ANAIS

ACADEMIA DE MEDICINA DA BAHIA

VOLUME 7

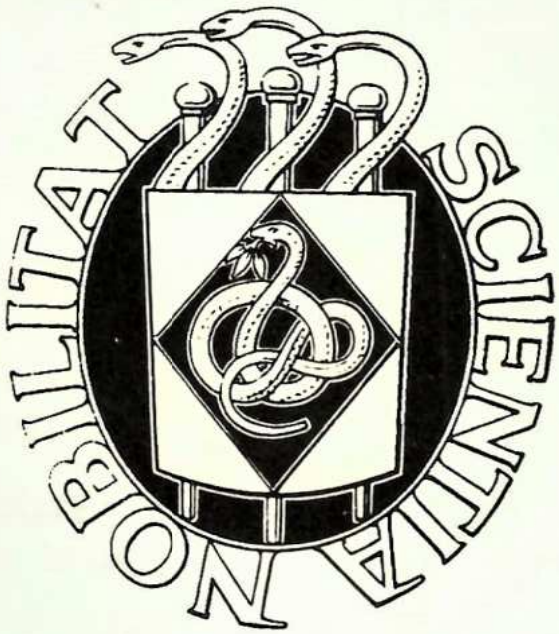
JULHO / 1987

SALVADOR-BAHIA

Capa:
Irmão Paulo
Lachenmeyer

ANAIS

ACADEMIA DE MEDICINA DA BAHIA



VOLUME 7

JULHO / 1987

SALVADOR-BAHIA

DIRETORIA – 1983-1985

PRESIDENTE – Newton A. Guimarães
1º VICE-PRESIDENTE – Elieser Audíface
2º VICE-PRESIDENTE – Heonir Rocha
SECRETÁRIO-GERAL – Antônio Jesuino Neto
1º SECRETÁRIO – Rodolfo Teixeira
2º SECRETÁRIO – Geraldo Milton da Silveira
DIRETOR DA BIBLIOTECA – Zilton Andrade
TESOUREIRO – Luiz Carlos Calmon Teixeira

COMISSÕES

1. **MEDICINA GERAL**
   Renato Lobo, Jorge Leocádio de Oliveira, Adriano Pondé, Rodolfo Teixeira.

2. **CIRURGIA GERAL**
   Antonio Jesuíno Neto, José Ramos de Queiroz, Renato Tourinho Dantas.

3. **MEDICINA ESPECIALIZADA**
   Hosannah Simões de Oliveira, Eliezer Audíface, Plínio Garcez Sena, Álvaro Rubim de Pinho.

4. **CIRURGIA ESPECIALIZADA**
   Orlando de Castro Lima, Geraldo Milton da Silva, Manuel Pereira.

5. **MEDICINA PREVENTIRA E SAÚDE PÚBLICA**
   José Santiago da Mota, Urcício Santiago, Newton Guimarães, Jayme de Sá Menezes.

6. **MEDICINA SOCIAL**
   Menando Novais, Zilton de Araújo Andrade, Alberto Serravale.

PRESIDENTES DA ACADEMIA DE MEDICINA DA BAHIA, DESDE A SUA FUNDAÇÃO

1º – João Américo Garcez Fróes
2º – Otávio Torres
3º – Fernando São Paulo
4º – Jorge Valente
5º – Urcício Santiago
6º – Estácio de Lima
7º – José Silveira
8º – Luiz Fernando de Macedo Costa
9º – Jayme de Sá Menezes
10º – Jorge Augusto Novis
11º – Newton Alves Guimarães

MEMBROS HONORÁRIOS

Aloysio de Paula
Carlos Chagas Filho
Manoel Augusto Pirajá da Silva
Mário Machado de Lemos
Nova Monteiro
Orlando Parahim
Valdemar de Oliveira

MEMBROS CORRESPONDENTES

Heitor Praguer Fróes
Ivolino de Vasconcelos
Moacir Santos Silva

QUADRO DOS TITULARES DA ACADEMIA DE MEDICINA DA BAHIA

CadeirasPatronos, Titu

Cadeiras	Patronos, Titulares Falecidos	Titulares Atuais
01	ALBERTO SILVA	Urcício Santiago
02	ALFREDO TOMÉ DE BRITO	Nélson Barros
	Clarival do Prado Valadares	
03	ALFREDO MAGALHÃES	Elieser Audíface
	Antônio Souza Lima Machado	
04	ALMIR DE OLIVEIRA	Antônio Jesuínio dos Santos Neto
05	ÁLVARO DE CARVALHO	Itazil Benício dos Santos
06	ANÍSIO CIRCUNDES DE CARVALHO	Geraldo Leite
	Clínio de Jesus	
07	ANTÔNIO BORJA	Eduardo Dantas de Cerqueira
08	ANTÔNIO FERREIRA FRANÇA	Rodolfo dos Santos Teixeira
09	ANTÔNIO LUIZ DE BARROS BARRETO	Fábio de Carvalho Nunes
10	ANTÔNIO PACÍFICO PEREIRA	José Maria de Magalhães Neto
	Antônio Simões da Silva Freitas	
11	ANTÔNIO DO PRADO VALADARES	José Silveira
12	ARISTIDES MALTEZ	Mário Augusto de Castro Lima
	Rui de Lima Maltez	
13	ARISTIDES NOVIS	José Simões Jr.
	Aristides Novis Filho	
14	ARMANDO SAMPAIO TAVARES	Heonir Rocha
15	CAIO MOURA	Geraldo Milton da Silveira
	Jorge Valente	
16	CIPRIANO BARBOSA BETÂMIO	Menandro Novais
17	CLIMÉRIO DE OLIVEIRA	Álvaro Rubim de Pinho
	Adroaldo Soares de Albergaria	
18	EDUARDO RODRIGUES DE MORAIS	Orlando de Castro Lima
19	FERNANDO LUZ	José Ramos de Queiroz
20	FLAVIANO SILVA	Newtonn Alves Guimarães
21	FRANCISCO DE CASTRO	Jayme de Sá Menezes
22	FRANCISCO DOS SANTOS PEREIRA	Jorge Augusto Novis
	Colombo Moreira Spínola	
23	FREDERICO DE CASTRO REBELO	Renato Tourinho Dantas
24	GONÇALO MONIZ SODRÉ DE ARAGÃO	Adriano Pondé
	Otávio Torres	
25	JOAQUIM MARTAGÃO GESTEIRA	Hosannah de Oliveira
26	JOSÉ ADEODATO DE SOUZA	Elsimar Metzker Coutinho
	José Adeodato de Souza Filho	
27	JOSÉ CORREIA PICANÇO	Humberto de Castro Lima
	Fernando São Paulo	
28	JOSÉ DA SILVA LIMA	Jorge Leocádio de Oliveira
29	JÚLIO AFRÂNIO PEIXOTO	José Santiago da Mota
30	JULIANO MOREIRA	Plínio Garcez de Sena
	Luiz Pinto de Carvalho	

31	LEÔNCIO PINTO	Zilton de Araújo Andrade
32	LUIZ ANSELMO DA FONSECA	Luiz Carlos Calmon Teixeira
	Francisco Peixoto de Magalhães Neto	
33	MANUEL JOSÉ ESTRELA	Walter Afonso de Carvalho
34	MANUEL VITORINO PEREIRA	Manuel da Silva Lima Pereira
35	MÁRIO DE MACEDO COSTA	vaga
	Luiz Fernando Seixas de Macedo Costa	
36	MENANDRO MEIRELES FILHO	Raimundo N. de Almeida Gouveia
37	OSCAR FREIRE	Maria Tereza de Medeiros Pacheco
	Estácio de Lima	
38	OTTO WUCHERER	Alberto Serravale
39	RAIMUNDO NINA RODRIGUES	Thales O. G. de Azevedo
	João Américo Garcez Fróes	
40	SABINO SILVA	Renato Marques Lobo

DISCURSO DE POSSE NA PRESIDÊNCIA

Newton A. Guimarães *

"Não rezeis por uma vida fácil. Rezai por serdes fortes. Não rezeis por tarefas iguais às vossas forças. Rezai por forças iguais às vossas tarefas. Então o produto do vosso trabalho não será um milagre, mas sereis vós o milagre. E cada dia ficareis deslumbrados com vós mesmos e com a riqueza de vida que vos veio, pela graça de Deus".

São palavras de Philip Brooks, cujo ensinamento, de tanta beleza, de há muito procurei aprender. E, se ao longo da vida, nem sempre tenho sabido praticá-lo, nem por isso deixo de estar convencido, cada dia mais, da necessidade de fazê-lo, reconhecendo, sobretudo, que quanto mais se nos desfalecem as forças materiais — decorrência inexorável da trajetória biológica — tanto mais cumpre rezar, para que se nos prolonguem as energias da razão e dos sentimentos, cultivando a prática da oração no seu sentido mais abrangente — a bem dizer ecumênico — razão e sentimentos nela integralmente absorvidos.

Oração, prece, invocação, para que nos seja dada a graça de realizar, pelo menos o mínimo, embora desejando o máximo; oração-compromisso, que se faz tanto mais eloqüente e válido ao representar o sincero desejo, a vontade

---

* *Titular da Cadeira 20 desta Academia e seu atual presidente. Professor e ex-Diretor da Faculdade de Medicina da UFBA.*

empenhada de um grupo ou de uma coletividade, no sentido de que frutifiquem os seus esforços — em nosso caso, no sentido de dar a esta Academia a projeção que poderá ter, no conceito das instituições culturais de nossa terra; oração a Gibran, que, se há — de ser rezada nas aflições e necessidades, saibamos rezá-la também na plenitude das alegrias e nos dias de abundância. Quando será, talvez, a que se inspira na motivação mais nobre; a que se faz homenagem; a que é veículo de gratidão, a quantos, direta ou indiretamente nos ajudaram a atingir o fim colimado ou, mercê do estímulo e colaboração, nos tornam mais suaves os encargos.

Esta, quero praticá-la agora mesmo, para agradecer-vos — Senhores Acadêmicos — a transbordante generosidade com que me alçaram às culminâncias desta posição, sensibilizados ao influxo da amizade quase semi-secular do ilustre Presidente Jorge Novis, a quem desejo destinar, prazeiroso, as primícias deste agradecimento. E para envolver também, nesta homenagem, os bondosos companheiros, solidários na partilha das responsabilidades de dirigir a Academia, que aceitam, comigo, o desafio de colocá-la em sintonia com as esperanças que devem permear e reanimar as instituições como a nossa, para que se integrem nos ideais de transformações e mudanças que são a tônica da hora presente; e para que, assim, não sejam acusadas, perante a história, de se terem omitido, ou de não terem assumido o verdadeiro papel que lhes compete, no significativo processo de reformulação política e sócio-cultural, que caracteriza o momento que vivemos.

