos deixar de mencionar Gustav Mahler que constroe uma base sólida nas sinfonias – além de ciclos memoráveis de lieder – voltando a filosofar com a música, algo que só Beethoven havia conseguido anteriormente. Por isso até hoje há muita discussão sobre o fato da música de Mahler ser programática ou não: ela tem um programa no sentido de que é resultado de idéias literárias e filosóficas, motivo pelo qual o conhecimento deste programa é fundamental para a exegese desta música, o que tem tomado difícil a aproximação de muitos melômanos com suas sinfonias, apesar dos esforços de homens que literalmente dedicaram sua vida à interpretação deste gigante da sinfonia, como Rafael Kubelik. Seu cometimento com figura da Mãe de Deus é uma dos traços marcantes deste judeu convertido que Oscar Pereira de Carvalho deve ter escutado em sua estada na Alemanha: *Du schwebst zu Hohen – Der ewigen Reich, – Vernimm da Flehen, – Du Ohnegleiche, – Du Gnadenreich.*

"Oscar Pereira Carvalho fez os estudos das primeiras letras e os preparatórios na cidade natal, naquele tempo chamada de Alagoas, a capital do Estado, só viajando para Salvador no final do século XIX quando ingressou na já famosa Faculdade de Medicina da

Bahia, doutorando-se ao defender a tese sobre "Anestesia Cirúrgica pelas injeções intrarraquidianas de cocaina".

Oscar recebe o século XX COM 21 ANOS. Esteve na Alemanha onde frequentou serviços famosos na época, como o que era dirigido pelo sábio professor Paul Ehrlich, assenhoreando-se das pesquisas realizadas pelo notável médico e pesquisador sobre o tratamento da sífilis pelos arseno-bensóis, quando foi lançado o primeiro preparado, o 606, denominado de Salvarsan, a qual se seguiu o Neosalvarsan.

Não conseguimos precisar a data da estada de Oscar na Alemanha. A julgar pela data da fundação da Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará da qual participou, deve ter sido em data anterior a República de Weimar – 1919 a 1933 – período em que se estabeleceu à famosa hiperinflação da que tanto se fala hoje no Brasil. Por isso pedimos licença para reproduzir algumas das descrições de Lionel Richard em seu livro "A república de Weimar":

"Estamos no dia 3 de Novembro de 1923. Cmaço de cigarros custa 4 bilhões de marcos. A maioria das pessoas perdeu toda fé no futuro. Este comentário de aprsentação abre o filme "O ovo da serpente" realizado pelo cineasta sueco Ingmar Begman e o título deste filme indica claramente que significado o seu autor desejou lhe emprestar. Os espectadores mergulham em uma Alemanha onde, sob o humo da miséria, todas as cousas não passam de objeto de tráfico, inclusive as vidas humanas. Este período de pós guerra pareceu a Ingmar Bergman o ponto de partida do nazismo. Suas imagens mostram o crescimento do anti-semitismo, as manifestações de violência dos grupos nazistas, o terror sempre latente, a impotência e o desespero da população."

"Esta visão fatalista é mais ou menos comandada pela evolução ulterior da Alemanha, como se a crise dos anos 30 se houvesse superposto à evocação dos anos 20. Ora, o Partido Nazista fora fundado em 1920 e suas seções de assalto em 1921. Mas ele só obtém 2,6% dos votos nas eleições de maio de 1928, o que mostra que, ao contrário da interpretação de Bergman a sociedade alemã não estava gerando um regime fascista. Assim, depois da derrota na guerra 1914-1918, a economia alemã se encontra pior que seu poderio militar. "A dissolução dos costumes fora decuplicada pelas dificuldades econômicas. Abundavam em Berlim lugares de prazer. Orgias e espetáculos de nudismo eram apresentados habitualmente. Os desenhos de Géorge Grosz são verdadeiros documentários

desta época. Nas ruas próximas à Kudamm, a avenida principal de Berlim, todas as perversões podiam ser satisfeitas desde que se tivesse dolar ou qualquer outra mercadoria de valor. A permuta reinava. Médicos e advogados preferiam, como pagamento de seus honorários, receber carne e ovos em lugar de cédulas sem valor. Nos bairros populosos, centenas de pessoas permaneciam durante horas diante de padarias, de mercearias e leiterias. Como compensação ao desespero, ao tédio ambiente, à solidão em apartamentos miseráveis, os mesmos populares eram atraídos por profetas de seitas religiosas que repentinamente apareciam. Por toda parte as religiões católicas e protestantes perdiam os seus fiéis. Thomas Mann descreve em uma de suas novelas "Experiências ocultas" como professores universitários, filósofos, psicólogos, físicos e médicos deslizavam clandestinamente pelas ruas mal iluminadas para assistir aos encontros mediúnicos do M. von Schrenk-Notzing! Nos meios populares a preferência recaia sobre toda sorte de pseudo-sábios e Institutos com nomes pomposos, que pretendiam prever o futuro. ou dar a cada um a possibilidade de encontrar o caminho do sucesso". Queira Deus que toda esta semelhança tenha realmente outra causa e não cheguemos a tal degradação!

O conhecimento científico exerceu notável influência sobre a vida de Oscar Pereira de Carvalho. A distância que separa os acontecimentos neste campo durante a época em que viveu Oscar é simplesmente fantástico. Quando Oscar nasceu faziam apenas vinte anos que Rudolph Virchow publicara seu livro "Patologia celular". Neste livro são lançados os fundamentos científicos do raciocínio sobre as doenças tal como o fazemos hoje, jogando para a história a idéia então vigente que eram os líquidos orgânicos que, ao se modificarem, produziavam as doenças. Virchow não só desaprova as idéias de Schleiden e Schwann de que as células que eles ajudaram a individualisar eram formadas por um processo puramente químico, como apresentou a proposição de que elas só poderiam se originar de outras células. Virchow mostrou que as células "são o último grande elo da cadeia ade formações subordinadas que criam tecidos, órgãos, sistemas e o indivíduo". Para esta demonstração do papel fundamental das células o fisiologista francês Claude Bernard teve um papel vital. É de 1861 a publicação do muito célebre "Memória sobre corpúsculos organizados que existem na atmosfera". Nunca é demais relembrar que estudos foram efetuados porque a indústria cervejeira de Lille estava tendo problemas com seus pro-

44
 dutos, que ficavam azedos após a fermentação. Pasteur era cate-
 drático de Química de Strasbourg e Deão da recém-fundada Facul-
 dade de Ciências da Universidade de Lille. Pasteur concordou em
 estudar o problema. Seus trabalhos mostraram que o processo era
 devido à presença de organismos vivos e graças a uma série de ex-
 periências cuidadosas e logicamente planejadas ele provou que os
 organismos vinham do ar. Ele fez um pouco de água gotejar em um
 tubo afim de trazer ar externo ao laboratório, devendo este ar que
 entrava passar por um chumaço de algodão pólvora (nitrato de ce-
 lulose). Depois que o ar passava, o algodão pólvora era dissolvido
 em álcool e éter, e a "poeira" examinada ao microscópio. Minúscu-
 los corpos ovais foram observados, indistinguíveis do ovos dos "a-
 nimáculos ou plantas". Com esta série de experiências Pasteur es-
 tava capacitado a provar que o número de "corpos organizados" de-
 pendia da variação da umidade e da temperatura do ar, assim como
 da altitude. Portanto os resultados não eram frutos do acaso. Foi
 após estas experiências que publicou as "Memórias".

Não posso me furtar ao prazer de descrever aos companheiros
 desta Academia, os trabalhos de Ignácio Semmelweis pois eles
 constituem um primor de metodologia e rigor científicos, utilizando
 para tal a descrição feita por HEMPEL, tal como a encontrei trans-
 crita no livro "Metodologia da Pesquisa Científica" de Armando Asti
 Vera:

Ignácio Semmelweis trabalhou no Hospital Geral de Viena
 como médico da maternidade daquele nosocômio. No primeiro ano
 de seu ingresso na Maternidade, morreram 260 mulheres de febre
 puerperal sobre um total de 3157 mães internadas, isto é, 8,2%; no
 ano seguinte a mortalidade média diminuiu para 6,8% e, em 1846
 subiu para 11,4%. Nos mesmos anos (1844, 1845 e 1846) em outra
 sala da maternidade do mesmo hospital a média de mortes por fe-
 bre puerperal registrada foi muito menor: 2,3%, 2% e 2,7%, respecti-
 vamente. Esta diferença notável entre as médias das duas salas
 constituía um verdadeiro enigma.

Semmelweis iniciou sua investigação considerando várias ex-
 plicações propostas em sua época, rejeitando sistematicamente as
 que não fossem compatíveis com os fatos cientificamente estabele-
 cidos e submetendo as restantes a provas concretas:

1) Uma opinião muito difundida atribuía os estragos da febre
 puerperal a "influências epidêmicas" que eram descritas como "mu-

danças atmosférico-cósmico-telúricas". Esta hipótese era insusten-
 tável, por pouco que se pensasse em: a) porque a "epidemia" dimi-
 nuía de intensidade na segunda sala da maternidade do hospital
 e b) como explicar uma ação epidêmica que se verifica em um hos-
 pital e se apresenta excepcionalmente na vizinha cidade de Viena.
 Uma verdadeira epidemia não pode ser seletiva mas total.

2) Outra opinião era que a mortalidade era causada pelo
 aglomerado das mães nas maternidades; hipótese contrariada pelos
 fatos, uma vez que na segunda sala havia muito mais mulheres
 (pelo temor que a primé ra inspirava, com sua elevada mortalidade).

3) Uma terceira opinião – também rejeitada por Semmelweis
 por ser contrária aos fatos – atribuía à catástrofe a diferença na die-
 ta e na atenção médica.

4) Uma comissão médica encarregada de estudar o fenômeno
 atribuiu-o às feridas causadas pelo exame realizado nas parturien-
 tes por estudantes imperitos. Semmelweis observou: a) que as fer-
 das naturais conseqüentes do parto eram mais extensas que aque-
 las que o exame rude ou mais ou menos inabil podia provocar; b)
 que as parteiras que examinavam as pacientes na segunda sala
 realizavam as mesmas manobras que os estudantes da primeira,
 mas sem que se produzissem os mesmos resultados e c) quando se
 reduziu o número de estudantes à metade – por recomendação da
 citada comissão – e sua intervenção na maternidade foi mínima, a
 mortalidade alcançou níveis mais elevados que antes.

5) Não faltaram as hipóteses psicológicas, como a que atri-
 buía a elevada percentagem da febre puerperal à "passagem terrorí-
 fica e debilitante" de um sacerdote que percorria a maternidade pre-
 cedido de um ajudante que fazia soar uma campainha para minis-
 trar os últimos sacramentos a uma mulher agonizante. O sacerdote
 cruzava apenas a primeira sala da maternidade. Para submeter à
 prova mais esta hipótese Semmelweis pediu ao sacerdote que mu-
 dasse o seu percurso, de modo que não cruzasse a sala onde se
 registrava o alto percentual de enfermas. Nem por isso a mortalida-
 de decresceu.

6) alguém sugeriu a Semmelweis uma nova hipótese: as mu-
 lheres da primeira sala descansavam sobre a espádua ao passo que
 as da segunda o faziam de costas. A conseqüente mudança de po-
 sição na cama não trouxe modificação alguma nas percentagens.

A chave decisiva para a solução do problema foi proporcionada
 a Semmelweis por um acidente ocorrido com um colega: durante

uma autópsia um estudante feriu o dedo de um médico com um bisturi. Este morreu, após uma agonia em que manifestaram os mesmos sintomas que caracterizavam a febre puerperal. Embora não se conhecesse ainda o papel dos microorganismos nas infecções, Semmelweis atribuiu a morte do colega à "introdução de matéria cadavérica" no sangue no médico. As semelhanças entre a enfermidade que produziu a morte de seu colega e a febre puerperal, conduziram-no à hipótese de que a causa era a mesma: um certo envenenamento do sangue. Os transmissores de material infeccioso deviam ser seus colegas, os estudantes e ele próprio já que nenhum deles tomava precauções especiais ao realizar as autópsias e examinar em seguida as parturientes, fazendo-o após uma lavagem superficial das mãos.

Formulada esta hipótese, Semmelweis decidiu submetê-la a uma verificação: exigiu dos estudantes que, antes de examinar uma parturiente desinfetassem as mãos. O resultado de seu experimento comprovou sua suspeita porque durante o ano de 1884 a mortalidade média desceu a 1,27% na primeira sala, sendo menor ainda do que a da segunda 1,33%. A verificação de sua hipótese foi encontrada no fato de que, na segunda sala, as pacientes eram atendidas por parteiras que não realizavam dissecação de cadáveres. Outro apoio experimental à sua hipótese proveio do fato de que as mulheres que tinham seus filhos na rua eram internadas rapidamente, sem serem examinadas e nunca sofriam de febre puerperal.

Novas experiências serviram para que Semmelweis ampliasse sua hipótese. Em uma ocasião examinaram uma mulher que sofria de um câncer cervical ulcerado e, após lavarem superficialmente as mãos, examinaram vinte mulheres na mesma sala. Onze delas morreram de febre puerperal. Deste acontecimento fúnebre Semmelweis extraiu uma dedução que ampliou sua hipótese inicial: a febre puerperal não é causada apenas por matéria cadavérica, mas também por "matéria pútrida derivada de organismos vivos".

Esta descrição da metodologia científica mostra como é possível obter resultados positivos com ela, mesmo que ainda não conheçamos toda a causa e os mecanismos que produzem uma doença.

"Ao fixar residência em Belém, Oscar Pereira de Carvalho foi nomeado médico Inspetor Sanitário do Estado, com o dever entre outros, de atender as requisições positivas da Polícia Civil. Criado o Gabinete Médico-Legal, ao tempo do governo Souza Castro, na dé-

cada dos anos vinte, fez parte da equipe organizada por Renato Chaves, funções de legista que exerceu por longo tempo, responsável pelo Serviço de Verificação de Óbitos, isto é, a realização de necrópsias. Alguns anos depois foi nomeado Diretor do Instituto, já denominado de "Renato Chaves".

Na década dos anos vinte, o mundo apresentava grandes modificações. Ghandi havia lançado na Índia a campanha da desobediência civil sem violência, como caminho para obter a independência. Mary Pickford e Charles Chaplin são ídolos do cinema e é apresentado com grande sucesso o filme "O Garoto" de Chaplin. Em Paris se forma o Grupo dos seis, em torno de Jean Cocteau. Monteiro Lobato publica "As renações de Narizinho". Freud publica "Ego e Superego". É fundada a BBC e iniciam os primeiros serviços de radiodifusão. Em fevereiro de 1922 tem lugar a Semana de Arte Moderna no Brasil. A revista Time é publicada pela primeira vez em 1923. Glenny e Hopkins introduzem a imunização contra a difteria e o tétano. Morrem Lenin na Rússia e Sarah Bernhardt na França. Em 1924 Calmette e Guérin introduzem a vacina contra a tuberculose. Einsentein apresenta o famoso filme "O encouraçado Potemkin, Chaplin "A corrida do Ouro" e Murnau o último riso. Em 1926 é feita a primeira apresentação da ópera inacabada de Puccini: Turandot; rege Arturo Toscanini que emociona a platéia ao interromper a apresentação na última nota composta pelo falecido compositor. Nartko, Schöenberg e Brech apresentam várias composições musicais, confirmando a tendência do atonalismo e das composições utilizando outras normas que não as clássicas. Em 1930 é publicada a primeira Bachiana de Villa-Lobos.

"Médico clínico, sifilógrafo, ao lado de Antonio Porto de Oliveira e Izidoro Azevedo Ribeiro, foi pioneiro no tratamento da sífilis pelos arseno-benzóis, primeiro o Salvarsan - 606 - e depois o Neosalvarsan - 914 - bastante melhorado em sua composição e efeitos colaterais.(4)"

Ainda repetindo Clovis Meira: "Oscar de Carvalho era uma figura estranha. Nós, os estudantes, o chamávamos de Boerhaave, médico do século XVII, por quem nutria grande admiração. Dizia que Boerhaave era tão famoso e conhecido que, residindo na Holanda, as cartas podiam ser endereçadas apenas com os seguintes dizeres: Boerhaave - Europa. Ficou então conhecido pelo nome do sábio renascentista. Homem mais alto que baixo, cheio de corpo, raspava completamente a cabeça, à maneira alemã, talvez para dis-

farçar pronunciada calvície. Sempre vestido de branco, linho inglês HJ, tez morena, feições personalíssimas, um "pince-nez" preso por um cordão pelo pescoço compunham sua fisionomia sizada. Mas era calmo, afável e generoso.

"Muito ligado à vida associativa, foi frequentador constante dos trabalhos da Sociedade Médico-Cirúrgica, membro da Diretoria por vários períodos e Presidente em 1925, salvo engano". Também obtivemos informações de Silveira Neto de que participou do Instituto Histórico e Geográfico. Toda estas anotações as fazemos citando os colegas que tiveram a bondade de nos fornecer informações e esperamos em outra oportunidade pesquisar documentos e poder trazer a esta Academia alguma expressão da produção intelectual deste mestre de nossa Medicina de outrora.⁽¹⁾

"Oscar Pereira de Carvalho era um apaixonado pela música, pelo folclore e pelas letras. Conhecia várias línguas e dominava completamente o alemão. Todos estes laços culturais o encaminharam para a imprensa, não somente a paraense, colaborador permanente da Folha do Norte, do Estado do Pará, das revistas "Novidade" e "A Guajarina", além do Pará-Médico, onde publicou, no número 47 de março de 1939, magnífica "Lição Inaugural", a abertura dos Cursos de Medicina daquele ano. Colaborava também no "Correio da Tarde" e no "Imparcial" de Maceió; no "Jornal da Notícias" e no "Regeneração" de Salvador; no "Jornal do Brasil" e no "Imparcial" do Rio de Janeiro, além de periódicos de outras Capitais".

Não admira, portanto, que os que o conheceram comentem que embora fosse o professor de Patologia, o que ele realmente ensinava era História da Medicina.

"Dentre os trabalhos publicados, principalmente no Pará Médico pude destacar algumas monografias, como "Da Lepra", "Salvarsan 606", "Microsifilis" e "Neo-Salvarsan 914". Na "A Guajarina" revista que circulou em 1937 e 1938, foi possível encontrar um anúncio profissional, apenas na qualidade de médico, sem fazer referência a títulos ou especialidade, e um trabalho intitulado "Fragmentos" no qual estuda e analisa as contradições da vida, o ser ou o não ser, o querer e não querer, o bem e o mal, a dubiedade deste maniqueísmo do espírito humano."⁽¹⁾

"Era um amante da música erudita, mas encantava-se com o folclore. Lia com absoluta correção qualquer partitura como quem estivesse lendo um livro. Essa vocação e este amor pela música certamente o levaram a desposar a Senhora Marieta Guedes da

Costa Campos, viúva do maestro Meneleu Campos, uma das glórias do Pará. Marieta, mulher culta, poliglota, pertencia à família Guedes da Costa, filha de Etelvino Carvalho Guedes da Costa e João José Guedes da Costa."⁽¹⁾

É comovente ler a escrição de Clovis Meira sobre como atendia o velho Mestre já doente e com insuficiência cardíaca e, também, como assistiu à morte de D. Marieta. Um período que nos dá uma lição de como era o desprendimento pessoal destes Titans da Medicina de outrora, que se lançavam na aventura do trabalho para servir a seus semelhantes, descurando completamente as próprias necessidades a ponto de se tornarem totalmente desamparados na velhice.

Conseguimos um depoimento interessante da família de Gilberto Chaves que morava em um bungallow bem defronte da casa do mestre Oscar. Gilberto, menino de 10-12 anos lembra do professor já aposentado, postado à janela e do amor dele e de sua esposa pela música. Todos os dias às cinco horas da tarde, era quase uma cerimônia a execução do Hino Nacional ao piano por Dona Marieta. A lembrança não apenas de Gilberto Chaves como de sua genitora é de Oscar Pereira de Carvahô como um homem afável e extremamente bom. Particularmente revelador era o fato de Froylan Barata, médico que morava na mesma rua, atravessar a rua "para cumprimentar o doutor Oscar", um sinal de reconhecimento e respeito que espero poder repetir neste momento com esta apresentação este elogio.

Oscar Pereira de Carvalho faleceu no dia 17 de Abril de 1953, deixando-nos uma lição de vida que muitos despresariam hoje em dia: a total dedicação aos temas que lhe eram caros, uma curiosidade pela ciência e uma grande sensibilidade pela música. Tudo isto com aquela humildade que faz de sua vida o exemplo que queremos perpetuar nesta Academia e que procuramos reverenciar neste momento.

Muito obrigado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MEIRA, C. – Médicos de outrora no Pará. Belém, Grafisa, 1986.
2. ASTIVERA, A. – Metodologia da Pesquisa Científica. Porto Alegre, Glovo, 1976.
3. RONAN, C.A. – História ilustrada da Ciência. A Ciência dos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, Círculo do Livro, 1987.
4. SALLES, V – A música e o tempo no Grão-Pará. Belém, Cons. Est. Cultura, 1980.
5. RICHARD, L. – A República de Weimar. São Paulo, Cia. das Letras, Círculo do Livro, 1988.

INFORMAÇÕES PESSOAIS

1. SILVEIRA NETO, J.
2. CHAVES, G. A.

ELEYSON CARDOSO, SANITARISTA DE MÉRITO *

Rubens S. BRITTO

É com muita emoção que me entrego à tarefa, que me está sendo deferida, por contingência regimental, de abordar, em largos traços embora, aspectos da vida de emérito profissional de Saúde Pública, com ampla atuação de Norte e Sul e de Leste a Oeste do país, o médico ELEYSON CARDOSO, patrono da Cadeira n. 18, que tenho a honra de ocupar, deste sodalício. É que, tendo compartilhado, por longos anos, de seu labor fecundo, como sanitaria de escol, inclusive com a elaboração de trabalhos em co-autoria, me sinto particularmente orgulhoso de poder testemunhar-lhe os méritos de infatigável administrador e abalizado técnico especializado.

Tenho o prazer de haver privado de sua lucidez e sua competência, desde quando a Delegacia Federal de Saúde da 3ª Região, de que ele era titular, aliás pela segunda vez, em Belém (a primeira vez de 22/9/1942 a 3/4/1943), funcionava em prédio alugado, à Avenida Governador José Malcher, esquina com a Avenida Generalíssimo Deodoro, até que, por gestões pessoais suas, junto ao então Ministro da Saúde, dr. Mário Pinotti, foi adquirido o esplêndido palacete da Avenida Conselheiro Furtado, onde passou aquela repartição a funcionar, enquanto não foi extinta, tempos depois e nele ter se instalado a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), cujas responsabilidades operacionais, no momento, se juntam às da Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP), ora englobadas na Fundação Nacional de Saúde (FNS). Além disso, estivemos juntos no Grupo de Estudos de Saúde, do Instituto de Desenvolvimento Econômico e Social do Pará (IDESP) e, ainda, e por mais tempo, como Assessores, na Divisão de Saúde, do Departamento de Recursos Humanos, da Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia (SUDAM).

Por toda essas razões, senti-me bem feliz, quando fui escolhido para titular da Cadeira que tem como patrono o nome aureolado

* Trabalho apresentado na Sessão de 30.01.1991 de AMP

de ELEYSON CARDOSO, na Academia de Medicina do Pará, na condição de um dos seus fundadores.

XXX

Filho de Brício Cardoso e Mirena Cardoso, ELEYSON CARDOSO nasceu a 14 de junho de 1892, em Aracajú, Sergipe.

Aprendeu a ler aos 6 anos, sem ter tido qualquer professor. Por isso, antes de completar 7 anos, foi matriculado e cursou, de março a dezembro de 1899, a Escola Pública da professora Branca de Magalhães Carneiro, na sua cidade de nascimento. Seu curso primário foi concluído na Escola Particular de sua tia, professora Amélia Cardoso, de março de 1900 a dezembro de 1902, na mesma capital.

Fez o curso secundário no Atheneu Sergipano, de março de 1903 a março de 1905, em Aracajú; e no Lyceu do Ceará e Colégio Henrique Autran, de março de 1906 a março de 1909, em Fortaleza, quando se bacharelou em Ciências e Letras, pelo mesmo Lyceu do Ceará.

Freqüentou Cursos de Música: Teoria Musical e Piano, com a professora Finenilia Nascimento, de 1903 a 1904, em Aracajú, Sergipe; Curso de Piano, com a professora Engrácia Diniz Barreto e o de Violino, com o professor Antônio Martins, ambos em 1905, também em Aracajú. Teve competência de, entre 11 e 13 anos de idade, escrever algumas músicas para piano e, autodidata, instrumentou-as para a Banda de Música da Polícia de Sergipe, que as executava, aos domingos à noite, no jardim da praça Fausto Cardoso.

- O curso superior, ele o iniciou na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, ex-Distrito Federal, de abril de 1909 a 1913, quando foi interno do Hospital Central da Marinha, na ilha das Cobras, de 1909 a 1912; transferiu-se para a Faculdade de Medicina da Bahia, que freqüentou em 1913 e 1914; e tornou à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, de 1915 a 1917, quando, em março desse último ano, após defesa de tese sobre "Assistência Pública no Rio de Janeiro", aprovada plenamente, recebeu o diploma de Doutor em Medicina.

- Convém registrar que, em 1909, ingressou na antiga Reparação Geral do Telégrafo, como datilógrafo da Seção Técnica e, posteriormente, na Estação Urbana do Largo do Machado, ao tempo em que fazia aprendizagem em aparelho Morse. Em 1910, após concurso, foi nomeado telegrafista de 4ª classe, operando em aparelhos Morse e Baudot; especializando-se em radiotelegrafia, que

lhe valeu merecimento para promoção à 3ª classe, exerceu atividades na Estação Central do Rio de Janeiro, ex-DR, na de Aracajú-SE, na de Salvador-BA e nas radiotelegráficas costeiras de Morro da Babilônia e Morro de Santo Antônio, ambas no então Distrito Federal, e na de Amaralina, na capital bahiana.

- Ainda em 1917, como Inspetor Sanitário Marítimo, exerceu atividades profissionais, durante a 1ª Guerra Mundial, em zonas de beligerância na África, na Europa e nas Américas, a bordo dos transportes de guerra brasileiros "Santarém", afretado ao governo francês, armado de 2 canhões, operados por artilheiros franceses, sob o comando do capitão de longo curso João Guerreiro Floquet; e "Benevente", comandado pelo também capitão de longo curso Jonthas d'Oliveira, igualmente equipado com 2 canhões, guarnecidos por artilheiros brasileiros.

- Em 1920, foi professor de Higiene e médico do "Wenceslau Braz", navio-escola de pilotos da Marinha Mercante, sob o comando do capitão de longo curso Pedro Velloso da Silveira.

- De 1921 a parte de 1923, serviu como veterinário do Serviço de Indústria Pastoral, do Ministério da Agricultura, com exercício na Inspetoria da Fiscalização do Leite e Derivados, no Estado do Rio de Janeiro.

- Ainda em 1923, exerceu as funções de chefe do Distrito, do Serviço de Saneamento Rural, em Sergipe.

- Em fevereiro de 1924, ficou com a responsabilidade global de várias atividades, quando o Governo de Sergipe, objetivando a unificação dos serviços estaduais de saúde, entregou ao Serviço de Profilaxia Rural os encargos que competiam à Diretoria Geral de Higiene e Assistência Pública, que nunca tivera condições de executá-los. Então, com a direção dos mesmos, antes da chegada a Sergipe do 1º chefe do Serviço de Profilaxia Rural, reestruturou, em novas bases, o Serviço Sanitário do Estado, quando, além de outras, deu início às seguintes tarefas: transferência para a municipalidade dos Serviços de Socorro de Urgência da capital; transferência do serviço de assistência aos mortos ou supostos que tais, para a Polícia Civil do Estado; intensificação da profilaxia das doenças transmissíveis; criação de Laboratório de pesquisas e análises, preparo de vacinas antivariólica e anti-rábica, idéia que o Governo do Estado ampliou, para fundar o Instituto Parreiras Horta, justa homenagem a quem o organizou e foi seu primeiro diretor; instituição, no Cemitério Santa Izabel, em Aracajú, de serviço de verificação de

óbitos sem assistência médica, mesmo na ausência de laboratório de Anatomia Patológica; criação de impressos, para atestado de óbito, segundo modelo adotado pelo Departamento Nacional de Saúde; emprego dos sais de antimônio no tratamento da esquistossomose mansônica, em substituição ao óleo essencial de quenopódio, o que provocou reações que se transformaram em caso político, de hostilidade ao Governo do Estado, que na, Câmara dos Deputados, foi defendido pelos deputados federais por Sergipe, Gilberto Amado e Gentil Tavares da Motta; instituição do Serviço Materno-Infantil, que deu origem ao Abrigo Maternal, que foi a semente da grande Maternidade de Aracajú, construída anos depois, pela benemerência do capitalista Francino de Andrade Melo; e incremento do registro de nascidos vivos em Aracajú, inclusive dos nascimentos ocorridos há algum tempo.

- Ainda em 1924, foi Incorporador e 1º Diretor da Companhia Agrícola do Estado de Sergipe.

- Em 1925, foi designado inspetor e Chefe de Distrito, do Serviço de Saneamento Rural do Estado do Rio de Janeiro.

- Em 1926 e 1927, foi nomeado, em comissão, Diretor do Serviço de Saúde de Sergipe.

- Ainda em 1927, ingressou no Departamento Nacional de Saúde, como Sub-Inspetor de Saúde dos Portos, cargo de provimento efetivo, após concurso de provas e títulos, em que se classificou em primeiro lugar.

- De 1927 a 1929, esteve como Sub-Inspetor da Saúde dos Portos de Pernambuco.

- De 1929 a 1940, participou ativamente, como requisitado pela Fundação Rockefeller, das campanhas contra a Febre Amarela e contra a Malária, esta transmitida pelo **Anopheles (Myzomyia) gambiae** (Serviço Cooperativo da Fundação Rockefeller e do Governo do Brasil), quando lhe coube desempenhar as funções de: Assistente do Diretor, no Estado da Paraíba; Assistente do Diretor, no Estado de Pernambuco; Assistente do Diretor, no Estado da Bahia; Diretor, no Estado de Pernambuco; Diretor, no Estado do Ceará; Diretor do Setor Maranhão-Piauí; Diretor do Setor Sul (Estados do Rio de Janeiro, de Minas Gerais e do Espírito Santo, com sede em Niterói); Diretor do Serviço de Vacinação Contra Febre Amarela, em Minas Gerais (750.000 pessoas imunizadas, no primeiro ano); Diretor da Divisão Epidemiológica do Vale do Chanaan, com sede em Barão de Petrópolis (Espírito Santo), quando descobriu a transmis-

são da febre amarela sem a presença do **Aedes aegypti**, posteriormente designada como forma silvestre, segundo comunicação feita, pelo próprio autor da descoberta, a 18 de março de 1932, em reunião presidida pelo Dr. David Bruce Wilson, na sede do Serviço de Febre Amarela (Fundação Rockefeller), no histórico palacete da Marquesa de Santos, com a presença de todos os chefes do SFA, na cidade do Rio de Janeiro, o que foi objeto de publicação do Dr. F. L. Soper, em co-autoria com H. A. Penna, ELEYSON CARDOSO, J. Serafim Jr. e J. Pinheiro, em edição de 5/11/1933, do Am. Hyg., (18:555-587) sob o título "Yellow Fever without **Aedes aegypti** - Study of Rural Epidemic in the Valle do Chanaan, Espírito Santo, Brazil, 1932" e de quem partiu a sugestão de ser a região chamada Vale do Chanaan (1932/1933); diretor da Divisão Epidemiológica que estudou um surto de febre amarela silvestre, em São João dos Patos (Maranhão), 1932; diretor da Divisão Epidemiológica, que estudou um surto de febre amarela silvestre, em Goiás, sede em Anápolis, 1935/37 (foram isolados 9 virus humanos); diretor da Divisão Epidemiológica de Maracajú-MT, que estudou um surto de febre amarela silvestre no sul do Estado, hoje MS (1937/38); diretor do Setor Rio Grande do Norte (Serviço de Malária do Nordeste), na campanha contra o **Anopheles gambiae**, transmissor africano, trazido, desde 1929, pelos "avisos" franceses que conduziam, com presteza, malas postais aéreas da Europa, via Dakar, até onde chegavam os aviões que, naquela época, não possuíam autonomia de voo para atravessar o Atlântico, com vistas a alcançar Natal-RN, de onde outros aviões retomavam o transporte a seu destino; após 2 anos de ingentes esforços, ele conseguiu, com a colaboração da equipe, a erradicação do invasor africano do território do Rio Grande do Norte, conforme proclamação feita, a 14 de setembro de 1940, pelo próprio ELEYSON CARDOSO, que comandou exército de mais de 1.200 homens, gastando cerca de 2.000 contos de réis.