Não vos faria a injustiça de imaginar que persista, em qualquer de vós, uma nuga sequer, de dúvida, quanto a esse papel e quanto às nossas responsabilidades. Já vos adiantei, muito de leve, embora, ao agradecer-vos a eleição para esta presidência, o que penso a respeito. Por certo, o que pensais, também. Intransferíveis responsabilidades; missão de alta relevância, creio, estão reservadas às Academias de Medicina, na conjuntura que atravessamos; missão e responsabilidades que em duas vertentes se desdobram, distintas, mas paralelas e complementares: enquanto *academias* e enquanto *instituições médicas.*

Enquanto academias, constituem-se, de origem, por definição e por tradição, ambiente iluminado e salutar; seara onde se cultivam e reproduzem as nobresl cepas oriundas dos jardins de *Academus*, a cuja sombra ouviram os eleitos as lições de Platão, e sob cuja inspiração, séculos mais tarde, os humanistas do renascimento lhe terão reabilitado os propósitos e a denominação; ambiente, assim, onde não medra o joio, senão as espécies mais requintadas do lavor intelectual; infenso, pois, às cogitações de puro imediatismo, como às idéias ou atitudes preconceituosas ou sectárias. E porque reunem tais condições, cabe-lhes a tarefa, diria quase heróica, nos dias de hoje, de constituirem-se em cidadelas de nossos melhores valores culturais, ameaçados por esse amálgama de idéias e movimentos, exacerbados no curso das duas últimas décadas, que se tem resumido e rotulado com o título expressivo de "contra-cultura". Fenômeno cujos efeitos não se esgotaram na criação de símbolos mais ou menos

exóticos ou na adoção de inusitados comportamentos, mas foram além; e mobilizando energias físicas e anímicas de massas e extratos sociais diversos, preponderantemente na faixa da juventude, tangidos por motivação variada e tantas vezes conflitante, ampliaram-se e difundiram-se, ajudados pelo progresso das telecomunicações, e passaram a constituir, como já disse, "um novo foco de contestação radical"; tantas vezes marcado pela violência e quase sempre conturbado pelo extremismo das posições.

E o alvo da contestação são as normas de conduta, os valores morais e éticos, enfim, a cultura convencional em que vivemos e da qual participamos. Trata-se, pois, a rigor, de um movimento "anti-cultura" e, por isso mesmo — o em que nos toca mais de perto — também "anti-acadêmico".

Bem sabemos "que nem tudo são flores", em nossa tradicional cultura ocidental; e não têm faltado, ao longo do tempo, tentativas para corrigir os seus males. Seja pela interferência na organização estatal, com Marx e os sistemas comunistas, filo-comunistas ou socialistas; seja pela atuação ao nível dos indivíduos, com Freud e sua doutrina, e escolas para-Freudianas, buscando-se, como ensinam os doutos, corrigir, num caso a neurose, produto social da repressão dos instintos, e no outro, a alienação, resultado psico-patológico da exploração econômica. Em ambos, comprometida e malograda a intenção pelo pecado da condenação absoluta e apriosística a tudo o que "era" ou "estava", antes, e se não deixava assimilar pelo novo modelo.

Isso não significa que estejamos a pretender exatamente o oposto, isto é, a negação de qualquer idéia nova, ou renovadora. É óbvio que não poderão ser as Academias o escrinio inviolável de uma cultura mumificada, patrimônio que se transmite desvalorizado, porque estático, de geração a geração, intocável ou irretocável, à margem da evolução dos povos e das sociedades. Bem ao contrário, cultura há-de ser "um produto histórico", que viceja, criando, recriando e renovando-se continuadamente, com tanto mais vigor quanto mais respire o clima de liberdade, e que, por isso mesmo, porque livre, pode acompanhar, adaptar-se e enriquecer-se ao embate das circunstâncias e contingências das épocas e dos espaços geográficos, para, afinal, refletir e simbolizar as marcas peculiares de cada povo e de cada civilização. Marcas inconfundíveis, que os caracterizam e diversificam, conferindo-lhes a identidade cultural. E esta, será tanto mais preeminente e duradoura quanto mais alicerçada no primado dos valores espirituais, assim atendido o inspirado pensamento de Aristides Novis — tão justamente festejado há poucos dias — pensamento repetido em artigo recente de Sá Menezes, e também por Aloísio Novis, quando do centenário daquele mestre: "na cultura do espírito a honra do viver".

Mas, Senhores Acadêmicos, a mola propulsora desse processo inevitável e benfazejo de renovação jamais há-de ser a contestaçdão radical, ou uma submissão irracional e intransigente a qualquer tendência que outra credencial não apresente, a não ser a pretensão de moderna, ou reformista; posturas que geralmente opõem a tradição ao progresso, ou, como escrevi certa feita, que erigem

como plataforma uma absoluta antinomia entre reformar e preservar.

E se me pedisseis um testemunho que definitivamente prove não ser esta uma opinião isolada, carente de apoio e guarida no pensamento autorizado de vultos eminentes, recuaria a um tempo remoto, para colher a lição sempre magistral do Padre Vieira: "Na ciência, nascem poucas verdades; as mais delas ressuscitam". E numa advertência aos que facilmente se entusiasmam com as novidades, continua o insigne pregador, que tanto fez refulgir o púlpito da vizinha igreja de Nossa Senhora d'Ajuda: "quando Adão saiu flamante das mãos de Deus, abriu os olhos, e viu tanta cousa nova (e todas eram mais antigas que ele), nem elas eram novas, ele era o novo ... Para aquele cego de seu nascimento, a quem Cristo abriu os olhos, ainda que não eram novas as quantidades, porque as apalpava, foram novas as cores, porque não as via; já havia cores e luz, mas não havia olhos".

E para que não se diga que são estas idéias passadas, que a irreverência ou a insensibilidade de alguns tenta depreciar, acolimando-as de "saudosismo", repito, igualmente, um pronunciamento de maior atualidade, da autoria do jovem e brilhante Reitor da Universidade de Campinas, José Aristodemo Pinotti, a propósito da importância da tradição na vida das Universidades. E quem não reconhecerá, em relação ao tema sobre que discorremos, as profundas e extensas afinidades entre as academias e as universidades? Deixai, então, que vos fale o Reitor da Unicamp, segundo documento publicado em janeiro deste ano, na Revista Brasileira de Educação Médica: "recentemente, visitando a Universidade de Heildeberg, que é a mais antiga da Alemanha, indaguei do seu Reitor qual o peso específico da tradição numa instituição como a que dirigia. Sua resposta foi simples: a tradição é alguma coisa que permite à Universidade resgatar o passado, em função do presente. Não se trata de nenhum exercício de memorialística ou ludismo histórico, mas da utilização real, prática e racional da experiência adquirida nas crises do passado, para a solução das crises do presente". E mais adiante: "a Universidade européia usa, assim, a tradição, como um escudo contra as investidas não autênticas do presente, superando com maior facilidade os períodos de crise, e retomando com segurança o processo de recuperação e desenvolvimento. Afinal, vai-se ver que a ausência de tradição não é outra coisa que a falta de identidade, incapaz de dar resistência à Universidade e, ao contrário, muito capaz de torná-la agente passivo de modismos importados e adotados quase sempre sem qualquer assimilação real". Creio, nada poderia transmitir-vos de mais eloqüente, restando apenas lamentar que se generalizem cada vez mais, no seio de nossas Universidades, tendências que justamente se contrapõem a tão sensatos, expressivos e oportunos conceitos.

Considerando-se, então, que a Universidade deve ser o patamar mais alto do desenvolvimento científico e cultural da sociedade e das nações, é fácil compreender e admitir a importância a que atingem tais conceitos, na perfeita atualidade de sua significação. Por isso mesmo, tenho para comigo que, fora das universidades, mas seguramente ao lado delas, que tantas são, como já acentuei,

as suas afinidades, somente as entidades com o feitio e condições das Academias serão suficientemente livres e descompromissadas para sugerir ou orientar, promover e executar as ousadias das reformas, conciliando-as, do mesmo passo, com a defesa vigorosa de tudo o que é justo e necessário manter e preservar.

É tempo, agora, de cogitar da importância das Academias de Medicina, enquanto instituições médicas, nesse processo de reencontro do mundo de hoje, com os valores maiores do humanismo e da civilização cristã. Para que se perceba, sem dificuldade, quanto cresce essa importância, basta considerar que o objetivo de suas ocupações e preocupações, a matriz, mesma, de sua existência, é a medicina, cujas atividades visam preservar o bem maior do homem — a sua saúde — e como decorrência, a sua própria vida.

E estamos todos a sentir que se impõe, realmente, redefinir a medicina, na sua conceituação mais digna, e revalorizar o seu exercício, como profissão.

Não se trata, simplesmente, de retroceder a Hipócrates — que são outros os tempos e as condições — mas de restaurar o império dos chamados "deveres essenciais", segundo Littré, súmula do tradicional juramento "formulado desde então para atuar sobre o futuro científico e o futuro moral da profissão".

Em verdade, agravam-se cada vez mais os descaminhos por onde se vem perdendo aquela que se fez chamar a "mais nobre das profissões, conceito que a ela, sem contestação, se ajustava, como se lhe ajustava o conceito de "profissão sacerdócio", láureas que hoje são questionadas.

Não é esta, evidentemente, a oportunidade de fazer o inventário destes descaminhos, até porque são repetidamente divulgados, a cada dia, em cada veículo de comunicação. Doloroso episódio, ainda tão recente, que comoveu todo o país, ensejou, no particular, os fatos mais constrangedores; retaliação pública de médicos por médicos; acusação de médicos por leigos; divulgação indevida, ou precipitada, de dados clínicos, sigilosos ou não, logo contestados ou corrigidos; exibicionismo despropositado; enfim, se se houvesse programado um concurso de infrações à ética médica — para somente falar nesse aspecto — não se teria colhido resultado mais abundante.

A divulgação da imagem de médico submetido à prisão por envolvimentos em fraudes no exercício da profissão; a prática, já não dissimulada e até anunciada, do aborto sem as justificativas legais e morais, inclusive sob o eufemismo de novas e sofisticadas técnicas; a venda de medicamentos sem qualquer controle real, por quem quer que seja e nos mais variados e impróprios estabelecimentos; o charlatanismo, sob as mais variadas formas e disfarces; enfim, o mau exercício da medicina por maus médicos e a invasão do campo de atividades médicas por leigos, tudo isso aí está, à vista de todos, configurando-se tal situação que é de temer não nos reste alternativa, dentro em breve, se alguma reação não se fizer ao descalabro, senão admitirmos, inermes, o epitáfio que nos reservou a mordacidade de Bocage: "Lê-se numa sepultura / de antiguidade Afonsina / aqui jaz quem não jazera / se jazesse a Medicina".

E de tudo isso, ao que parece, somente não se dão conta as chamadas "entidades médicas"; umas, porque voltadas a interesses nem sempre os mais compatíveis com suas finalidades precípuas; outras, cujos conselhos já não fazem eco, cujas recomendações não se levam em conta, tanto se vêm estiolando no trato de questiúnculas individuais ou grupais, perdendo assim, a perspectiva das grandes causas ou dos grandes temas que dizem respeito à classe — ou à categoria médica, como o formalismo atual prefere chamar. E assim orientados — ou desorientados — os nossos tradicionais "órgãos de classe" vêm perdendo gradualmente o prestígio, não tendo sido capazes, sequer, de pleitear com êxito, junto aos poderes constituídos, a participação que lhes deve caber no estudo e debate dos momentosos problemas concernentes à saúde e educação médica, matéria que nesta hora de renovação cumpre encarar com decisão e coragem, e tentar solucionar com seriedade e competência.

E eis onde visualizo, com absoluta prioridade e incontestável propriedade a atuação das Academias de Medicina. Pelos atributos que a definem, como tenho demonstrado, enquanto instituições médicas. Em síntese, pelas potencialidades que encerram, uma vez que abrigam em seus quadros, naturalmente pluralistas, figuras exponenciais do pensamento e da atividade médica, nas suas áreas diversas — e aqui tendes a excessão, mais uma vez a confirmar a regra — todos os congregados e estimulados ao amparo das intenções mais elevadas, em associação não lucrativa, independente e capaz, autorizada, assim, para intervir, soberanamente, na discussão, e encaminhar as soluções para os problemas que atropelam, nos dias atuais, o exercício da profissão médica, e que têm distorcido e apequenado a imagem e o conceito do médico.

Estou convencido que melhor do que qualquer outra entidade, as Academias de Medicina poderão ser o último reduto onde encontraremos as condições institucionais e as disponibilidades individuais — de cultura, de independência e de motivação — para que possam assumir posição vanguardeira nesse cometimento, como afirmei por ocasião do meu ingresso nesta Academia, "doutrinando, esclarecendo, orientando, assessorando e reivindicando sem timidez o papel que desenganadamente lhes deve caber de órgão participante das discussões e decisões que, em qualquer plano, envolvam a atividade médica".

Mas, como fazê-lo? Como despertarem, as nossas academias, ou mobilizarem-se para a caminhada em busca desse horizonte? Antes de mais nada, penso, é míster conscientizarmos do nosso dever nesse sentido, e empolgarmo-nos com o desejo de cumprí-lo. Do contrário, não daremos sequer o primeiro passo, e por melhores que sejamos, não nos furtaremos ao remoque de Voltaire, respondendo aos acadêmicos de Soissons, que proclamavam, com certa jactância, ser a sua academia a filha mais velha e predileta da Academia Francesa: "sim, a filha mais velha, filha ajuizada, bem comportada, que nunca deu nenhum motivo para que falassem dela".

Para nós — meus caríssimos confrades — queiramos o oposto; e não apenas que falem de nós, mas sobretudo que nos ouçam. E não seria isso um fato

novo, ou insólito, nem estaríamos a pretender o impossível, buscando, desse modo, credenciarmo-nos às homenagens fáceis dos que aceitam o conselho um tanto inigmático do Goethe: "ama aos que desejam o impossível". Bem longe disso, o que desejamos encontra o mais sólido apoio nas lições da história: nos seus primórdios, a Academia Nacional de Medicina, então Academia Imperial, presididas as sessões pelo Imperador, era órgão consultivo do governo e assim participava de atos e decisões pertinentes à medicina e à saúde pública; e entre os seus objetivos inscrevia-se o "controle da atividade médica, entregue a indivíduos ou a juntas cuja atuação vinha sendo tão prejudiciai ao progresso da medicina como aos interesses da sociedade". Num paralelo com a medicina da metrópole, pois, segundo Plácido Barbosa e Cássio Rezende, citados por Carlos Gentile de Mello "o ensino e o exercício da Medicina em Portugal refletiam o atraso e a desídia, facilmente se obtinha o diploma e a venalidade dos exames era habitual".

Isto posto, porque não partir da Bahia o primeiro brado; porque não ser aqui desfraldada a bandeira desse movimento e desse propósito, capaz de revigorar a posição das Academias de Medicina, delas fazendo o centro decisório de uma grande campanha no sentido de reabilitar o exercício da profissão médica e o conceito dos seus profissionais? Porque não ser na Bahia, se aqui nasceram, no Brasil, as Academias, com a Academia Brasilica dos Esquecidos, nos longes de 1724, de vida efêmera é bem verdade, mas logo sucedida pela Academia dos Felizes, em 1736, e mais tarde, pela Academia dos Renascidos, em 1759? Porque não ser na Bahia, sobretudo, se aqui nasceu a medicina brasileira, neste mesmo solo, nunca demasiadamente celebrado, do Terreiro de Jesus?

Tudo, como vemos, aponta em nossa direção e nos credencia para as iniciativas que dêem partida à edificante caminhada.

Urge começar.

E imagino que possamos fazê-lo promovendo, aqui, um encontro nacional das Academias de Medicina, no qual estabeleceremos as metas comuns e a trajetória a percorrer, para alcançá-las; no qual discutiremos como poderão as academias liderar esse movimento, que tão necessário se faz; como compatibilizar os princípios éticos imanentes à profissão, o transcendente "colóquio singular", médico versus paciente, com as necessidades de atendimento às grandes massas populacionais à margem dos progressos da técnica, e até mesmo dos recursos assistenciais mais primários, e da simples solidariedade e conforto que a só presença do médico lhes poderia emprestar; e no qual, principalmente, todos nos comprometeríamos, mutuamente, a dar o melhor dos nossos esforços e da nossa competência em prol desse ideal; certos de que, mesmo que não nos alcance colher os resultados, o exemplo, cedo ou tarde fará proselitismo; a semente plantada, hoje ou amanhã frutificará; e se não lograrmos os prazeres da colheita, pouco importa, pois mais dignificantes são a generosidade e a nobreza da semeadura.

Alimento, sinceramente, as melhores esperanças que da união de todos nós, da criação — quem sabe — de algo assim como uma Confederação das Academias de Medicina do País, resultará um organismo cuja pujança e cujo prestígio poderão garantir-nos os instrumentos e a total legitimidade para esse trabalho, tão honroso quanto patriótico, de fazer retornar a nossa medicina à plenitude de sua respeitabilidade como profissão, e de restaurar a grandeza de sua conceituação, como ciência e arte impregnada de humanismo, emoldurada nos princípios éticos e morais que a sublimam; e suficientemente renovada e adaptada às condições da época atual; para que, então, da grande metrópole estuante de civilização e conforto, aos rincões mais primitivos do sub-desenvolvimento, nenhum homem deixe de beneficiar-se, senão das mais avançadas técnicas de recuperação da saúde, ao menos, dos mais singelos recursos de prevenção da doença.

Para isso, e para que, na realização desse propósito, possam assumir, convenientemente, as Academias de Medicina, as diretrizes de uma instituição atuante e renovadora, imagino, inclusive, que deverão pretender que a sua atuação se faça cada vez mais integrada com a de todos os segmentos da sociedade que tenham interesses afins; de todos os organismos, oficiais ou não, engajados na mesma luta; das escolas de Medicina e das demais profissões da área da saúde; da Universidade à qual estão ligadas, como já mencionei, por tantos laços e objetivos comuns; enfim, que sejam abertas as suas portas para um amplo intercâmbio com quantos possam somar forças às suas, e a quantos possam ser sensibilizados às razões de sua doutrinação ou ao exemplo de seu trabalho que há-de ser dedicado e sem desânimo.

E, se algum dia o sonho se fizer realidade; e se conquistarmos os louros desse triunfo magnífico — então estou certo que poderemos repetir — se me for permitido, nesta peroração, voltar ao exórdio — que o trabalho da nossa Academia, com a vossa ajuda decisiva, não terá sido um milagre, mas será um milagre a própria Academia, e a cada dia nos deslumbraremos com ela, e com a riqueza de vida que ela nos proporcionará, com a graça de Deus.

Que assim seja!

Bahia, 10.07.85

ÉTICA NA PESQUISA MÉDICA

Zilton A. Andrade *

Introdução

Este artigo foi escrito por solicitação do Conselho Regional de Medicina da Bahia e para servir como um documento a mais a ser considerado nos debates pela reformulação do nosso código de ética pelo Conselho Federal de Medicina.

As pesquisas médicas em seres humanos são indispensáveis. Se não fossem feitas, os prejuízos decorrentes das reações adversas aos medicamentos, dos riscos com as inovações terapêuticas ou diagnósticas assumiriam proporções consideráveis. Os procedimentos experimentais em modelos animais e outros diminuem muito a necessidade de se fazer experiências em "anima nobile", mas, no final, há sempre o imperativo de se fazer a comprovação dos dados em seres humanos, antes de se proceder a aplicação dos mesmos em larga escala.

O que despertou a atenção da humanidade para os perigos das experiências médicas em seres humanos foi o conhecimento das atrocidades nazistas durante a Segunda Guerra Mundial algumas das quais cometidas por cientistas de renome, que se utilizaram de prisioneiros políticos como cobaias humanas.

A reação oficial a tais desmandos fez surgir a primeira declaração internacional sobre pesquisas em seres humanos sob a forma de Código de

---

* *Titular da Cadeira 31 da Academia de Medicina da Bahia. Professor da Faculdade de Medicina da UFBA.*

Nuremberg de 1947, o que deu início a uma série de debates e declarações internacionais motivadas pelas possibilidades de atentados aos direitos fundamentais do homem e de se provocar infração ao código de ética médica quando são usados seres humanos nas pesquisas médicas e biológicas.