- Em 1940, retornou ao Departamento Nacional de Saúde, quando exerceu atividades no Gabinete de Diretor Geral e no Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina.

- Em 1941 e 1942, foi delegado Federal de Saúde da 4ª Região, com sede em Fortaleza-CE; de 23/9/1942 a 3/4/1943, Delegacia Federal de Saúde da 3ª Região, com sede em Belém-PA; em 1943, Delegacia Federal de Saúde da 6ª Região, com sede em Salvador-BA.

– Posto à disposição do Governo do Rio Grande do Sul, de 1943 a 1946, desempenhou as funções de: Diretor do Departamento Estadual de Saúde, Membro do Conselho e Junta Regional de Estatística do Estado e Presidente Honorário da Sociedade de Combate ao Câncer.

– Em 1946 e 1947, posto à disposição do Governo de Pernambuco, foi: Diretor do Departamento Estadual de Saúde, Membro do Conselho Consultivo da Comissão Estadual da Legião Brasileira de Assistência, Membro-fundador da Escola de Enfermagem de Pernambuco, Presidente da 1ª Conferência Interestadual de Macanha, Salvador-BA (dezembro, 1946), Membro do Conselho de Proteção à Maternidade, à Infância e à Adolescência; em 1947 e 1948, ainda à disposição do Governo de Pernambuco: Secretário de Saúde e Educação, Presidente do Conselho Cultural, Artístico e de Turismo e Presidente da Comissão de Revisão dos Padrões de Vencimentos do Funcionalismo Estadual.

– Na condição de Representante da Delegacia Federal de Saúde da 3ª Região, dirigiu, no Maranhão, em 1948 a 1949: Centro de Saúde "Dr. Paulo Ramos", Divisão de Serviços Técnicos Centrais, do Departamento Estadual de Saúde; e Superintendência da Campanha contra uma epidemia de alastrim, na Ilha de São Luiz.

– De 1949 até 18/3/1961, voltou a ser Delegado Federal de Saúde da 3ª Região, sede em Belém-PA, quando, nesta última data, foi convidado pelo Ministro da Saúde (Edward Catette Pinheiro) para assumir o cargo, em comissão, de Diretor do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, em Brasília, e de cujo cargo foi dispensado quando se encontrava em viagem, pelo Norte do país, a fim de estabelecer melhor entrosagem com os serviços estaduais de saúde; durante sua permanência na DFS, em Belém, foi professor de Higiene e Saúde Pública, em 1951, da Escola de Enfermagem "Magalhaes Barata"; Vice-presidente, em 1953, da II Jornada Brasileira de Puericultura e Pediatria, além de Examinador no concurso para Docente Livre, de Higiene, na Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará e Chefe da Campanha de Assistência Médico-Sanitária, no Maranhão, às vítimas da Seca do Nordeste; em 1955, foi representante do Diretor dos Cursos, do Departamento Nacional de Saúde, junto aos Cursos Intensivos de Saúde Pública, que, no Pará, com a colaboração da Superintendência do Plano de Valorização Econômica da Amazônia (SPVEA), realizou a Delegacia Federal de Saúde da 3ª Região; 2º Vice-presidente do Instituto Bras-

leiro de Ciência e Cultura (IBECC), para cuja Seção do Pará foi eleito 2 vezes; em 1957, 2º Tesoureiro da Liga Contra a Lepra, do Pará.

– Em 1961, quando Diretor do S.N.F.M., de 18/3/1961 a 8/11/1961, foi Representante do MS na Junta de Controle da FSESP e Membro da Delegação que representou o Brasil na Reunião do Grupo Consultivo Interamericano (Entorpecentes), realizada na então Cidade-Estado da Guanabara, de 27/11 a 8/12/1961.

– Em 1962, designado em Portaria, serviu como Representante do Diretor Geral do DNS, junto ao Conselho Nacional do Serviço Social.

– Em 1963, foi Membro da Comissão Coordenadora dos Trabalhos dos I e II Salões de Artes Plásticas, da Universidade Federal;

– Em 1964, foi nomeado Secretário de Estado de Saúde Pública do Pará, e, a partir de novembro, passou a colaborar no Grupo de Estudos da Saúde do Instituto de Desenvolvimento Econômico e Social do Pará (IDESP).

– Em 1/6/1968, foi designado para Assessor de Saúde, na condição de Técnico Estagiário, depois Técnico Auxiliar (27/5/1969), Técnico (Portaria n. 1762/69, de 1/8/1969) e, por fim, Médico Sanitarista (Portaria n. 01033, de 11/3/1971), da Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia (SUDAM); rescisão de contrato de trabalho, em 30/9/1976, por limite de idade.

XXX

No decorrer da luta que ELEYSON CARDOSO travou, como elemento da Fundação Rockefeller, em 2 anos de ingentes esforços, harmonicamente conduzidos junto à sua equipe, contra a infestação do intruso africano *A. gambiae*, no Rio Grande do Norte – campanha memorável, inclusive de profunda repercussão internacional – houve episódios ilustrativos do empenho e da dedicação que marcaram o trabalho desenvolvido, praticamente sem falhas, com aquele objetivo. Como bem escreveu o grande Luiz da Câmara Cascudo, em magnífica crônica sobre o fato histórico, publicada em "A República", jornal oficial do Governo potiguar, edição de 8/10/1940, "esse combate é glorioso. As áreas de ação eram enormes. Todo o vale do Assú, Upanema, Paraú, Tibáú até Barra; Areas Alvas, Grossos, Sacramenta, a lagoa de Piató (que foi uma espécie

de encontro decisivo), vale do Ceará-Mirim, do Maxaranquape, Touros, Pureza, Taipú, Baixa Verde, Barreiras, perto de Macau, São José de Gostoso, costa de Tibáú até Igapó, Macaíba, São Gonçalo foram os teatros dessas escaramuças, um dia fixadas no merecido relevo". E, mais adiante, prosseguiu: "A munição, em 1939, chegou a 4 milhões de comprimidos de quinina e atebriana, deflagrados contra o **Gambiae**, na pessoa de suas vítimas", ao tempo em que "o verde-Paris recobria as águas" e "criou-se mesmo uma brigada típica, os famosos T.V.P. (Trabalhadores Verde-Paris) que já estão vivendo nos ritmos das emboladas sertanejas", sendo de notar que "para afastar o prejuízo dos julgamentos populares contra o verde-Paris, julgado venenoso mesmo em sua dosagem de 1 por cento, os drs. Barber e CARDOSO beberam, à vista do público, verde-Paris em doses cinco vezes mais elevadas".

XXX

ELEYSON CARDOSO deixou substancial bagagem de trabalhos técnicos: em 1922, "A propósito de Profilaxia Marítima da Peste" ("O Jornal", Rio de Janeiro); em 1923, "Contribuição ao estudo de Schistosomose no Estado de Sergipe" e "Estado atual da Organização Sanitária do Estado de Sergipe" (ambos nos Anais do 1º Congresso Brasileiro de Higiene); "Cianidrização em Profilaxia Marítima" e "Navios à prova de ratos" (ambos publicados na "Folha Médica", Rio); "Profilaxia das doenças venéreas na Marinha Mercante" (Discurso de posse na Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, ex-DF); em 1925, "O surto de varíola em Niterói, Estado do Rio" ("A Higiene", Niterói); em 1929, "Guia para Guardas do Serviço de Febre Amarela da Fundação Rockefeller", Recife-PE; em 1930, "Guia para os Guardas do Serviço de Febre Amarela da Fundação Rockefeller", Salvador-BA; "Inspeção Sanitária em Santa Maria Magdalena" (Serviço de Saneamento Rural do Estado do Rio de Janeiro); em 1943, "Atividades do Departamento Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul"; em 1944, Idem, idem, idem; "A cooperação à infância" (Relatório feito em colaboração com a Divisão de Assistência Médico-Social, apresentado em outubro à Assembléia Consultiva de Diretores de Saúde e Puericultores, presidida pelo Ministro de Educação e Saúde Gustavo Capanema) – (Arquivos do D.E.S. do Rio Grande do Sul, Vol. 5, 1944); "Normas Gerais para increment-

to da luta anti-venérea no Rio Grande do Sul" (Livraria Globo, Porto Alegre); Discursos na abertura e encerramento do 1º Curso Intensivo de Saúde Pública, em Porto Alegre, de que foi paraninfo à turma (Revista "A Samaritana", Porto Alegre, 1944); em 1946, Convênio Estadual da Maconha, em Salvador-Bahia (Relatório publicado em 1947, na Imprensa Oficial); "Diabismo ou Maconhismo – Vício assassino" (Coletânea de trabalhos da Comissão Nacional de Entorpecentes); "Medidas Profiláticas aplicadas à Febre Amarela" (Revista do SESP, tomo X, n. 1, 1958); "Prática de Saúde Pública – Epidemiologia" (Serviço de Saneamento Rural, no Estado do Rio de Janeiro); "Prática de Saúde Pública no Estado do Rio de Janeiro – Helmintoses" (Serviço de Saneamento Rural, no Estado do Rio de Janeiro); "O problema da filariose em Belém" (Relatório, que deu origem à Portaria n. 911, de 28/8/1951, do Ministro da Saúde Simões Filho, estabelecendo Plano de Combate à Filariose, a ser iniciado em Belém e em Manaus e, eventualmente, em Salvador-BA, devendo se estender a outros locais onde houver indicação (publicado em "A Vanguarda", Belém-PA, 1951); "Palestra sobre o Dia Mundial da Saúde" (Boletim do Rotary Clube de Belém, dia 12/4/1951); "O uso do lança-perfume, divertimento agradável e, ao mesmo tempo, perigo social" ("A Vanguarda", Belém-PA, 15/2/1969).

– Refira-se que são da lavra de ELEYSON CARDOSO vários trabalhos que não chegaram a ser publicados: "O Departamento de Saúde de Sergipe", 1924; "Inspeção Sanitária no município de Vasouras, Estado do Rio de Janeiro"; Discursos na abertura e no encerramento (Paraninfo à turma) do 2º Curso Intensivo de Saúde Pública (Porto Alegre, RS); Palestras radiofônicas sobre temas de saúde pública, em Pernambuco; Parecer sobre a situação do açude de Apíucos, no Recife; "O Departamento Nacional de Saúde em Pernambuco – 1946"; Anteprojeto de combate ao alcoolismo através da instalação, em Belém, de um dispensário especializado; Relatórios de vários anos das Delegacias Federais de Saúde da 6ª Região (Salvador-BA – 1943), 4ª Região (Fortaleza-CE, 1941-1942) e 3ª Região (Belém-PA, 1949 – 1961); Discurso na sessão magna realizada na Faculdade de Medicina do Pará, em homenagem póstuma ao Prof. João de Barros Barreto; "O problema da raiva na 3ª Região"; vários discursos nos Estados do Rio Grande do Sul, Pará, Bahia e Ceará; Palestras de Educação Sanitária nos Estados do Rio de Janeiro e Sergipe; Relatórios de Inspeções em diversos hospitais

nos Estados de Alagoas, Pernambuco, Maranhão e Território Federal do Amapá; "Amplitude na contribuição federal de referência aos problemas sanitários do Estado, Municípios e Territórios Federais" (II Conferência Nacional de Saúde, 1950); "Diretrizes para a profilaxia da varíola nas áreas rurais do país" (II Conferência Nacional de Saúde, 1950).

– Trabalhos elaborados em co-autoria: comigo, "Escorço histórico da febre amarela no Pará" e "Obituário da pandemia da influenza de 1918-1920, em Belém" (ambos apresentados ao I Congresso da Sociedade Médico-Cirúrgica do Pará, realizado em Belém, de 13 a 18/10/1967), "Marcos e Mortes, em Belém, da Gripe Espanhola" (apresentado à I Reunião Amazônica e II Reunião Paraense de Professores de História, realizadas em Belém, de 11 a 16/12/1967) e "A febre amarela no Pará" (edição da Assessoria de Programação e Coordenação, do Serviço de Documentação, da SUDAM, 1973); com o Prof. Camillo Martins Vianna, "Teratologia do obituário", 1967.

XXX

O Prof. Clóvis Meira, nosso eminente e muito estimado ex-presidente, publicou, em "O Liberal", de 24/03/1985, brilhante e afetuosa crônica sobre ELEYSON CARDOSO, da qual destaco, dentre outros trechos sumamente interessantes, os seguintes: "Da grande leva de médicos nascidos no Nordeste e que viveram a medicina no Pará, enriquecendo-a sobremodo, como Appio Medrado, Olimpio da Silveira, Francisco Pondé e tantos outros, ELEYSON CARDOSO pode ser considerado como dos mais eminentes, o que foi favorecido pela sua longevidade em boa saúde, mais de cinquenta anos de exercício fecundo da medicina". Mais adiante, assinala Clovis Meira: "Sempre foi um apaixonado pela música, acompanhando o movimento musical de Belém, em toda a sua plenitude, o que o levou ao casamento com a afamada cantora lírica Maria Helena Coelho, filha do sempre lembrado governador João Coelho, o mesmo que havia convidado o sanitarista Oswaldo Cruz a vir sanear Belém da febre Amarela". E assim concluiu: "O seu nome deve figurar na galeria dos grandes médicos sanitários do Brasil, ao lado de Barros Barreto, Oswaldo Cruz, Cardoso Fontes, Emílio Ribas, Carlos Chagas-Sousa Araújo e Belisário Penna".

– Conheci ELEYSON CARDOSO nos idos de 1954. Eu havia chegado de Porto Velho, capital do então Território Federal do Guaporé (depois Território Federal de Rondônia e hoje Estado de Rondônia), onde trabalhara, desde janeiro de 1940, primeiro como Chefe do Serviço de Saúde da Estrada de Ferro Madeira-Mamoré, com os seus 366 quilômetros de extensão, partindo do Estado do Amazonas, para, aos primeiros 7 quilômetros de via permanente, penetrar no Estado de Mato Grosso (concomitantemente, desempenhei os encargos de médico dos "soldados da borracha", do início ao término da "batalha da borracha", desencadeada, na Amazônia, após a tomada, pelos japoneses, das plantações do Oriente, na 2ª Grande Guerra); criado o Território Federal do Guaporé, em setembro de 1943 e instalado em janeiro de 1944, coube-me a tarefa de ocupar a Chefia da sua Divisão de Saúde, até que, com o surgimento e a implantação da Superintendência do Plano de Valorização Econômica da Amazônia (SPVEA), em 1953, passei a ficar à sua disposição, desde 1954, requisitado para colaborar na implementação do Órgão. Eleyson era titular, aliás, pela segunda vez, da Delegacia Federal de Saúde da 3ª Região, com sede nesta capital, onde, como era esperado, repetiu o brilhantismo de atuação, que lhe foi característica em todas as numerosas e importantes funções que desempenhou neste país.

E tive, então, oportunidade de lidar, de perto, com a dedicação, a competência e o empenho de bem servir, que lhe eram o apanágio de trabalho. Quer nos freqüentes contactos com a D.F.S., no propósito comum de pugnar pelos interesses da Amazônia; quer no IDESP, a cujo Grupo de Estudos de Saúde também pertenci; quer na SUDAM, onde, por mais tempo, desfrutei de seu companheirismo profissional, no dia-a-dia de nossas obrigações funcionais, sempre se revelou o elemento equilibrado, honesto e retilíneo, nos deveres e responsabilidades de técnico, de colega e de amigo, permanentemente devotado às boas causas. Tive-o, também, como companheiro de trabalho, no Conselho Estadual de Saúde do Pará, desde a instalação do Órgão, em 1972, quando, nos primeiros 4 anos, foi representante da SUDAM (Decreto n. 8049, de 27/07/1972, do Governo do Estado) e, em seguimento, como técnico de livre escolha do Governador do Pará, sempre reconduzindo a cada quadriênio (Decretos n. 9716, de 29/07/1976; de 24/06/1980 e de 24/07/1984), no decorrer do último dos quais a morte o surpreendeu, dentro do primeiro ano de desempenho, no dia 02/03/1985, 3 meses

nos Estados de Alagoas, Pernambuco, Maranhão e Território Federal do Amapá; "Amplitude na contribuição federal de referência aos problemas sanitários do Estado, Municípios e Territórios Federais" (II Conferência Nacional de Saúde, 1950); "Diretrizes para a profilaxia da varíola nas áreas rurais do país" (II Conferência Nacional de Saúde, 1950).

– Trabalhos elaborados em co-autoria: comigo, "Escorço histórico da febre amarela no Pará" e "Obituário da pandemia da influenza de 1918-1920, em Belém" (ambos apresentados ao I Congresso da Sociedade Médico-Cirúrgica do Pará, realizado em Belém, de 13 a 18/10/1967), "Marcos e Mortes, em Belém, da Gripe Espanhola" (apresentado à I Reunião Amazônica e II Reunião Paraense de Professores de História, realizadas em Belém, de 11 a 16/12/1967) e "A febre amarela no Pará" (edição da Assessoria de Programação e Coordenação, do Serviço de Documentação, da SUDAM, 1973); com o Prof. Camillo Martins Vianna, "Teratologia do obituário", 1967.

XXX

O Prof. Clóvis Meira, nosso eminente e muito estimado ex-presidente, publicou, em "O Liberal", de 24/03/1985, brilhante e afetuosa crônica sobre ELEYSON CARDOSO, da qual destaco, dentre outros trechos sumamente interessantes, os seguintes: "Da grande leva de médicos nascidos no Nordeste e que viveram a medicina no Pará, enriquecendo-a sobremodo, como Appio Medrado, Olimpio da Silveira, Francisco Pondé e tantos outros, ELEYSON CARDOSO pode ser considerado como dos mais eminentes, o que foi favorecido pela sua longevidade em boa saúde, mais de cinquenta anos de exercício fecundo da medicina". Mais adiante, assinala Clovis Meira: "Sempre foi um apaixonado pela música, acompanhando o movimento musical de Belém, em toda a sua plenitude, o que o levou ao casamento com a afamada cantora lírica Maria Helena Coelho, filha do sempre lembrado governador João Coelho, o mesmo que havia convidado o sanitarista Osvaldo Cruz a vir sanear Belém da febre Amarela". E assim concluiu: "O seu nome deve figurar na galeria dos grandes médicos sanitários do Brasil, ao lado de Barros Barreto, Osvaldo Cruz, Cardoso Fontes, Emílio Ribas, Carlos Chagas-Sousa Araújo e Belisário Penna".

– Conheci ELEYSON CARDOSO nos idos de 1954. Eu havia chegado de Porto Velho, capital do então Território Federal do Guaporé (depois Território Federal de Rondônia e hoje Estado de Rondônia), onde trabalhara, desde janeiro de 1940, primeiro como Chefe do Serviço de Saúde da Estrada de Ferro Madeira-Mamoré, com os seus 366 quilômetros de extensão, partindo do Estado do Amazonas, para, aos primeiros 7 quilômetros de via permanente, penetrar no Estado de Mato Grosso (concomitantemente, desempenhei os encargos de médico dos "soldados da borracha", do início ao término da "batalha da borracha", desencadeada, na Amazônia, após a tomada, pelos japoneses, das plantações do Oriente, na 2ª Grande Guerra); criado o Território Federal do Guaporé, em setembro de 1943 e instalado em janeiro de 1944, coube-me a tarefa de ocupar a Chefia da sua Divisão de Saúde, até que, com o surgimento e a implantação da Superintendência do Plano de Valorização Econômica da Amazônia (SPVEA), em 1953, passei a ficar à sua disposição, desde 1954, requisitado para colaborar na implementação do Órgão. Eleyson era titular, aliás, pela segunda vez, da Delegacia Federal de Saúde da 3ª Região, com sede nesta capital, onde, como era esperado, repetiu o brilhantismo de atuação, que lhe foi característica em todas as numerosas e importantes funções que desempenhou neste país.

E tive, então, oportunidade de lidar, de perto, com a dedicação, a competência e o empenho de bem servir, que lhe eram o apanágio de trabalho. Quer nos freqüentes contactos com a D.F.S., no propósito comum de pugnar pelos interesses da Amazônia; quer no IDESP, a cujo Grupo de Estudos de Saúde também pertenci; quer na SUDAM, onde, por mais tempo, desfrutei de seu companheirismo profissional, no dia-a-dia de nossas obrigações funcionais, sempre se revelou o elemento equilibrado, honesto e retilíneo, nos deveres e responsabilidades de técnico, de colega e de amigo, permanentemente devotado às boas causas. Tive-o, também, como companheiro de trabalho, no Conselho Estadual de Saúde do Pará, desde a instalação do Órgão, em 1972, quando, nos primeiros 4 anos, foi representante da SUDAM (Decreto n. 8049, de 27/07/1972, do Governo do Estado) e, em seguimento, como técnico de livre escolha do Governador do Pará, sempre reconduzindo a cada quadriênio (Decretos n. 9716, de 29/07/1976; de 24/06/1980 e de 24/07/1984), no decorrer do último dos quais a morte o surpreendeu, dentro do primeiro ano de desempenho, no dia 02/03/1985, 3 meses

e 12 dias antes de completar 93 anos de idade, arrebatando-o ao convívio de sua família, de seus amigos, de seus colegas, de seus admiradores.

XXX

Antes de sua união com Maria Helena, a voz educada e do mais primoroso aprumo, que a sociedade belemense se acostumou a admirar e a cultuar com fervor – herança materna de Irene Esquiroz, **prima-dona** de companhia lírica, que a todos encantava, inclusive ao brilhante engenheiro, de formação européia, que contingências políticas levaram ao Governo do Pará, a partir de 1º de fevereiro de 1909 – e tive o deleite de conhecê-la pessoalmente, já em idade provectora, mas sempre alegre, expansiva, extrovertida, gênio de artista consumada, que enfeitiçava platéia – morou ELEYSON, por longos anos, como hóspede no Central Hotel, na Av. Presidente Vargas, à guisa de solteirão de boa índole, passivamente acomodado à vida de solidão, mas em estudo.

Ouvi murmúrios, talvez a título de boa pilhéria, que Irene, asediada por João Coelho, lhe falara que, antes de tudo, tomasse providências para que a febre amarela, então epidêmica, em Belém, onde, anteriormente, houvera dizimado companhia lírica quase por inteiro, fosse debelada, como passo fundamental para entendimentos outros, pois que – era natural da Espanha – sabia da gravidade e da preferência com que o mal acometia os estrangeiros. Daí – dizia-se – a razão do maior empenho com o que o Governador do Pará atuou junto a Osvaldo Cruz, que fora contratado, após o sucesso altaneiro e estrondoso alcançado na ex-capital federal contra o transmissor urbano, à época reconhecido, do mal, para verificar o estado sanitário das populações do âmbito da Estrada Ferro Madeira-Mamoré, lá nos confins do Amazonas e Mato Grosso e da Port of Pará, aqui em Val-de-Cães, ambas de capitais ingleses, representados no Brasil por Percival Faquhar, que ainda cheguei a conhecer, já em idade avançada, mas lúcido, na antiga capital federal. Pois bem. Arrisquei-me perguntar a Irene se essa história era verídica, e ela me atendeu com esfuziante gargalhada, sem responder diretamente à indagação. . . Fiquei na dúvida de existir, de permeio, algum visor de exatidão nessa galhofa tão gostosa. . .

XXX

ELEYSON era homem de sociedade, um **gentleman**, na acepção plena do termo, um cavalheiro de estirpe privilegiada, em suma. Personalidade forte, um exemplo de dedicação, de convicções sadias, de otimismo inato.

Também, um chefe amigo. E amigo devotado. E profissional cioso de sua profissão.

Mereceu distinção, ao grau de Grande Oficial, da Ordem de Mérito Grão/Pará, que lhe foi atribuída, em 06/10/1978, pelo Governador Professor Clóvis de Moraes Rego.

Mas, por cima de tudo, "foi um apóstolo da Saúde Pública", indiscutivelmente, como o reconheceu Clóvis Meira, em momento de feliz inspiração!

JOSÉ PAES DE CARVALHO: Médico e Estadista *

Leonidas Braga DIAS
Membro Titular da Academia de Medicina do Pará

Mesmo que o calendário não indique, na data de hoje, nenhum acontecimento importante, para quem vos fala agora, passará o dia a ser significativo.

Hoje, somente a partir de hoje, é que me sentirei realmente integrado à Academia de Medicina do Pará. A posse conjunta, na bela cerimônia do dia 16 de fevereiro de 1989, apenas formalizou o convite que me foi feito para compor o quadro de membros desta Academia, mas não chegou a incorporar ao meu espírito o sentimento de acadêmico. Um outro sentimento, contudo, foi sobejamente gratificado – o de me sentir paraense, participe de uma agremiação de elite deste Estado que, por opção, adotei como terra para viver e morrer.

Talvez, influenciado pelo tradicionalismo, mas não por vaidade, desejasse justificar parte do mérito que me foi atribuído, iniciando as atividades na Academia com o elogio do meu patrono, não como um discurso subordinado à crítica e julgamento, porém, para me mostrar afeito aos fatos da terra e aos homens da terra, como qualquer nativista.

Paraense por opção, como disse, migrado de outro extremo desta imensa Amazônia, aqui aportei por três vezes, havendo em cada estada, fatos marcantes na minha vida. Na primeira delas, fiz a escalada do curso de medicina, galghei o título, coleí grau com a turma de 1953 da antiga Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará. Na segunda, muito breve, concretizando um compromisso afetivo, contrai matrimônio, em 1957. Na terceira, transformada em definitiva permanência, gerei uma filha, nascida paraense. Afetiva e oficialmente, estou ligado ao Pará. Contudo, hoje, somente hoje, sinto a sensação de formalizar o meu registro de naturalidade paraense,

* Trabalho apresentado na Sessão de 24.04.1991

falando de um filho da terra, que por ela batalhou e deu tudo de si para vê-la engrandecida e o seu povo saudável e feliz.

Ao me ser oferecida a lista da Academia para a escolha de patronos, detive-me no nome de JOSÉ PAES DE CARVALHO, cadeira 29 e nela me fixeí, não por conhecimento antecipado de seus atos e méritos, mas por estar ele associado a nome de uma instituição pública de ensino – o COLÉGIO ESTADUAL PAES DE CARVALHO, cuja tradição me fora passada, nos anos em que aqui permaneci como estudante de medicina, por colegas de turma, entusiasmados “ex-ginásianos”, que me contaram histórias e glórias de seu velho “Ginásio”.

Conservo imenso carinho às coisas e às pessoas ligadas à ventude, à minha em especial, porém mal sabia eu que o elo de associação do ilustre homem paraense ao órgão de ensino não só é justo, como também é o que mais tem persistido, senão o único, em Belém, ainda não rompido o que traduz o reconhecimento pelo que tanto fez PAES DE CARVALHO, em seus quatro anos de governo e tantos outros de lides no Pará e pelo Pará, terra que um dia deixou contrariado pela incompreensão de alguns contemporâneos seus, pouco lúcidos, e por honradez.

Passando do nome ao homem, aprofundando-me nas informações sobre PAES DE CARVALHO, tem sido uma grande satisfação conhecê-lo mais e mais, e uma frustração imensa constatar que quase tudo o que se fez de justiça à sua memória, neste “país sem memória”, como dizem, e neste Pará sem memória, digo eu, tem sido perdido, tem sido refugado, sem uma segunda e oportuna reposição. Apagam-se os registros efetivados e sobre eles inscrevem-se outros, esquecendo-se o antigo, como se a história deva ser escrita apenas com o que de mais novo ocorre.

Tenho tido uma grande satisfação, repito, em escarafunchar a vida de um homem superior ao seu tempo, capaz de oferecer o máximo aos seus contemporâneos e capaz de construir e também desejar o melhor para o futuro.

Então, vejamos quem foi JOSÉ PAES DE CARVALHO.

Noventa anos já decorreram entre o final de governo do Dr. JOSÉ PAES DE CARVALHO, no Estado do Pará, até os nossos dias.

Centro e quarenta anos e um pouco mais entre o nascimento do nosso ex-governador e os presentes momentos.

Toda essa distância, que pode envolver várias gerações de uma única família, embora não apague o brilho e a importância de nosso patrono nesta Academia, cria dificuldades para que possamos, como desejávamos, traçar com riqueza de detalhes a sua vida. Conforta-nos, contudo, podermos ainda identificar uma grande parte de sua obra e constatar o seu prestígio como profissional médico, como político e como administrador; sabermos da riqueza moral que acumulou no seu longo viver, contemplado por seus contemporâneos e lagada à sua família.

Uma folha morta, perdida no arvoredo, sozinha, não expressa a beleza da paisagem e não diz de sua participação na harmonia da natureza.

Trazemos a figura de PAES DE CARVALHO livre e solta entre datas e fatos isolados; esboçamos a sua caricatura ou relacionarmos os seus feitos, não nos parece meritório. Seria como expor troféus e os momentos das conquistas, esquecendo o conquistador e as suas lutas.

Uma folha solta de um livro não nos revela toda a trama e as emoções de um romance.

Para falarmos de PAES DE CARVALHO, tentaremos voltar aos seus dias, conviver com os seus pares, andar nas ruas que ele andou, cruzar as esquinas que ele teve de cruzar. Só assim o compreenderemos e lhe daremos o justo valor.

Diferentemente do tanto que se falou e comentou em seus trinta ou mais anos de vida pública, no Pará são poucas as palavras escritas sobre o cidadão JOSÉ PAES DE CARVALHO. Mesmo, sobre o médico, são escassos os registros. Do político, estão as críticas, exaltadoras ou depreciativas, verdadeiras ou facciosas. Do administrador, estão consagrados os seus atos e obras em documentos e publicações oficiais, matéria farta, indelével.

Para tentarmos, não reconstruir, mas entender a figura de PAES DE CARVALHO, conhecer os seus anseios, as suas dúvidas e, assim compreendermos as suas atitudes, aplaudirmos os seus feitos, tentaremos recompor o seu tempo, envolvendo-nos na mesma atmosfera que ele respirou.

Nascido em 1850, graduado em medicina em 1873 e tendo governado o Pará no quadriênio 1897-1901, PAES DE CARVALHO atuou em momentos de grandes transformações políticas, econômicas e sociais, não só regionais, mas e sobretudo nacionais.

Educação na Europa, agiu, também, sob a influência do que lá vivenciou, pois lá forjou a sua cultura geral, médica e política.

Nascendo ao findar a primeira metade do século XIX, em 12 de novembro, chegava ao mundo num Brasil imperial ainda sob os efeitos de lutas internas conseqüentes à Independência proclamada por D. Pedro I, que, no Pará, tiveram exaltadas e arrastadas manifestações de nativistas e de fiéis reinóis, culminando com a guerra dos cabanos; num Brasil pressionado pelas idéias anti-escravagistas; num Brasil ainda em luta pelas suas fronteiras.

Ao nascer, em Belém do Pará, em um sobrado da travessa do Pelourinho (atual travessa 7 de Setembro), de número 33, certamente a cidade não está muito diferente do que a encontrou HENRY WALTER BATES, naturalista inglês que aqui aportou em 28 de maio e a retratou com sensibilidade e fidelidade, em 1848.

Aproveitamos, assim, as palavras do naturalista para conhecermos a Belém daquela época:

"Na manhã do dia 28 de maio chegamos ao nosso destino. O aspecto da cidade ao amanhecer era extremamente aprazível. . . os prédios brancos com seus telhados vermelhos, as numerosas torres e cúpulas das igrejas e conventos, e o topo das palmeiras elevando-se por traz das casas – tudo isso fortemente delineado por um céu azul e límpido – dão a cidade uma aparência de leveza e alegria altamente estimulante".

Mas, o **aprazível** impacto do panorama de Belém, visto de longe, da baía de Guajará, lamentavelmente, não correspondia à realidade urbana logo após encontrada pelo ilustre visitante, que depois nos diz: "À época de nossa chegada a cidade do Pará ainda não se tinha se recuperado dos efeitos de um série de rebeliões, provocadas pelo ódio existente entre brasileiros e portugueses. . . O número de habitantes da cidade tinha diminuído em conseqüência desses distúrbios, e de 24.500 em 1819 havia passado para 15.000 em 1848. . . A cidade parece ter visto melhores dias; os prédios públicos, inclusive os palácios residencial e episcopal, a catedral e as igrejas e conventos pareciam ter sido construídos segundo um padrão de qualidade muito acima das necessidades atuais."

Atento observador, de suas andanças pela cidade, lembra o primeiro passeio e nos conta: "Passamos primeiramente por algumas ruas próximas ao porto, marginadas por prédios altos e sombrios semelhante conventos, pelas quais transitavam ociosamente

alguns soldados de uniformes rotos, com seus mosquetes apoiados displicentemente no braço, bem como sacerdotes, mulheres negras com potes d'água na cabeça e índios de ar melancólico carregando os filhos nus escanchados sobre os quadris. Entramos depois numa rua estreita e comprida... habitada pelas classes mais pobres... Grupos de pessoas tomavam a fresca à porta de suas casas – gente cuja pele tinha todas as tonalidades, européias, negra e indígena, mas eram principalmente uma confusa mistura das três raças”. Em outro trecho, diz ainda BATES: “As ruas marginadas por vastas residências particulares, em estilo italiano, apresentavam-se em mau estado de conservação, com matos e arbustos nascidos de grandes rachaduras nas paredes. As vastas praças públicas estavam cobertas de mato, e extensos trechos alagados tornavam-nas intransitáveis.”.