A Associação Médica Mundial se reuniu em Helsinque para tratar amplamente do assunto por duas vezes, a primeira em 1964 e a segunda em 1975, tendo desta última vez produzido a Declaração Helsinque II, a qual tem sido amplamente usada como o documento básico para regulamentar os procedimentos éticos a serem observados nas pesquisas médicas em seres humanos.

Nestas declarações internacionais se traçam normas de conduta para preparação dos protocolos experimentais, basicamente exigindo uma declaração de consentimento consciente das pessoas incluídas nas experiências e a aprovação do projeto por uma comissão de ética devidamente qualificada.

Aspecto Fundamental

Os riscos de infração aos direitos humanos em geral são diretamente proporcionais ao grau de desigualdade existente numa determinada sociedade. Quando existem grupos étnicos, raciais ou classes sócio-econômicas inferiorizados ou discriminados, surgem o desrespeito à pessoa humana e aos seus direitos, de maneira flagrante ou dissimulada, mesmo que haja um código legal bastante específico proibindo tais práticas.

No Brasil é sobejamente conhecido que uma parcela considerável da população está marginalizada do processo produtivo. São indivíduos que constituem cerca de 60% da população brasileira e cujos direitos, que aparentemente a sociedade lhes outorgam, são freqüentemente desrespeitados por empregadores, pelos proprietários de terra, pela polícia e pelos próprios organismos oficiais. São estes indivíduos que, eventualmente, vêm a ser incluídos nas pesquisas médicas e ou biológicas entre nós.

Há no espírito de muitas pessoas, inclusive de médicos, o preconceito arraigado de que tais pessoas são pobres porque são menos capazes, inferiores, do ponto de vista intelectual e até do ponto de vista racial. Se ao realizar experiências clínicas com pacientes pobres, os pesquisadores não se libertarem de tais condicionamentos, há sempre o risco potencial de comportamento anti-ético, mesmo se o protocolo geral da pesquisa foi originalmente concebido para atender todas as exigências recomendadas por organismos nacionais e internacionais.

Não há a menor possibilidade de que representantes dos outros segmentos sociais mais favorecidos sejam incluídos nas pesquisas médicas entre nós. Todavia são justamente os indivíduos destes últimos segmentos que vêm a ser os mais beneficiados com as aplicações que se vierem a dar aos conhecimentos obtidos

com os experimentos realizados em pessoas pertencentes às classes mais pobres. Este é um detalhe paradoxal, mas crucial, que não poderá ser minimizado ao se considerar entre nós os aspectos éticos relacionados com as pesquisas em seres humanos.

O desafio ao Pesquisador

Durante as pesquisas, sejam elas biomédicas ou pesquisas médicas combinadas com cuidados profissionais (ensaios clínicos), podem existir vários interesses em jogo, além do genuíno desejo do pesquisador em contribuir para o progresso da sua ciência. Estes outros interesses podem ser tão fortes, que são capazes de causar os mais variados tipos de pressão, declarada ou sorrateira sobre o pesquisador e sua pesquisa, muitas vezes induzindo-o a ir além doque seria recomendável pelos códigos internacionais de ética para pesquisas com seres humanos.

A maior parte das pesquisas clínicas entre nós se faz no terreno da farmacologia e terapêutica visando testar a importância de novas drogas que estão sendo incessantemente introduzidas no mercado. São drogas lançadas por poderosas firmas multinacionais que, nos seus laboratórios de pesquisas no exterior, se limitam aos trabalhos de síntese química e aos testes preliminares em animais. As pesquisas clínicas são tradicionalmente feitas nas Universidades, a preços relativamente modestos.

Após o desastre ocorrido com o uso da talidomida, seguido das inúmeras reparações pecuniárias que as multinacionais tiveram que fazer, as pesquisas com drogas nos países desenvolvidos ficaram mais limitadas. Consequentemente, aumentou a tendência a se recorrer aos hospitais dos países pobres, onde o risco de uma reparação legal é muito remoto, podendo as ações judiciais que porventura venham a surgir ser mais facilmente proteladas ou mesmo anunladas. Muitas vezes os protocolos de tais experiências já vêm prontos do laboratório estrangeiro e o encargo de executá-los pode recair em mãos de grupos pouco experientes.

Os testes para a utilização de anticoncepcionais são outra fonte de problemas éticos. Aqui os interesses das multinacionais se inbricam com outros de política demográfica, a qual, num país extenso como o nosso, muitas vezes obedece diretrizes políticas as mais reacionárias e danosas para o nosso futuro. Neste particular, surgem agora as primeiras notícias sobre uma vacina anti-gravidez a ser testada em larga escala justamente nos países mais pobres e mais populosos do mundo, entre os quais foi incluído o Brasil. Aparentemente, há interesse em se conhecer o efeito de tal vacina em produzir esterilização definitiva, antes que o seu uso possa ser recomendado também para os países ricos.

Os interesses comerciais e políticos envolvidos nas pesquisas citadas

acima podem causar interferência tão poderosa, com desinformação da opinião pública através de órgãos de ampla divulgação, com oferecimento de verbas para as pesquisas, de vantagens para publicação de trabalhos, de participação em comitês ou congressos, nacionais e internacionais, de promoção de prestígio para o investigador, que mesmo os indivíduos mais bem intencionados acabam se convencendo que, na busca da verdade científica, todos os meios estão justificados pelo fim.

Por outro lado, o problema se torna delicado quando consideramos que há pesquisas que devem ser apoiadas, que são úteis, que contribuem para o desenvolvimento da capacitação científica nacional, que envolvem indivíduos competentes e honestos. Muitas vezes estas pesquisas são combatidas por motivos pessoais ou políticos, justamente com o argumento de que elas são feitas para atender exclusivamente aos interesses estranhos. Porisso o assunto deve ser bem analisado e devemos ter um código de ética capaz de evitar os abusos, mas também suficiente para preservar as boas pesquisas nacionais.

Recomendações Práticas

O código de ética relacionado com a pesquisa em seres humanos deve evitar entrar em muitos detalhes, considerando os casos particulares de pesquisas feitas por estrangeiros, pesquisas em crianças, em mulheres grávidas, em prisioneiros, etc., etc. A pesquisa ou contém aspectos anti-éticos ou não os contém.

A existência de muitos detalhes concorre para a burocratização demasiada do processo, torna-o confuso e contribui para que o mesmo acabe sendo desrespeitado por todos.

O presente Relator gostaria de recomendar para apreciação apenas 3 ítens fundamentais:

I. *A pesquisa médica ou biológica envolvendo seres humanos não poderá ser feita fora dos Hospitais ou dos Institutos de Pesquisas devidamente reconhecidos, que não tenham feito registrar e aprovar previamente um Comitê de Ética no respectivo Conselho Regional de Medicina.*

II. *Os protocolos de pesquisas envolvendo seres humanos deverão ser analisados e aprovados pelo Comitê de Ética do respectivo Hospital ou Instituto, o qual assumirá todas as responsabilidades perante o Conselho por infrações que porventura venham a acontecer.*

III. *Uma vez aprovado pelo Comitê de Ética, o protocolo experimental deverá ser avaliado por outros pesquisadores da área, de preferência de fora da Instituição envolvida, no seu valor científico.*

A avaliação a que se refere este último ítem é de fundamental importância em relação com o interesse dos pacientes que irão ser envolvidos na pesquisa. O julgamento do mérito científico do trabalho por pessoas qualificadas irá não só apontar se a pesquisa é de fato necessária, mas verificará a consistência do desenho experimental, a capacitação do pessoal envolvido para realizar o tipo de trabalho proposto e o seu nível de conhecimento científico. Isto representará sem dúvida uma garantia extra para os direitos das pessoas envolvidas nas pesquisas médicas.

NATUREZA E IMPORTÂNCIA DE REAÇÕES ADVERSAS A DROGAS NUM HOSPITAL GERAL EM NOSSO AMBIENTE (*)

Reinaldo Martinelli
Luciana Rodrigues Silva
Ramiro Robson Fernandes Mascarenhas
Neuza Maria Gusmão Souza Ramos
Antonio Raimundo Pinto de Almeida
Pedro Romério Lima Viana
Eloisa Maria Rodrigues Campos
Heonir Rocha (**)

SUMÁRIO

Com o objetivo de se estudar a freqüência, natureza e importância de reações adversas a drogas, foram avaliados, prospectivamente, todos os pacientes internados nas enfermarias de clínica médica do Hospital Prof. Edgard Santos. Nos primeiros 6 meses, 18,8% dos pacientes admitidos nas enfermarias em estudo, desenvolveram reações adversas a drogas; estas foram, freqüentemente, classificadas como leves e moderadas, porém também foram observadas reações graves e fatais. As drogas que mais frequentemente causaram reações foram os

---

* *Hospital Prof. Edgard Santos, Faculdade de Medicina e Escola de Enfermagem — Universidade Federal da Bahia.*
* * *Professor Titular de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFBA. Titular da Cadeira 14 desta Academia.*

anti-bacterianos, anti-parasitários e anti-inflamatórios. No segundo período do estudo, quando avaliados sistematicamente, 35,6% dos pacientes que usaram os medicamentos selecionados no primeiro período, desenvolveram reações adversas; nesse período houve um número considerável de reações sub-clínicas.

Concluímos que em nosso ambiente hospitalar, estudando apenas as enfermarias de clínica médica, a prevalência de reações adversas a drogas não foi, significantemente, diferente do relatado na literatura para hospitais como um todo. As drogas que mais frequentemente causam reações adversas são, também, aquelas relatadas porém, em nosso ambiente, somam-se a estas, com importância e prevalência, as drogas anti-parasitárias.

INTRODUÇÃO

A simples admissão de um doente ao hospital para avaliação diagnóstica e terapêutica envolve um certo risco para o paciente, que deve ser adicionado àquele conseqüente ao próprio processo patológico que motivou o internamento. É que reações adversas a drogas têm sido relatadas em 10 a 20% dos pacientes hospitalizados (1, 2). Essa morbidade nosocomial varia em função do sexo, idade, fatores sócio-culturais, grau de comprometimento do estado geral pelo processo patológico, tipos de procedimentos diagnósticos e, principalmente, do tipo de medicamento utilizado e a duração do seu uso. (2, 3)

Em nosso meio o assunto não tem merecido a devida atenção, embora seja do reconhecimento geral a inadequaçdão de transferência de conhecimentos obtidos de observações de amostras populacionais inteiramente diversas da nossa população hospitalar; destaque-se que os nossos pacientes sofrem a influência de fatores regionais como a associação de outras patologias com infecções e parasitoses capazes de comprometerem múltiplos sistemas orgânicos, assim como de fatores e peculiaridades genéticas (4, 6), podendo alterar a farmacologia dos medicamentos. Em vista disso, nos propusemos a estudar, prospectivamente, o tipo, duração e freqüência da utilização de medicamentos nas enfermarias de clínica médica de um hospital geral (Hospital Prof. Edgard Santos), bem como suas reações colaterais.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram estudados todos os pacientes internados, no período de 18 meses, nas enfermarias de clínica médica do Hospital Prof. Edgard Santos. Três destas enfermarias são gerais e uma, enfermaria para doenças tropicais e infecto-contagiosas.

Nos primeiros 6 meses do estudo foram levantados todos os medicamentos utilizados por dia e por paciente nas 4 enfermarias, através de

mapas preenchidos no serviço de enfermagem de cada uma delas. Todos os médicos, acadêmicos e enfermeiras das enfermarias em estudo foram advertidos para a observação de possíveis reações adversas a drogas, além da visita diária às enfermarias, por um dos investigadores.

Todos os casos de possíveis reações adversas foram registrados em fichas individuais previamente confeccionadas, constando de, além dos dados de identificação, sexo, raça e idade, a história prévia de reações medicamentosas, todos os medicamentos antecedendo e usados até o dia do aparecimento da reação adversa, a evolução dos sinais/sintomas e os medicamentos em uso. Os pacientes foram cuidadosamente examinados por um dos investigadores, e apropriadamente avaliados laboratorialmente a intervalos regulares de 3 a 5 dias, sempre que possível. Todas as provas com resultados anormais eram repetidas para confirmação do resultado.

As reações adversas foram classificadas em *leves* quando fortuitas e de desaparecimento rápido e espontâneo; *médias* quando exigiram tratamento específico ou prolongaram o período de internamento; *graves* quando determinaram risco imediato para a sobrevida do paciente ou contribuiram para o óbito.

Nos 12 meses subseqüentes, foram estudados mais especificamente os medicamentos selecionados com base na experiência obtida na primeira fase do estudo. Nesse período, além do exame clínico, avaliação das funções hepáticas e renal (dosagem de transaminases, fosfatase alcalina, bilirrubinas, uréia, creatinina, tempo de protrombina e o sumário de urina) foram realizados, sempre que possível, antes e seriadamente, durante todo o período de tratamento para todos os pacientes que usaram os medicamentos selecionados.

RESULTADOS

Durante o período de estudo 151 dos 799 pacientes (18,8%) admitidos nas enfermarias em estudo desenvolveram reações adversas a drogas (Tabela I). Houve variação entre as enfermarias, porém a maior prevalência foi documentada na enfermaria de doenças tropicais e infecto-contagiosas.

Na Tabela II estão discriminados a natureza das reações adversas observadas. Houve predomínio das reações gastrointestinais (náuseas, pirose, dor epigástrica, diarréia) seguido de reações envolvendo o aparelho cardiovascular. Na maioria das vezes as reações adversas foram classificadas como leves e médias, porém também foram observadas reações graves (10%) tais como precipitação de coma hepático, surgimento de hepatites, sangramentos, arritmias.

Na primeira fase do estudo (primeiros 6 meses de observação) ficaram documentados, como mostrado na Tabela III, as drogas que mais frequentemente causaram as reações adversas: anti-bacterianos, anti-parasitários e anti-

inflamatórios. Pode-se observar que, em alguns casos, não foi possível especificar a droga responsável pela reação adversa catalogada (Tabelas IV e V).

Na Tabela VI estão apresentados os produtos que sofreram monitorização mais de perto, no segundo período do estudo, baseados na observação dos primeiros 6 meses. Durante este período de observação 100 dos 281 pacientes (35,6%) que usaram um dos medicamentos selecionados, desenvolveram reações adversas, sendo a prevalência maior naqueles pacientes internados na enfermaria de doenças tropicais e infecto-contagiosas (Tabela VII). Quanto à natureza das reações colaterais provocadas por esses medicamentos, apresentados na Tabela VIII, houve predomínio das reações envolvendo o aparelho gastro-intestinal e de reações classificadas como leves. Destaque-se que houve um número considerável de reações sub-clínicas, transitórias e detectadas apenas devido à monitorização laboratorial.

DISCUSSÃO

Não se discute a importância das reações secundárias a drogas como significante causa de morbidade em pacientes hospitalizados hoje em dia. É natural que a prevalência e a severidade destas reações variem com fatores regionais que podem alterar a maneira da resposta do hospedeiro, a exemplo de infecções, parasitoses, desnutrição e fatores genéticos. O nosso estudo visou detectar prospectivamente a magnitude deste problema em nosso meio.

Encontramos, em enfermarias de clínica médica do Hospital Prof. Edgard Santos, uma prevalência de reações adversas de 18,8%, não diferente significativamente daquela relatada na literatura (1, 2). É possível que se todas as enfermarias do hospital houvessem sido incluídas na observação (enfermarias de cirurgia, pediatria, etc.), assim como, se houvesse monitorização laboratorial sistemática antes e, seriadamente, durante o uso de medicamentos, como na segunda etapa do nosso estudo, a prevalência de reações adversas a drogas fosse maior que a encontrada. Por outro lado, o encontro de maior prevalência na enfermaria de doenças tropicais e infecto-contagiosas se deve, provavelmente, ao maior uso de antibacterianos, os medicamentos que mais se fazem acompanhar de reações colaterais (7, 9).

De uma maneira geral, não difere da literatura os grupos de drogas que mais frequentemente causaram as reações adversas porém, se avaliarmos as drogas individualmente, podemos observar a freqüência relativamente alta de anti-parasitários (tiabendazol, glucantime, oxaminquina) e "esquema tríplice", definido de observações de outras amostras populacionais. Este achado se deve a influência de fatores regionais importantes em nosso meio, que são as infecções e parasitoses. É possível que outros fatores não estudados no presente trabalho, tais como a desnutrição e as peculiaridades genéticas, também estejam influindo não apenas nos medicamentos responsáveis pelas reações adversas, mas também

na gravidade destas reações.

Chama a atenção, entretanto, a ausência de complicações relacionadas ao uso de contrastes radiológicos (9, 10). Isto se deve, 1. a que apenas os pacientes hospitalizados foram arrolados no estudo; 2. ao fato de que já são bem conhecidas as medidas de precaução para serem evitadas tais reações; 3. os contrastes radiológicos não foram incluídos entre as drogas estudadas sistematicamente, com monitorização laboratorial antes e após o uso; finalmente, durante o período do estudo o número de exames angiográficos realizados foi pequeno. É provável que o estudo sistemático, e com maior número de pacientes, esse grupo de drogas assume importância considerável, como acontece em outros centros.

Quanto à natureza das reações observadas, tanto no primeiro quanto no segundo período do estudo, elas foram frequentemente classificadas como leves e, à semelhança de outros relatos na literatura, houve predominância das reações relacionadas ao aparelho digestivo. Reações graves, algumas vezes causando óbito, também ocorrem em uma prevalência não desprezível. As peculiaridades dos pacientes que desenvolvem as reações classificadas como graves não foram especificamente estudadas no presente trabalho, embora houvesse chamado a atenção o fato de ambos os casos de precipitação de coma hepático e óbito tivessem ocorrido em pacientes portadores de tuberculose pulmonar, desnutridos e relacionados ao esquema terapêutico recomendado (isoniazida, rifampicina e pirazinamida); também, desenvolvimento de arritmias esteve relacionado ao uso de glucantime no tratamento de leishmaniose.

Não foi surpresa encontrar maior prevalência de reações adversas no segundo período do nosso estudo. Isso porque, foram estudadas, de modo mais sistemático, as drogas que mais causaram reações adversas, observados no primeiro período, também, devido ao estudo mais detalhado resultando na detecção precoce e, mesmo, sub-clínica de alterações atribuídas a estas drogas. Destaque-se na Tabela VIII, diferindo das reações observadas na primeira fase, o número considerável de alterações laboratoriais, frequentemente transitórias e sem manifestações clínicas associadas. Por outro lado, é provável que essa monitorização laboratorial, chamando a atenção mais precocemente para a toxicidade de medicamentos, evite o aparecimento de reações mais graves, diminuindo assim, não apenas diretamente, o risco para o paciente, mas também a necessidade do uso de novas drogas, procedimentos diagnósticos e a permanência hospitalar.

Concluímos que em nosso ambiente hospitalar, estudando, apenas, enfermarias de clínica médica (enfermarias gerais e de doenças infecciosas) a prevalência de reações adversas não foi diferente da relatada na literatura para hospitais como um todo. Essa prevalência, entretanto, quando sistematicamente procurada, praticamente duplica; por outro lado, as reações adversas parecem ser menos graves, nessa situação. Embora as drogas que mais frequentemente causam reações adversas são aquelas relatadas na literatura, em nosso ambiente, somam-se a estas, em importância e prevalência, o grupo de drogas anti-parasitárias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SCHIMMEL, E.M. – The Hazards of hospitalization. Amer. Int. Med. **60**: 100-110, 1964.
2. STEEL, K., GUTMAN, P.M., CRESCENZI, C. & ANDERSON, I. – Iatrogenic illness on a general medical service at a university hospital. New Eng. J. Med. **304**: 638, 1981.
3. SMITH, J. W., SEIDL, L.C., CLUFF, L.E. – Studies on the epidemiology of adverse drug reactions: Clinical factors influencing susceptibility. Ann. Intern. Med., **65**: 629, 1966.
4. VESSEL, E.S. – Polygenic factors controlling drug response. Med. Clin. North Am., **58**: 951-963, 1974.
5. TIMBRELL, J.A. – Drug hepatotoxicity. Br. J. Clin. Pharmacol. **15**: 3, 1983.
6. FORD, S.M., HOOK, J.B. – Biochemical mechanisms of toxic nephropathies. Semin. Nephol. **4**: 88, 1984.
7. SAXON, A., BEALL, G.N., ROHR, A.S., ADELMON, D.C. – Immediate Hypersensitivity reactions to beta-lactam antibiotics. Ann. Intern. Med. **107**: 204, 1987.
8. GOLDSTEIN, R.A., PATTERSON, R. – Drug allergy: Premution, diagnosis and treatment. Ann. Intern. Med. **100**: 302, 1984.
9. HOU, S.B., BUSHINSKY, D.A., WISH, J.B., COHEN, J.J., HARRINGTON, J.T. – Hospital acquired renal insufficiency: a prospective study, Am. J. Med. **74**: 243, 1983.
10. MASON, R.A., ARBEIT, L.A., GIRON, F. – Renal dysfunction after arteriography. JAMA **253**: 1001, 1985.