Esta era a Belém, a cidade do Pará, como a ela se referiu BATES, na qual, dois anos depois, nasceria PAES DE CARVALHO. Uma cidade decadente, de aparência marasmática. Uma cidade ainda padecente de efeitos diretos e indiretos de repetidos atos arbitrários das autoridades provinciais que não conseguiam, como diz RICARDO BORGES, “... evitar ou conter a paranóia dos Comandantes das Armas, que a elas se sobrepunham, praticando massacres”, entre os quais ‘os maiores e mais monstruosos que a História do Brasil registra, e assinalam a transposição do regime Colonial ao Brasil Independente: os de 13 de julho e 20 de outubro de 1823. Em três meses, o governo assassinou, frio, impiedoso, impune, cerca de 400 paraenses indefesos...”. Sucessivos atos indignos que levaram o paraense à guerra da Cabanagem, “... que foi em verdade, única insurreição meramente popular que o Brasil ainda registra”, como ainda opina RICARDO BORGES, cujas últimas refregas ocorreram em 1835 e cujos efeitos retardados ainda se faziam sentir.

A agradável silueta de “... torres e cúpulas... em um céu azul e límpido...”, observada por BATES, mostrava, como ele próprio supôs, os vestígios do transitório esplendor da era pombalina, mormente sob o governo de Mendonça Furtado, quando a Província do Grão Pará experimentou um surto de obras públicas, que incluiu a construção do Palácio do Governo, e também foram construídas igrejas, num trabalho em grande parte projetado e executado por ANTONIO JOSÉ LANDI, e quando o cacau cultivado na Província, era a grande fonte de receita para o Reino. “... O Grão Pará na

segunda metade do século (Século XVIII), os seus maiores dias, esde a fundação de Belém em 1616” (UBIRATAN ROSÁRIO).

“Com a Cabanagem desabava a estrutura agrícola que se montara durante o século anterior com tecnologia européia. Por volta de 1840 estava encerrado o ciclo da agricultura paraense, encerrava-se afinal a era **do cacau na Amazônia**”, como diz UBIRATAN ROSÁRIO.

Falida a principal atividade que evoluiu para uma cultura racional e eficaz; baseada a economia regional no extrativismo, era sombrio o futuro da Província. Não obstante, observará BATES, que “O comércio... estava começando a florescer...”.

O comércio da borracha já contribuía para esta alentadora situação. Produto em valorização crescente, mostravam os números a sua influência e as esperanças da região. De 31 toneladas exportadas em 1827, registrava o ano de 1848 mais de 900 toneladas e, em 1850, 1.566 toneladas e meia.

Ainda permanecia em Belém, BATES, no ano em que nasceu PAES DE CARVALHO. Por certo a cidade, como dissemos acima, não sofrera significativas mudanças em seu urbanismo. Mas, um fato novo se acrescentara para martirizar, ainda mais, a sua população: Trazida pela barca dinamarquesa “Pollux”, em janeiro, e logo após pela charrua brasileira “Pernambucana”, procedente de Pernambuco, onde grassava o mal, chega à Província, pela primeira vez, a febre amarela. “Testemunha ocular e bem informada, estimou em 12.000 o número dos enfermos, dando para a população de Belém 16.000 habitantes!” (ARTHUR VIANNA). Neste ano, morreram do mal 593 pessoas da capital.

“Até 1848 a salubridade do Pará era extraordinária”, nos revela BATES, “Mas a cidade não desfrutou por muito tempo da imunidade contra as epidemias”.

“Ainda em 1850, “... quando aqui reinou pela primeira vez a febre amarela, não houve varíola intercorrente, mas o sarampo irrompeu durante o segundo semestre, matando até 31 de Dezembro 94 pessoas.” (ARTHUR VIANNA).

Filho de um bem sucedido comerciante português nascido na Ilha de Açores, senhor Pedro Paulo de Carvalho, e de dona Olympia Angela Paes de Souza, paraense, filha de uma família de destaque na sociedade local, PAES DE CARVALHO iniciou os seus estudos em Belém porém, ainda aos 10 anos de idade, foi mandado para

Lisboa, afim de prosseguir seus estudos, até a formatura em medicina.

Nesses interregno, fatos importantes ocorreram em sua cidade natal e na região amazônica. Ainda em 1850, a província fora desmembrada, com a autonomia da porção ocidental que passou a constituir a Província de São José do Rio Negro, pela Lei n. 582 de 5 de setembro. Sobre este fato, UBIRATAN ROSÁRIO enfatiza que "O Grão Pará, em declínio, reduzirá seu território, perdendo a Capitania de São José do Rio Negro que se transformará em província autônoma em 1850. Escasseando os grãos plantados (de cacau), o Grão Pará termina perdendo o nome Grão, ficando apenas Pará, primeiro como província do Império, sujeita já não mais diretamente a Lisboa mas ao Rio de Janeiro, depois como Estado, na República". Pela Lei n. 586 de 6 de setembro, surge a autorização da navegação a vapor, na Amazônia, com a primeira viagem do vapor "Guapiaçu", barco de guerra, que em dezembro de 1851 leva para Manaus o governador da província vizinha, BENTO DE FIGUEIREDO TERNREIRO ARANHA, o qual registra que "Apesar da falta de acomodações, que não as tem essa barca. . . viemos em dezessete meio dias desde 10 de Dezembro de 1851, em que saímos do porto de Belém até ao d'esta capital, onde aportamos a 27 do mesmo". Mas o tráfego de linhas regulares só ocorrerá a partir de 1853. Em 1851, o governo aprovou, pelo decreto 201 de 25 de outubro, "... o contrato celebrado com José da Ponte e Souza para iluminar a capital da província a gaz líquido (Kerozene) e a azeite de andiroba... o contratante se obriga a empregar 120 lampeões a gaz e 54 a azeite de andiroba, cesando assim o uso da iluminação colonial, que era a manteiga de tartaruga". A iluminação de Belém só voltaria a ser modificada em 1864, com o emprego de gás hidrogênio carbonado, a partir de 13 de maio daquele ano. Outro evento progressista ocorreu em 1854, com a inauguração dos telégrafos. Em 1855, mais uma vez, pesa sobre a cidade a desgraça de uma epidemia, esta vez, de cólera morbus, "fazendo entre os sete últimos meses do ano de 1855 e os dois primeiros de 1856, um total de 1.052 vítimas, das quais 884 brasileiros e 168 estrangeiros" (ERNESTO CRUZ), em uma população de cerca de 20.000 habitantes, como era a de Belém. Nos anos seguintes aos de 1850, com índices decrescentes até 1854, a febre amarela faz 130 vítimas em 1855 e 71 em 1856, apresentando-se "como um fator constante no obituário" (ARTHUR VIANNA), transformando-se em doença endêmica.

Graças aos progressos da industrialização da borracha, este produto amplia cada vez mais as suas utilizações e, assim, fomenta a sua extração e o comércio: "Em 1820 Thomas Hancock tirou sua primeira patente para o uso do cautchouc em artigos de vestir... Em 1823, Charles Macintosh, de Glasgow, prepara impermeáveis por um processo seu. Esse preparo, contudo, submetido a grande calor ou frio, era destruído. Charles Goodyear descobriu, então, em 1823, que a borracha, combinada com o enxofre adquiria aquela qualidade e resistia às altas e baixas temperaturas. Em 1842, Hancock na América, onde Goodyear trabalhava, conseguiu alguns pedaços dessa borracha preparada, e depois de experiências sucessivas descobriu o processo hoje conhecido por **Vulcanização**. Esta realmente foi a mais importante descoberta, porque deu à borracha um valor prático que antes tinha sido impossível obter... Desse tempo em diante, os aperfeiçoamentos na manufatura e usos da substância rapidamente cresceram, e a borracha tomou a posição do mais importante e valioso produto do mundo". (MANUEL LOBATO).

Já desdobradas as províncias do Amazonas e do Pará, somente esta última, em 1858, exportou mais de 1.745 toneladas de borracha. Nesse mesmo ano, como um dos reflexos inegáveis do progresso, a capital paraense conta com 12 profissionais médicos e 4 cirurgiões inscritos na Inspetoria de Saúde, além de 7 farmacêuticos e 4 droguistas.

Ao regressar ao Pará, depois de mais de sete anos excursionando pela Amazônia Ocidental, BATES, chegado aos 17 dias de março declara que Belém "Já não tinha mais aquele aspecto de arcaico, com as ruas cheias de mato e casas desmanteladas, que eu ficara conhecendo em 1848. A população tinha aumentado para 20.000, devido ao influxo de imigrantes portugueses, madeirenses e alemães... As ruas outrora sem calçamento e cheias de pedras soltas e areia, estavam agora caprichosamente pavimentadas; as casas feitas fora do alinhamento haviam sido demolidas e substituídas por construções mais uniformes... Sessenta veículos para transporte coletivo, além de cabriolés (muito deles fabricados no Pará) enchiam agora as ruas, contribuindo para aumentar a animação das bonitas praças, ruas e avenidas". Em contrapartida, também assinala BATES: "Em 1848, o Pará era uma das cidades em todo o continente americano onde era mais barata a vida, atualmente está entre as de vida mais cara".

Em junho, ainda de 1859, visita Belém ROBERT AVÉ-LAL-LEMANT, ilustre estudioso alemão, que depois fixou residência no Brasil, que nos diz: "Pará, ou antes S. Maria de Belém do Pará, uma cidade de 25.000 habitantes, causa boa impressão, vista do rio, embora tudo nela pareça velho. Destacam-se vetustas igrejas; a Alfândega mesmo é um velho convento de grandes dimensões. O magnífico palácio do presidente é, sem dúvida um dos melhores edifícios do Brasil; desejaria especialmente que o Imperador tivesse um igual no Rio de Janeiro. . . As ruas do Pará apresentam igualmente bom aspecto. Vêm-se muitas casas distintas, grandes e bonitas, verdadeiros palácios em miniatura, mas todas antigas, do tempo em que Portugal se trasladou para o Brasil, e o Pará deveria ser a capital".

Essa era a Belém, que se transformava e, ao mesmo tempo, conservava aspectos que, pouco a pouco, se incorporavam ao que de mais característico ainda hoje possui.

Carente de sistema hospitalar, contando apenas com unidades das forças armadas e o antigo Hospital do Senhor Bom Jesus, inaugurada ainda em 1787, na rua da Vigia, Cidade Velha, após a criação de uma enfermaria para atendimento de membros da irmandade, aprovada na assembléia geral de 20 de julho de 1862, a Venerável Ordem Terceira de São Francisco da Penitência do Grã-Pará, de acordo com resolução da assembléia de 15 de junho de 1864, ordena "... que seja construído no pátio, ao lado direito da capella, uma casa de três pavimentos para servir de enfermaria. . ." É o início do Hospital da Ordem Terceira, em Belém, que será inaugurado a 1º de janeiro de 1867, e que também servirá de asilo "dos irmaos decreptos e abandonados". (ANTONIO BAENA).

O progresso e a importância da Amazônia são inquestionáveis. Em 1867 os portos da Amazônia são abertos ao comércio do mundo.

Belém, igualmente, acompanha a escalada, passando a contar com a Biblioteca Pública, inaugurada a 25 de março de 1867. O serviço de transportes urbanos entram nos trilhos. Os "bondes", carros puxados por parelhas de alimárias, sobre trilho, em linha regular, liga o Largo da Sé ao largo de Nazaré, além da ermida, atendendo a concessão feita ao americano JAMES B. BOND, pela Carta de Lei n. 585 de 23 de outubro de 1868, com "... o privilégio exclusivo por

Em 1872, ano que antecede o regresso de PAES DE CARVALHO ao Pará, Belém conta com cerca de 30.000 habitantes, quase o dobro da época em que ele nasceu.

De sua presença na Europa, há referência de ter sido um destacado aluno. No dizer de CHERMONT DE BRITTO, "Nele o talento cedo madrugou, e os seus cursos foram coroados das notas mais distintas e dos premios mais consagradores". Participou de manifestações estudantis pró-republicanas, colaborando com o jornal de classe "O Rebate", o primeiro jornal republicano que Portugal editou, mostrando, desde cedo a sua tendência liberal, posteriormente manifesta com todo vigor e desassombro no Pará e no Brasil.

Sem menor brilho, na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, defendeu a sua tese de doutorado sobre "**Phlegmasia alba dolens**", formando-se aos 22 anos de idade. Antes de regressar ao Brasil, "O pai, generoso, ainda lhe proporcionou uma longa viagem pela Europa. Em Paris e Viena, cidade de sua especial predileção, demorou-se mais de um ano" (CHERMONT DE BRITTO). Nessa ocasião, também fez estudos de economia e finanças, outra tendência inata que cultivou e aplicou com igual valia, juntamente com a medicina, na sua dupla atividade de médico e de administrador.

Em Portugal, viveu sob o reinado de D. Luiz I, tempo de relativa acalmia política, depois de repetidas investidas e intervenções de franceses e espanhóis em terras portuguesas, que cobravam aos Bragança compromissos assumidos ou lhes cobijavam as terras ibéricas e de além mar.

Ao retornar ao Brasil, passou PAES DE CARVALHO pela Bahia, e em Salvador, revalidou, com êxito o seu diploma, defendendo a tese "Tratamento das feridas articulares", em 1875, segundo AVERTANO ROCHA.

Não há informações sobre os primeiros anos de atividades de PAES DE CARVALHO em Belém. Mas, não resta dúvida de que, com a refinada educação e cultura de que era portador, aliadas às suas finas maneiras, logo conquistou a afeição e a confiança da sociedade belemense e, por seu espírito democrático, sensibilizou todas as classes sociais.

Por ANTONIO BAENA, sabemos que, pela ata da reunião de 29 de setembro de 1877, da Venerável Ordem Terceira, "O irmão dr. JOSÉ PAES DE CARVALHO é nomeado médico adjunto do hospital, em substituição do dr. BUENO MAMORÉ, que se acha fora do Império".

Em 1877 é inaugurado o Hospital D. Luiz I, da Real Sociedade Beneficente Portuguesa e, "Em 1878 é nomeado para o mesmo hospital o Dr. JOSÉ PAES DE CARVALHO", como registra PENNA DE CARVALHO em "Evolução da medicina no Pará", artigo publicado na Revista do Instituto Histórico e Geográfico do Pará.

Neste último ano, também, "Em Novembro... o Presidente da Província designou para o serviço de vacinação os Drs. PEDRO DOS NAVEGANTES e JOSÉ PAES DE CARVALHO, para o 1º distrito... ", havendo quatro distritos em Belém, como também informa PENNA DE CARVALHO naquele mesmo artigo.

Um grande acontecimento é vicenciado certamente, por nosso elogiado: Em fevereiro de 1878, é inaugurado o belo e majestoso Teatro da Paz, outro marco da grandeza e opulência da época. "Afinal, a 13 de fevereiro de 1878 abriram-se as portas do Teatro, ao som da Orquestra Sinfônica, dirigida pelo maestro maranhense Francisco Libânio Collas. A seguir, a Companhia de Vicente Pontes de Oliveira encenou o primeiro espetáculo de gala: o drama "As duas Orfãs", de A. D'Annery" (LEANDRO TOCANTINS).

Criatura de grande sensibilidade, espírito liberal, PAES DE CARVALHO, ainda no Velho Mundo, "sentiu o horror da mancha ignominiosa que pesava sobre o Brasil" – a escravidão negra. "A escravatura fazia-o sofrer. De lá mesmo, em cartas a seus pais, falava na urgente necessidade de o Brasil extinguir a escravidão" (CHERMONT DE BRITTO). Uma vez no Pará, participou das campanhas abolicionistas.

Em 24 de julho de 1880, casou-se com dona ANGELA AUGUSTA PINTO, sua prima e filha de um ilustre médico da cidade, Dr. AUGUSTO THIAGO PINTO. Fixou residência na rua São Vicente número 14, esquina com a rua das Gaivotas, hoje ruas Manoel Barata e 1º de Março, respectivamente.

"No ano inteiro de 1877 e no seguinte até Junho, não foi registrado um único óbito pela variola. Julgavam todos extinta a mortífera epidemia, quando, a seguir, veio ter à capital um novo elemento de transporte d'esse mal: a emigração cearense. A horrível seca que devastou o Ceará de 1877 a 1879, elevou a emigração para a nossa província ao apogeu... Com eles emigrou a variola. Em 31 de março de 1880, foi extinta a enfermidade do Tucunduba por falta de doente... Neste ano, apenas no mês de Janeiro houve 4 óbitos por variola... Mas a epidemia não estava acabada e devia de novo to-

mar incremento em 1883 e anos subsequentes". Em 1883 houve 75 óbitos por variola. No ano seguinte, eclodiu uma epidemia que vitimou, em Belém, 587 indivíduos, sendo que este novo surto "deve ser contado de Outubro de 1883 a Dezembro de 1884", segundo ARTHUR VIANNA, de onde coletamos toda as informações deste parágrafo.

Para o médico, o ano de 1884 deverá ter sido de grande trabalho e ajuda às populações carentes, pois tinha entre as mesmas grande penetração, mas também deverá ter alegrado, em parte, o espírito do abolicionista: nas províncias do Amazonas e do Ceará foi decretada a abolição dos escravos negros. A esses fatos, seguiu-se, no ano seguinte, a Libertação dos Sexagenários e a Abolição dos açoites aos escravos que, juntamente com a Lei do Ventre, muito antes decretada, em 1871, marcaram grandes conquistas que antecederam a Abolição da Escravatura em todo o Brasil, a 13 de maio de 1888.

Após a epidemia de varíola de 1884, Belém estivera sob controle, com o último óbito pelo mal ocorrendo em abril de 1885. Não obstante, por "... inobservância do rigor necessário" e "o serviço do porto, como sempre claudicante", que "deixou que desembarcasse, sem as cautelas necessárias, um passageiro vindo do sul, atacado do mal. Este doente constituiu um foco da maléstia, na casa para onde o conduziram, foco que irradiou logo, dando começo à epidemia" (ARTHUR VIANNA). Era março de 1887. Neste ano há 61 vítimas, em Belém e, no ano seguinte, a epidemia mata mais 747 pessoas e, até o fim do surto já em 1890, morreram 927 pessoas.

Para um abolicionista, homem liberal, transformar-se em republicano foi apenas um passo, pois, "Da campanha da Abolição para a República...", assim o foi. "Abolição e República, no Pará, escreveu o arguto historiador paraense Vicente Sales, representaram um só movimento. A Abolição é o suporte da propaganda republicana" (In CHERMONT DE BRITTO). "Em Belém, à medida que a cruzada pela liberdade dos escravos se afirma triunfante, crescem as forças republicanas" (CHERMONT DE BRITTO).

Em sendo assim, as inclinações políticas de PAES DE CARVALHO estão definidas.

No dizer de AVERTANO ROCHA, "... um dos partidos monárquicos quis aproveitar-lhe as aptidões, o prestígio nascente e o eleger deputado provincial. A democracia, porém, já lhe havia con-

quistado os melhores estímulos cívicos... declinou então do mandante que lhe fôra conferido, e desta arte, cedendo às naturais inclinações de seu caráter, fez a sua profissão de fé republicana".

Fez-se propagandista da República, juntamente com LAURO SODRÉ e JUSTO CHERMONT, cujo trabalho, no Pará, "... irrompeu em janeiro de 1885, 15 anos após o Manifesto de 1870, e antecederia em 4 anos a implantação da República" (RICARDO BORGES).

No ano seguinte, laconicamente, o "Diário de Notícias" surge com a seguinte convocação: "Alguns cavalheiros de nossa sociedade, pretendendo fundar um Clube Republicano nesta Capital, reunir-se-ão, no próximo domingo, a uma hora da tarde, na casa n. 16 sita no arraial de Nazaré, e convidam todas as pessoas que com unguem dos mesmos ideais republicanos, a comparecerem a essa primeira reunião" (RICARDO BORGES). Era a casa residencial do guarda-livros ANTONIO SÉRGIO DIAS VIEIRA DE FONTOURA, o local aprazado. Seria no dia 11 de abril, que marca a fundação do CLUBE REPUBLICANO DO PARÁ. Na segunda reunião, na residência do Dr. MANOEL BARATA, na rua Dr. Malcher, número 23, JOSÉ PAES DE CARVALHO foi eleito o primeiro presidente do clube. As terceiras e quarta reuniões, em 25 e 31 de maio, domingos subsequentes, tiveram lugar na residência do presidente eleito.

Nas eleições desse ano de 1886, em junho, o Clube elegeu, com mínima votação, elegeu o suplente de vereador GENTIL BITENCOURT, porém, em agosto, para o Legislativo do Estado, não logrou eleger os candidatos JUSTO CHERMONT e PAES DE CARVALHO.

Um jornal do Clube entra em circulação no dia 12 de setembro, bem como são intensificadas as atividades dos propagandistas pelo interior do Estado. "O "Diário de Belém", da direção do dr. ANTONIO FRANCISCO PINHEIRO e o "Diário de Notícias", de JOÃO CAMPBELL, facultam suas colunas à colaboração republicana" e "... em 1888, "A Província do Pará", de que eram redatores o dr. JOSÉ JOAQUIM DE ASSIS e ANTONIO JOSÉ DE LEMOS, tornou-se sympathica à causa da República" (JORGE HURLEY).

Cresce o prestígio dos republicanos, cresce o prestígio de PAES DE CARVALHO ao ponto de, no momento da Proclamação da República, em 1889, d'entre figuras importantes e autoridades militares comprometidas com o movimento, ser ele o escolhido para

intimar e depor o Presidente da Província. Também é PAES DE CARVALHO o civil que recebe, de QUINTINO BOCAIUVA, o telegrama com a notícia da Proclamação, antecipando-se ao conhecimento local das autoridades constituídas. É na casa de PAES DE CARVALHO que, na noite de 15 de novembro, se reúnem os membros do Clube Republicano, pois a sua sede estava sendo vigiada pela polícia, para serem discutidas as medidas a serem tomadas no dia seguinte.

É bastate conhecida a crônica que relata os fatos ocorridos no dia 16 de novembro de 1889, dia em que o Pará aderiu à República, do que há a relíquia da frágil mesa em que PAES DE CARVALHO, de mediana estatura, elevou-se para dialogar e submeter o Presidente SILVINO CAVALCANTE DE ALBUQUERQUE, e em cujo mármore foram inscritas palavras alusivas ao fato.

Com a Proclamação da República, o Clube Republicano do Pará perde a função, é extinto e cede lugar ao PARTIDO REPUBLICANO.

PAES DE CARVALHO faz uma pausa nas atividades políticas e se volta inteiramente à clínica. Seus mais ardentes objetivos políticos estão concretizados. É o que se há de julgar. Porém, é eleito Senador Federal e participa, como 2º Secretário, da Constituinte Nacional de 1890. No ano seguinte, desta vez como Senador Estadual, participa e preside a Constituinte Estadual, trabalho que realiza em poucos dias. Eleito Senador Estadual em 20 de abril, em 22 de junho apresenta a Carta Magna do Estado. Em 3 de novembro, ainda de 1891, renuncia à senatária federal, "em protesto ao ato do presidente da República, general Deodoro da Fonseca, dissolvendo o Parlamento"

Mais uma vez volta à medicina. Mais uma vez volta a população de Belém a contar com os prestimosos serviços do humanitário e benquisto médico, que atua em toda as organizações hospitalares da cidade.

Após a adesão do Pará à República, ao governo provisório da Junta, formada por JUSTO CHERMONT, presidente, tenente-coronel BENTO JOSÉ FERNANDES JÚNIOR, representante do Exército, e o capitão-de-fragata JOSÉ MARIA DO NASCIMENTO, representante da Armada, segue-se o governo de JUSTO CHERMONT, por nomeação federal, o qual, por ter sido nomeado logo após Ministro do Exterior, cede lugar ao capitão-tenente da Armada DUAR-

TE HUET BACELAR PINTO GUEDES, que passará o cargo ao primeiro governador eleito do Pará, LAURO SODRÉ, tudo isso ocorrendo até fevereiro de 1897.

No intervalo, no ano de 1892, PAES DE CARVALHO é reeleito Senador Federal, para a sua própria vaga, deixada por renúncia. Bem como, na ausência de LAURO SODRÉ, é feito presidente do Partido Republicano. E, em 1896, é eleito Governador do Estado, cargo que inicia a exercer em 1º de fevereiro de 1897.

"Médico, mas de acentuado senso jurídico o profundo conhecimento de finanças, o novo governador sabia da precária situação financeira do Estado e divisava o seu agravamento em virtude de estar o governo da República vencendo uma aguda crise econômica e monetária do país e conseqüente reabilitação cambial, enquanto o Pará e a Amazônia dependentes, em verdade, de um único produto, a borracha, sujeito a oscilações de preços, na disputa de seu mercado internacional, que criara e era a sua única fonte de permutas", "... a crise tornava-se crescente e dentro dela PAES DE CARVALHO governaria o Estado" (RICARDO BORGES).

O despeito de tudo, "O Pará inteiro vibrou de alegria e entusiasmo. Poucos homens públicos subiram ao poder por entre tantas e tamanhas expansões de júbilo popular como esse grande estadista paraense. Ainda não se apagara a lembrança da sua campanha pela Abolição, da luta pela República. Todos lhe reconheciam a formação democrática, a pureza dos seus ideais republicanos, a elegância das atitudes políticas, a larga competência no que se referia às necessidades da região, o temperamento generoso e nobre, todas as virtudes e qualidades indispensáveis a um estadista. O povo paraense conhecia-o, admirava-o, confiava nele, e por isso elegeram-o por consagrada votação". (CHERMONT DE BRITTO).

Não foram fáceis os dias de PAES DE CARVALHO no governo do Pará. Além da crise econômica, intercorrências outras tumultuaram o seu espírito.

Mal se estabelecera na direção do Estado, enfrentara a necessidade de ajudar o Governo Central na Campanha de Canudos. Trouxe glórias ao Pará e, posteriormente, contrariedades pessoais, num incidente com um dos heróis paraenses da dita campanha. Além de prestar a participação do Estado, prestou-se a obter, do Governador do Amazonas, igual atitude diante dos apelos do Presidente da República nesse evento.

Ajustar as finanças do Estado foi o seu grande desafio, embora recebendo de LAURO SODRÉ um saldo financeiro positivo. Em seu manifesto, publicado no Diário Oficial de 1º de fevereiro de 1897, data de sua posse, entre outras palavras, escreve: "... desde 1892 até o último exercício, ultrapassando cada ano as previsões orçamentárias. Mas, ao lado dessa causa real, uma outra de feição acidental influe sobre esses excessos, que maravilham, tão extraordinários são eles. Aludo assim é óbvio, à baixa taxa de câmbio, que por um lado determina acréscimos aparentes na receita e por outro não só encarece-nos a vida no presente, como ainda nos prepara dificuldades que sentiremos no futuro próximo, se desde já não nos acautelarmos contra os enleios enganadores que produzem fortes cifras monetárias, sempre que não temos na devida conta as variações da unidade a que se referem".

Em seus cuidados de financista, procurou estabelecer o orçamento do Estado, as receitas e despesas, em padrão ouro. E, como refere AVERTANO ROCHA, "Os professores do Estado também recebiam os seus vencimentos em ouro, pontualmente, e à razão de 7\$000 ou por hora de lição", na Escola do Comércio, uma das instituições de ensino que fez criar.

O ensino foi outra preocupação fundamental para PAES DE CARVALHO. Durante o Império e nos primeiros anos de República, ao ensino se oferecia uma série de leis e regulamentos desordenados. Ele fez uma nova e integral regulamentação, assim como incrementou o número de estabelecimentos de ensino, e são palavras suas, em relação ao ensino profissionalizante: "Especial atenção merecerá o ensino profissional. Sem a aptidão profissional, em suas variadas manifestações, não nos poderemos julgar um povo verdadeiramente autônomo e independente. É o conhecimento profissional que nos habilitará a agir sobre o pequeno pedaço do planeta que habitamos, modificando-o pelo trabalho pacífico, inteligente, no sentido do aperfeiçoamento crescente da civilização".

Com projetos de governos anteriores, inclusive o assentamento de estruturas fundamentais, fez construir e aparelhou em seu governo o Instituto Lauro Sodré, hoje Colégio Estadual. Instituto de Educando Artífices, como era chamado, que se avantajou sob a orientação e determinação de PAES DE CARVALHO, transformando-se em uma instituição de renome nacional e mesmo internacional, recebendo alunos de países nos vizinhos.

Duas preocupações, que fluíram paralelamente, foram a colonização e a diversificação da cultura agrícola. Preocupado com o mono-extrativismo a que nos submetíamos, tudo fez para incrementar, para fomentar uma independência de nosso abastecimento e estabelecimento de novas fontes de receita, e não a exclusividade da extração da borracha e seu comércio.

Em momentos em que se elegera a hoje chamada Zona Bragantina para assentamento preferencial de migrantes colonos, com as conseqüências da seca nordestina de 1897, apesar de todas as pressões negativas a que foi submetido, acedeu ao apelo das circunstâncias e naquela área estabeleceu milhares de flagelados. Mesmo contrariando a opinião de muitos, soube ser humano, soube ser brasileiro.

Proclamada a República, estabelecidas as unidades da Federação, coube a PAES DE CARVALHO a luta pela legitimação das fronteiras do Estado do Pará, o que fez com todo o senso de estadista, de diplomata, de patriota e de paraense que era. Em seu governo, não só as fronteiras com as Guianas Francesas e Inglesas foram estabelecidas, como também as linhas divisórias deste Estado com os de Mato Grosso e do Amazonas foram definidas. Foram tão profícuas as suas ações nesse setor, que "A 'Folha do Norte', sempre tão violenta nas suas críticas ao Governo Paes de Carvalho, não pôde deixar de registrar e enaltecer o êxito de PAES DE CARVALHO na questão dos limites com a França... E Paulo Maranhão escreveu: "O Sr. Dr. Paes de Carvalho deve considerar o dia de hoje como o mais belo, quicá, do seu Governo, este, em que ele vai ter o inefável contentamento de saber que restituirá aos seus governados o Estado do Pará, íntegro e intacto como o encontrou há quatro anos... PAES DE CARVALHO está entre os estadistas brasileiros, que como escreve o bravo e brilhante ARTHUR CEZAR FERREIRA REIS, impediram que a cobiça estrangeira roubasse o fabuloso patrimônio territorial que os portugueses no legaram". (CHERMONT DE BRITTO).

Correndo paralelamente o seu governo com o do intendente ANTONIO LEMOS, viu PAES DE CARVALHO a cidade de Belém apresentar a grande transformação urbanística que experimentou com o ciclo da borracha na Amazônia. Pelo menos o início das obras que vestiram Belém de suas mangueiras e lhes criaram a fisionomia ainda hoje admirada. Sob seu governo, tiveram início as

obras do Mercado de Ferro, elemento paisagístico que integra a silhueta de Belém, quer vista da baía de Guajará, quer vista de terra, compondo o postal que é o Ver-o-Peso.

Muitas foram as obras de PAES DE CARVALHO, muitos os seus atos em prol de seu Estado e de seu povo. Não os enumeramos todos. Mas há alguns que não deveremos esquecer por honra da profissão que exerceu e que, aqui, nos integra. De seu humanitário labor há, além de outros registros que não tivemos acesso certamente, há aqueles de que atendeu, em últimas instâncias, em conferência médica, a renomada professora MARIANA HESKETH CAVALEIRO DE MACEDO VIANA, primeira esposa de ARTHUR VIANNA, e o de que "... com a sua sabedoria tantas vezes arrancou da morte o genial CARLOS GOMES..." (CHERMONT DE BRITTO). De seu zelo pela ciência, pelo progresso e engrandecimento de sua terra, há o fato de que participou e muito fez para a fundação e para a atuação da Sociedade Médico-Pharmaceutica, criada em 8 de novembro de 1897 e instalada solenemente a 1º de fevereiro de 1898, entre as comemorações de seu primeiro ano de governo. Ao se constituir a sociedade, participaram como fundadores, além de outras classes, representantes de várias atividades párra-médicas ou culturais, 54 médicos, aos quais posteriormente aderiram mais 13 profissionais da medicina. Preocupado com o destino da juventude paraense, além do ensino básico e profissionalizante de nível médio, pela Lei 629 de 22 de maio de 1899, criou as escolas superiores de direito, engenharia e medicina, sendo que esta, só posteriormente e por iniciativa privada, teve lugar. Pela Lei n. 546 de 2 de junho de 1898, reformou o serviço sanitário, "de modo a colocá-lo à par das melhores instituições congêneres". Finalmente, em 15 de agosto de 1900, participou da inauguração do Hospital da Santa Casa de Mericórdia, para cuja construção e instalação tanto ajudou, de modo que "Os serviços d'este notável facultativo distinguiram-se tanto, que a assembléia geral resolveu recompensá-los com o título de sócio benemérito e com a medalha de caridade, de que trata o artigo 72 dos estatutos" (ARTHUR VIANNA).