TABELA I

REAÇÕES ADVERSAS A DROGAS NO HPES

ENFERMARIAS	PACIENTES ADMITIDOS	PACIENTES COM REAÇÕES ADVERSAS	
		Nº	%
T 1	150	42	28,0
1 D	234	39	16,6
2 A	179	39	21,7
4 B	236	31	13,1
TOTAL	**799**	**151**	**18,8**

TABELA II
NATUREZA DAS REAÇÕES ADVERSAS OBSERVADAS

Manifestações gastro-intestinais	89
Arritmias	11
Alt. de transaminases	6
Flebite	6
Aspecto cushingoide	5
Cefaléia	5
Farmacodermia	5
Hipotensão arterial	5
Intox. digitálica	3
Elevação de uréia/Creatinina	2
Sangramento	2
Precipitação de coma hepático	2
Febre	2
Precipitação de diabetes	1
Leocopenia	1
Lipotímia	1
Alopécia	1
Icterícia	1
Alt. de sumário de urina	1
Artralgia	1
Sudorese	1
Nervosismo	1

TABELA III
MEDICAMENTOS RESPONSÁVEIS PELAS REAÇÕES ADVERSAS

ANTIMICROBIANOS		44
Antibióticos	30	
Tuberculostáticos	7	
Quimioterápicos	3	
Outros	4	
ANTI-PARASITÁRIOS		10
ANALGÉSICOS – ANTI-INFLAMATÓRIOS		19
ANTI-NEOPLÁSICOS		4
OUTROS		12
TOTAL		**89**

TABELA IV

MEDICAMENTOS RESPONSÁVEIS PELAS REAÇÕES ADVERSAS

ANTIBIÓTICOS		41
Penicilina	3	
Ampicilina	7	
Ampicilina + Thiabendazol + Digoxina	2	
Ampicilina + Digoxina	2	
Oxacilina	2	
Oxacilina + Gentamicina	1	
Cefalotina	4	
Cefalotina + Ketoconazol	1	
Cefalexina	1	
Cefadroxil	1	
Cefoxitina	1	
Neomicina	1	
Metronidazol	2	
Rifampicina	1	
Rifampicina + Sulfona	1	
Anfotericina	2	
Anfotericina + Cefalotina	1	
Anfotericina + INH	1	
Esquema tríplice	7	
QUIMIOTERÁPICOS		3
Sulfa-Trimetroprim	2	
Ac. Nalidíxico	1	
NIFURTIMOX		1
ANTI-PARASITÁRIOS		9
Thiabendazol	3	
Thiabendazol + Prednisona	1	
Oxamniquine	1	
Glucantime	4	

TABELA V

MEDICAMENTOS RESPONSÁVEIS PELAS REAÇÕES ADVERSAS

ANALGÉSICOS – ANTI-INFLAMATÓRIOS		19
Aspirina	5	
Aspirina + Thiabendazol	1	
Aspirina + Indometacina	1	
Indometacina	1	
Acetoaminofen	1	
Dipirona	2	
Prednisona	8	
ANTINEOPLÁSTICOS		4
Oncovin	1	
Natulanar	1	
Adriamicina + Aracytin + Alopurinol	1	
Procarbazina + Alopurinol	1	
OUTRAS DROGAS		12
Digoxina		
Furosemide, Hidroclorotiazida		
Alopurinol, Diazepan, Amiodarona		
Cimetidina, Suposit. Glicerina		
Hidróxido de Alumínio		
Amiodarona, Cloreto de Potássio		
TOTAL		**89**

TABELA VI
GRUPO ESPECIAL DE MEDICAMENTOS ESTUDADOS

I – QUIMIOTERÁPICOS E ANTIBIÓTICOS
1. Aminoglicosídeos
2. β – lactâmicos:
   – penicilinas
   – cefalosporinas
3. Sulfonamidas
4. Metronidazol
5. Tuberculostáticos

II – ANTI-PARASITÁRIOS
1. Tiabendazol
2. Antimonias pentavalentes
3. Anfotericina B

III – ANTI-INFLAMATÓRIOS
1. Aspirina
2. Pirazolônicos:
   – dipirona
   – fenilbutazona
3. Outros:
   – indometacina
   – ac. mefenâmico, etc.
4. Corticosteróides

IV – CIMETIDINA

TABELA VII

REAÇÕES ADVERSAS A UM GRUPO DE DROGAS SELECIONADAS NO HPES

ENFERMARIAS	PACIENTES ESTUDADOS	REAÇÕES ADVERSAS	
		Nº	%
T A	48	29	60,4
1 D	87	27	31,0
2 A	70	26	37,1
4 B	76	18	23,6

TABELA VIII

NATUREZA DAS REAÇÕES ADVERSAS A DROGAS

Aparelho gastro-intestinal	53
Aspecto cushingóide	2
Flebite	2
Arritmias	8
Icterícia	2
Alteração de transaminases	4
Alteração de sumário de urina	1
Elevação de uréia e creatinina	2
Artralgias	1
Febre	2
Farmacodermia	1
Intoxicação digitálica	3
Hipotensão arterial	5
Sudorese	1
Hemorragia gengival	1
Nervosismo	2

INCIDÊNCIA DOS ACIDENTES VASCULARES ENCEFÁLICOS NO HOSPITAL PROF. EDGARD SANTOS

Plinio Garcez de Sena *
Eduardo Pondé de Sena

Ainda constitui mundialmente um dos maiores problemas médicos a incidência elevada dos acidentes vasculares encefálicos (A.V.E.). Atente-se preliminarmente para a extraordinária importância social do insulto apoplético, em geral comparecendo como causa de mortalidade, na maior parte dos países, em terceiro lugar, seguindo imediatamente as doenças cardiovasculares e as neoplasias malignas.

Pelas relações íntimas que têm com a patologia da hipertensão arterial e da arteriosclerose, por um lado, com a cardiopatia isquêmica ou embolisante, entre outras moléstias, por outro, o fascinante assunto exige do especialista que dele se ocupa uma cultura médica geral aprimorada (2, 13, 17, 31, 33, 37, 45, 46, 56, 73). Cabe também enfocar o empenho com que os pesquisadores, em todas as épocas, se dedicaram ao estudo da circulação encefálica, capítulo em franco progresso, onde novas aquisições têm sido observadas, servindo de estímulo à nossa constante atualização (36, 42, 43, 50). Nas últimas écadas diversos métodos clínicos e experimentais têm permitido alguns esclarecimentos bastante úteis e interessantes sobre a hemodinâmica, em condições normais ou patológicas (3, 16, 17).

---

* *Professor Titular e Chefe do Serviço de Neurologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (Brasil). Titular da Cadeira 30 da Academia de Medicina da Bahia.*

Uma condição de grande importância para a chegada de oxigênio ao encéfalo, é a representada pelas particularidades anatômicas e funcionais de sua circulação. Há, como é sabido, na base do cérebro, um hexágono arterial, que constitui o denominado polígono de Wills, formado pelas artérias carótidas internas, ligadas entre si pelas comunicantes anteriores e posteriores (8, 12, 50).

Não nos deteremos na sua importância. O crescente emprego da angiografia cerebral, mostrando a possibilidade de suplências funcionais e a facilidade do diagnóstico de tromboses assintomáticas e a larga messe de trabalhos sobre a circulação encefálica, evidenciando-se inclusive a impossibilidade de mistura do sangue dos quatro grandes sistemas nutridores encefálicos entre si, explicam e justificam os progressos consideráveis que foram obtidos, permitindo-se destarte a aquisição de novos conhecimentos na fisiologia e fisiopatologia da circulação encefálica.

Na trombose da carótida interna, por exemplo, condição clínica que a angiografia comprovou ser muito mais freqüente do que se pensava, a circulação do território cuja artéria nutriente foi obstruída, pode ser suprida pela artéria carótida nutriente foi obstruída, pode ser suprida pela artéria carótida interna do lado oposto e pelo sistema vértebro basilar (56, 76).

Antes desse método propedêutico, idealizado em 1927, por Egas Moniz (59) o reconhecimento clínico da trombose da artéria carótida interna era excepcional. Na condição ora referida os pródromos são bastante conhecidos: parestesias de um dos membros, perturbações da palavra, sonolência, ou confusão, além de alterações sensitivas, visuais (hemianopsias e obnubilação visual), bem como paralisia transitória de um ou de vários nervos cranianos, paresia frontal, alterações funcionais do pneumogástrico e do hipoglosso (25, 56, 76).

Deve-se indubitavelmente à angiografia cerebral muitos conhecimentos essenciais sobre as possibilidades de suplência circulatória, quando uma ou mais fontes de suprimento sanguíneo ao encéfalo é dificultada (17, 68, 76).

A contribuição do referido método neurorradiológico é, pois, relevante: além de permitir a leitura do diagnóstico topográfico da oclusão, contribui para o diagnóstico diferencial de lesões arteriais, clinicamente impossíveis de serem suspeitadas, como foi ocorrer em relação à diferenciação da artéria carótida e da artéria cerebral média (56, 68).

Sobre o valor da tomografia computadorizada do cérebro, recurso utilizado com freqüência nos comprometimentos vasculares encefálicos, assinala Benício dos Santos (71). "A propedêutica neurológica enriqueceu-se, sem dúvida, com o subsídio da pneumoencefalografia e, sobretudo da angiografia cerebral. Mas é com o advento da tomografia computadorizada que a especialidade deu o seu maior passo, em semiótica e clínica, e até hoje, não só no que diz respeito à identificação das lesões cerebrais (encefálicas, de modo geral), mas no diagnóstico diferencial destas".