Todos os que o descreveram, em biografias ou e leves notas, são unânimes em lhe realçar a figura elegante, cortês e inspiradora de confiança, mas, lembramos o perfil que dele esboçou o professor AVERTANO ROCHA, quando das celebrações aqui ocorridas durante o seu centenário de nascimento. Nos diz o mestre: "O Dr. PAES DE CARVALHO, conhecemo-lo, de vista embora, quando aluno des-

te educandário, então Liceu Paraense. Tinha um vulto imponente, um andar nobre e a cabeça já encanecida. Extremamente simpático e empolgante, sempre muito bem trajado, usava habitualmente sapatos de polimento, terno de fraque talhado pelos melhores alfaiates, e chapéu de coco. Profundamente democrático, quando governador, nem por isso deixava de atender os seus chamados clínicos a domicílio. Frequentava hospitais e muitas vezes, vimo-lo de pé, a trafegar como pingente, pela cidade, nos antigos bondes da Companhia Urbana. Gozava, por isso, de extrema popularidade".

Este é o Dr. JOSÉ PAES DE CARVALHO que também temos em mente e que desejamos que todos lembrem. Sim, porque apesar de termos relacionado, até o momento, cerca de 20 diferentes maneiras de homenageá-lo e não deixar que se esgote a sua memória, constatamos que, salvo três medalhões de bronze incrustados em edifícios e nonumentos públicos, resta apenas, como a maior e expressiva manifestação de reconhecimento pelo que ele tanto fez, o Colégio Estadual PAES DE CARVALHO.

Os rumos da política não foram os que desejaria PAES DE CARVALHO. Nem todos os propósitos de seus companheiros de lutas republicanas coincidiram com os seus. Apesar de tudo o que realizou ou tentou realizar com integridade e leais interesses, foi injuriado, foi injustiçado. Daí sua renúncia à política, mesmo com todo o prestígio que lhe agraciava a população.

Após se retirar da política e de seu país de nascimento, refugiou-se na Europa, de onde trouxera toda a sua formação. Ao Pará não mais voltou. Ao Brasil, ocasionalmente veio.

PAES DE CARVALHO morreu com mais de 92 anos, em Paris, em 1943.

De seu casamento com dona ANGELA AUGUSTA PINTO, nasceu-lhe um único filho, PEDRO PAULO PAES DE CARVALHO, nascido em Belém em 31 de julho de 1890, do qual conta com uma admirável descendência.

As últimas homenagens ao ilustre vulto paraense foram-lhe prestadas em 1975, quando o governador do Estado, FERNANDO GUILHON, fez trasladar as cinzas de PAES DE CARVALHO pra repousarem, no Palácio LAURO SODRÉ, ao lado das de AUGUSTO MONTENEGRO.

RESPONSABILIDADE MÉDICA: Um tema em estudo*

Clodoaldo F. R. BECKMANN
Presidente Acad. Medicina do Pará

A **Academia de Medicina do Pará**, dentro de sua programação cultural e motivada pela importância do assunto, promove, em mesa redonda, o estudo do tema "Responsabilidade médica". Sobre o mesmo, far-se-ão ouvir os professores de Direito Reinaldo Silveira, João Batista Klautau Leão e Fernando Facury Scaff, que abordarão a responsabilidade civil e penal dos médicos e das instituições médicas, bem como o professor Sérgio Martins Pandolfo, Titular desta Academia, que se pronunciará sobre o aumento das demandas contra os médicos.

O estudo é oportuno e atual, face à frequência com que, nos últimos tempos, uma série de ocorrências envolvendo médicos e instituições médicas têm sido trazida a público, em noticiário jornalístico, sem que as denúncias, muitas vezes, sejam acompanhadas por elementos de prova, transformando-se, destarte, em simples instrumentos de ataque à profissão médica, ao médico individualmente ou às instituições médicas.

O atendimento médico estabelece entre o profissional e o paciente um verdadeiro contrato. A relação se produz qualquer que seja o local de trabalho, das visitas domiciliares aos consultórios, ambulatórios e hospitais, onde, de acordo com as necessidades do paciente, o atendimento possa ser exercido corretamente.

A obrigação de fazer pode resultar, inclusive, da prestação de socorro em casos de urgência, sem a solicitação pessoal do paciente ou de quem o represente.

O contrato médico-paciente tem uma natureza especial. Ele não obriga o médico a curar, nem poderia fazê-lo, obviamente. Obriga-o, isto sim, a utilizar seus conhecimentos, sua ciência e sua arte para proporcionar ao paciente cuidados adequados, aplicados

* Mesa-Redonda realizada no dia 27.03.1991

com prudência e acompanhados de atenção, diligência e zelo, visando à cura.

São estes os elementos fundamentais da responsabilidade, da qual não se pode falar sem referir o mestre Afrânio Peixoto, que relacionou o respeito devido pela sociedade à profissão médica, não só à capacidade científica mas, também, ao exercício responsável.

O interesse do estudo do tema não se restringe à apreciação dos problemas da patologia ou das reações orgânicas imprevisíveis que, por si só, recomendam critérios especiais de julgamento. Decorre, paralelamente, do emprego da tecnologia médica, da verdadeira explosão do conhecimento que resultou em numerosas especialidades, da possibilidade de utilização dos recursos recomendados, da formação universitária, dos aspectos sociais do atendimento à população em geral e das condições de trabalho.

Compreendendo que o estudo da responsabilidade médica, como da ética, envolve conceitos multi-profissionais, a **Academia de Medicina do Pará** integra-se a professores e profissionais do Direito, na intenção de obter os mais proveitosos resultados.

RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO*

Reinaldo SILVEIRA
Advogado Prof. Adj. UFPA

Atendendo ao gentil convite do Prof. Dr. Clodoaldo Fernando Ribeiro Beckmann, Ilustre Presidente desta Academia, tenho a satisfação de aqui comparecer para discorrer sobre o tema RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO, para esse Augusto Sodalício.

A satisfação cresce, na medida em que, venho a esta Casa, a que me ligo por profundos laços familiares que marcaram minha vida indelevelmente, porquanto meu Avô, Dr. Olímpio Cardoso da Silveira e meu Pai, Prof. Dr. José Rodrigues da Silveira Netto, consumaram a maior parte de suas vidas na construção da Faculdade de Medicina do Pará, cujo histórico prédio abriga e compõe o que há de melhor na cultura médica deste Estado, e onde hoje se abriga esta Academia.

Por outro lado, vislumbro na iniciativa desse órgão, a compreensão de problemas modernos que assolam a sociedade de um modo geral, e os médicos de forma particular, e encontros desse jaez não só engrandecem os profissionais das áreas afetas, como são de todo salutares nas relações inter-acadêmicas.

O tema eleito pela direção da Academia não poderia ser mais pertinente, apaixonante e atual, e diz respeito à RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO, merecedente de tantos epítetos, pois, é tão extenso, quanto complexo, e se prestaria, se aprofundado, facilmente, a elaboração de vasta obra.

Cumpra-me, pois, sintetizar o assunto de forma objetiva, precisa e clara, sem discussões estéreis, de sorte a trazer à baila o problema fulcral da oração, situando a posição direito brasileiro, confronte a temática, e sobretudo não cansá-los com a retórica tão ao gosto dos bacharéis.

Em primeiro lugar, se torna imperioso situar o tema Responsabilidade Civil, acentuando, desde já, que não é um fenômeno ex-

* Mesa Redonda realizada em 27.03.1991

clusivo da vida jurídica, mas se conecta com os todos os domínios da vida social.

Há, sem embargo dos esforços doutrinários, um acirrado debate no plano doutrinário sobre a exata noção do termo RESPONSABILIDADE, que já se arrasta pelas centúrias. Afinal, confessadamente os juristas reconhecem o problema da definição, sendo a de JOSSERANO uma dentre tantas, mas com um laivo de aprovação.

Para o juriconsulto francês, deve ser considerado "responsável aquele que em definitivo suporta um dano".

Entretanto, essa noção nem sempre foi reconhecida ou adotada.

Nos primórdios da humanidade não se cogitava de responsabilidade, eis que a provocação de um dano, propiciava uma imediata e pronta reação, baseada no instinto, e de conseqüências brutais em relação ao ofensor, sem qualquer preocupação de regras adequadas ou limitações.

A essa época de desenvolvimento sócio-cultural do Homem, não se cogitava de direitos, mas simplesmente de vingança, a Vingança Privada, tal como ensina Alvimino Lima, em sua obra "Da Culpa ao Risco" (S. Paulo, 1938, p. 10), extermada de maneira "primitiva, selvagem talvez, mas humana, da reação espontânea e natural contra o mal sofrido; solução comum a todos os povos nas suas origens, para a reparação do mal pelo mal."

Ainda nesse tempo, e não podendo a reação ser imediata e pronta, seguia-se a vindita meditada, que resultou na pena de Talião, do olho-por-olho, e do dente-por-dente.

Não há que se falar em responsabilidade, menos ainda em Responsabilidade Civil nessa fase.

Em um outro momento da História, que se segue à Pena do Talião, adota-se um período que é chamado de Período da Composição, o qual o ofendido percebe vantagens e conveniências, substituindo a vindita, pela compensação econômica.

Sucedendo que, a vingança foi substituída por uma composição de cunho econômico, posta a critério da vítima, mas a vindita subsistiu ainda como modo de reparação do dano, já que não se falava ainda de culpa, como elemento que alicerçasse a recomposição pelo prejuízo.

Somente quando o Estado se organizou como tal, e chamou a si a autoridade da jurisdição, adotando o conceito de soberania, é

que se retirou da vítima o poder de fazer justiça pelas próprias mãos. A composição econômica passou a ser a regra obrigatória, desprezando-se a sua voluntariedade que a caracterizava anteriormente.

Interessante notar que ainda nessa fase, as mais diversas e esdrúxulas tarifações à composição dos danos foram previstas, ainda impregnadas de crueldade e incompatíveis com o espírito de nossa época. É o que se infere, por exemplo, no Código de Manu e na Lei das Doze Tábuas.

Deve-se a Roma, a diferenciação feita entre pena e reparação. Foram os romanos que detectaram que a pena, correspondia aos delitos públicos, que eram considerados ofensas mais graves, pois perturbavam a ordem pública. Tais delitos, importavam em pena de caráter econômico, e quando imposta ao Réu revertia aos cofres públicos. Já nos delitos privados, a imposição quando suportada pelo réu, cabia ao ofendido.

Desta sorte, o Estado com a sua função jurisdicional exclusiva, afastou de todos o direito de punir, decretando, conseqüentemente, o surgimento da ação de indenização.

A partir do século passado, entretanto, com o advento das máquinas, e sobretudo a partir do final da Primeira Grande Guerra Mundial, com o avanço tecnológico, sempre crescente, o problema da responsabilidade vem merecendo do Direito, seguidos aprimoramentos, no fito compatibilizar a lei com a realidade social, a fim de que não se deixe sem ressarcimento a vítima.

Dá-se ser peremptório ingressarmos no campo do Direito Brasileiro, atual, para examinarmos a situação hodierna.

O Código Civil Brasileiro, no art. 159, dispõe que:

"Art. 159. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência, ou imperícia, violar direito, ou causar prejuízo a outrem, fica obrigado a reparar o dano. A verificação da culpa e a avaliação da responsabilidade regulam-se pelo disposto neste Código, arts. 1.518 a 1.532 e 1.537 a 1.553."

O mesmo diploma legal, estatui no art. 1.545, o que segue:

"Art. 1.545. Os médicos, cirurgiões, farmacêuticos, parteiras e dentistas são obrigados a satisfazer o dano, sempre que da

imprudência, negligência ou imperícia, em atos profissionais, resultar morte, inabilitação de servir ou ferimento.”

Ao estabelecer o preceito contido no art. 159, o direito brasileiro, inspirado no Código Civil francês, erigiu como regra, quase que geral, a teoria da culpa, como pressuposto para caracterização da responsabilidade civil, e de resto do dever de ressarcir.

Interessante notar, que o dever de indenizar, decorre da noção de dolo, isto é, quando o agente por ação ou omissão pretende, quer a ocorrência do fato; ou da noção de culpa, ou seja, quando agente, por ação ou omissão, negligência, imprudência ou imperícia, causa dano a outrem.

Posto não tenha se filiado, de modo, exclusivo à teoria da culpa, na medida em que o Código reconhece a culpa presumida em algumas passagens, a tônica da legislação brasileira é essa: o dever de indenizar decorre do dolo ou da culpa do agente, que por ação ou omissão provoca prejuízos.

Se essa é a regra, o direito brasileiro, “*pari passu*”, vem admitindo, através de diplomas legais, a Responsabilidade Objetiva, isto é, a responsabilidade sem culpa, pois, dia a dia, cresce entre nós a chamada Teoria do Risco ou Objetivo, em contraposição à clássica e cediça Teoria Subjetiva, onde prevalece a idéia de culpa.

Cotejadas as duas teorias, que não são exercícios acadêmicos fúteis ou vazios, mas de ampla repercussão prática, temos que:

a) A Teoria Subjetiva, onde a responsabilidade se esteia na noção de culpa, cabendo à vítima a prova da culpa do agente, e se demonstrada a negligência, imprudência e imperícia deste, decorre o dever de indenizar;

b) A Teoria Objetiva, ou do Risco, que tem como postulado indissociável que todo dano é indenizável, e deve ser reparado por quem a ele se atrela por um nexo de causalidade, desprezando-se a idéia clássica de culpa.

Para a segunda das teorias, toda a pessoa física ou jurídica, que exerce alguma atividade cria um risco de dano para terceiros, devendo, por isso mesmo ser compelida a reparar o dano, ainda que sua conduta esteja isenta de culpa.

A adoção desta teoria, para alguns, impõe um retrocesso à Antiguidade, visto que abraçaria a idéia da vingança anteriormente mencionada.

Nossa legislação já alberga esta teoria na lei de Acidentes no Trabalho, no Código Brasileiro do Ar, na Lei que regula a Responsabilidade Civil das Estradas de Ferro, e quando se refere à Responsabilidade Civil do Estado, onde prevalece o dever de indenizar mesmo sem a existência ou prova da culpa.

Assim, notamos que convivem as duas teorias no seio do direito civil brasileiro, e pelo que se nota do Projeto de Código, tal situação tende a permanecer.

Curial, igualmente, para a compreensão perfeita do tema, é tecermos algumas breves considerações sobre a Responsabilidade Contratual e a Responsabilidade Extracontratual.

Quanto à Responsabilidade Contratual, como o próprio nome está a dizer, definem-na os doutos como o dever de indenizar decorrente de um contrato. O inadimplemento de uma avença regularmente celebrada, gera ao prejudicado o direito de postular a reparação, nos termos do que prescreve o art. 1.056, do Código Civil Brasileiro.

No que pertine a Responsabilidade Extra-contratual, cogita-se de haver responsabilidade de ressarcir, quando o agente infringe um dever legal, não previsto ou decorrente de um contrato. Vale dizer, não há vínculo jurídico preexistente, além da própria lei, entre ofensor e ofendido, quando aquele pratica o ato ilícito.

A legislação brasileira, adota no Código Civil, tanto a responsabilidade contratual, como a extra-contratual.

Impende aludir algumas diferenças entre as duas espécies:

a) Na responsabilidade contratual, o credor somente está obrigado a demonstrar que a obrigação pactuada não foi cumprida, e o devedor só não será condenado a ressarcir se evidenciar que o dano ocorreu por culpa exclusiva da vítima, caso fortuito ou força maior, incumbindo, pois, ao devedor o ônus da prova. Além disso, a fonte de onde emana a obrigação é o contrato.

b) Na responsabilidade extracontratual o autor tem o ônus, inversamente da primeira, de demonstrar que o agente agiu com culpa – negligência, imprudência e imperícia. A origem do dever de ressarcir está na obrigação geral, ensartada no art. 159, que ninguém deve lesar, ou que não se deve causar dano à outrem.

Acentue-se mais, que os pressupostos da responsabilidade decorrentes do art. 159, CCB, são:

a) Ação ou omissão: qualquer pessoa física ou jurídica, que por ação ou omissão, cause danos, há de ressarcí-lo, seja o ato próprio ou de terceiro que esteja sob guarda do agente;

b) Culpa ou Dolo do Agente: a vítima, via de regra, deve demonstrar o dolo ou culpa "stricto sensu" do agente, para fazer jus a indenização;

c) Relação de Causalidade: na qual se exige uma relação de causa e efeito entre a ação ou omissão do agente e o efetivo dano ocorrido, sem que não há que se cogitar de obrigação de indenizar;

d) Dano: há de ser provado, pois, sem preuízo evidenciado – material ou moral – não decorre a obrigação de reparar dano.

Feitas essas considerações preliminares, que dão bases sólidas à compreensão exata do tema, passamos a enfrentar a responsabilidade civil do médico, em si mesma considerada.

Primeiramente, impõe-se situar a responsabilidade civil do médico, como do tipo de responsabilidade contratual. Muito já se discutiu na doutrina, com reflexos na jurisprudência dos tribunais, sobre se a responsabilidade do profissional da medicina seria contratual ou extracontratual. Hoje não mais pairam dúvidas a respeito dessa responsabilidade.

A despeito desse entendimento, que se rigorosamente aplicado levaria a conclusão de que haveria inexecução de uma obrigação, se o médico não obtivesse a cura do seu paciente, ou se os recursos empregados não satisfizessem, decorrendo daí o dever de indenizar todas as vezes que o doente não ficasse curado, posicionou-se contrariamente a tal entender AGUIAR DIAS, em clássica obra, respaldado na doutrina francesa.

No sentir de insigne civilista pátrio, posto admita que a responsabilidade médica seja contratual, a mesma "não tem, ao contrário do que poderia parecer, o resultado de presumir a culpa."

Com efeito, a responsabilidade contratual pode ou não ser presumida, e no caso do médico não o é.

Assim se tem entendido porque via de regra, o médico no desempenho de suas funções não tem comprometido um determinado resultado, mas apenas exige-se-lhe que se conduza de certa forma.

No caso do médico, especificamente, não há o compromisso de curar, mas tão somente o de proceder de acordo com as regras e os métodos da profissão.

Resta desse entendimento, que para o paciente a vantagem é limitada para obter indenizações médicas, pois, ao contratar com este, o paciente não obtém o compromisso de, ao final do tratamento/cirurgia ficar curado do mal que lhe aflige. E se não o fica, não pode vir a imputar ao médico, a pecha de inadimplente.

Desta forma, a obrigação médica é de meio, e não de resultado, o que difere basicamente, sua responsabilidade das demais contratuais, mesmo que pertença no modelo jurídico à esta espécie.

O que se exige do médico, é a prestação de serviços conscienciosos, atentos, zelosos, a utilização de recursos e métodos adequados, e salvo circunstâncias excepcionalíssimas, de agir conforme as aquisições da ciência.

A responsabilidade médica exurgirá, pois, quando a vítima demonstrar que o profissional, agiu sob qualquer modalidade culposa – negligência, imprudência, imperícia, ou ainda com dolo, incumbindo, em qualquer desses casos a prova àquele que se disser prejudicado.

A jurisprudência orienta-se neste sentido, como se pode verificar da decisão da E. 2ª Câmara Cível, do Tribunal de Justiça de São Paulo, em apelação cuja a ementa é a seguinte:

"Responsabilidade Civil – Cirurgia de Varizes – Defeito Físico em Decorrência. Inexistência de culpa do médico operador. Ação de indenização improcedente, se não ficar comprovada culpa do cirurgião.

Do mesmo Tribunal Paulista é a seguinte decisão:

RESPONSABILIDADE CIVIL – MÉDICO – CULPA – INEXISTÊNCIA. Sem prova de culpa, ainda que o médico não tenha sido feliz no tratamento do paciente, não se há falar em responsabilidade civil."

A orientação é repetida pela ínclita Corte Estadual de Justiça do Estado de Minas Gerais, através de sua Augusta 2ª Câmara Cível que fez emendar a decisão abaixo:

"Sendo a obrigação do médico uma obrigação de meio e não de resultado, é ele responsável pelo insucesso de uma cirurgia apenas quando fica provada a sua imprudência ou negligência. Sem a prova de elemento subjetivo da responsabilidade civil,

tudo há de ser debitado ao infortúnio. Não se apurando na instrução do processo, nada que possa comprovar o inadimplemento da obrigação de propiciar a assistência médica adequada, não há lugar para imputar-se responsabilidade indenizatória, seja ao respectivo médico assistente do paciente ou da própria organização onde o mesmo se achava hospitalizado."

Recentíssima decisão do Inclito Tribunal do Estado de Alagoas, que data de 30.08.89, delibera que:

RESPONSABILIDADE CIVIL – ERRO MÉDICO – INCORRÊNCIA. A responsabilidade civil dos médicos, por atos de seu ofício, repousa na culpa. Assim, realizada a intervenção prescrita ao paciente, com a técnica adequada, não podem ser atribuídas à negligência, imprudência ou à imperícia de cirurgia as conseqüências desfavoráveis, provenientes de um mal evolutivo, decorrente de um processo inflamatório crônico e inespecífico."

Provada a desídia do médico, pronunciou-se o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, em julgamento que data de 1988:

RESPONSABILIDADE CIVIL – ERRO MÉDICO – DANO MORAL – JUROS. Não se concebe, nem se admite, no estágio atual da medicina o descuido ou a incompetência médica às regras de sua arte, com isso comprometendo a vida do paciente. Tal conduta gera responsabilidade civil com recomposição econômica, dentro dos limites tracejados pela lei em face do dano causado à comunhão familiar."

Questão semelhante, obteve idêntica manifestação da Digníssima 3ª Câmara Cível do Tribunal de Minas Gerais, ao proclamar:

RESPONSABILIDADE CIVIL – ERRO MÉDICO – INDENIZAÇÃO. O erro é próprio da falibilidade humana. O que não se pode admitir, no entanto, é que os melhores profissionais também não errem. É certo que, não sendo infalível a ciência médica, o erro desculpável do facultativo nunca poderia ser invocado como fundamental de responsabilidade. E não menos certo também é que nas obrigações de meio, que se contraem às obrigações de resultado, obriga-se tão somente a diligência honestamente, a realização de um fim, com os meios

de que dispõe a exemplo do que se dá com o exercício profissional da medicina, quando a responsabilidade do médico fica condicionada à demonstração da sua culpa, que por negligência, imprudência ou imperícia. Segundo o nosso Direito dentro da responsabilidade aquiliana, ainda que seja levíssima a culpa do agente causador do dano, cumpre-lhe indenizar a vítima."

Vale ressaltar entretanto, que relativamente aos cirurgões plásticos a situação não tem a mesma simetria, merecendo da doutrina e jurisprudência, outro tratamento, no que concerne a responsabilidade civil.

É que a significativa maioria de cirurgias estéticas, os pacientes não se estão acometidos de males, mas pretendem corrigir um defeito, um problema estético.

Disso decorre que a obrigação do cirurgião plástico é de resultado, não de meio, tal como ocorre com as demais especialidades.

Desta forma, submetendo-se o paciente a uma cirurgia plástica e após a intervenção fica pior do que antes dela, não sendo o resultado alcançado, cabe o direito de postular a indenização.

Justifica-se tal interpretação, pois, o resultado da cirurgia consistia na própria razão de ser do contrato que foi firmado entre paciente e médico.

Em tais casos, a indenização alcança todas as despesas efetuadas, danos morais em razão do prejuízo estético, bem como o montante em dinheiro necessário para novos tratamentos e novas intervenções cirúrgicas.

Nesse sentido já decidiu o Egrégio Tribunal de Justiça de São Paulo, ao proclamar em brilhante aresto publicado na Revista de Jurisprudência Trimestral daquela Corte n. 65, p. 174 que:

"INDENIZAÇÃO – RESPONSABILIDADE CIVIL – OPERAÇÃO PLÁSTICA – DANO ESTÉTICO – Verba devida relativamente aos danos morais e aos apurados quando da realização de nova cirurgia para reparação – Acréscimo de correção monetária – Decisão confirmada – voto Vencido."

Haure-se do julgamento de apelação do Tribunal do Rio de Janeiro, o dever de indenizar:

RESPONSABILIDADE CIVIL DE MÉDICO – CIRURGIA REPARADORA MAL SUCEDIDA – INDENIZAÇÃO – CIRURGIA

DE MAMAS. Tanto faz tratar-se de obrigação de meio ou de obrigação de resultado; se as mamas da paciente continuam precisando de reparos, é porque foram mal reparadas. Daí, responder o cirurgião por perdas e danos, diante de sua responsabilidade contratual, embora limitada."

Deve ser destacado, ainda no que se refere ao cirurgião plástico que amiudadamente não adverte os pacientes dos riscos que apresenta a cirurgia, não obtendo o consentimento deste.

Por esses motivos, e consoante a lição de AGUIAR DIAS, admitida como necessária a operação, "deve o médico recusar-se a ela, se o perigo é maior que a vantagem que poderia trazer ao paciente. Sempre e em todos os casos, compete ao médico a prova de que existia esse estado de necessidade e de que a operação, normalmente encarada, não oferecia riscos desproporcionados ao fim colimado. Não vale, para nenhum efeito, neste particular, a prova do consentimento do cliente. Na matéria, em que predomina o princípio da integridade do corpo humano, norma de ordem pública, não vale a máxima 'volent non fit injuria'. Mas, ainda que não corresponda ao sucesso esperado, a operação estética pode bem deixar de acarretar a responsabilidade do profissional, desde que: a) seja razoavelmente necessário; b) o risco a correr seja menor que a vantagem procurada; c) seja praticada de acordo com as normas da profissão", tal como ensina em sua "DA RESPONSABILIDADE CIVIL" (p. 324/325).

Não se poderia deixar de consignar, de outro modo, que os seguros de responsabilidade de médico por danos a terceiros, nos EUA, vem sendo motivo de preocupação às seguradoras americanas.

Nos anos de 1982 e 1983, o montante de prejuízos impostos às seguradoras foi superior a 1 bilhão de dólares, e o volume de capital já segurado ultrapassa 12 bilhões de dólares, tal como informa WALTER BLOISE, em sua sucinta mas preciosa obra "A RESPONSABILIDADE CIVIL E O DANO MÉDICO".

Necessário dizer, que tal ocorre na América do Norte, em razão do grau de cultura da mídia, que tendo consciência de seus direitos reclama-os na justiça, obtendo vultosas indenizações por procedimentos culposos de médicos desidiosos.

Aliás, nos Estados Unidos da América do Norte, é comum obter-se pesadas reparações de produtores de bens de capital em ra-

zão de acidentes do trabalho em operários no manuseio de máquinas, posto não agirem os empresários com culpa formal.

Dados seguros informam que dos 50 Estados Norte-Americanos, nada menos do 42 (quarenta e dois) consagram a responsabilidade estrita, que obriga a reparar danos pelo simples fato de sua ocorrência, o que se constitui em uma significativa evolução do conceito de responsabilidade civil.

A tendência da legislação brasileira, é seguir a orientação americana do norte, mais tarde ou mais cedo, o que fará peremptório a criação de seguro obrigatório de responsabilidade civil de médicos e hospitais, no objetivo de proporcionar recursos financeiros aos prejudicados.

Observe-se que, para os proprietários de veículos automotores a legislação brasileira já criou um tipo de seguro obrigatório, muito embora para os profissionais da medicina seja ainda facultativo e pouco procurado pela classe médica.

O detalhe do seguro em voga no Brasil, é que o pagamento do prêmio ocorre somente com a constatação da culpa do médico, mediante prova da culpa do médico, o que faz, na prática, que não funcione o sistema.

Não se poderia encerrar essas breves palavras de um tema tão intrincado, sem fazer um breve comentário ao Código do Consumidor, que foi introduzido recentemente no ordenamento jurídico pela Lei n. 8.078, de 11.09.90, tendo entrado em vigor no dia 11.03.91.

É certo que esse diploma legal, dando cumprimento ao art. 5º, inciso XXXII, da Carta Política de 1988, atribue ao consumidor uma gama considerável de direitos de que até recentemente se via privado o cidadão comum, desamparado de qualquer instrumento eficaz. Por outro lado, a lei nova impõe ao fornecedor de bens e serviços, inclusive o próprio Estado, uma série de obrigações com vistas a respeitar as relações de consumo, que invariavelmente eram suportadas pelo consumidor que se via espoliado nos seus mais cozinhos direitos.

O Código do Consumidor entre as muitas inovações que trouxe à ordem jurídica brasileira, recepcionou a teoria do risco aos fornecedores de bens e serviços de um modo geral, adotando nessas relações de consumo a responsabilidade objetiva do fornecedor, que define.

Ao assim proceder, fazendo incluir no art. 3º o fornecedor de serviços, pode-se-ia em algum momento julgar que os médicos, como de resto os demais profissionais liberais, estariam incluídos na abrangente definição.

A ilação não é verdadeira, na medida em que o §. 4º, do art. 14, acentua que "A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação da culpa.", adotando a velha e clássica teoria da responsabilidade com base na culpabilidade do agente.

Senhores! Sem a pretensão de fazer uma conferência, mas tão somente trazer parcimoniosas informações sobre a questão solicitada sob o prisma jurídico, entendo que é lícito concluir que já os cansei demais, e ainda que espere, sinceramente, ter de alguma forma contribuído para enriquecer aos propósitos desta assembléia.

RESPONSABILIDADE PENAL DO MÉDICO*

João Batista Klautau LEÃO
Advogado Prof. Adj. UFPA

1 - INTRODUÇÃO

Dispõe a atual Constituição, em seu art. 5º, item XIII, que "é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer". Assim, o médico - portador de um diploma conferido por Instituição de Ensino Superior, cujo curso de Medicina tenha sido reconhecido pelo Conselho Federal de Educação -, adquire capacidade científica e técnica. Ressalte-se, que a habilitação profissional é complementada, conforme a legislação ordinária, pela necessidade de inscrição do médico no respectivo Conselho Regional de Medicina, onde se exaure a habilitação legal, garantindo-se-lhe, a partir de então, o pleno exercício da Medicina em quaisquer de seus ramos ou especialidades.

Mas seria isto verdade?

Mesmo sem considerarmos os conhecidos percalços de ordem prática que embaraçam a atividade do médico, teria ele realmente direito à liberdade de trabalho, uma vez atendidas as exigências e formalidades legais? desfrutaria o médico de condições sócio-econômico-políticas para alcançar os objetivos da sua nobre arte?

Como cuidar da saúde do homem sem discriminações de quaisquer ordens? Como concorrer para a prevenção da doença e para o aperfeiçoamento da espécie? Como contribuir para a melhoria dos padrões de saúde e de vida da coletividade? O Estado, apoiado nos grupos de sustentação do poder, estaria seriamente empenhado a promover a saúde e o bem-estar do povo?

Vivemos num país subdesenvolvido, numa região mais subdesenvolvida, onde tem lugar o dirigismo econômico não em benefício da chamada maioria oprimida, como parcela mais significativa da sociedade; mas em benefício dos grupos financeiros (oligárqui-

* Mesa Redonda realizada em 27.03.1991

cos), que se constituem em monopólio, máxime o da indústria farmacêutica, tornando-nos dependentes de países imperialistas. Nessas circunstâncias, que os profissionais da Medicina conhecem tão bem, a saúde das camadas populares é caótica.

Diante de uma visão crítica¹ - fazendo "aparecer o invisível" ou a "funções encobertas do visível"⁽¹⁾ -, que papel caberia ao médico como partícipe de um processo de mudanças ou de transformações sociais? O discurso do Estado, contextualizado brilhantemente na Constituição, não seria meramente retórica?

Apesar de tudo, o médico, com estoicismo e abnegação, além de enfrentar problemas estruturais e conjunturais, depara-se no seu dia-a-dia com questões delicadíssimas inerentes à sua atividade profissional, que tangenciam o Direito, até violam-no, suscitando discussões acaloradas, que comprovam a íntima conotação entre as ciências Médica e Jurídica. Talvez, dentre as ciências não-jurídicas, seja a Medicina a que mantenha as mais estreitas relações com o Direito, notadamente com o Direito Penal, com especial referência à Medicina Legal, de quem em alguns assuntos depende a aplicabilidade do próprio Direito Criminal.

O emérito Professor CLÓVIS MEIRA - dono de um estilo simples, didático e prazeroso, confessadamente interessado em temas controversos - fala-nos com autoridade a respeito dos dramas de consciência do médico, de suas dúvidas e de suas angústias, no livro "Temas de Ética Médica e Medicina Legal"⁽²⁾. Lendo-o, percebe-se a dimensão e a profundidade das situações médico-jurídicas, exigindo posicionamentos convincentes, até audaciosos, porém sábios.

Não pretendemos recordar questionamentos e debates em torno de temas tradicionais vivenciados no cotidiano médico, bastando referir os decorrentes dos avanços mais recentes relativos, por exemplo, aos transplantes de órgãos e à Engenharia Genética. A propósito desta, prefaciando o livro de um amigo sobre o crime de infanticídio, propusemos reflexão em torno da fecundação "in vitro" ou extracorpórea, isto é, que ocorre fora do ventre materno. A técnica consiste no fato de uma mulher (receptora) não receber o sêmen, mas o ovo, resultante de um óvulo dela mesma, ou de outra mulher (doador), devidamente fecundada pelo espermatozóide. Em consequência, fala-se hoje em "mãe genética" e "mãe uterina".

Na hipótese de a mulher receptora, provada a influência do estado puerperal, matar o nascente ou neonato, durante ou logo após

o parto, com óvulo fecundado artificialmente, proveniente de outra mulher - teria praticado crime de infanticídio nos termos da lei penal brasileira? Teria matado "o próprio filho"? Quem seria a mãe?

Diante de indagações com essas uma conclusão parece-nos inevitável: as conquistas da medicina levam-nos a pensar o Direito.

2 - ESTRUTURA CONCEITUAL DO CRIME

A estrutura conceitual do crime é resultante de paciente elaboração doutrinária que não se pode considerar acabada, consistindo num dos temas mais controvertidos e empolgantes da moderna doutrina penal. Deve-se sobretudo à doutrina alemã as maiores contribuições nesse campo, mudando a concepção tradicional do delito, especialmente com a "teoria finalista da ação, de HANS WELZER, que repercutiu na estrutura da culpabilidade clássica através da "teoria normativa pura".

Assim, face ao finalismo, o crime é um FATO TÍPICO e ANTIJURÍDICO. Tem, portanto, dois requisitos em sua concepção estrutural (FATO TÍPICO e ANTIJURIDICIDADE), colocada a CULPABILIDADE como pressuposto da pena, conforme resumidamente exporemos para entendimento da responsabilidade penal, enfatizando apenas o que nos parece indispensável.

2.1 - FATO TÍPICO

O primeiro elemento do delito é o FATO TÍPICO entendido como a conduta humana que se ajusta à descrição contida no tipo. São quatro seus elementos indispensáveis: AÇÃO HUMANA (conduta, comportamento); RESULTADO (evento); NEXO CAUSAL (relação de causalidade); TIPICIDADE.

A AÇÃO, suporte material do ato punível, é o elemento central do conceito - admitida como sendo o comportamento humano conscientemente dirigido a um fim. Ela tem, por sua vez, dois requisitos necessários: VONTADE DIRIGIDA A UM FIM e ATUAÇÃO POSITIVA OU NEGATIVA DESSA VONTADE (manifestação da vontade no mundo exterior ou exteriorização da vontade).

O RESULTADO - que não integra a conduta, posto que é seu efeito ou consequência, é o elemento do fato típico entendido como a modificação (alteração) que se processa no mundo exterior ("teoria naturalística"); ou a lesão real ou potencial de um interesse protegido pela norma penal ("teoria normativa").

O NEXO CAUSAL é o vínculo que liga a ação ao resultado, numa relação de causa e efeito.

A TIPICIDADE é o ajustamento (conformação, adequação), da conduta humana ao tipo, ou seja, é o comportamento humano que se conforma a um tipo abstratamente previsto como crime.

2.1.1. – Afirmamos que a VONTADE DIRIGIDA A UM FIM é um dos elementos da ação. Isto posto, a conduta relevante, com aptidão para caracterizar-se como crime é aquela que se desenvolve sob o domínio da vontade, que lhe dá o conteúdo intencional ou finalístico. Conseqüentemente, os fatos naturais, e os movimentos humanos que não promanam da vontade, são penalmente irrelevantes.

Assim sendo, não poderiam o DOLO e a CULPA deixar de integrar a ação, o fato típico. No DOLO, a vontade é dirigida a um fim ilícito, onde a "voluntariedade alcança até o resultado da conduta". Na CULPA, a vontade também é dirigida a um fim, em geral lícito, mas a "voluntariedade vai só até a causa do resultado não querido"⁽³⁾. A culpa é também finalista porque há nela uma conduta voluntária na causa (ação ou omissão), sendo o agente responsável pelo fato por ter faltado ao dever de cuidado objetivo para evitar o resultado.⁽⁴⁾

Se dolo e culpa são elementos da ação; se a ação é elemento do ato típico, dolo e culpa são elementos do fato típico. A ausência deles acarretará uma conduta atípica, inexistente o delito.

Há crime doloso quando a vontade do agente é dirigida ao resultado lesivo, realizando os elementos objetivos do tipo. "Há crime culposo quando o agente, violando o cuidado, a atenção ou a diligência a que estava adstrito, causa o resultado que podia prever, ou que previu, supondo, no entanto, levemente, que não ocorreria". Com o finalismo, "o elemento decisivo da ilicitude do fato culposo reside no descator da ação e não no do resultado (WELZEL)", permitindo "uma elaboração técnica notável, na estrutura do crime culposo"⁽⁵⁾.

Negligência, imprudência e imperícia são modalidades da culpa que indicam falta de cuidado, de diligência, de zelo, de cautela, de atenção do agente, considerando-se suas condições, individuais e as circunstâncias do caso concreto. Na negligência, o agente não faz o que deveria fazer (caráter negativo); na imprudência, o agente faz o que não deveria fazer (caráter positivo). A imperícia é falta de

conhecimentos técnicos, teóricos ou práticos, para o exercício de uma arte, ofício ou profissão, pressupondo-se, no entanto, a habilitação legal.

BASILEU GARCIA exemplifica: "Será imprudente o notável cirurgião que, por vaidade, empregue ao operar o seu paciente, perigoso processo habitual. Não é imperito, nem negligente: redobrase em desvelos, mas o doente morre, em razão da imprudência. Será negligente este mesmo abalisado operador se não exigir todos os cuidados de assepsia ou deixar, após a intervenção, o enfermo entregue a auxiliares sabidamente ineptos. De imperito se averbaria o profissional da medicina que ousasse uma operação para a qual lhe faltassem conhecimentos básicos, vindo a produzir a morte do paciente"⁽⁶⁾.

É importante não confundir a imperícia com o erro profissional, questão que costuma ser muito debatida, principalmente pelo que concerne à responsabilidade do médico. O erro profissional é resultado da precariedade dos conhecimentos humanos, provindo das imperfeições da própria ciência. "Na medicina, por exemplo, em certas circunstâncias, é sempre possível um erro de diagnóstico, que pode acarretar conseqüências mais ou menos graves. Há erro escusável e não imperícia sempre que o profissional, empregando correta e oportunamente os conhecimentos e regras da sua ciência, chega a uma conclusão falsa, possa, embora, daí advir um resultado de dano ou de perigo"⁽⁷⁾.

Ensina MIRABETE, que erro profissional "ocorre quando, empregando os conhecimentos normais da Medicina, por exemplo, chega o médico a conclusão errada no diagnóstico, intervenção cirúrgica etc, não sendo o fato típico. Segundo a doutrina e a jurisprudência, só a falta grosseira desses profissionais consubstancia a culpa penal"⁽⁸⁾.

2.1.2 – Consigamos, também, que a EXTERIORIZAÇÃO DA VONTADE é elemento da ação, exatamente porque a vontade necessita de ser manifestada no mundo exterior, positiva ou negativamente, razão pela qual pode assumir as formas comissiva e omissiva. No crime comissivo, há uma conduta positiva, um comportamento positivo, uma atividade, um movimento corpóreo. No crime omissivo, há uma conduta negativa, um comportamento negativo, uma inatividade, uma abstenção de movimento.

praticar, isto é, o dever de prestar contas a respeito da infração penal que cometer.

4 – RESPONSABILIDADE PENAL DO MÉDICO

Já houve quem reivindicasse imunidade absoluta para os médicos, no exercício da profissão, isto é, completa irresponsabilidade pelos eventos danosos daí decorrentes, em nome, principalmente, do próprio progresso da Medicina. Temerosos de comparecer perante os tribunais, os médicos, tendo restringido a liberdade de ação, deixariam de ousar em benefício da ciência, reprimindo a criatividade, evitando inovações terapêuticas e comprometendo até a pesquisa científica.

Contrapondo-se a esse entendimento, que nos parece odioso e inadmissível privilégio, por isso juridicamente insustentável, prevaleceu o princípio da responsabilidade do profissional no exercício da Medicina, que tem razões históricas profundas e antigas. Em verdade, tal princípio conferiu segurança e credibilidade aos bons profissionais e constituiu-se em permanente ameaça aos maus profissionais. Vimos, outrossim, que também não ocorreram embaraços ao progresso científico; pelo contrário, vivenciamos um surpreendente estágio de desenvolvimento da Medicina.

Para LACASSAGNE, citado por FLAMÍNIO FÁVERO⁽¹²⁾ e por HÉLIO GOMES⁽¹³⁾, a responsabilidade médica "é a obrigação para os médicos de sofrer as consequências de faltas por eles cometidas no exercício da arte, faltas que podem originar uma dupla ação – civil e penal".

De fato, considerada amplamente a responsabilidade do médico, tem ele o dever de responder pelo ilícito que praticar, quando no exercício profissional, seja de natureza civil, seja penal. Assinale-se, porém, que todo crime, além de ensejar a responsabilidade criminal, cria para o gente a responsabilidade civil de indenizar o dano causado pelo delito, dependente, no sistema brasileiro, de ação civil, no juízo respectivo.

A RESPONSABILIDADE PENAL DO MÉDICO, no entanto, objeto do presente trabalho, consiste no dever de arcar com as consequências jurídicas provenientes das infrações penais que praticar no exercício da profissão.

HÉLIO GOMES, porém, como outras autoridades em Medicina Legal, restringe por demais o alcance da responsabilidade penal do

médico, só a admitindo quando resultar de crime culposos, manifestando-se desse modo: "O dano que o clínico ocasiona resulta de sua imprudência, negligência ou imperícia, mas não há dolo, ou seja, direta intenção de produzir o mal. Quando o médico comete um homicídio; agride alguém, determinando-lhe lesão corporal; quando provoca aborto ilícito; quando deixa de fazer notificação compulsória, a que lei o obriga; quando dá atestado falso, em todos esses casos age dolosamente, com direta intenção de causar o dano. Nessas hipóteses não se trata de responsabilidade médica, modalidade de responsabilidade profissional, mas de responsabilidade do médico como pessoa penalmente responsável"⁽¹³⁾.

Não concordamos com o ilustre doutrinador. O médico, em verdade, como qualquer pessoa destinatária do ordenamento jurídico-penal, pode cometer crimes **desvinculados do exercício da Medicina** – não se tratando, pois, de responsabilidade criminal do médico. Mas, quando o ilícito penal decorrer do exercício profissional, seja culposos ou doloso, ter-se-á sem dúvida responsabilidade do médico.

Não fosse assim, e, considerando-se a excepcionalidade do crime culposos – só responde por ele o agente quando houver previsão legal da respectiva modalidade culposos –, a responsabilidade do médico esgotar-se-ia em dois crimes: homicídio culposos e lesão corporal culposos.

Como denominar a responsabilidade decorrente, por exemplo, do **crime de omissão de notificação de doença** e do delito de **falsidade de atestado médico**, que não admitem modalidade culposos, mas que a lei penal exige uma particular qualidade ou condição pessoal no agente, no caso, ser médico? Crimes necessariamente praticados por médico, no exercício da profissão, agindo dolosamente, deixariam de ser entendidos como de responsabilidade do médico?

Outras infrações penais (aborto, omissão de socorro, violação do segredo profissional, charlatanismo), que não admitem modalidade culposos, quando praticados por médico, no exercício da profissão, também são crimes de responsabilidade do médico.

O que identifica a responsabilidade penal do médico é a natureza do vínculo que liga a sua ação a resultado. Se o evento lesivo proveio do exercício da Medicina, causado por quem é médico, independentemente de ser doloso ou culposos o crime praticado – é médica a responsabilidade daí decorrente.

praticar, isto é, o dever de prestar contas a respeito da infração penal que cometer.

4 – RESPONSABILIDADE PENAL DO MÉDICO

Já houve quem reivindicasse imunidade absoluta para os médicos, no exercício da profissão, isto é, completa irresponsabilidade pelos eventos danosos daí decorrentes, em nome, principalmente, do próprio progresso da Medicina. Temerosos de comparecer perante os tribunais, os médicos, tendo restringido a liberdade de ação, deixariam de ousar em benefício da ciência, reprimindo a criatividade, evitando inovações terapêuticas e comprometendo até a pesquisa científica.

Contrapondo-se a esse entendimento, que nos parece odioso e inadmissível privilégio, por isso juridicamente insustentável, prevaleceu o princípio da responsabilidade do profissional no exercício da Medicina, que tem razões históricas profundas e antigas. Em verdade, tal princípio conferiu segurança e credibilidade aos bons profissionais e constituiu-se em permanente ameaça aos maus profissionais. Vimos, outrossim, que também não ocorreram embaraços ao progresso científico; pelo contrário, vivenciamos um surpreendente estágio de desenvolvimento da Medicina.

Para LACASSAGNE, citado por FLAMÍNIO FÁVERO⁽¹²⁾ e por HÉLIO GOMES⁽¹³⁾, a responsabilidade médica "é a obrigação para os médicos de sofrer as consequências de faltas por eles cometidas no exercício da arte, faltas que podem originar uma dupla ação – civil e penal".

De fato, considerada amplamente a responsabilidade do médico, tem ele o dever de responder pelo ilícito que praticar, quando no exercício profissional, seja de natureza civil, seja penal. Assinale-se, porém, que todo crime, além de ensejar a responsabilidade criminal, cria para o gente a responsabilidade civil de indenizar o dano causado pelo delito, dependente, no sistema brasileiro, de ação civil, no juízo respectivo.

A RESPONSABILIDADE PENAL DO MÉDICO, no entanto, objeto do presente trabalho, consiste no dever de arcar com as consequências jurídicas provenientes das infrações penais que praticar no exercício da profissão.

HÉLIO GOMES, porém, como outras autoridades em Medicina Legal, restringe por demais o alcance da responsabilidade penal do

médico, só a admitindo quando resultar de crime culposos, manifestando-se desse modo: "O dano que o clínico ocasiona resulta de sua imprudência, negligência ou imperícia, mas não há dolo, ou seja, direta intenção de produzir o mal. Quando o médico comete um homicídio; agride alguém, determinando-lhe lesão corporal; quando provoca aborto ilícito; quando deixa de fazer notificação compulsória, a que lei o obriga; quando dá atestado falso, em todos esses casos age dolosamente, com direta intenção de causar o dano. Nessas hipóteses não se trata de responsabilidade médica, modalidade de responsabilidade profissional, mas de responsabilidade do médico como pessoa penalmente responsável"⁽¹³⁾.

Não concordamos com o ilustre doutrinador. O médico, em verdade, como qualquer pessoa destinatária do ordenamento jurídico-penal, pode cometer crimes **desvinculados do exercício da Medicina** – não se tratando, pois, de responsabilidade criminal do médico. Mas, quando o ilícito penal decorrer do exercício profissional, seja culposos ou doloso, ter-se-á sem dúvida responsabilidade do médico.

Não fosse assim, e, considerando-se a excepcionalidade do crime culposos – só responde por ele o agente quando houver previsão legal da respectiva modalidade culposos –, a responsabilidade do médico esgotar-se-ia em dois crimes: homicídio culposos e lesão corporal culposos.

Como denominar a responsabilidade decorrente, por exemplo, do **crime de omissão de notificação de doença** e do delito de **falsidade de atestado médico**, que não admitem modalidade culposos, mas que a lei penal exige uma particular qualidade ou condição pessoal no agente, no caso, ser médico? Crimes necessariamente praticados por médico, no exercício da profissão, agindo dolosamente, deixariam de ser entendidos como de responsabilidade do médico?

Outras infrações penais (aborto, omissão de socorro, violação do segredo profissional, charlatanismo), que não admitem modalidade culposos, quando praticados por médico, no exercício da profissão, também são crimes de responsabilidade do médico.

O que identifica a responsabilidade penal do médico é a natureza do vínculo que liga a sua ação a resultado. Se o evento lesivo proveio do exercício da Medicina, causado por quem é médico, independentemente de ser doloso ou culposos o crime praticado – é médica a responsabilidade daí decorrente.

Se um médico, por exemplo, usando de fraude, fizer constar a internação de um paciente, quando o tratamento foi apenas ambulatorial, pretendendo, com isso, obter vantagem ilícita, em prejuízo alheio, incorre nas penas cominadas ao delito de estelionato, havendo responsabilidade médica, posto que o crime só pôde ser cometido dado o fato de o agente ser médico, atuando, evidentemente, no exercício da Medicina.

Apenas, considerando-se o bem jurídico alcançado pelo crime, podemos entender a responsabilidade do médico em dois sentidos. No sentido restrito, quando o delito atingir um bem do paciente, tornando-o sujeito passivo da infração – responsabilidade médica propriamente dita. Quando o crime alcançar bem diverso, mesmo que se possa identificar o paciente como sujeito passivo particularizado, ter-se-á responsabilidade do médico no sentido amplo.

Numa visão panorâmica desses delitos, uns provocam repercussão social e são alardeados pelos meios de comunicação, onde sobressaem o homicídio e a lesão corporal, exatamente porque ofendem bens-interesses mais relevantes (vida e integridade física), de ocorrência notória e mais freqüente porque o médico, lidando com a vida e a saúde do ser humano e exercendo atividades que encerram riscos, torna-se mais vulnerável a ilícitos dessa natureza.

Outros crimes que o médico pode cometer, embora estatisticamente menos expressivos, salvo a cifra oculta relativamente a alguns, devem ser referidos porque também se revestem de interesse científico, doutrinário e jurisprudencial (aborto; omissão de socorro; violação do segredo profissional; destruição, subtração e ocultação de cadáver; omissão de notificação de doença; exercício ilegal da medicina. . .; charlatanismo; falsidade de atestado médico etc).

5 – ESTUDOS DE CASOS

Tais infrações penais, por razões metodológicas, só podem ser tratadas exemplificativamente num trabalho com este, daí termos preferido analisar algumas delas em função de CASOS CONCRETOS, do direito vivo,

5.1 – CULPA

LESÃO CORPORAL CULPOSA – Incorrência – Médico por negligência teria deixado uma pinça na cavidade abdominal da vítima ao operá-la – Fato que não acarretou, entretanto, à sua integridade corporal ou à saúde – Dúvida, demais, sobre a autoria do evento – Absolvição mantida a Inteligência do art. 129, § 6º, do CP.

“É perfeitamente possível, sob o ponto de vista científico, a permanência de corpo estranho no abdômen de uma pessoa, aí deixado por esquecimento em alto cirúrgico, sem que isso produza transtorno à sua integridade física ou à saúde, não configurando, pois, o delito previsto no art. 129, § 6º, do CP.” (RT, 55, dez, 1981, p. 378).

REPONSABILIDADE PENAL DE MÉDICO – “As Câmaras Criminais reunidas do TJ da Guanabara, decretaram absolvição de cirurgião, acusado de abandonar compressa no ventre de paciente sujeita a operação cesariana. A vítima, pouco depois, veio a falecer de peritonite e o recorrente havia sido condenado por imprudência”.

Endendeu a maioria que não ficou configurada a culpa, por não ser o cirurgião reponsável por ato de seus ajudantes, a quem incumbia a fiscalização do campo operatório e a contagem das compressas e instrumentos.

Deve ser provada afirma o acórdão – a culpa grave do cirurgião, porque o doente tem que suportar um certo risco decorrente das dificuldades que o operador enfrenta para a salvação de sua vida, de sua saúde, e entre os imponderáveis estão também as falhas leves e involuntárias do próprio abandono de corpos estranhos. (FRAGOSO, HELENO. Jurisprudência criminal, 4ª. ed., Rio, Forense, 1982, 1º v., p. 535, 470).

HOMICÍDIO CULPOSO – “Age com negligência o cirurgião, seja por falta de atenção e cuidado, fecha a cavidade abdominal de um paciente em que praticou operação cesariana deixando no ventre da parturiente um corpo estranho e, em consequência do fato, a operada vem a falecer. Consoantemente, procede com imprudência e imprevidência o médico que, sem as devidas cautelas e em seu consultório clínico, reti-

Se um médico, por exemplo, usando de fraude, fizer constar a internação de um paciente, quando o tratamento foi apenas ambulatorial, pretendendo, com isso, obter vantagem ilícita, em prejuízo alheio, incorre nas penas cominadas ao delito de estelionato, havendo responsabilidade médica, posto que o crime só pôde ser cometido dado o fato de o agente ser médico, atuando, evidentemente, no exercício da Medicina.

Apenas, considerando-se o bem jurídico alcançado pelo crime, podemos entender a responsabilidade do médico em dois sentidos. No sentido restrito, quando o delito atingir um bem do paciente, tornando-o sujeito passivo da infração – responsabilidade médica propriamente dita. Quando o crime alcançar bem diverso, mesmo que se possa identificar o paciente como sujeito passivo particularizado, ter-se-á responsabilidade do médico no sentido amplo.

Numa visão panorâmica desses delitos, uns provocam repercussão social e são alardeados pelos meios de comunicação, onde sobressaem o homicídio e a lesão corporal, exatamente porque ofendem bens-interesses mais relevantes (vida e integridade física), de ocorrência notória e mais freqüente porque o médico, lidando com a vida e a saúde do ser humano e exercendo atividades que encerram riscos, torna-se mais vulnerável a ilícitos dessa natureza.

Outros crimes que o médico pode cometer, embora estatisticamente menos expressivos, salvo a cifra oculta relativamente a alguns, devem ser referidos porque também se revestem de interesse científico, doutrinário e jurisprudencial (aborto; omissão de socorro; violação do segredo profissional; destruição, subtração e ocultação de cadáver; omissão de notificação de doença; exercício ilegal da medicina...; charlatanismo; falsidade de atestado médico etc).

5 – ESTUDOS DE CASOS

Tais infrações penais, por razões metodológicas, só podem ser tratadas exemplificativamente num trabalho com este, daí termos preferido analisar algumas delas em função de CASOS CONCRETOS, do direito vivo.

5.1 – CULPA

LESÃO CORPORAL CULPOSA – Incorrência – Médico por negligência teria deixado uma pinça na cavidade abdominal da vítima ao operá-la – Fato que não acarretou, entretanto, à sua integridade corporal ou à saúde – Dúvida, demais, sobre a autoria do evento – Absolvição mantida a Inteligência do art. 129, § 6º, do CP.

“É perfeitamente possível, sob o ponto de vista científico, a permanência de corpo estranho no abdômen de uma pessoa, aí deixado por esquecimento em alto cirúrgico, sem que isso produza transtorno à sua integridade física ou à saúde, não configurando, pois, o delito previsto no art. 129, § 6º, do CP.” (RT, 55, dez, 1981, p. 378).

REPONSABILIDADE PENAL DE MÉDICO – “As Câmaras Criminais reunidas do TJ da Guanabara, decretaram absolvição de cirurgião, acusado de abandonar compressa no ventre de paciente sujeita a operação cesariana. A vítima, pouco depois, veio a falecer de peritonite e o recorrente havia sido condenado por imprudência”.

Endendeu a maioria que não ficou configurada a culpa, por não ser o cirurgião reponsável por ato de seus ajudantes, a quem incumbia a fiscalização do campo operatório e a contagem das compressas e instrumentos.

Deve ser provada afirma o acórdão – a culpa grave do cirurgião, porque o doente tem que suportar um certo risco decorrente das dificuldades que o operador enfrenta para a salvação de sua vida, de sua saúde, e entre os imponderáveis estão também as falhas leves e involuntárias do próprio abandono de corpos estranhos. (FRAGOSO, HELENO. Jurisprudência criminal, 4ª. ed., Rio, Forense, 1982, 1ª v., p. 535, 470).

HOMICÍDIO CULPOSO – “Age com negligência o cirurgião, seja por falta de atenção e cuidado, fecha a cavidade abdominal de um paciente em que praticou operação cesariana deixando no ventre da parturiente um corpo estranho e, em consequência do fato, a operada vem a falecer. Consoantemente, procede com imprudência e imprevidência o médico que, sem as devidas cautelas e em seu consultório clínico, reti-

ra o corpo estranho do abdomen da paciente, concorrendo, assim, de qualquer modo, para a morte da vítima". Ac. da 1ª Câm. Crim. do TJ da Guanabara, 1961, in Repertório de Jurisprudência do Código Penal, S. Paulo, Max Limonad, v. II, p. 573, dec. 4.223).

As referidas decisões têm em comum o fato de o cirurgião, em cirurgias convencionais, deixar corpos estranhos, por esquecimento, na cavidade abdominal do paciente, que é exemplo tradicional e inquestionável de negligência médica, tanto que o inesquecível ANÍBAL BRUNO escreveu: "Os casos de falta do cumprimento do dever por esquecimento também podem justificar a reprovação por culpa". (...) "É como negligência e não como imperícia que se deve classificar o ato do cirurgião que esquece uma pinça dentro do abdômen o seu operado"(15).

Confessamos nosso espanto ante o entendimento de que uma pinça deixada no ventre de um paciente, sob o ponto de vista científico, seja perfeitamente possível, a ponto de sua permanência não produzir transtornos à integridade corporal ou à saúde, conforme a primeira decisão acima. Se se tratasse de algo que pudesse ser, por exemplo, absorvido pelo organismo, sem qualquer prejuízo ao cliente, poderíamos admitir a absolvição do profissional, posto que a responsabilidade por crime culposos só ocorre quando há um resultado danoso, mesmo comprovada a falta de cuidado objetivo do agente; à semelhança do motorista que, embora dirigindo imprudentemente o veículo, só responde pelo delito culposos se sobrevier um evento lesivo. Pensamos, porém, que uma pinça esquecida no ventre de um paciente pode causar-lhe até a morte, salvo a hipótese de haver pinças e pinças... Os médicos têm a palavra!

Relativamente à segunda decisão, entende-mo-la também censurável. O médico que é contratado para realizar uma intervenção cirúrgica assume a obrigação especial de cautela, de zelo, de diligência, de cuidado; dever este ao qual estão adstritos todos os envolvidos no ato cirúrgico, cada qual pela sua parte e no limite da especialidade respectiva, decorrendo daí a responsabilidade penal pelos resultados lesivos, morte ou lesão, dependendo do evento. Ademais, tal obrigação não se transfere aos auxiliares. Mesmo admitindo-se fosse ela transferida, ainda assim o médico teria sido negligente porque entregara o paciente a auxiliares sabidamente ineptos.

Ao contrário do que ocorre no campo civil, não há compensação de culpas na área penal. Havendo culpa do médico e culpa do resultado lesivo causado a este – razão pela qual não nos parece como se lhe atribuíssemos alguma culpa pelo fato de ser operado. Evidentemente que ele corre riscos, riscos esses inerentes à própria intervenção cirúrgica, cujo resultado danoso pode decorrer do imponderável ou do erro profissional. Acreditamos que o abandono de corpos estranhos na cavidade abdominal do paciente seja "falha involuntária", porém jamais "leve", como entendeu a decisão judicial. Em conseqüência, patente é a responsabilidade penal do médico por delito culposos em casos dessa natureza, que é a conclusão expressa no terceiro julgado.

5.2 – EXERCÍCIO REGULAR DE DIREITO E DOL O

LESÃO CORPORAL DE NATUREZA GRAVE – Perda ou inutilização de membro, sentido ou função – Cirurgia realizada gratuitamente pelo acusado na vítima – Transexualismo – Ablação de órgãos genitais masculinos e abertura, no períneo mediante incisão, de fenda à imitação de vulva postíca – Correção cirúrgica recomenda por renomados psiquiatras, endocrinólogos, psicólogos e geneticistas e tida como viável, sob o ponto de vista legal, por eminente jurista – Ausência, pois de dolo – Absolvição decretada inteligência do art. 129, § 2º, III, do CP.

"Não age dolosamente o médico, que através de cirurgia, faz a ablação de órgãos genitais externos de transexual procurando curá-lo ou reduzir seu sofrimento físico mental. Semelhante cirurgia não é vetada por lei, nem mesmo pelo Código de Ética Médica. (RT, 545, março, 1981, p. 355/372).

Transexualismo não se confunde com homossexualismo. Enquanto o homossexual convive com o próprio sexo e tem a convicção de pertencer a ele, o transexual tem o desejo compulsivo de reversão sexual, rejeitando um sexo e querendo assumir integralmente o outro. Há no transexual uma inversão de identidade psicossocial, apresentando um quadro de neurose obsessivo-compulsiva. A cirurgia visa exatamente a ajustar o seu físico ao sexo a que corresponde.

ponde seu psiquismo, que parece ser o único recurso terapêutico indicado para o caso.

Ao efetuar a cirurgia reabilitadora, mediante o consentimento expresso ou tácito do paciente, o cirurgião atuou com fins de reparação, de cura do paciente, onde não se pode vislumbrar qualquer intuito de ofender a integridade física ou a saúde dele. Não há crime porque o profissional age acobertado pelo exercício regular de direito, que é uma excludente da antijuridicidade do fato, desde que satisfeitos dois pressupostos básicos: o consentimento do paciente e o interesse médico na sua recuperação.

Existem doutrinadores ainda fiéis ao entendimento de que a integridade corporal é bem indisponível, prevalecendo hoje, no entanto, a convicção de que se trata de bem jurídico disponível, principalmente por influência da doutrina e da legislação estrangeira, que é a concepção que mais se ajusta aos valores culturais de nosso tempo. Aliás, somente assim pode-se conceber a licitude, por exemplo, da retirada de órgãos de pessoas vivas para fins de implantes e transplantes.

Com relação a cadáver, registre-se já, é imperioso o consentimento expresso de quem tem direito, conforme estabelece na Lei N. 5.479, de 10 de agosto de 1968.

Assim, a manifestação da vontade do paciente ou de seu representante legal pode operar não só como causa autônoma de exclusão da ilicitude, mas, também, como requisito indispensável para efeito de reconhecimento do exercício de direito médico.

Vale registrar, que a ausência de consentimento só admitida nas hipóteses de conflitos entre bens jurídicos, ocorrendo o estado de necessidade, desde que justificada a intervenção médica ou cirúrgica por iminente perigo de vida.

Ademais, aludindo a outro requisito, a cirurgia foi realizada por recomendação médica, ouvidos vários especialistas, com o fim de curar o paciente, de restituir-lhe a saúde, que abrange tanto a cirurgia reparadora como a estética. Até nesta, o fato de uma pessoa não se aceitar como é, causando-lhe transtornos de ordem psíquica, a cirurgia plástica tem a finalidade de restabelecer o equilíbrio físico e/ou psíquico do organismo.

Um fato definido como crime passa a ser lícito quando representa o cumprimento de um dever legal ou o exercício de um direito. NELSON HUNGRIA, ao dar exemplos dessa excepcional legitimidade, refere-se, exatamente, à "lesão corporal decorrente de ope-

ração cirúrgica (ainda que não seja para evitar perigo de vida, mas consenciente o enfermo) nos casos aconselhados pela arte médica (cujo exercício é autorizado pelo Estado)".(16).

Analisando-se o caso sob outro ângulo, também poder-se-ia invocar a atipicidade do fato por ausência do próprio dolo.

HELENO FRAGOSO, em brilhante parecer que elaborou para a hipótese em estudo, assim se expressou: "Pela exclusão do dolo, os finalistas excluem a tipicidade da lesão corporal no tratamento curativo, e isso corresponde, pode-se dizer, à natureza das coisas. Quem quer curar não quer ferir"(17).

O mesmo HELENO FRAGOSO, comentando o crime de lesões corporais, ensina: "Na intervenção cirúrgica com êxito (inclusive as que se destinam a corrigir deformações) não há tipicidade. Lesão corporal é **dano** à integridade corporal ou à saúde, que não existe quando a intervenção se faz restituindo a saúde, melhorando-a ou mesmo sem alterá-la (desde que praticada **lege artis**). Típico só pode ser o resultado que prejudica, ou seja, o resultado de dano. Importante corrente de opinião entende que mesmo a intervenção cirúrgica sem êxito não configurará o tipo do crime de lesões quando ela for indicada para a cura ou o tratamento e quando for realizada conforme a técnica reconhecida da medicina, com a observância da **lex artis**, havendo o consentimento válido do paciente. Cf. Schönlke-Schroder, 223, IV, Welzel, 251"(18).