Acerca do referido exame assinala Barros (15): "É necessário descrever as profundas modificações que ocorreram na prática da neurologia, desde o desen-

volvimento da tomografia computadorizada. Basta dizer que no National Hospital Queen Square, em Londreş, em 1976, se fez 33,3% menos arteriografias, menos 62,8% pneumoencefalografias e menos 62,8% cintilografias cerebrais, do que em 1973, ou seja, na era pré-tomográfica computadorizada".

Agora voltemos a tecer algumas considerações sobre o distúrbio circulatório encefálico.

Sabe-se também, que, em condições normais, o cérebro mantém um fluxo sanguíneo adequado ao seu pleno funcionamento, independente mesmo da tensão arterial. Esta propriedade fisiológica, denominada auto regulação cerebral, é mantida em pacientes idosos, com arterioclerose e hipertensão arterial, ainda que se registre o limite inferior da tensão arterial, em que o mecanismo autoregulador é efetivo, permitindo, destarte seja maior do que nos indivíduos em perfeitas condições de saúde. Podem ocorrer, contudo, insultos vasculares cerebrais no enfarte agudo do miocárdio, no qual a tensão arterial cai bastante dos níveis normais. Tais manifestações nem sempre ocorrem na dependência de embolias ou tromboses, mas provavelmente pela circunstância de que indivíduos acometidos de afecções coronarianas também sofrerem de uma esclerose generalizada, com a conseqüente oclusão dos vasos encefálicos.

A classificação dos acidentes cerebrais pode ser esquematizada em dois grandes grupos: acidentes hemorrágicos e não hemorrágicos.

QUADRO CLÍNICO

A sintomatologia do A.V.E. pode ser descrita de acordo com os dois grandes grupos acima referidos.

O primeiro grupo compreende as hemorragias cerebrais, as hemorragias subaracnóideas, além das hemorragias cérebro meníngeas.

O segundo grupo compreende as insuficiências vasculares cerebrais, as tromboses e as embolias. É de grande importância o diagnóstico do tipo de acidente presente, bem como o diagnóstico diferencial com outras afecções encefálicas (1, 14, 35, 56, 72).

Leve-se também em consideração a possibilidade, seja por interferência do tratamento ou não, de transformação do acidente isquêmico em hemorrágico.

Feitas estas observações preliminares, passemos a descrever os principais aspectos clínicos, de acordo com o tipo de acidente.

INSUFICIÊNCIA VASCULAR CEREBRAL

O surgimento de sinais ou sintomas fugazes, expressivos de transitórias alterações na circulação encefálica, a exemplo das mono ou hemiparesias, cefaléias, leves perturbações psíquicas, diminuição da acuidade visual, tonturas,

afaxias e aproxias, convulsões, entre outros, sugerem a possibilidade do diagnóstico da insuficiência vascular cerebral intermitente. Tais acidentes, embora possam durar até o máximo de 24 horas, não deixam sequelas neurológicas. Admite-se também, especialmente no hipertenso, a possibilidade de transformação dos quadros clínicos ora referidos em enfarte cerebral (33).

TROMBOSE CEREBRAL

Episódio clínico geralmente de instalação sub aguda, permitindo, em algunas oportunidades, que o "doente possa assistir à instalação progressiva de sinais e sintomas dependentes de lesão cerebral", a exemplo das manifestações motoras (hemiparesias ou hemiplegias, monoparesias ou monoplegias), afasias, apraxias, crises convulsivas, entre outros. Há, no comum dos casos, uma baixa discreta do nível da consciência. Situação oposta é observada nos grandes amolecimentos cerebrais, quando existem muitas dificuldades para o diagnóstico na vigência das hemorragias encefálicas, em que o estado comatoso é iniciado de modo brusco. O acometimento da artéria cerebral média é mais freqüente. Digno de registro é também a incidência com a obstrução das artérias carótidas ou vertebrais, particularmente das primeiras (1, 17, 25, 68).

EMBOLIA CEREBRAL

É a causa mais freqüente dos A.V.E. em indivíduos jovens, iniciando-se a sintomatologia bruscamente (alterações da consciência, manifestações motoras, alterações de linguagem, entre outros sinais), sendo o diagnóstico feito em presença de uma fonte definida de êmbolos (6, 9, 11, 14, 21, 44, 56, 60, 64, 66, 67, 73, 74, 78), (doença de Chagas, enfarte do miocárdio, arritmias cardíacas, cardiopatias congênitas ou reumatismais e endocardite bacteriana sub-aguda).

HEMORRAGIA CEREBRAL

O aparecimento do coma profundo tem sido considerado de elevada incidência na hemorragia cerebral.

Como sintomas prodrômicos estão presentes a cefaléia intensa, acompanhada ou não de vômitos e de hipertensão arterial. No acidente hemorrágico, com inundação ventricular, há recrudescimento do nível de consciência, chegando ao coma carótico, com ritmo de Cheyne-Stokes, sinal de Babinsk bilateral, rigidez muscular e hipertemia, entre outros sinais.

HEMORRAGIA SUBARACNÓIDEA

Frequentemente são encontrados sinais de irritação meníngea, a exemplo de rigidez da nuca, dos sinais de Kerning, Brudzinski, Lasègue e Babinsk, hipertemia e paralisia dos nervos cranianos.

COMENTÁRIOS

Em relação à etiologia mais freqüente dos A.V.E. parece fora de dúvida que as isquemias têm preponderância sobre as hemorragias (1, 17, 21, 22, 23).

De nossa estatística, conforme dados obtidos no serviço de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (Brasil), dentre 1706 necrópsias realizadas em 1962 a 1970, 60 corresponderam a acidentes hemorrágicos e 70 de natureza isquêmica (Tabela I).

Entre os pacientes necropsiados, nota-se o índice de 3,5% para os A.V.E. hemorrágicos e 4,1% em relação aos não-hemorrágicos (Tabela I).

No particular das publicações estrangeiras poderemos focalizar a pesquisa Framinghan (77), evidenciadora de que os enfartes encefálicos aterotrombóticos estão presentes em cerca de 60% dos A.V.E.

Em cuidadosa revisão sobre a matéria, Merrit (58) observou em pacientes, com idade abaixo de 20 anos, uma hemorragia cerebral, nove embolias e onze hemorragias subaracnóideas e nenhuma trombose; no período compreendido entre 20-40 anos, três hemorragias, uma trombose, vinte e três embolias e trinta e seis hemorragias subaracnóideas; entre a quarta e a sexta década da vida, quarenta e oito hemorragias cerebrais, trinta e oito hemorragias subaracnóideas, trinta e uma tromboses e quarenta e uma embolias; 60-80 anos: quarenta e seis hemorragias cerebrais, quatorze hemorragias subaracnóideas, sessenta e uma tromboses e vinte e duas embolias. Em pacientes com mais de 80 anos, foram observadas duas hemorragias cerebrais, uma hemorragia subaracnóidea, sete tromboses e cinco embolias.

Castaigne e Lhermite (25) referindo-se à acidentes vasculares inquêmicos assinalam que em 60 casos de trombose da artéria silviana, no curso de oclusões da artéria carótida interna, havia vinte e cinco embolias recentes e quinze antigas. São muitas as referências, no particular do assunto, colhidas na literatura médica estrangeira (3, 7, 8, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 46, 47, 53, 54, 55, 58, 63, 70, 71, 83).

Não cabe, todavia, nos limites desta descrição, comentário circunstanciado acerca de tão importantes manifestações neurológicas.

A casuística do presente trabalho está exposta em registro de cor, sexo, classes de idade, doenças associadas, local das lesões, além do número de necrópsias acima referidas. Quanto à cor, verificamos maior número de pardos, não somente em relação aos acidentes hemorrágicos, senão também aos isquêmicos (Tabela 2). Embora não conste na maioria dos prontuários consultados a leitura

da prova de falcização, sabe-se, todavia, que a anemia falciforme, capaz de determinar trombose encefálica, pode ter sido responsável pela aparição de acidentes encefálicos apresentados na Tabela 2.

A Tabela 3 evidencia predominância de acidentes hemorrágicos no sexo feminino. Neste estudo os acidentes isquêmicos incidiram, no sexo masculino, em níveis percentuais maiores.

Sabe-se que todo os tipos de A.V.E. podem ser verificados em qualquer idade e sexo. A trombose, todavia, segundo a maioria das estatísticas consultadas (1, 13, 56) é mais freqüente no sexo masculino.

Entre pacientes observados, nota-se maior concentração nas idades de 56 a 60 anos, correspondendo a 11,8% dos A.V.E. hemorrágicos e 18,7% de isquêmicos (Tabela 4).

Das cardiopatias crônicas emboligênicas, merece destaque a doença reumática como agente responsável. A fibrilação auricular, a endocardite bacteriana subaguda, a insuficiência cardíaca, a miocardioesclerose, as cardiopatias congênitas, a sífilis, o hipertireoidismo também propiciam a fibrilação auricular. Em nosso meio a cardiopatia chagásica tem considerável importância (6, 9, 14, 34, 35, 57, 60, 66, 67, 73, 74, 77).

O descobrimento da enfermidade foi feito em 1909, pelo pesquisador brasileiro Carlos Chagas (26), em Minas Gerais, que não somente identificou o agente causador e o hospedeiro intermediário, como também foi o primeiro cientista a descrever a doença cujo nome a ele ficou permanentemente ligado.

Logo após, na Argentina, Mazza e Romaña (52) demonstraram a evidência da enfermidade, em apoio aos trabalhos iniciais do notável pesquisador brasileiro que anteviu o complexo oftalmo-ganglionar descrito pelo referido cientista Romaña (69). Villela e Torres (81), anteriormente haviam reconhecido uma diferenciação racial do *trypanozoma Cruzi,* de neurotropismo bem definido, demonstrada pela constância de alterações da motilidade em cães adultos, quando inoculados pela referida raça neurotrópica, alterações acompanhadas de processos histopatológicos, que as fundamentam. As provas experimentais relativas a esse neurotripismo evidenciaram a presença de parasitismo da própria célula pyramidal, pelo *trypanozoma "Cruzi".*

Colares Moreira (32), em sua tese inaugural, editada em 1923, alude às formas nervosas do mal de Chagas e, 4 anos depois, Austregésilo (10) também se refere ao assunto. Na literatura nacional são inúmeros os trabalhos que oferecem contribuição ao tema (34, 75).