Como o dolo é a vontade que tem o agente de realizar os elementos objetivos do tipo, o profissional não pretendeu "ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem", que é a definição legal do delito de lesões corporais. OFENDER é fazer mal; lesar; ferir; causar mal físico; atacar. Ora, a vontade de curar o paciente é incompatível com a vontade de "ofendê-lo", sendo indispensável à tipificação este propósito do agente.

O que distinguiria, por exemplo, a conduta do cirurgião quando com o bisturi abre o ventre do paciente, do comportamento do agressor que faz o mesmo com a faca? Ações exteriormente iguais, diversas apenas na intenção de cada um. Presente o dolo na vontade do agressor ("matar" ou "ofender"); ausente o dolo (de "matar" ou de "ofender") na vontade do médico (19), pois o conteúdo da sua ação, sua intencionalidade, seu finalismo, consiste em restabelecer a saúde do paciente.

À semelhança do caso em estudo, o profissional, nas intervenções médicas ou cirúrgicas que efetuar - ressalvado o evento dano-

so que sobrevier por falta de cuidado objetivo -, não pode ser responsabilizado pelo delito de lesões corporais, observadas, é claro, as circunstâncias do caso concreto.

DESTRUIÇÃO, SUBTRAÇÃO OU OCULTAÇÃO DE CADÁVER - Extirpação do globo ocular de um cadáver para transplante de córnea em pessoa necessitada - Ação penal intentada por denúncia do MP com fundamento no art. 211 do CP e arts. 2º e 3º da Lei n. 5.479, de 10/08/68, que trata de transplante - Falta de justa causa para prosseguimento da ação penal por atipicidade dos fatos dados como delituosos - Aplicação à espécie de julgada da Suprema Corte do país que decidiu hipótese semelhante (RTJ, 79, 102/105) - Decisão unânime. (TJP, Ac. 13.896).

Nos crimes contra o respeito aos mortos é tutelado o sentimento de piedade e veneração que os mortos despertam na coletividade, ou seja, é protegido o sentimento dos vivos para com os mortos. Ademais, o morto não pode ser sujeito passivo de crime porque não é titular de direitos, podendo ser objeto material como no delito de **destruição, subtração, ou ocultação de cadáver** e no crime de **vilipêndio a cadáver**.

Com o primeiro transplante de coração realizado pelo Prof. Zerbini, houve necessidade de se disciplinar a matéria, especialmente "a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica e científica", que culminou com a Lei n. 5.479, de 10 de agosto de 1968. A nosso ver, essa lei, ante prática até então inusitada entre nós, procurando resguardar os interesses da coletividade, da família do morto e do próprio médico responsável pelo transplante, exige autorização expressa de quem de direito para a retirada de tecidos, órgãos e partes de cadáver, discriminando, assim, o fato praticado pelo profissional por via do exercício regular de direito do médico, uma vez presente também o interesse relativo à cura do receptor do transplante.

É oportuno lembrar, que ninguém pode dispor de cadáver à sua vontade, nem o próprio médico, mesmo sendo legista ou professor.

O médico legista que, como perito oficial, dissecar um cadáver realizando estudos e exames de praxe, só não pratica crime porque atua no estrito cumprimento de dever legal. Mesmo assim, o legista tem limitações (observe-se o vocábulo "estrito"), além de poder, se

houver excesso no cumprimento do dever, vir a responder por ele. Conclui-se que nem mesmo o cadáver destinado ao médico legista pode ser impunemente destruído, subtraído, ocultado ou vilipendiado.

Por outro lado, também só não praticam crime o médico e o estudante que, num curso de medicina, dissecam um cadáver com fins de estudo - porque uma norma de cultura (causa supralegal), aceita pela consciência social, tem o fato como legítimo, podendo-se identificar também o exercício regular de direito do **professor** (direito de exercer sua profissão) e do **aluno** (de aprender). Mesmo assim, professor e aluno têm limitações (observe-se o termo "regular"), além de poderem, se houver excesso no exercício do direito, vir a responder por ele. Conclui-se que nem mesmo o cadáver destinado a estudos de anatomia pode ser impunemente destruído, subtraído, ocultado ou vilipendiado por quem quer que seja.

No caso presente, não pode o médico que efetuou a extração do globo ocular do cadáver invocar o exercício regular de direito, exatamente por faltar um dos requisitos para tal - o consentimento expresso nas formas exigidas pela citada lei especial.

Teria cabimento, porém, a atipicidade da conduta do profissional por força de ausência de dolo, tese que fundamentou a decisão judicial transcrita acima?

Respaldou-se ela num julgado prolatado pelo Supremo Tribunal Federal, em matéria semelhante, que também determinou o trancamento da ação penal, só que relativamente ao crime de **vilipêndio a cadáver** atribuído ao médico. Um professor e dois estudantes de medicina fizeram a enucleação dos olhos de um cadáver que se achava aguardando necrópsia, no necrotério de uma escola superior, destinando o material colhido a terceira pessoa para fins científicos, ausente também o consentimento de quem de direito, para viabilizar o ato médico.

Tal decisão do STF é a seguinte:

Denúncia que atribui a um médico e dois estudantes de medicina a prática do crime de vilipêndio a cadáver definido no art. 212 do Código Penal - A enucleação dos olhos de cadáver, para fins didáticos e científicos, não configura o crime por que foram denunciados nem qualquer outro, sendo, assim, penalmente atípica - A Lei n. 5.479, de 10/08/68 não prevê qualquer cominação legal - Recurso provido para trancamento da ação penal.

A atipicidade invocada está embasada na ausência de dolo. Pelo finalismo, repetimos, o dolo consiste na vontade de o agente realizar os elementos objetivos do tipo, não se lhe exigindo qualquer fim especial. Do agente não se exige um dolo adjetivo, um juízo de valor, não se lhe exige a consciência da ilicitude da conduta, que passou a ser pelo finalismo um componente normativo estranho ao dolo, apreciado no interior da culpabilidade (potencial consciência da ilicitude). O dolo, elemento subjetivo do crime, é exclusivamente psicológico.

Em determinados crimes, além do dolo, o tipo pode prever um fim especial de agir, que a doutrina tradicional chama de dolo específico, hoje denominado pelo finalismo de **elemento subjetivo do injusto**, que também integra o tipo subjetivo desses delitos.

Ensinam os léxicos e os juristas, que VILIPENDIAR é aviltar; desprezar; ultrajar injuriosamente; proceder com desprezo, menos-cabo, escárnio, zombaria.

Ora, o médico que extraiu os olhos do cadáver não procedeu com esse fim, razão pela qual não se lhe pode atribuir a prática do delito de **vilipêndio a cadáver**, mesmo porque a figura penal requer o elemento subjetivo do injusto (dolo específico) – o aviltamento do cadáver.

Corretíssimo o julgado do STF quanto a esse aspecto, despidendo, por consequência, apreciar a exigência contida na Lei n. 5.479, cuja análise resultou prejudicada face à atipicidade por ausência de dolo na conduta aludida.

Entretanto, censurável é a decisão proferida pelo STF quando, excluindo o citado crime, entendeu não haver qualquer outro delito. Tal julgado, tido como paradigma do caso que ora analisamos, e que embasou a decisão do tribunal estadual, não pode prevalecer quando o delito imputado ao agente é outro, exatamente o de **destruição, subtração ou ocultação de cadáver**.

Na hipótese sob análise, foi atribuído a médico tal crime, cuja definição legal é: "Destruir, subtrair ou ocultar cadáver ou parte dele". Também ensinam os léxicos e os juristas, que DESTRUIR o cadáver é torná-lo insubsistente como tal. OCULTAR o cadáver é fazê-lo desaparecer, sem destruí-lo. SUBTRAIR o cadáver é tirá-lo da esfera de sua proteção jurídica ou da custódia de seus legítimos detentores; é retirá-lo do local onde se acha, não se exigindo que seja submetido ao poder de disposição próprio ou alheio; a "subtra-

ção" não apresenta o sentido de "apossamento" que tem no crime de furto.

Convém verificar, que a lei penal não protege apenas o cadáver como um todo, mas, também, **parte dele**, "quer seja de um cadáver despedaçado (de pessoa vitimada num desastre ou por explosão), quer a que o agente separa de um cadáver íntegro"⁽²⁰⁾.

Evidentemente, um profissional que extrai o globo ocular de um cadáver, mesmo para fins de transplante de córnea, não o destrói; como não oculta – MAS SUBTRAI PARTE DELE.

No caso em estudo, cujo tipo não estabelece um fim especial de agir (elemento subjetivo do injusto, ou dolo específico como querem os clássicos), o comportamento do médico tipifica o dolo em toda a sua plenitude (dolo genérico para os tradicionalistas), pois subtraiu parte do cadáver, realizando o agente os elementos objetivos do tipo, independentemente do fim, torpe ou altruísta. Trata-se de hipótese completamente diferente da que foi analisada a propósito do crime de lesões corporais.

O consentimento expresso de pessoa responsável pelo cadáver viabilizaria apenas o exercício regular de direito do médico, que também atuaria no sentido de restabelecer a saúde do receptor do transplante.

O finalismo tirou a consciência atual da ilicitude, presente anteriormente na concepção do dolo, para, arrumando melhor a estrutura do crime, incluí-la na culpabilidade (potencial consciência da ilicitude), que é censurabilidade, reprovabilidade, onde aí, sim, elaborara-se um juízo de valor ante a conduta do agente e teria tido ele, nas circunstâncias em que atuou, possibilidade de conhecer a ilicitude do seu comportamento?

Convém esclarecer, que apenas procuramos estudar o presente caso à luz da "teoria finalista da ação" e da "teoria normativa pura da culpabilidade" – que nos inspiraram na elaboração deste trabalho, convictos dos fundamentos jusfilosóficos que elas encerram.

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Se nos fosse dado o direito de sumariar toda a responsabilidade penal do médico, seja pela relevância da matéria, seja pela essência do tema, seja pelos objetivos traçados, concluiríamos, sem dúvida, por: DOLO; CULPA; EXERCÍCIO REGULAR DE DIREITO.

Dolo e culpa, pelas estruturas especialíssimas que têm, constituem um dos maiores desafios para o pensamento filosófico em matéria penal. Exercício regular de direito, por ser causa justificante, é uma das mais frequentes teses defensivas em matéria de responsabilidade criminal do médico. Foram esses os assuntos abordados no ESTUDO DE CASOS, casos que selecionamos sob esse critério.

Não tivemos a pretensão de exaurir o tema, posto que impossível, quer ante o caráter multifário das situações particularmente vivenciadas no cotidiano de cada profissional, quer ante a vastíssima literatura médico-jurídica com suas hipóteses inesgotáveis.

O Direito, emergindo da concretude dos fatos sociais, não pode ser tratado friamente. Também como processo de renovação permanente do conhecimento, o Direito não é estático. Questionador, controverso, dialético – o Direito admite concepções, óticas e posturas diversas. Não somos donos da verdade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 01 – BATISTA, Nilo. Introdução Crítica ao Direito Penal Brasileiro, Rio, Revan, 1990, p. 10.
- 02 – MEIRA, Clóvis. Temas de Ética Médica e Medicina Legal, Pará, Cejup, 1989.
- 03 – TOLEDO, Francisco de Assis. Princípios Básicos de Direito Penal 2ª ed., S. Paulo, Saraiva, 1986, p. 77.
- 04 – TOLEDO, Francisco de Assis. Ob. cit., p. 95/96.
- 05 – FRAGOSO, Heleno Cláudio. Lições de Direito Penal, 10ª ed., Rio, Forense, 1986, p. 229.
- 06 – GARCIA, Basileu. Instituições de Direito Penal, 4ª ed., S. Paulo, Max Limonad, v. I, t. I, p. 259.
- 07 – BRUNO, Aníbal. Direito Penal, Rio, Forense, v. I, t. 2º, p. 89.
- 08 – MIRABETE, Julio Fabbrini. Manual de Direito Penal, S. Paulo, Atlas, 1985, p. 148.
- 09 – MIRABETE, Julio Fabbrini. Ob. cit. p. 196.
- 10 – JESUS, Damásio. De Direito Penal, 10ª ed., S. Paulo, Saraiva, 1985, p. 395.
- 11 – HUNGRIA, Nelson e FRAGOSO, Heleno. Comentário ao Código Penal 5ª ed., Rio, Forense, 1978, v. I, t. II, p.320.
- 12 – FÁVERO, Flaminio. Medicina Legal, 10ª ed., B. Horizonte, S. Paulo, Itatiaia / Martins, 1975, v. 2º, p. 963.

- 13 – GOMES, Hélio. Medicina Legal, 8ª ed. Rio/S. Paulo, Freitas Bastos, 1965, p. 724.
- 14 – GONES, Hélio. Ob. cit., p. 724.
- 15 – BRUNO, Aníbal. Ob. cit., p. 88/89.
- 16 – HUNGRIA, Nelson e FRAGOSO, Heleno. Ob. cit., p. 310/311.
- 17 – FRAGOSO, Heleno Cláudio. Transexualismo, in Revista dos Tribunais 545, março, 1981, p. 299/304.
- 18 – FRAGOSO, Heleno Cláudio. Ob. cit., Parte Especial, 10ª ed., 1988, v. I, p. 155/156.
- 19 – TOLEDO, Francisco de Assis. Ob. cit., p. 215.
- 20 – HUNGRIA, Nelson. Ob. cit., 2ª ed., Rio, Forense, 1954, v. VIII, p. 75/76.

DA RESPONSABILIDADE DAS INSTITUIÇÕES MÉDICAS*

Fernando Facury SCAFF

Doutor em Direito pela Universidade de São Paulo

Professor da Universidade Federal do Pará

Procurador da Fazenda Regional

01. Inicialmente cumpre-me agradecer ao ilustre Dr. Clodoaldo Beckmann, Presidente da Academia de Medicina do Pará, que me deu esta oportunidade de me dirigir aos senhores a fim de tratar de tão palpitante tema que é o da RESPONSABILIDADE DAS INSTITUIÇÕES MÉDICAS, que se torna de maior relevo face às novas regras instituídas pelo Código do Consumidor.

02. Responsabilizar significa chamar alguém a responder sobre seus atos. E isto pode se dar em vários âmbitos: criminal, civil (também chamado de patrimonial), administrativo (ou trabalhista) ou profissional. No mundo dos fatos, pode ocorrer que apenas um só ato dê ensejo a todas estas diversas formas de responsabilidade. Por exemplo, imaginemos um médico que desenvolva suas atividades no âmbito do serviço público. Caso ocorra uma falha que lhe possa ser imputada, poderão ocorrer pelo menos quatro diferentes esferas de responsabilização: criminal, onde será discutido se o seu procedimento se constituiu um crime, a teor do que preceitua o Código Penal; Civil, onde se deverá apurar a extensão do dano por ele infringido a outrem e a forma de sua reparação, usualmente pecuniária; administrativa, onde, através de um inquérito administrativo, se deverá apurar o alcance de sua falha para o desenvolvimento do serviço público; e profissional, junto ao Conselho Regional de Medicina, onde se discutirá sua capacidade para continuar exercendo aquela profissão.

03. Cada qual destas esferas de responsabilização pode ocasionar seu desdobramento em um sem número de variáveis, determinando punições diversas.

* Mesa Redonda realizada em 27.03.1991

04. Dentro deste lento caminhar da humanidade, por diversas etapas passou a teoria da responsabilidade.

05. Apenas para ficar no âmbito da responsabilidade civil, também chamada de patrimonial, tema destas breves palavras, podemos dizer que, no início, havia a irresponsabilidade. Vigia a lei do mais forte. Quem causasse lesões a outrem não tinha nenhuma responsabilidade de indenizar os danos havidos.

06. Contudo, com o passar do tempo, as relações passaram a ser mais equânimes e o Direito começou a tratar da questão trazendo-a para níveis mais civilizados. Daí surgiu que o causador do dano deveria indenizar aquel'outro lesado passando-lhe certa quantia, desde que ficasse provado que o autor agiu com culpa na condução de seus atos. Ou seja, deveria ficar provado que o lesionador agiu de forma imprudente, negligente ou imperita. Muito embora seja difícil conceituar cada qual estes tipos, pode-se entender por imperito aquele indivíduo que não possui a devida habilitação técnica para o desenvolvimento de certa tarefa, porém arrisca fazê-lo. Negligente, entende a Doutrina, é o comportamento daquele indivíduo que deveria proceder com zelo em certa atividade, porém não faz, ou o faz de forma aquém da necessária. É um comportamento omissivo. Já a imprudência é um comportamento comissivo, onde o indivíduo age de forma atabalhoada e sem as cautelas necessárias para o desenvolvimento daquela atividade. Em qualquer das hipóteses, seria necessário à vítima provar que o lesionador procedeu de forma culposa para que conseguisse seu intento em responsabilizá-lo. À esta fase onde era necessária a comprovação da culpa batizou-se de teoria subjetivo, porque necessitava inquirir do agente suas intenções para com a vítima.

07. Com a evolução do conhecimento e o conseqüente desenvolvimento da sociedade e do Direito, surgiu uma nova teoria sobre a responsabilidade das pessoas jurídicas em geral. Trata-se ainda da apuração da culpa "in eligendo" e "in vigilando". Ou seja, passou-se a alcançar a pessoa jurídica responsável por aquele ato danoso omissivo ou comissivo arguindo sua culpa na escolha dos seus prepostos (culpa "in eligendo") ou então na sua vigilância (culpa "in vigilando"). A responsabilidade ficava então sob as costas da pessoa jurídica que contratou mal aquele profissional ou que não vigiou a contento sua atividade.

08. O grande mérito desta nova teoria foi que permitiu a responsabilização não apenas da pessoa física, mas da pessoa jurídica

que a contratou para desenvolver aquele serviço. É praxe que as pessoas jurídicas possuam maior patrimônio que as físicas individualmente, o que ampliava a possibilidade de ser recebida a indenização determinada. Contudo, ainda se permanecia perquirindo da culpa do lesionador. Teria de ser provado que seu procedimento foi culposo na escolha ou na vigilância daquele profissional.

09. Posteriormente, foi deixada de lado a exigência de culpa para a apuração da responsabilidade, passando a ser exigido apenas a **constatação da relação causal entre fato e dano** para que surgisse a obrigação de repará-lo. Foi o advento da **teoria objetiva**. Quem ocasionasse uma lesão a outrem deveria indenizar os prejuízos daí advindos. Logo, a relação causal é que determinaria a obrigação de indenizar. Se ficasse provado que "A" causou certo prejuízo à "B", "A" deveria indenizar de forma correspondente.

10. Cumpre ademais, distinguir uma **exceção à esta teoria objetiva**, que é quando há colaboração da vítima na obtenção do resultado danoso. Tal exclusão, denominada "**culpa da vítima**" ocorre quando a própria pessoa lesada concorre para a produção daquele dano. Por exemplo, um médico ministra, de forma correta, a certo paciente, uma dose de 02 comprimidos ao dia de um medicamento, e o paciente decide, por contra própria, tomar uma dose triplicada, vindo, daí a ocorrerem lesões. Não haverá nenhuma responsabilidade patrimonial que possa vir a ser imputada ao médico neste sentido.

11. Como "toda teoria da responsabilidade reflete uma certa forma de civilização" (Jean Rivero. Direito Administrativo, Coimbra, Almedina, 1981, pág. 305), alguns países ainda não atingiram este estágio de evolução da teoria em toda sua extensão.

12. No Brasil, apenas algumas atividades estão afetadas a este enquadramento da teoria da responsabilidade na fase objetiva. Uma delas, agora expressamente por lei, é o da **prestação de serviços pelas instituições médicas**.

13. Até dias atrás, alguns Tribunais enquadravam eventuais lesões provadas pelas instituições médicas ora na teoria objetiva, ora na teoria subjetiva. A partir da entrada em vigor do assim denominado **Código do Consumidor** (Lei n. 8.070, de 11 de setembro de 1990, cuja vigência iniciou em 11 de março de 1991) esta dúvida não mais deverá existir.

14. Estabelece o art. 14 da citada lei:

Art. 14 – o fornecedor de serviços responde, **independentemente da existência de culpa**, pela reparação dos danos causados pelos consumidores por defeitos relativos à prestação de serviço, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos.

Pará. 1º – o serviço é defeituoso quando não fornece a segurança que o consumidor dele possa esperar, levando-se em consideração as circunstâncias relevantes, entre as quais:

- I – o modo de seu fornecimento;
- II – o resultado e os riscos que razoavelmente dele se esperam;
- III – a época em que foi fornecido.

Pará. 2º – O serviço não é considerado defeituoso pela adoção de novas técnicas.

Pará. 3º – O fornecedor de serviços só não será responsabilizado quando provar:

- I – que, tendo prestado o serviço, o defeito inexiste;
- II – a culpa exclusiva do consumidor ou de terceiro.

Pará. 4º – A **responsabilidade pessoal dos profissionais liberais** será apurada mediante a verificação de **culpa**". (grifos nossos)

15. Ou seja, nesta lei houve todo um enquadramento da matéria sobre responsabilidade pela prestação de serviços junto aos consumidores. Cumpre destacar três diversos momentos:

- a) **em primeiro lugar**, o médico enquanto prestador de serviços diretamente ao consumidor. É o típico caso do profissional liberal;
- b) **em segundo lugar**, a instituição médica enquanto prestadora de serviços aos consumidores; e
- c) **em terceiro lugar**, o médico enquanto assalariado da instituição médica que presta serviços aos consumidores.

16. Foge de nosso tema tratar do médico enquanto prestador de serviços diretamente ao público consumidor. Porém, apenas como indicação, cumpre-nos lembrar que a regra inscrita no pará. 4º do artigo 14, da lei acima citada, o coloca no âmbito da **teoria**

subjetiva retro exposta, sendo necessário para responsabilizá-lo, ser efetuada a prova de sua atuação culposa, quer através de procedimentos imprudentes, negligentes ou imperitos.

17. O **segundo momento** acima indicado, da instituição médica enquanto prestadora de serviços aos consumidores, teve seus procedimentos vinculados à **teoria objetiva**, também acima exposta bastando que haja um nexo causal para que ocorra a responsabilização. Ou seja, será necessário apenas de mostrar que o dano foi ocasionado por um procedimento da instituição, sendo irrelevante para o efeito desta apuração se ocorreu culpa por parte dela. Despiciendo fazer notar que será desnecessário a apuração de atuação negligente, imprudente ou imperita para que a responsabilização se dê. Basta a comprovação do nexo causal.

18. Obviamente, a excludente de responsabilidade é permitida. Dissemos acima que pode ocorrer da lesão ter sido provocada por "**culpa da vítima**", e o Código do Consumidor adotou esta idéia estabelecendo-a no art. 14, parág. 3º, inciso II. Todavia, dispôs adjetivando o procedimento: "culpa **exclusiva** do consumidor ou de terceiro". Ora, ao estabelecer apenas a **exclusividade** como excludente, admite a hipótese de "**culpa concorrente**". Ou seja, a responsabilidade da instituição médica será concorrente com a do consumidor, na exata proporção de sua participação no evento. Voltando à hipótese acima indicada: caso tenha sido prescrita a ingestão de apenas 02 comprimidos de certo medicamento ao dia e o paciente tomou, por conta própria ou recomendação de terceiro (não importa ao caso) dose três vezes superior, daí advindo danos ao consumidor, perguntar-se-á: O que causou o dano foi a ingestão daquele medicamento cuja prescrição não era correta para aquela doença, naquela quantidade, ou foi o excesso que causou o dano? Observe-se que dependendo da resposta à esta pergunta a situação jurídica será diversa. Caso:

- a) O remédio e a dosagem fossem corretas para o tratamento daquele mal e o dano tivesse advindo do excesso da medicação, a **culpa seria exclusiva da vítima** (ou de terceiro), e a instituição estaria isenta de qualquer responsabilidade;
- b) Porém, caso o remédio ou a dosagem prescrita não fosse a correta para o tratamento daquele mal, muito embora o

próprio consumidor tivesse exagerado, por seu próprio risco, na dosagem, a culpa será concorrente, e deverá ser apurada o "quantum" de culpa cabe a cada qual naquele evento.

19. Outra excludente, óbvia, será a negativa do dano, prevista no art. 14, parág. 3º I. Consiste na hipótese de não ter havido dano, muito embora o consumidor o alegue, a despeito de ter havido o serviço. Imaginemos uma hipótese absurda, por isso mesmo, ilustrativa. Determinado cirurgião opera um doente de apendicite e, tempos depois, é procurado pelo paciente (ou mesmo por um oficial de justiça) que alega ter sido "esquecido" em seu abdômen um bisturi, e, portanto, ecide culpar o médico que o operou. Bastará se comprovar que, mesmo tendo sido operado por aquele cirurgião, inexistia em seu abdômen o alegado instrumento e estará cumprida a isenção de responsabilidade prevista na lei.

20. Outro ponto importante a ser abordado, é o que prevê o mesmo art. 14, parág. 2º, onde desconsidera como defeituoso certo serviço somente porque foi descoberta ou inventada nova técnica para a sua prestação. Deve-se observar, contudo, que é diverso o fato de ser desconhecida aquela técnica enquanto se trata do paciente e o fato dela existir mas aquela instituição não adotá-la.

21. Na primeira hipótese, nada pode ser imputado à instituição. Na segunda, é importante que, ao ser firmado o contrato, fique claro que existem outros métodos de se tratar aquela doença, porém a instituição não os adota por opção ou em decorrência de problemas operacionais ou financeiros. Importa que no contrato firmado entre partes, que usualmente são contratos padrão (também chamados "de adesão" porque uma parte apenas adere às regras estabelecidas pela outra) tais cláusulas sejam redigidas em linguagem clara e objetiva, consoante determina o próprio Código do Consumidor em seu art. 54, parág. 3º e 4º. Somente assim, ficará instituição médica acobertada contra possíveis arguições de responsabilidade em razão de adoção de uma técnica menos moderna. Dispõem estas regras.:

"Art. 54 – Contrato de adesão é aquele cujas cláusulas tenham sido aprovadas pela autoridade competente ou estabelecidas unilateralmente pelo fornecedor de produtos ou serviços, sem que o consumidor possa

discutir ou modificar substancialmente seu conteúdo.

Parág. 3º - Os contratos de adesão escritos serão redigidos em **termos claros e com caracteres ostensivos e legíveis**, de modo a facilitar sua compreensão pelo consumidor.

Parág. 4º - As cláusulas que implicarem limitação de direito do consumidor deverão ser redigidas **com destaque**, permitindo sua imediata e fácil compreensão." (grifos nossos).

22. O próprio Código, no art. 14, parág. 1º, determina quando um serviço pode ser considerado defeituoso. Há um forte componente emocional nesta consideração. Determina a regra que: "O serviço é defeituoso quando não fornece a segurança que **o consumidor dele pode esperar**...". Ora, como é que se pode aferir o que o consumidor pode esperar de uma instituição médica? Será que ele espera a cura de todos seus males? Será que de uma instituição médica se pode esperar isso?

23. A resposta é não! Cumpre-nos dizer que quando um consumidor procura uma instituição médica é firmado um **contrato** (tácito ou expresso) **de meios**, e não **de resultados**.

24. Os **contratos de meios** são aqueles através dos quais o contratado se compromete a utilizar todos os meios que dispõe, da melhor forma possível, para resolver determinado problema para o qual foi contratado. Não há um compromisso **de resultado**. São contratos de meios aqueles firmados com médicos, advogados, dentistas etc. No caso das instituições médicas, estas se comprometem a utilizar dos meios que dispõem para tentar curar aquela determinada enfermidade. Se irá curá-la é algo que não está dentro de suas possibilidades prometer.

25. Diversamente, existem outros profissionais cujos contratos são **de resultado**. Como exemplo temos os contratos firmados com engenheiros, arquitetos, etc., e suas associações, apenas para ficarmos no âmbito dos profissionais liberais. Os médicos que efetuam cirurgias plásticas estéticas também estão aqui incluídos. Portanto, para efeito do Código do Consumidor, todos estes profissionais foram tratados igualmente, sem esta distinção.

26. Neste sentido podemos citar duas decisões do Tribunal de Justiça de Minas Gerais assim lavradas:

"Os médicos e cirurgiões, ao prestarem assistência profissional a seus clientes, assumem obrigação de meio e não de resultado, de sorte que não lhes garantem a cura ou a recuperação. A morte ou a ausência de melhora do enfermo, **desde que o médico empregue o zelo profissional comum**, não configura ilicitude alguma, para efeito de indenização civil".

"A assistência médico cirúrgica dá-se por via de contrato de prestação de serviços, onde a obrigação assumida é de meio e não de resultado. O insucesso no tratamento é irrelevante para autorizar indenização de perdas e danos, cujo cabimento só ocorre quando **a lesão ou morte do paciente seja fruto de manobra culposa ou dolosa do médico**". (ambos citados por Humberto Theodoro Júnior. Responsabilidade Civil, SP. Ed. Universitária de Direito, 1986, págs. 82 a 88) (grifos nossos).

27. Assim, sendo um contrato de meio e não de resultado, o que é estabelecido no art. 14, parág. 1º do Código acerca "daquilo que o consumidor pode esperar", deve ser interpretado dentro estes parâmetros.

28. Observe-se, contudo, que o meio de propaganda utilizado para divulgar possíveis planos de saúde das instituições médicas está sob as regras do Código. Prescreve o art. 38:

"O ônus da prova da veracidade e da correção da informação ou comunicação publicitária cabe a quem as patrocina".

29. Ou seja, caso a propaganda anuncie certos benefícios que não poderão ser efetivamente prestados, o patrocinador daquela informação deverá ser responsabilizado por isso.

30. No mesmo sentido consta o art. 34 do Código ao estabelecer que:

"O fornecedor do produto ou serviço é solidariamente responsável pelos atos de seus prepostos ou representantes autônomos".

31. Tal regra impõe que seja exercido um maior controle por parte dos vendedores de planos de assistência médica, ou serviços

similares, a fim de que a instituição não venha a ser responsabilizada em razão de benefícios prometidos e não cumpridos.

32. Ainda dentro da responsabilidade da instituição médica enquanto prestadora de serviços aos consumidores – segundo momento da relação de responsabilidade estabelecida pelo art. 14 da Lei do Consumidor, como acima relatamos – consta que o serviço será considerado defeituoso (art. 14, parág. 1º, II e III), consoante a época em que foi fornecido e os resultados e os riscos que razoavelmente dele se esperam. Tal assertiva nos leva a afirmar que as regras acima transcritas deverão ser enfatizadas ou amenizadas de conformidade com a situação fática vivida. Imaginemos, por exemplo, a prestação de um serviço médico por um hospital em um período de epidemia. Obviamente será diverso do que em época normal. Logo, a regra da consideração do serviço como defeituoso deverá ser temperada com a realidade.

33. Outra disposição desta lei que trará, sem dúvida, muitas discussões e envolve a responsabilidade das instituições médicas diz respeito ao art. 20, parág. 1º. Estabelece esta regra que o fornecedor de serviços responderá pelos vícios de qualidade que o tornem impróprio para o consumo ou lhe diminuam o valor. O consumidor prejudicado poderá exigir, dentre outras coisas, a reexecução dos serviços, sem custo adicional, quando cabível. Até aí nada mais lógico. Porém consta no parág. 1º:

“A reexecução dos serviços poderá ser confiada a terceiros devidamente capacitados, por conta e risco do fornecedor”.

34. Imaginemos, por exemplo, a hipótese de uma cirurgia plástica estética, onde, por algum motivo, a pessoa não venha a estar satisfeita com seu novo perfil. Será possível se exigir que outro cirurgião plástico, de maior envergadura, refaça o trabalho? Por outras palavras, uma operação plástica estética efetuada por um médico recém formado – e a um custo equivalente – poderá ser refeita, pelo mesmo preço, por um cirurgião mais habilitado? Entendemos que não é este o espírito da lei. Há de haver uma **equivalência de meios** de tal modo que a reparação – custeada pela instituição médica e sob sua responsabilidade – seja efetuada por quem possua similar capacidade daquele primeiro. E, é claro, desde que haja uma disparidade entre o objeto do contrato e seu resultado.

35. Cumpre-me agora fazer um breve parêntese para abordar a questão da **responsabilidade entre o médico assalariado e a instituição médica**.

36. Estabelece a regra supramencionada do art. 14, “caput”, da Lei do Consumidor que “o prestador de serviços responde, independentemente da existência de culpa...”. É, o parág. 4º estabelece que “a responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação da culpa”.

37. Consta-se então, que existem duas diferentes relações aqui dispostas. **A que vincula o consumidor à instituição médica é vinculada à teoria objetiva**, ou seja, basta que exista o nexo causal entre o ato e o dano ocorrido, tal como retro exposto. Já a **relação entre a instituição médica e o médico assalariado rege-se pelas regras da teoria subjetiva**, ou seja, dependerá da existência de culpa da pessoa física na obtenção daquele resultado.

38. Suponhamos um consumidor que procure o INSS em razão de certa doença. O médico que o atende identifica a causa do mal, contudo não possui os meios adequados para salvar o paciente, que vem a sofrer uma lesão em razão de omissão do socorro apropriado. Como deverá ser resolvida a causa no âmbito da responsabilidade civil? **o INSS será responsável objetivamente, indenizando o paciente pela lesão ocorrida**. E, depois, deverá perquirir se houve **culpa** do médico no atendimento daquele paciente. Poderão, então, ocorrer duas hipóteses:

- a) Se provado que o médico agiu corretamente, apenas lhe faltavam os meios adequados para salvar o enfermo. E esta falta de meios deveu-se ao desaparecimento da instituição. Nesta hipótese, nenhuma culpa caberá ao médico.
- b) Se provado que o médico não providenciou os meios necessários, que, contudo, estavam à sua disposição na instituição. Portanto, agiu o médico com negligência e imperícia. Logo, o médico deverá ser responsabilizado.

39. Denota-se que a relação é dupla, devendo ser o paciente lesado imediatamente indenizado pela instituição e, apenas posteriormente, ser apurada a existência ou não de culpa por parte do médico. Chama-se a isto, nos meios jurídicos, de “**direito de regresso**”, pois possibilita à instituição receber aquilo que pagou ao

paciente na hipótese de constatar que o dano não decorreu de falha sua, mas do médico (pessoa física).

Neste sentido existe um magnífico julgado do Tribunal Federal da 1ª Região assim lavrado:

“- tendo o médico atribuído ao estagiário, estudante de medicina, ato privativo seu e sem os necessários cuidados, vindo a causar danos a parturientes, em decorrência do mau uso do instrumento médico cirúrgico, configura-se **ato culposo, por negligência e falta dos cuidados objetivos ou do zelo profissional necessário.**

- Sendo o médico e o estagiário integrantes do corpo clínico Hospital, e as guias de internamento hospitalar expedidas pelo INAMPS, em nome e sob a responsabilidade do **Hospital, este responde objetivamente pelos danos em decorrência de falta do serviço.**

- Embora seja o médico culpado integrante do Hospital e utilizando-se de seu aparelhamento para a prestação de atendimento aos pacientes, como profissional autônomo, sem credenciamento, pois quem era credenciado era o hospital, **a autarquia previdenciária também é responsável pela má escolha das entidades de prestação de assistência médica**, pois esta seria atribuição primária do próprio INAMPS em virtude do contrato configurado no seguro de assistência aos contribuintes da previdência social.

- **Condenação do médico**, que delegou ato de sua atribuição ao estagiário e estudante de medicina, **do hospital**, de que eram integrantes o médico e o estagiário, **e do INAMPS**, pelos danos que o erro médico causou à parturiente”. (Ap. Civ. n. 89.01.221.268-MG. Rev. Vicente Leal. DJU, II, 22/out/90, pág. 24.746, 1ª col.) (grifos nossos).

41. Ou seja, o **médico** foi condenado em decorrência de **culpa subjetiva, por negligência**. O **hospital** foi condenado com base na **teoria objetiva**, por “falta do serviço”, bem como o INAMPS, que, segundo entendeu o magistrado, escolheu mau a entidade de assistência médica que lhe prestou o serviço. Logo, possui direito tanto o INAMPS quanto o Hospital de receber daquele médico, que foi condenado por culpa, o montante pago na condenação.

42. Passemos a outro ponto importante acerca da responsabilidade das instituições médicas. Trata-se da aplicação da teoria da **“desconsideração da personalidade jurídica”**.

43. É sabido, e consta do Código Civil (art. 20), que “as pessoas jurídicas tem existência distinta da de seus membros”. Ou seja, o patrimônio dos sócios de uma sociedade é independente do patrimônio da própria sociedade. Não se misturam.

44. Contudo, o art. 28 da Lei do Consumidor estabeleceu:

“Art. 28 – O Juiz poderá desconsiderar a personalidade jurídica da sociedade quando, **em detrimento do consumidor**, houve abuso de direito, excesso de poder, infração de lei, fato ou ato ilícito ou violação dos estatutos ou contrato social. A desconsideração também será efetivada quando houver falência, estado de insolvência, encerramento ou inatividade da pessoa jurídica, provocados por má administração.

Parág. 5º – Também poderá ser desconsiderada a pessoa jurídica **sempre que sua personalidade for, de alguma forma, obstáculo ao ressarcimento de prejuízos causados aos consumidores.**” (grifos nossos).

45. Assim, ocorrendo alguma das hipóteses acima descritas, o patrimônio privado dos sócios poderá ser levado à responder pelos danos que a sociedade causar a terceiros. Suponhamos uma instituição médica privada que, por algum motivo, causou lesão a outrem. Sua responsabilidade é, como vimos, objetiva (independentemente de culpa). Todavia, a instituição não possui patrimônio qualificado para pagar a indenização, mas seus sócios possuem bens suficientes para tanto. O juiz poderá alcançar os bens dos sócios para responder pela indenização devida pela instituição.

46. Esta regra, embora seja uma novidade para as relações de consumo, não se constitui em uma inovação do Código no âmbito jurídico. Outras áreas do Direito possuem disposições semelhantes, tal como o direito tributário e o trabalhista.

47. Por fim, mas não por último, devemos referenciar algumas palavras sobre **no que consiste a indenização**. Deve ser a mais

abrangente possível, a fim de trazer o evento danoso à sua situação anterior, à seu "status quo ante". Deve ser incluído tanto as **perdas e danos**, que é a apuração do montante do prejuízo ocasionado, quanto os **lucros cessantes**, que é a apuração do quanto aquele indivíduo esperava obter e, em razão do evento danoso, não poderá vir a fazê-lo. Por exemplo, na hipótese do falecimento de um professor universitário, decorrente de um erro médico, a apuração dos "lucros cessantes" deverá levar em conta as promoções por tempo de serviço a que ele faria jus em sua carreira. Cumpre lembrar que, para nossos Tribunais, a **expectativa média de vida** do brasileiro se encontra em 65 anos de idade.

48. Não podemos deixar de encerrar esta exposição sem fazer referência ao **prazo** que o consumidor possui para pedir a indenização. Determina a Lei do Consumidor, em seu art. 26, que os **vícios aparentes ou de fácil constatação** devem ser reclamados em 30 dias para serviços duráveis, e em 90 dias para serviços não duráveis, contados a partir da entrega efetiva dos serviços.

49. Tratando-se de **vícios ocultos**, o prazo é idêntico, porém começa a ser contado a partir do momento que ficar evidenciado o defeito. Decorrido o prazo sem qualquer reclamação por parte do consumidor, nada mais poderá ser pleiteado.

50. Parece-me difícil evidenciar o que seja, em medicina, serviço durável ou não durável, porém, fica ao cargo da técnica médica elaborar a correta definição destes conceitos.

51. Enfim, com a entrada em vigor da Lei do Consumidor, as relações entre o médico, a instituição médica e o consumidor foram modificadas. Cumpre dar maior atenção àquilo que for contratado e anunciado, bem como na própria prestação dos serviços, uma vez que somente através de procedimentos preventivos é que se poderá prestar um maior e melhor serviço à comunidade, bem como evitar questões judiciais acerca de responsabilidade civil.

QUESTÕES FORMULADAS PELO DR. PAULO AZEVEDO

01. Médicos que se agrupam em sociedade civil para prestação de serviços médicos profissionais serão enquadrados para efeito de culpa como médicos profissionais liberais ou como empresas prestadoras de serviços?

R – Desde que o cliente contrate com a sociedade e não com o profissional médico, será daquela a responsabilidade, enquadrando eventuais lesões dentro do critério objetivo. Caso a sociedade, mesmo regularmente constituída, não seja ostensiva (ou seja, não apareça ao público, nem com ele contrate), a responsabilidade por eventual lesão será do médico enquanto profissional liberal, enquadrado na teoria subjetivo. A "chave" para o deslinde da questão é: Com quem o cliente contratou (de forma expressa ou tácita) com o médico ou com a sociedade prestadora de serviços?

02. Existem testes que, rotineiramente, apresentam falso positivo ou negativo em determinadas circunstâncias. Não se trata de um erro, sendo intrínseco do teste. Como proceder?

R – Caso o falso positivo ou negativo estejam dentro do percentual e/ou condições acitas pela literatura médica, não se trata de erro, mas de imprecisão técnica ainda não superada pela evolução da ciência. Logo, dentro destes parâmetros, não se pode falar em responsabilidade. Porém, a título de cautela, deve-se indicar no teste qual sua margem de precisão possível.

POR QUE ESTÃO AUMENTANDO AS DEMANDAS CONTRA OS MÉDICOS

Sergio Martins PALDOLFO
Titular Acad. Medicina do Pará

Vêm aumentando, indubitavelmente, as ações e demandas contra os médicos – e também contra entidades que prestam assistência médica – nas últimas décadas. Por que vem ocorrendo isso?

Inúmeras são as causas que têm sido apontadas para justificar essa ocorrência, que é, ressalte-se, de observação mundial e reflete aparente paradoxo: enquanto a Medicina desenvolveu-se, evoluiu, expandiu-se de maneira quase estonteante, a possibilitar à concretização de feitos diagnósticos e terapêuticos que há algum tempo constituíam pouco mais que uma quimera, quase um milagre, a imagem do médico, outrora quase "divina" se foi deteriorando gradativamente, até chegar aos dias atuais, em que, quando muito, é considerado mero profissional da saúde ou, como preferem alguns segmentos ideológicos, "trabalhadores da saúde".

De fato, feitos realmente notáveis da Medicina contemporânea não nos permitem possa ser ela sequer cotejada com a da época do obscurantismo pré-pasteuriano, para não retrocedermos demasiado. Só para por exemplos, não-de ser realçados: a vacina antipólio, a antibioticoterapia, a terapia transfusional, as próteses, a microcirurgia e, mais proximamente, os transplantes de órgãos e a moderníssima técnica da cirurgia videolaparoscópica. E os médicos, que tornaram exequível e desenvolveram essas maravilhas, por que não são igualmente exaltados, mas, ao contrário, são cada vez mais esquecidos, ignorados, contestados, hostilizados até?

Não fora a Medicina ciência obscura e polifacética, que os esforços e a dedicação de seus fiéis batalhadores vão aclarando ao longo dos séculos, cremos seria mais fácil elucidar tal aparente con-

* Mesa Redonda realizada em 27.03.1991

tradoriedade. Entretanto, podemos apontar, sem receio de incorrer em impropriedade ou imprecisão, como causa primária, essencial, a queda do prestígio e credibilidade profissional do médico, para o que contribuíram, entre outros, os seguintes fatores:

- 1 – a banalização de coisas outrora notáveis;
- 2 – a fácil e farta disponibilidade do profissional;
- 3 – a desmistificação da ciência e da atuação médica;
- 4 – a elevação do nível de conhecimentos da população e a ampliação de seus direitos de cidadania;
- 5 – a inquestionável deteriorização da formação médico-profissional;
- 6 – o "estrelismo" e a improbidade de alguns profissionais.

Os dois primeiros fatores, por óbvio, dispensam maiores explicações. Depois que a vacina de Jenner praticamente erradicou do mundo a varíola, esta deixou de ser um flagelo, não mais preocupa e, por isso, nem mais dela se lembram; a sífilis, que já dizimou exércitos e populações inteiras, após o advento da penicilina deixou de merecer atenção e importância; o grande Warren provocava delírio na platéia que o via realizar amputações de membros em poucos minutos, sem anestesia; depois que esta alcançou o nível de perfeição e refinamento com que hoje é praticada, a operação deixou de ser espetacular, a anestesia vulgarizou-se e, se porventura algum acidente anafilático ou de idiosincrasia medicamentosa ocorre, entre milhares de outros atos bem sucedidos, logo se lhe imputa a um provável "erro médico". A AIDS que ora a todos atemoriza, põe em evidência todos os cientistas, pesquisadores, drogas e fatos novos que contribuem para o seu controle, a sua resolução, após o que, declinará de importância, não mais merecendo destaque, assim como os médicos e cientistas que dela se ocuparem.

Os médicos de hoje fazem, sem ponta de dúvida, muito mais coisas notáveis que os de antigamente, porém, tornaram-se facilmente disponíveis, fartos, até, e atuam através de métodos cientificamente disponíveis, fartos, até, e atuam através de métodos científicos, que não levam o mesmo encanto da prestidigitação. Seu diagnóstico e sua arte não causam mais admiração. A Medicina é levada e divulgada para além do recôndito das instituições acadêmicas, da e divulgada para além do recôndito das instituições acadêmicas, da e divulgada para além do recôndito das instituições acadêmicas, não os estritamente científicos como a imprensa leiga e a televisão, às vezes até de forma anética e exibicionista, o que não deixa de ser, entretanto, fator positivo para a elevação cultural da população interessada. As técnicas científicas exaltam a Medicina mas des-

personalizam o médico, ainda que eficiente e capacitado, que passa a ser, assim cada vez mais exigido e testado pelos que dele se valem. Qualquer senão, falhas às vezes até inexistentes mas supostas pelos pacientes são motivos suficientes para inquiná-lo com alegações de negligência ou imperícia.

A terceira circunstância é, também, facilmente entendível; a elevação, o prestígio do médico pressupõem ignorância, por parte da clientela, dos mecanismos que viabilizam o sucesso do tratamento que ela recebe, isto é, envolve medo, magia, misticismo, três elementos intimamente ligados ao desconhecimento da essência dos fatos científicos. Raios, relâmpagos, erupções vulcânicas e toda uma vasta fenomenologia da Natureza já foram atribuídos à ira dos "deuses"; explicados pela ciência, banalizaram-na, não mais atemorizam; os mágicos só nos encantam e causam admiração enquanto não descobrimos ou não nos são revelados seus truques. Até com a Igreja tem isso ocorrido e a queda de seu prestígio e influência, nos dias correntes, deve-se à elucidação, pela ciência, de muitos "milagres". Explicado o milagre extingue-se o encanto.

Num passado não muito remoto, o universo do conhecimento científico como um todo e médico em particular era infinitamente menor do que o dos dias atuais, de modo a tornar relativamente fácil ao profissional médico atingir a um elevado grau de abrangência, e inclusive, incursionar pelas áreas humanísticas, das letras, das artes, dominar vários idiomas e, assim, ser reconhecido pelo comum das pessoas como indivíduo de grande saber, de conhecimento ilimitado; isto lhe conferia aura de ser superior, de um semi-deus e, como tal, era respeitado, quase venerado; sua palavra, suas ordens, acatadas sem restrições ou titubeios. Com a inexplorável e explosiva ampliação do conhecimento técnico-científico, o campo de atuação e de domínio do médico foi ficando cada vez mais restrito, limitado a certas áreas ou segmentos, pouco tempo lhe restando mais para o aprendizado de outros saberes, limitando-se-lhe, assim drasticamente, o nível de conhecimentos e, conseqüentemente, a capacidade de impressionar.

Em somente duas áreas da Medicina os médicos conservam, ainda hoje, algo do misticismo e da divinização do passado: a psiquiatria, pelas dificuldades singulares inerentes à especialidade, ao lidar com valores de difícil mensuração e entendimento por parte da clientela, que transferem-nos para o terreno do sobrenatural, máxime em seu segmento mais celebrado, a psicanálise, hoje seguida

por multidões que a ela se submetem quase com que a uma religião; e a cirurgia plástica, pelos resultados surpreendentes e envolventes que pode ensejar sobre um dos objetivos mais perseguidos pelo ser humano, a beleza física, valendo-se de recursos pouco compreendidos ou não percebidos pelos leigos, como incisões intracavitárias, em pregas e sulcos cutâneos ou em área pilosas, "que não deixam cicatrizes".

A ascensão do nível de conhecimentos da população e o discernimento de seus direitos fez com que a clientela não mais se conformasse com resultados por ela tidos como insuficientes ou insatisfatórios, passando a exigir, por eles, compensação ou reparos indenizatórios.

Desde o Código de Hamurabi, notável governante da Babilônia de 2000 antes de Cristo, estabeleceu-se a responsabilidade dos médicos frente a seus pacientes. A Declaração dos Direitos do Homem, da ONU, em 1948, fez da saúde um direito primário do ser humano e a constituição da maioria dos países assegura igualmente esse direito, sendo de ressaltar que a nossa atual Carta Magna, dita Constituição-cidadão, garante acessibilidade de toda a população aos serviços de saúde mantidos pelo SUS ou com ele conveniados.

A atuação de organismos sindicais e associações representativas de categorias populacionais urbanas e rurais têm, igualmente, desempenhado destacado papel no esclarecimento e conscientização de seus representados, no que concerne aos direitos que lhes são legalmente garantidos. Assim, muitos pacientes ao se julgarem impedidos ou preteridos em seus direitos constitucionais de acesso aos serviços e profissionais de saúde, começam a recorrer contra isso, alegando negligência ou omissão de socorro, ou, então, ao acreditarem-se mal-assistidos ou submetidos a tratamento inadequado, igualmente vêm recorrendo à Justiça, pretextando imprudência ou imperícia do profissional que os assistiu.

Lamentavelmente cresce, parelha, a ação de pessoas inescrupulosas ou mesmo de organizações espúrias que visam a tirar proveito pecuniário da situação ou, então, objetivando à implantação dos seguros de responsabilidade médica, tão comuns e onerosos aos médicos nos Estados Unidos.

Conquanto nos países subdesenvolvidos em geral – e o Brasil aí se situa – ainda sejam relativamente reduzidos os processos le-

gais interpostos contra médicos apontando negligência, imperícia ou erro terapêutico, bem diferente é a situação nos países do primeiro mundo, v.g. nos Estados Unidos, onde os mesmos, pela sua frequência e impropriedade, têm tornado, cada vez mais difícil, penosa e arriscada a atuação do médico. Em recente levantamento procedido por Pearse em 1988, esse autor chamou a atenção para o incremento progressivo de ações legais contra médicos, naquele país. Isto nos deve pôr em alerta para a possibilidade de que situação semelhante venha a nos afligir em breve, principalmente se atentarmos para o fato de que o número de denúncias contra casos de supostos erros médicos tem sido tão grande, ultimamente, alardeados à farta pela televisão e órgãos da imprensa, que algumas pretensas vítimas resolveram associar-se para lutarem juntas, como grupo SOS Erro Médico de São Paulo e, mais recentemente, seguindo-lhe as pegadas, a AVERMES (Ass. das vítimas de erros médicos), no Rio de Janeiro.

Muito embora seja difícil distinguir falhas relativas à negligência ou má-prática, as ações jurídicas incriminando erro médico são particularmente ominosas para o profissional, abalando-o profundamente, no respeito e acatamento que lhe prodigaliza a comunidade, sem falar nos elevados custos despendidos com sua defesa.

Os cirurgiões são os mais visados e os mais afetados com imputação de erro médico, o que é facilmente compreensível, posto que atuam direta e cruentemente sobre o organismo do paciente.

Muitas vezes, pacientes previamente cientificados e esclarecidos sobre intervenções a que serão submetidos, inconformados ou, o que é pior, orientados maldosa e dolosamente por profissionais ou associações inidôneas movem ações contra cirurgiões que, no decorso da operação, por motivos imperiosos impostos pela patologia mesmo ou em situações emergenciais, vêem-se obrigados a alterar condutas preconcebidas, à revelia do paciente anestesiado.

Outro tipo de acusação assaz freqüente contra cirurgiões, especificamente, é a da realização desnecessária de intervenções cirúrgicas para auferir ganhos pecuniários; na grande maioria das vezes trata-se de consumada aleivosia mas que impinge ao profissional acusados pesados transtornos e ônus financeiros para desfazer a trama em que foi enredado. Somente o especialista, após cuidadoso exame clínico e à luz dos subsídios auferidos por minucioso interrogatório que inclui certas peculiaridades às vezes de cunho íntimo e que o paciente não deseja ver reveladas, consubstanciado por

exames auxiliares específicos (laboratório, raio-X, ecografia, etc.) pode, criteriosamente, decidir pela necessidade ou não de uma operação cirúrgica, de sua oportunidade e da técnica a empregar. Queerer opinar ou decidir pela desnecessidade da mesma sem essas ponderações é, no mínimo, uma insensatez, para não rotular de outra forma.

Pacientes Testemunhas de Jeová que se recusam a ser transfundidos (sangue e derivados) no curso de uma intervenção cirúrgica ou parto complicado, ensejam questões éticas e jurídicas de difícil solução, quase sempre devido à divergência de interpretação das leis que regulam o assunto.

Outro ângulo não menos importante a merecer apreciação é que inúmeras e sucessivas inovações da técnica e da terapêutica médica não têm sido seguidas de igual revolução e atualização nos princípios jurídicos e legais que regem a prática profissional, resultando balbúrdia, inconformações e decisão autônoma, propiciando a que cada médico aja de conformidade com seus próprios conceitos éticos e morais, podendo suscitar conflitos com os clientes. É isso particularmente encontrado no campo da tocoginecologia, área em que labutamos, em que profundas alterações podem ser apontadas só nas últimas três décadas, em função, dentre outras, das seguintes constatações: relaxamento ou complacência de princípios antes consagrados da moral social; alargamento e assimilação dos métodos e práticas anticoncepcionais; exotismo demográfico peculiar a certas regiões (Índios, por exemplo); situações sócio-econômicas discrepantes entre áreas urbanas e rurais; liberalização sexual; busca do prazer sexual pela mulher e os grandes e mais recentes avanços semióticos e terapêuticos relacionados à infertilidade e esterilidade.

Da associação ou somatório desses diversos fatores resultaram profundas reformulações, criando situações novas de consciência religiosa e/ou dogmática, com intensas repercussões na moral e ética social – e, conseqüentemente, na atuação profissional – transmutando-as em campo em franca ebulição e propiciando elevação crescente do número de processos ético-profissionais nos CRMs.

Avanços tecnológicos mais recentes têm propiciado inúmeras situações de caráter ético e moral inusitado, totalmente descuidados pelos Códigos de Deontologia e Ética Médica, bastando, para pôr exemplo, listar; inseminação artificial, incluindo a possibilidade de sua realização em virgens, cujo primeiro caso, ocorrido na Inglaterra,

deflagrou intensas e desecontradas discussões no Parlamento daquele país; fecundação "in vitro"; bancos de sêmen; transplante de embriões; bancos de embriões e a pesquisa e terapêutica fetais (intra-útero). Práticas que a Igreja condena mas a Ciência contempla.

No concernente à deteriorização da formação médico-profissional, constatação insofismável e que vem sendo denunciada à farsa, nos últimos anos, sem que se verifiquem ações neutralizadoras por parte das autoridades responsáveis, vale transcrever, como eloquente e bastante, trecho de artigo do Prof. Afrânio Coutinho, eminente membro da Academia Brasileira de Letras e do Conselho Federal de Educação, inserido no Jomal do CFM, de fevereiro de 1991:

"Uma razão sobrepaira sobre tudo o mais que se possa alegar: a decadência do ensino médico. É verdade que este fator está entrosado com todo o restante da queda do ensino entre nós, em comparação com o que já tivemos em épocas recentes. O ensino básico, o chamado hoje primeiro grau, é quase inexistente. O médico é uma pilhéria e o superior uma pilhéria ainda maior decorrente dos dois primeiros. O jovem atinge a faculdade sem saber nem ler direito. De línguas estrangeiras nem é bom falar. Não adquiriu na farsa que é o secundário os mais ínfimos requisitos de formação humanística, a qual lhe daria a mentalidade necessária para enfrentar os intrincados problemas da formação médica, desde o início, com as noções de física, química, anatomia, fisiologia, microbiologia, biologia. Resulta daí que, amanhã, com um bisturi na mão, nada o impede de cortar um vaso ou um nervo, a cliente de cesariana sairá do parto com a paralisia dos membros inferiores. Não saberá, tampouco, receitar um remédio sem arriscar o organismo do paciente. Nem muito menos acertar um diagnóstico. O pior é que, da atividade individual, se passou para o atendimento nos serviços públicos e hospitais, onde o descalabro é total, pela incompetência, caos administrativo e aparelhamento obsoleto ou inexistente."

Faz-se necessário e imperioso por termo e cobro ao descalabro da educação médica, com faculdades insubsistentes, sem instalações e equipamentos adequados, sem hospitais de apoio, sem salas de aula e anfiteatros, sem professores habilitados e capacitados, com ensino exclusivamente teórico e ministrado nos finais de semana, apenas; com docentes pelo geral aposentados de outras instituições, cansados, apressados, desinteressados, desatualizados. Nessas "escolas", a obtenção do diploma é apenas uma questão de

tempo, pois não se fiscaliza, não se exige, não se reprova; apenas brinca-se de ensinar e aprender. Uma boa amostragem dessa descalabrosa situação do ensino médico tivemos em novembro do ano passado, em São Paulo, quando o CRM e a Ass. Paulista de Medicina realizaram exames de avaliação para 1.087 médicos, tendo sido reprovados 60,3% dos candidatos.

Tudo isso para não falar dos diplomas forjados e comprados por boa soma de dólares. Estarecido, vimos há pouco, pela televisão, a prisão em flagrante, por delito de extorsão, do Diretor e de um professor da Faculdade de Medicina de Bragança Paulista, ao cobrarem a quantia de quatro mil dólares pela matrícula, no curso de medicina, de um estudante reprovado no vestibular para aquela escola.

O Brasil é hoje o país que, depois de Israel, detém o maior número de Faculdades de Medicina do mundo, em relação à população. A produção em massa desses profissionais está causando saturação do mercado de trabalho, com graves reflexos para a qualidade do atendimento populacional e desvalorização – melhor seria dizer aviltamento – da mão-de-obra médica. De nada adianta incrementar a quantidade em detrimento da qualidade porque médico só é útil e indispensável quando é bom. É como preservativo; se está furado, de nada adiante.

Por fim, resta falar sobre um dos pontos mais polêmicos dos dias correntes, suscitado sempre que vem à baila o decréscimo da credibilidade médica, o da conduta nunca aceita ou recomendável de médicos que, para tirarem proveito promocional conseguem entrevistas sensacionalistas, em que anunciam o emprego de métodos próprios, desconhecidos pela ciência, bizarros, às vezes, no tratamento de certas doenças e com os quais dizem obter resultados extraordinários. Apregoam cursos e treinamentos em centros ou escolas importantes, falaciosamente. Noticiam viagens de estudos ao exterior quando saem de férias. Tudo isso visando apenas a impressionar e atrair clientela. Valem-se, outras vezes daquilo que costumamos chamar "terrorismo psicológico", indicando a necessidade de "cirurgias urgentes" ou "terapias salvadoras" para livrar o paciente de "grave mal". Teatralizam situações visando à capitulação psicológica do paciente. Patologias benignas, às vezes insignificantes, são transformadas em graves enfermidades que somente sua "experiência e habilidade" ou seu equipamento "único e importante" poderão resolver. São a minoria felizmente, mas mesmo as-

sim sua improbidade tem sido nefasta, arrasadora, para a classe como um todo, logo tida e apontada como uniformemente deformada e exposta à execração pública, mercê do destaque que a mídia se incumbe de dar. Por causa dessas exceções perdeu-se a respeitabilidade da profissão. Acusam-nos, atacam-nos, de maneira solerte, às vezes; não nos perdoam enganos, pequenos erros; lançam-nos epítetos infamantes (máfia de branco); procuram fazer do médico, enfim, o expiador de todos os males, da incoerência e insatisfações do momento. Lamentavelmente, o médico é apenas reflexo da sociedade em que vive e labuta, com suas virtudes e deformações e, portanto, da mesma forma que para outros membros dessa sociedade o lucro é o principal motivador de suas ações, a assistência à saúde transforma-se também, para esses maus seguidores da ciência de Hipócrates, num produto como outro qualquer, que segue as leis de mercado.

Mas o médico, por que mudou? Porque como parte indissociável das convulsões materiais e sociais do momento deseja lutar e atacar também, não mais submeter-se, mansamente, ao sacerdócio que lhe cobram mas não lhe creditam. Talvez porque deseje mostrar ao mundo que ele é nada mais que um ser humano.

É A CICLOSPORINA TÓXICA AO PÂNCREAS

Paulo Roberto Alveas de AMORIM
Doutor em Medicina e Cirurgia
Prof. Adjunto UFPA

INTRODUÇÃO

– Diferentes fatores são considerados ao se analisar a baixa viabilidade do enxerto no transplante clínico do pâncreas. Entre eles destacamos a ausência de uma técnica cirúrgica definitiva,^(1,2) a dificuldade no diagnóstico precoce da rejeição,⁽³⁾ e o emprego de diversos esquemas de imunossupressão.

Recentes experiências clínicas e experimentais assinalam a possibilidade da existência de uma toxicidade direta sobre o enxerto por parte das drogas imunossupressoras utilizadas na atualidade. Tem-se observado níveis elevados de ciclosporina no tecido pancreático,⁽⁴⁾ e mesmo, o comprometimento da função endócrina do órgão após a administração desta droga⁽⁵⁻¹²⁾. Foi comprovado, também, uma diminuição significativa da concentração de enzimas pancreáticas na urina, em cães em que se realizou autotransplante de pâncreas com derivação exócrina à bexiga e que foram submetidos à imunossupressão pela ciclosporina⁽¹³⁾. Além disso, é bem conhecido o aparecimento de pancreatite aguda em pacientes com transplante renal em que a imunossupressão foi estabelecida mediante a administração de azatioprina e corticosteroides^(14,15).

A partir de 1984 fomos dos primeiros grupos no mundo a chamar a atenção sobre o estudo das enzimas pancreáticas para o diagnóstico precoce da rejeição. Em estudos experimentais demonstramos que o pâncreas exócrino é mais sensível que o endócrino, o que nos possibilitou desenvolver o método de monitorização da amilase urinária para o diagnóstico precoce da rejeição, quando se utiliza a via urinária como derivação da excreção exócrina. Não obstante, nesse estudo foi muito ilustrativa a comparação dos grupos de autotransplante com e sem imunossupressão. Nestes últimos, embora que os níveis de glicemias fossem normais como ocor-

ria com os que receberam imunossupressão, a amilase urinária esteve, sempre, mais elevada que naqueles animais do grupo de auto-transplante com imunossupressão. A interpretação desses resultados foi a possível alteração da função pancreática pelos fármacos imunossupressores. O objetivo do presente trabalho é o estudo da função e histologia pancreáticas após a administração das principais drogas imunossupressoras, com a atenção voltada, especialmente, para a ciclosporina, por se tratar da mais moderna e eficaz terapia.

Assim, qualquer modificação do padrão da secreção exócrina que seja detectada, nos fará levar em conta, tal alteração, na ocasião da monitorização do enxerto no transplante pancreático, sempre quando se utilizar a drenagem da secreção exócrina pancreática à via urinária.

Material e métodos – Neste estudo foram utilizados 100 ratos brancos machos da cepa "Sprague-Dawley" de 140-200 g de peso. Os animais foram distribuídos em grupos experimentais de 20, comparados a um Grupo Controle, (Grupo I). Os animais de cada grupo receberam o especificado a continuação.

Aqueles do Grupo I foi administrado azeite de oliva, veículo da ciclosporina, por via oral, durante o período de 15 dias, na dosagem de 1 ml/Kg/dia. Ao Grupo II administrou-se a ciclosporina, (25mg/ml), mediante intubação gástrica a uma dose de 15 mg/Kg/dia. O estudo da função pancreática foi realizado aos 15 dias e 6 semanas de tratamento. Aos animais do Grupo III administrou-se azatioprina, (Imurel, Lab. Gayoso Welcome), durante 15 dias, pela via intramuscular a uma dose de 1,5 mg/Kg/dia. Um grupo de animais, (Grupo IV), recebeu metil-prednisolona, (Solu-Moderin, Lab. Upjohn), durante 15 dias e 6 semanas, pela via intramuscular, (1 mg/Kg/dia). No Grupo V foi associada a administração, em doses menores, de ciclosporina, (10 mg/Kg/dia), e metil-prednisolona, (0,75 mg/Kg/dia), durante 15 dias e 6 semanas.

A obtenção de suco pancreático, para a determinação e estudo de seus componentes, (amilase, quimotripsina e proteínas totais), realizou-se mediante a canulação do conduto colédoco através de uma laparotomia média supraumbilical. Sob anestesia inalatória com éter, exteriorizou-se a alça duodenal, localizando o colédoco e a papila de Vater. Mediante uma punção no duodeno introduz-se um catéter de polivinil de 0,6 mm de diâmetro na papila de Vater em uma extensão, aproximada, de 2 a 3 mm, a fim de não obliterar

o grande conduto pancreático que, no rato branco, desemboca a uns 5 mm da papila. Após observar o fluxo livre de bile pelo catéter, liga-se o colédoco junto ao hilo hepático para coletar, unicamente o suco pancreático.

Todos os grupos foram estudados em condições basais e após a estimulação com ceruleína, (Ceruletide, Lab. Farmitália)⁽¹⁴⁻¹⁵⁾, injetada em forma endovenosa durante 20 minutos a uma dose de 33,75 ng/Kg/min, através de infusão contínua a uma dose de 33,75 ng/Kg/min, através de infusão contínua com bomba de perfusão, (Compact Infusion Pump-modelo 975, Harvard Apparatus, Lab. Panlab). O tempo total de coleta do suco pancreático foi de 90 minutos. As amostras obtidas foram mantidas congeladas a -20°C, até o momento da determinação enzimática.

A obtenção do suco pancreático realizou-se após 18 horas de jejum. Nele determinaram-se: amilase,⁽¹⁶⁾ quimotripsina,⁽¹⁷⁾ e proteínas totais⁽¹⁸⁾. Para uma avaliação de função endócrina, em todos os grupos determinou-se a glicose sérica, (técnica da glicose-oxidase, por eletrodo seletivo, Astra 4, Lab. de Bioquímica, H.C.P.). A ciclosporina sérica foi determinada por radioimunoensaio, (Lab. Sandoz, Lab. Harmonal, H.C.P.). Ao finalizar o tempo de estudo e nos Grupos II, IV e V, as determinações da glicemia e ciclosporinemia realizaram-se quinzenalmente.

Os animais, pesados semanalmente, após o sacrifício tiveram extraídos fragmentos de pâncreas, como amostras para estudos histológicos pela hematoxilina-eosina.

Os resultados foram analisados para avaliação estatística segundo o método da "t" de Student.

RESULTADOS

01 – REPERCUSSÃO SOBRE A HOMEOSTASE DA GLICOSE

A administração de ciclosporina em dose de 15 mg/Kg/dia, (Grupo II), provocou uma elevação da glicemia, tanto aos 15 dias como aos 30 dias, com significação estatística em relação ao Grupo Controle, (Grupo I), (124 +/- 36 vs. 97 +/- 27 mg/dl aos 15 dias, $p < 0,005$ e 116 +/- 15 vs. 97 +/- 27 mg/dl aos 30 dias, $p < 0,05$). Aos 45 dias de administração, a glicemia mantinha níveis elevados, porém sem diferença estatística quando comparada aos Controle. (Quadro I).

A administração de azatioprina, (Grupo III) não modificou os níveis da glicose no sangue. Por outro lado, quando se injetou a metilprednisolona, (Grupo IV), na dose de 1 mg/Kg/dia, a glicemia elevou-se acima dos valores basais aos 15 dias, de forma estatisticamente significativa, (154 +/- 25 vs 97 +/- 27 mg/dl, $p < 0.001$).

A administração simultânea, em doses menores, de corticosteroides, (0,75 mg/Kg/dia), e ciclosporina, (10 mg/Kg/dia), (Grupo V), não modificou os níveis de glicemia de forma inicial, aos 15 dias de estudo. Entretanto, aos 30 e 45 dias a glicemia estava elevada de forma significativa, comparativamente aos Controles, (127 +/- 22 vs 97 +/- 27 mg/dl aos 30 dias, $p < 0,005$ e 173 +/- 100 vs 97 +/- 27 mg/dl aos 45 dias, $p < 0,005$).

QUADRO I

Glicose (mg/dl)[§]

| GRUPO | | N | 15 dias | N | 30 dias | N | 45 dias |
|-------|-------------|----|--------------|----|---------------|----|---------------|
| I | Controle | 30 | 97 +/- 27 | 30 | 97 +/- 27 | 30 | 97 +/- 27 |
| II | Csa | 20 | 124 +/- 36** | 20 | 116 +/- 15*** | 20 | 113 +/- 20 |
| III | Azatioprina | 20 | 107 +/- 16 | — | — | — | — |
| IV | Cort. | 20 | 154 +/- 25* | — | — | — | — |
| V | Csa + Cort | 20 | 107 +/- 16 | 20 | 127 +/- 22 | 20 | 173 +/- 100** |

§ Média +/- SD

* $p < 0,001$

** $p < 0,005$

*** $p < 0,05$

02 - REPERCUSSÃO SOBRE A COMPOSIÇÃO DO SUCO PANCREÁTICO

a) 15 dias

A administração de ciclosporina, (Grupo II) na dosagem de 15 mg/Kg/dia, não modificou a concentração de amilase e proteínas to-

tais, embora haja diminuído de forma significativa, ($p < 0,05$), a concentração de quimotripsina, (Quadro II).

Quando se injetou azatioprina, (Grupo III) não se observaram modificações com significação estatística na composição do suco pancreático.

Entretanto, a administração de corticosteroides, (Grupo IV), na dose de 1 mg/Kg/dia provocou um acentuado decréscimo na concentração dos três componentes estudados: amilase, (13.040 +/-

QUADRO II

Secreção Exócrina Pancreática (Estimulada)

15 dias

| GRUPO | | N | AMILASE (UI/ml) [§] | QUIMOTRIPSINA (mUI/ml) [§] | PROT.TOTAIS (mg/ml) [§] |
|-------|------------|---|---------------------------------|--|-------------------------------------|
| I | Controle | 9 | 23756 +/- 5625 | 1429 +/- 156 | 9180 +/- 2144 |
| II | Csa | 9 | 28703 +/- 3211 | 1215 +/- 133*** | 7016 +/- 2307 |
| III | Aza | 9 | 18950 +/- 2620 | 1238 +/- 101 | 10381 +/- 3361 |
| IV | Cort. | 9 | 13040 +/- 7776* | 1038 +/- 160** | 5974 +/- 1210* |
| V | Csa + Cort | 9 | 26205 +/- 5931 | 1111 +/- 349 | 8824 +/- 3044 |

§ Média +/- SD

* $p < 0,001$

** $p < 0,005$

*** $p < 0,05$

45 dias

| | | | | | |
|----|------------|---|-----------------|--------------|----------------|
| II | Csa | 9 | 21516 +/- 562 | 1177 +/- 716 | 7536 +/- 1130 |
| V | Csa + Cort | 9 | 13144 +/- 3409* | 622 +/- 272* | 4894 +/- 735** |

* $p < 0,001$

** $p < 0,005$

7.776 vs 23.756 +/- 5.625 UI/ml, $p < 0,001$) quimotripsina, (1.038 +/- 160 vs 1.429 +/- 156 mUI/ml, $p < 0,005$) e proteínas totais, (5.974 +/- 1.210 vs 9.180 +/- 2.144 mg/ml, $p < 0,001$).

A associação de ciclosporina e corticosteroides em doses menores, (Grupo V), não provocou nenhuma alteração na composição do suco pancreático.

b) 45 dias

A administração de ciclosporina, (Grupo II) na posologia de 15 mg/Kg/dia, não provocou modificações significativas no suco pancreático. Entretanto, a administração de forma combinada da ciclosporina e metil-prednisolona, (Grupo V), nas doses de 10 mg/Kg/dia do imunossupressor e 0,75 mg/Kg/dia do corticosteroide, induziu uma significativa diminuição na concentração dos três componentes do suco pancreático: amilase 13.144 +/- 3.409 vs 23.756 +/- 5.625 UI/ml, ($p < 0,005$), quimotripsina 622 +/- 272 vs 1.429 +/- 156 mUI/ml, ($p < 0,001$), e proteínas totais 4.894 +/- 735 vs 9.180 +/- 2.144 mg/ml, ($p < 0,005$).

03 - CICLOSPORINA SÉRICA

Ao final do estudo, os níveis de ciclosporina sérica oscilaram entre 437 e 1.486 ng/ml, nos Grupos de animais, (II e V), em que se administrou a droga, (Quadro III).

04 - ESTUDO HISTOLÓGICO

Não se encontraram alterações histológicas destacáveis em nenhum dos grupos estudados, com conservação da estrutura acinar, assim como da arquitetura dos ilhotos.

QUADRO III

Ciclosporina Sérica (ng/ml)§

| GRUPO | 15 DIAS | 30 DIAS | 45 DIAS |
|------------|--------------|--------------|--------------|
| Csa | 1486 +/- 404 | 1330 +/- 496 | 437 +/- 256 |
| Csa + Cort | 997 +/- 306 | 1134 +/- 327 | 1474 +/- 257 |

§ MÉDIA +/- SD

DISCUSSÃO

- A introdução clínica da ciclosporina, como fármaco imunossupressor, significou um claro avanço na sobrevivência e viabilidade dos enxertos em pacientes transplantados, devido, por uma parte, à ação imunossupressora específica da droga e, por outra, ao poder, desde então, diminuir a administração de outros fármacos, (corticosteroides), potentes imunossupressores, porém associados a uma não irrisória morbidade, (19,20).

São bem conhecidos os efeitos tóxicos desta droga a nível renal e hepático (19,20). No rato, a ciclosporina em doses elevadas, (100 mg/Kg/24 h), provoca, no fígado, o aparecimento de uma degeneração gordurosa centrolobular e, a nível renal, a elevação dos valores de uréia e creatinina, assim como linfopenia e diminuição da celularidade na medula óssea. Quando a dose é reduzida a níveis imunossupressores, (25 mg/Kg/dia), o comprometimento renal e hepático é mínimo (21,22).

Não obstante, nesses estudos iniciais, não se avaliou o efeito da ciclosporina sobre órgãos. Posteriores trabalhos permitiram observar que esta droga possuía um acentuado tropismo sobre a glândula pancreática, ao demonstrar-se maiores concentrações tissulares no tecido pancreático e hepático que no restante dos órgãos, (4).

Gunnarson e cols.,⁽³⁾ puderam observar em pacientes com transplante renal e que haviam sido tratados com o esquema clássico de imunossupressão, mediante azatioprina e corticosteroides, uma deterioração do metabolismo hidrocarbonado, quando substituídos pela ciclosporina.

Este achado tem motivado a realização de diversos estudos de avaliação da importância do comprometimento do pâncreas endócrino por esta droga e suas possíveis repercussões sobre o metabolismo da glicose, especialmente no caso de sua utilização como tratamento imunossupressor no transplante de pâncreas. Hoje em dia é bem conhecido, a nível experimental, que a ciclosporina exerce um efeito tóxico direto sobre o pâncreas endócrino, reversível após a retirada da droga⁽⁶⁻¹²⁾, (Quadro IV).

Estudos experimentais utilizando doses entre 25 e 50 mg/Kg de ciclosporina durante 10 dias, tem permitido observar um aumento da glicemia, diminuição da insulina no tecido pancreático, assim como diminuição do volume da célula beta e alterações histológicas que incluem a vacuolização tanto das células acinares como dos ilhotas.

QUADRO IV

Efeitos da Csa sobre o pâncreas endócrino no rato branco

| Autor | Ano Dose mg/Kg/d | Via Dias | Glicose mmol/l | Insulina U/l | Csa Sérica ng/ml |
|---------------|---------------------|----------|-------------------|------------------|---------------------|
| Helmche (6) | 84 50 | VO 7 | 10,9+/-0,8 | 6,25 | 4990+/-454 |
| Mirkovit (7) | 85 25 | VO 10 | 12,4+/-0,4 | 30,5+/-3 U/ml | 3,3+/-0,3 g/ml |
| Mirkovit (7) | 85 25 | VO 10 | 13+/-0,7 | 21,5+/-2 | 5,5+/-0,6 |
| Hahn (12) | 86 15 | EV 21 | 8,5+/-0,5 | 293+/-34 | 391+/-49 |
| Hahn (12) | 86 50 | EV 21 | 10,5+/-0,8 | 50+/-18 | 2000 |
| Yagisawa (11) | 86 25 | VO 21 | Elevado | | |

No cão, a administração de tratamentos em períodos curtos, como 4 dias⁽¹⁰⁾, não permite observar modificações na homeostase da glicose a doses terapêuticas, (25 mg/dia), enquanto que a administração de 40 mg/Kg/dia durante 6 semanas permite observar uma hiperglicemia e diminuição da insulina sérica⁽⁹⁾.

Apesar deste efeito da ciclosporina sobre o pâncreas endócrino estar bem estudado, poucos trabalhos tem avaliado a repercussão da administração de ciclosporina sobre o pâncreas exócrino, aspecto sumamente importante para completar o conhecimento do efeito tóxico da droga sobre a glândula pancreática.

Prieto e cols.⁽¹³⁾, comprovaram em cães, aos quais se realizou um autotransplante de pâncreas, com derivação do conduto de Wirsung à bexiga, monitorizados pela determinação de enzimas pancreáticas na urina, que, quando se associou a administração de ciclosporina, notava-se acentuada diminuição no débito de tais enzimas,

No rato, Stockmann e cols.⁽²³⁾, após a administração de doses elevadas de ciclosporina, (50 mg/Kg), durante 1 a 7 dias, comprovaram a diminuição na concentração de amilase, tripsina e proteínas totais, tanto em condições basais como estimuladas, após sete dias de tratamento, enquanto que não se observou modificação às 24 horas da administração de ciclosporina.

Nossos resultados, mediante a administração de ciclosporina em doses imunossupressoras, (15 mg/Kg/dia) que permitem obter níveis terapêuticos, durante períodos prolongados, (6 semanas), não modifica a concentração dos componentes estudados no suco pancreático, nem modifica a estrutura histológica no ácino pancreático, ainda que a essa dose já se produzem alterações no pâncreas endócrino, ao se observar uma hiperglicemia. Estes achados nos permitem supor que o pâncreas exócrino seja menos sensível à toxicidade da ciclosporina quando comparado ao componente endócrino da glândula.

A azatioprina foi associada com o aparecimento de pancreatite⁽¹⁴⁻²⁴⁾, com uma incidência de aproximadamente 6,2%, embora não se tenha precisado o mecanismo fisiopatológico específico. Neste estudo, a administração durante 15 dias de azatioprina não induziu modificações no suco pancreático nem na microestrutura do órgão.

Também a administração de corticosteroides tem sido relacionada com o aparecimento de pancreatite no homem e se comprovou área de esteatonecrose e zonas de pancreatite focal em ne-

crópsias de pacientes submetidos a tratamentos prolongados com este grupo de drogas,⁽¹⁴⁾

Assim mesmo, a pancreatite aguda é uma complicação grave em paciente transplantado, que segue com um tratamento indefinido à base de imunossuppressores, habitualmente corticosteroides, com mortalidade que oscila entre 60 e 100%⁽¹⁵⁾.

Do ponto de vista experimental, vários autores tem estudado o efeito dos corticosteroides sobre o pâncreas exócrino, mas sem observar resultados homogêneos⁽²⁵⁾. A administração de corticosteroides de forma aguda no cão⁽²⁶⁾, e no homem,⁽²⁴⁾ diminuem a concentração de enzimas, porém, se o tratamento se mantém de forma prolongada, existe um efeito estimulante sobre a secreção pancreática⁽²⁶⁾, associado a um aumento do volume celular e da glândula. No rato⁽²⁷⁾, a administração de forma prolongada de corticosteroides por via oral, permitiu notar um aumento na secreção de proteínas, tanto em condições basais como estimuladas, bem como alterações histológicas caracterizadas por dilatação acinar, espessamento da secreção e aparecimento de acúmulos de proteínas precipitadas. Neste trabalho, a administração de corticosteroides, (1 mg/Kg/dia), induziu, aos 15 dias, uma profunda depressão na concentração das enzimas estudadas no suco pancreático, sem tradução histológica evidente, pelo menos à microscopia óptica, associada a uma hiperglicemia, secundária ao efeito diabetogênico dessas drogas.

Não existe nenhum estudo experimental que haja avaliado o efeito da administração simultânea de ciclosporina e corticosteroide sobre o pâncreas. A administração destes fármacos em doses menores que as utilizadas de forma isolada, não provocaram alterações aos 15 dias de tratamento sobre o pâncreas endócrino e exócrino. Entretanto, aos 30 dias do início do experimento, já existiu uma elevação significativa dos valores da glicemia, mantida até as seis semanas e, além disso, um profundo comprometimento da composição do suco pancreático, sem acompanhar-se de alterações histológicas evidentes.

Cabe pensar se estas alterações observadas correspondem à administração de corticosteroides. É conhecido que existe uma interrelação entre o metabolismo dos corticosteroides e da ciclosporina, não suficientemente estudada que não permite descartar a responsabilidade de ambos fármacos sobre as alterações observadas a nível pancreático.

A ocorrência de que tanto a ciclosporina como os corticosteroides tenham uma via metabólica comum a nível hepático, permite sugerir o mecanismo pelo qual os níveis de ciclosporina possam elevar-se bruscamente, quando se administra uma dosagem importante de corticosteroide no tratamento da rejeição. Assim como, pode-se observar um clareamento mais rápido da ciclosporina e uma vida média menor, quando se administra uma dose importante, como consequência de mecanismos de indução enzimática. Também se tem descrito um fenômeno inverso⁽²⁸⁻³²⁾.

Em resumo, destas experiências pode-se concluir que o pâncreas exócrino é menos sensível que o endócrino à ação tóxica de ciclosporina, não se afetando à doses imunossuppressores. A ciclosporina não possui efeitos diretos sobre a composição do suco pancreático. Os corticosteroides, de forma isolada ou associados à ciclosporina possuem um efeito direto sobre o pâncreas exócrino, ao alterar a composição desta secreção. O mecanismo de ação dos corticosteroides associados a ciclosporina não se pode precisar, ao existirem fenômenos não totalmente elucidados de potencialização e ativação metabólica entre ditos fármacos. A administração deles não produz alterações morfológicas importantes sobre o pâncreas exócrino.

CONCLUSÃO

— De posse dos resultados experimentais estudado do em questão, apresentamos as conclusões baseadas neles, seguindo o raciocínio dedutivo.

Ficou evidente que os agentes imunossuppressores habitualmente utilizados comprometem, diferentemente, as funções exócrina e endócrina pancreática.

Assim, sem causar lesão celular relevante em qualquer circunstância, a ciclosporina em doses imunossuppressoras provoca alteração da função endócrina, porém não altera a função exócrina do órgão em questão. Por outro lado, quando administrada em combinação com a metil-prednisolona, mesmo em doses menores, acompanha-se de uma hiperglicemia, retomando a alteração endócrina, e uma deterioração da função exócrina, mas, somente, quando tal administração se processa por períodos prolongados.

Finalmente, levando em consideração o tempo de tratamento com a ciclosporina, especialmente quando associada ao corticosteroide, poderemos, perfeitamente, correlacionar as variações dos valores de enzimas pancreáticas com a função do enxerto, quando na ocasião de monitorização da viabilidade no Transplante Pancreático.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 01 - SUTHERLANDO DER, KENDALL D, GOETZ FC, NAJARIAN JS: Pancreas Transplantation, *Surg. Clin. N. Am.* **66**: 557-81, 1986.
- 02 - GIL-VERNET JM, FERNÁNDEZ-CRUZ L, ANDREU J, CARALPS A, FIGUEIROLA D: Clinical experience with pancreaticopyelostomy for exocrine pancreatic drainage and portal venous drainage in pancreas transplantation. *Transpl. Proc.* **17**: 342, 1985.
- 03 - GIL-VERNET JM, FERNÁNDEZ-CRUZ L, CARALPS A, ANDREU J, FIGUEIROLA D: Whole organ and pancreaticoureterostomy in clinical transplantation. *Transp. Proc.* **17**: 735-8, 1985.
- 04 - KAHAN BD, VAN BUREM CT, BOILEAU M, RIED M, PAYNE WD, FLECHNER S, NEWBURGER J: Cyclosporin A tissue levels in a cadaveric renal allograft recipient. *Transplantation* **35**: 96-99, 1983.
- 05 - GUNNARSSON R, KLINTMALN G, LUNNDGREN G, TYDEN G, WLCZEK H, OSTMAN J, GROTH CG: Deterioration in glucose metabolism in pancreatic transplant recipients after conversion from azathioprine to cyclosporine. *Transp. Proc.* **16**: 709-712, 1984.
- 06 - ELCHMEN V, SCHDMIT WE, SIEGEL EG, CREUTZFELD W: Morphological and functional changes of pancreatic B cells in cyclosporin A treated animals. *Diabetology* **27**: 416-418, 1984.
- 07 - MIKOVITCH V, AUGSTBURGE M, TEMPLER E, WINISTORFER B, BIOLLAZ J, APPENZELLER MB, FELBER JP: Influence of cyclosporin A on the function and morphology of the rat pancreas. *Transp. Proc.* **21**: 223-6, 1989.
- 08 - HAHN HJ, LAUBE F, LUCKE S, KLOTNING I, KOHNER KD, WARZOCK. Toxic effects of cyclosporin on the endocrine pancreas of Wistar rats. *Transplantation* **41**: 44-7, 1986.
- 09 - VAN SCHILFGARDE R, VAN DER BURG MPM, VAN SUYLICHEM PTR, FROLICH M: Reversible suppression of canine beta - cell function by cyclosporin A. *Proceedings of the International Symposium on complications of diabetes*. The Hague, Netherland, March, 1986.
- 10 - DUNNING M, STOCK P, HEESE VJ, SUTHERLAND DER: **Cyclosporin A and glucose metabolism**. The Hague, Netherland, March, 1986.
- 11 - YAGISAWA T, TAKAHASHI K, TERAOKA S, TOMA H, OTA K: **Deterioration in glucose metabolism in cyclosporin treated Kidney transplant recipients and rats**. The Hague, Netherland, March, 1986.
- 12 - HAHN HJ, DUNGER A, BESCH W, KAUERT C, RADLOFF E, KOTZKE G: **Investigations of the reversibility of the toxic cyclosporin A effect on pancreatic beta cells**. The Hague, Netherland, March, 1986.
- 13 - PRIETO M, SUTHERLAND DER, FERNÁNDEZ-CRUZ L, HEID JE, NAJARIAN JS: Monitorización de la amilasa urinaria para el diagnóstico precoz del rechazo pancreático. *Rev. Quir. Esp.* **13**: 149-151, 1986.
- 14 - MALLORY A, KERN F: Drug induced pancreatitis: A critical review. *Gastroenterology* **78**: 813-820, 1980.
- 15 - ZISBROD Z, SCHANNZER H, HAIMOV M, BURROWS L: Pancreatitis in renal transplant recipients; a report of the cases. *The Mount Sinai J. Med.* **48**: 131-2, 1981.
- 16 - BIHET J: **These Docteur Pharmacia**. Université Strasbourg 1967.
- 17 - NAGEL W, WILLING F, PESCHKE W, SCHMIDT FH: On the determination of trypsin and chymotrypsin with amino-p-nitroanilida. *J. Physiol. Chem.* **340**: 1, 1965.
- 18 - LOWRY OH, ROSEBROUGH JJ, FARRE JJ, et al: Protein measurement with the Folin photo reagent. *B. Biol. Chem.* **193**: 265, 1951.

- 19 - KAHAN BD, FLECHNER SM, LORBER MI, JENSEN C, GOLDEN D, VAN BUREN CT: Complications of cyclosporin therapy. *World J. Surg.* **10**: 348-360, 1986.
- 20 - VAN BUREN CT: Cyclosporine: Progress, problems and perspectives. *Surg. Clin. N. Am.* **66**: 435-449, 1986.
- 21 - BLAIR JT, THOMPSON AW, WHITING PH, DAVIDSON RJL, SIMPSON JG: Toxicity of immunosuppressant cyclosporine A in the rat. *J. Pathology* **138**: 163-178, 1982.
- 22 - WHITING PH, SIMPSON JG, DAVIDSON RJL, THOMPSON AW: Pathological changes in rats receiving cyclosporin A at immunotherapeutic dosage for 7 weeks. *Br. J. Exp. Path.* **64**: 437-444, 1983.
- 23 - STOKMANN F, GOKE B, OTTO J, CRETZFELD W: Effect of cyclosporin A on rat exocrine pancreatic function. *Digestion* **31**: 218, 1985.
- 24 - GULLO L, COSTA PL, FONTANA G, TESSARI R, SERRA D, LABO G: Effect of adrenocorticotrophic hormone on pure exocrine pancreatic secretion in man. *Gastroenterology* **73**: 762-4, 1977.
- 25 - MASOERO G, WORMSLEY K: Functional interrelationships of exocrine pancreas and endocrine glands in health and disease. *The Mount Sinai J. Med.* **47**: 261-272, 1980.
- 26 - DREILING DA, NACHIERO M, KAPLAN MH: Steroids revisited. *Am. J. Gastroent.* **67**: 21-8, 1971.
- 27 - BOURRY J, SARLES H: Secretory pattern and pathological study of the pancreas of steroid treatment rats. *Dig. Dis.* **23**: 423-8, 1978.
- 28 - OST L: Effects of cyclosporin on prednisolone metabolism. *Lancet* **i**: 425, 1984.
- 29 - KLINTMALM G, SAWE J: High dose methylprednisolone increases plasma cyclosporine levels in renal transplant recipients. *Lancet* **i**: 731, 1984.
- 30 - LANGHOFF E, MADSEN S, FLACHS H, OLGAARD K, LADEFOGED J, HYDBERG EF: Inhibition of prednisolone metabolism by cyclosporine in Kidney Transplanted patient. *Transplantation* **39**: 107-9, 1985.
- 31 - OST L, KLINTMALM G, RINGDEN D: Mutual interaction between prednisolone and cyclosporine in renal transplant patients. *Transp. Proc.* **17**: 1252-5, 1985.

- 32 - PTACHCINSKI RJ, VENKATARAMANAM R, BURCKART GL: Clinical pharmacokinetics of cyclosporin. *Clinical Pharmacokinetics* **11**: 107-132, 1986.
- 33 - AMORIM, PR: **Efecto de las drogas inmunosupresoras sobre la secreción exocrina del páncreas.** Tesis Doctoral. Universidad de Barcelona, 1988.

ACADEMIA DE MEDICINA DO PARÁ

RESOLUÇÃO N. 01, DE 24 DE ABRIL DE 1991

EMENTA: Regulamenta o capítulo II do Regimento da Academia.

A Academia de Medicina do Pará, em decorrência de decisão tomada em Plenário, na sessão do dia 24 de abril de 1991, adota a seguinte RESOLUÇÃO Q

Art. 1º - As seções previstas no Art. 15 do Regimento serão compostas pelos seguintes titulares:

I - Biologia Humana

Habib Fraiha Neto
Leônidas Braga Dias
Paulo Sergio Roffé Azevedo
Ronaldo de Araújo

II - Medicina Geral

Haroldo Pinheiro
José Maria Cardoso Salles
Manoel Maria Dias Ferreira
Oswaldo Luiz Forte
Salomão George Kahwage
Waldenice de oliveira Ohana

III - Cirurgia Geral

Amando Novaes Morelli
Clodoaldo Beckmann
Clóvis O. B. Meira
Francisco de Assis Alencar
Guilherme A. P. Guimarães
Henrique J. Ribeiro Neto
Ivan N. C. Neiva
Luiz Alberto Moraes
Luiz Cláudio Chaves
Pedro Bisi dos Santos

IV - Medicina Especializada

Arnaldo Lobo Neto
Amélia D. C. M. Ribeiro
Antonio Juracy de Brito
Antonio Maria Conceição
Benjamim Ohana
Domingos Barbosa da Silva
Paulo Sergio Moura
Ronaldo Acatauassú Nunes

V - Cirurgia Especializada

Aramis Francisco Mendonça de Moraes
João Alberto Maradei Pereira
Joaquim Marinho de Queiróz
José Claudio Cordeiro
Júlio Nobre Cruz
Lourival de Barros Barbalho
Manoel Araújo Maneschy
Sergio Martins Pandolfo
Vitor Moutinho da Conceição

VI - Medicina Preventiva e Saúde Pública

José Rodrigues da Silveira Neto
Rubens S. Brito

Art. 2º Cada seção terá um Diretor eleito por seus pares para mandato de dois anos, vedada a recondução, ao qual compete:

- a) designar comissão de três membros para examinar e opinar sobre o currículo e o trabalho apresentado pelos candidatos à admissão como membro titular;
- b) opinar sobre assuntos científicos pertinentes à seção;
- c) remeter ao Presidente os pareceres exarados.

Parágrafo Único - Quando a seção não possuir membros suficientes para a composição da Comissão, o Diretor poderá convocar acadêmicos pertencentes a outras seções.

Art. 3º – Esta resolução entra em vigor na data de sua aprovação devendo os casos omissos serem resolvidos pelo Plenário da Academia.

Belém, 24 de abril de 1991

Dr. CLODOALDO FERNANDO RIBEIRO BECKAMNN
Presidente

ACADEMIA DE MEDICINA DO PARÁ

RESOLUÇÃO N. 2, de 24 de abril de 1991

EMENTA: Regulamenta a eleição dos membros titulares da Academia.

Art. 1º – Os documentos apresentados pelos candidatos a membro titular da Academia serão remetidos, pelo Presidente, ao Diretor da seção correspondendo à área de formação e especialização do candidato, após o encerramento das inscrições.

Parágrafo Único – Fica dispensado o envio dos elementos de comprovação do currículo, quando o Secretário geral certificar a correspondência dos mesmos com a relação apresentada.

Art. 2º – O Diretor da Seção terá o prazo de (20) vinte dias para remeter ao Presidente o parecer da Comissão designada, com termos conclusivos sobre a capacidade do candidato de concorrer.

Art. 3º – A eleição dos membros titulares será procedida em sessão especialmente convocada para tal fim, que terá caráter privado e de cuja ordem do dia constarão:

- I – Leitura e aprovação dos pareceres das Comissões.
- II – Votação nominal por escrutínio secreto.
- III – Apuração dos resultados e proclamação dos eleitos.

§ 1º * - Será considerado eleito o candidato que obtiver, no mínimo, vinte (20) votos.

§ 2º * - Se nenhum dos candidatos tiver obtido os votos necessários no primeiro escrutínio, será realizado um segundo, no qual concorrerão apenas os dois candidatos mais votados.

§ 3º – Havendo empate no primeiro escrutínio a preferência, para o segundo, recairá sobre o candidato com maior

tempo de diplomado e, persistindo o empate, sobre o mais idoso.

§ 4º – Se, após o segundo escrutínio, nenhum dos candidatos, obtiver vinte (20) votos, o processo será encerrado, publicando-se novo Edital.

Art. 4º – Será admitido o voto por correspondência nos casos em que o titular esteja ausente de Belém ou impedido de comparecer por doença.

Parágrafo Único – A correspondência poderá ser dirigida diretamente ao Presidente ou constar de procuração outorgada, obrigatoriamente, a um titular da Academia.

Art. 5º – Esta Resolução entra em vigor na data de sua aprovação, devendo os casos omissos serem resolvidos pelo plenário da Academia.

Belém, 24 de abril de 1991

Dr. CLODOALDO FERNANDO RIBEIRO BECKMANN
Presidente

RESOLUÇÃO N. 03, de 24 de abril de 1991

Ementa: Institui o prêmio ACADEMIA DE MEDICINA DO PARÁ

Art. 1º – Fica instituído o prêmio **ACADEMIA DE MEDICINA DO PARÁ**, na forma prevista no Art. 35 do Regimento.

Parágrafo Único – O Prêmio será anual havendo, para cada ano, regulamentação específica.

Art. 2º – Para o ano de 1991, o prêmio **ACADEMIA DE MEDICINA DO PARÁ** constará de Diploma e dotação em dinheiro no valor de Cr\$ 100.000,00 (cem mil cruzeiros) e terá a denominação "Professor Paulo Cordeiro de Azevedo".

Art. 3º – Poderão concorrer ao Prêmio os autores dos trabalhos sobre Medicina, Cirurgia e Higiene, que satisfaçam as seguintes condições.

I – Tenham obtido o grau de médico há menos de dez anos, na data da inscrição, pelo Centro de Ciências da Saúde da UFPA ou pela Faculdade Estadual de Medicina do Pará.

II – Sejam inscritos no CRM-PA e exerçam a medicina neste Estado.

Art. 4º – As inscrições serão recebidas na Secretaria da Academia até as dezesseis horas do dia 31 de Outubro de 1991.

Art. 5º – Os trabalhos deverão ser originais e inéditos e apresentados em três vias impressas ou datilografadas, acompanhadas da documentação pertinente.

Parágrafo único – Não serão aceitos trabalhos em colaboração.

Art. 6º – A concessão do Prêmio será feita após julgamento dos trabalhos apresentados, por uma Comissão de três acadêmicos, designados pelo Presidente.

§ 1º – Se a Comissão Julgadora decidir por não outorgar o Prêmio, poderão ser concedidas "menções honrosas".

§ 2º – Os pareceres dos membros da Comissão serão individuais e a decisão por maioria de votos, devendo ser homologada pelo Plenário da Academia.

§ 3º – As decisões da Comissão Julgadora são irrecorríveis.

Art. 7º – O Prêmio será entregue em sessão solene da Academia, especialmente convocada, e o trabalho premiado será publicado nos "Anais" da Academia.

Parágrafo Único – Os trabalhos que receberem menção honrosa poderão ser publicados nos "Anais".

Art. 8º – Esta Resolução entra em vigor na data de sua aprovação, devendo os casos omissos serem resolvidos pelo Plenário da Academia.

Belém, 24 de abril de 1991

Dr. CLODOALDO BECKMANN
Presidente