Essas formas nervosas da moléstia de Chagas, que se revestiam sempre de aspecto de encefalopatia infantil, tinham como "principal característica anatômica, no sistema nervoso central, a localização de focos múltiplos, esparsos em diversas zonas do encéfalo, no córtex, nos núcleos centrais, na protuberância, bulbo, etc. e daí a razão de se não conhecerem, relacionados a tal etiologia, exemplos do tipo hemiplégico" (24).

Os estudos da Escola de Manguinhos iniciados por Carlos Chagas (26) e

seguidos pelos de Gaspar Viana, (80), Dias (38, 39, 40), Magarinos Torres (51), Chagas e Villela (30) não assinalam acidentes dessa natureza. Pondé (65) no seu trabalho intitulado "A Doença de Chagas na Bahia", não se refere também a tais ocorrências.

O acidente vascular cerebral embólico, relacionado com a cardiopatia chagásica crônica, foi descrito pela primeira vez, em 1953, por Nussenweig (60) e colaboradores.

Verdade é que a constância com que se instala a trombose nessa doença, bem assim os achados anatomopatológicos anunciadores de embolias pulmonares, renais e esplênicas, faziam entrever a possibilidade de também registrar-se a ocorrência de embolias cerebrais. Além de aparição de fenômenos tromboembólicos, a doença pode manifestar-se sob a forma de insuficiência cardíaca e conseqüentes distúrbios de ritmo, desde a assistolia até o bloqueio AV total, além do aparecimento de sopros oro-valvulares.

Andrade (6), avaliando aspectos anatomopatológicos da moléstia de Chagas, descreve sua experiência quanto à forma crônica da cardiopatia, relacionada com a enfermidade ora mencionada.

Segue-se, em 1956, publicação de nossa autoria (73) referente a um doente hemiplégico, com cardiopatia chagásica crônica, em cuja evolução ocorreu A.V.E. dependente de embolia. O quadro clínico agravou-se até a instalação do êxito letal, ocorrido após o internamento, na Clínica Neurológica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia.

Na sua etiologia não podem ser invocados a ateroesclerose ou hipertensão arterial.

O exame clínico e os exames complementares afastam a possibilidade de cardiopatia reumática, fibrilação auricular, anemia falciforme e endocardite bacteriana aguda. As reações sorológicas para lues foram negativas.

O exame microscópico do encéfalo revelou, ao nível do hemisfério cerebral esquerdo, na zona parietal, uma área de amolecimento, que envolve a cápsula interna.

O coração, com hipertrofia conseqüente à miocardite chagásica, apresenta ainda um dado importante pela sua raridade — o acentuado espessamento fibro-elástico. As figuras 1, 2, 3, 4, 5 e 6 são elucidativas.

Estudando os Acidentes Vasculares Encefálicos nas Cinco Primeiras Décadas da Vida, Baptista (13) encontrou aumento gradativo dos mesmos, até a terceira década. "A partir daí, mantém-se ela uniforme, até o fim da quinta década, sem crescer progressivamente, como em outras séries encontradas na literatura".

Fez o referido autor uma revisão de necrópsias realizadas no Hospital Prof. Edgard Santos, no período de maio de 1951 a julho de 1972, encontrando 130 prontuários relacionados com acidentes vasculares encefálicos (5,97%). Destes, 33 eram sofredores de cardiopatia chagásica (25,4%).

A entidade mórbida conhecida em todo o mundo por doença de Chagas

tem sido exaustivamente estudada, quanto aos aspectos epidemiológicos, clínicos, histopatológicos e imunológicos (4, 5, 6, 14, 19, 26, 27, 28, 29, 30, 35, 38, 39, 40, 41, 44, 48, 49, 51, 53, 54, 60, 61, 62, 70, 74, 79, 80, 81, 82).

Observações acuradas concernentes aos acidentes encefálicos embólicos da cardiopatia chagásica crônica têm sido descritas por Melo (57), Andrade (6), Koberle (49), Kafer (64), Baptista (14), Couto (35), Badim (11), Ataide (9), Alencar (5), Nusenweig (60), Prata (65), Sena (73, 74, 75), Queiroz (67) e Spina França (78).

É também objeto do presente estudo assinalar a freqüência de outras etiologias relacionadas com a faixa etária dos pacientes necropsiados no Hospital Prof. Edgard Santos. Em alguns doentes, particularmente os idosos, não se pode excluir a possibilidade da existência da ateroesclerose, associada ou não à hipertensão arterial, incidindo com mais freqüência entre a 5a. e a 6a. década da vida.

Nos indivíduos jovens, todavia, a rutura de aneurisma intracraniano constitui uma das causas mais comuns de hemorragia cerebral (Tabela 5E). Os acidentes isquêmicos, como é sabido, são frequentemente causados pela arteriosclerose, lesões valvulares do coração, anemia, policitemia, hipoglicemia, ocorrendo também problemas respiratórios que podem condicionar o aparecimento das referidas manifestações clínicas.

Tais ocorrências incidem com mais freqüência a partir da 6a. década, ao revés do que ocorre com a embolia subaracnóidea, predominantes em adultos jovens, entre os 20 e 40 anos de idade. A Tabela 5A evidencia a alta incidência da embolia cerebral na miocardite chagásica crônica, "doença muito comum em nosso meio e praticamente inexistente fora da zona leste da América do Sul" (13).

Outras cardiopatias foram responsáveis pelos A.V.E. As Tabelas 5, 5B, 5C, 5D, 5E, evidenciam as doenças associadas encontradas nos 1706 pacientes necropsiados no Hospital Prof. Edgard Santos, da Universidade Federal da Bahia (Brasil).

O local das lesões (Tabelas 6, 6A, 6B, 6C) é explicado pela agressão dos territórios irrigados por diferentes vasos do cérebro.

Dos 1706 pacientes necropsiados foram encontrados os seguintes achados:

Grupo 1º — Núcleos de base + córtex frontal e/ou parietal (12,8%);

Grupo 2º — Lobo frontal (córtex e substância branca (7,1%);

Grupo 3º — Predomínio da incidência de lesões no hemisfério cerebral esquerdo (11,7% e 15,7%);

Grupo 4º — Lesões cerebelares (7,1%).

Sabe-se que, em condições fisiológicas, a artéria cerébral anterior irriga toda a superfície dos lobos frontal e parietal, nutrindo a circunvolução frontal, a metade anterior da segunda circunvolução frontal, a porção mais superior das circunvoluções frontal ascendente e parietal descendente. No território profundo, irriga os núcleos caudado (cabeça) e lenticular (porção anterior) braços anterior da cápsula interna e hipotálamo anterior. A demonstração de acidentes

hemorrágicos e isquêmicos evidenciados à Tabela 6, justifica também o local das lesões encontradas ao exame da referida tabela.

É do conhecimento geral que a artéria coroídea anterior irriga os dois terços posteriores da cápsula interna, o globo óptico, a radiação e a parte externa do corpo geniculado lateral. De acordo com variações individuais podem ser também irrigados pelo vaso o núcleo caudado, o córtex piriforme, o uncus, o corpo subtalâmico de Luys e a parte superficial do núcleo ventrolateral do tálamo. Em relação à substância negra, ao núcleo subtalâmico, como território de distribuição da coroídea anterior, as referências são escassas e vagas (76).

O território da artéria cerebral média, sujeito como se sabe a grandes variações individuais, compreende, superficialmente a parte externa da face inferior do lóbulo frontal, a ínsula, a face superior do lóbulo temporal, as radiações ópticas e a substância branca subjacente.

A artéria cerebral posterior no território profundo irriga a maiorparte do tálamo e grande porção de pedúnculo cerebral. No território superficial nutriria: o lóbulo têmporo accipital, parte da terceira circunvolução temporal, a porção posterior das três circunvoluções externas e corpo caloso.

O território vérbebro basilar compreende: a) parte superior da medula; b) tronco cerebral e cerebelo; c) terços posteriores dos hemisférios.

Tais informações da maior importância natômica são pertinentes à topografia das lesões cerebrais encontradas às Tabelas 6, 6A, 6B e 6C.

SUMÁRIO

Foram estudados os protocolos das 1706 necrópsias realizadas de 1962 a 1970, no Hospital Prof. Edgard Santos, da Universidade Federal da Bahia (Brasil).

Em 130 deles encontram-se 60 acidentes vasculares encefálicos (A.V..E.) hemorrágicos e 70 isquêmicos, o que corresponde a um índice percentual de 3,5% para os A.V.E. hemorrágicos e 4,1% em relação aos não-hemorrágicos.

68 pacientes eram do sexo masculino e 62 do sexo feminino, sendo que as idades estavam compreendidas entre 5 e 76 anos.

As etiologias foram variadas, havendo, todavia, um grande número de A.V.E. relacionados com a presença da cardiopatia chagásica, em sua fase crônica, ou seja (37,2%).

É salientada a importância no Brasil e em outros países da esquisotripanose americana, descrita em 1911, por Carlos Chagas. São referidas, em níveis percentuais diversos, outras doenças associadas entre 1706 pacientes necropsiados.

É também assinalado o significado anatômico do local das lesões encontradas.

ENDEREÇO DO AUTOR:

PROFESSOR PLINIO GARCEZ DE SENA
SERVIÇO DE NEUROLOGIA DA FACULDADE DE MEDICINA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
HOSPITAL PROF. EDGARD SANTOS
SALVADOR – BAHIA – BRASIL

SUMMARY

The protocols charts os the 1.706 necropsias performed from 1962 to 1970 at the Hospital Edgard Santos of the Universidade Federal da Bahia, in Brazil, were studied.

In 130 of them, there are 60 hemmoragic (encephalovascular accidents) (EVAS) (CVAS) and 70 (ischemic) EVAS, which corresponds to a percentual index of 3,5% por hemmorhagic EVAS and of 4,1% with regard to non-hemmorhagic EVAS. 68 patients were male, and 62 famale, with ages between 5 and 76 years.

The ethiologies varied, there being, however, a great number of EVAS related to the presence chagatic cardiopathy, in its chronic phase, that is 37,2%.

The importance, in Brazil and in other countries fo American trypanosomiasis, described in 1911 by Carlos Chagas, is enphasized. Other associated diseases, at various percentage levels the 1706 patients necropsied are reported. The anatomical significance of the lesions found is also points out.

Author's Address: Professor PLINIO GARCEZ DE SENA. Serviço de Neurologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. Hospital Prof. Edgard Santos. Salvador – Bahia – Brasil.

TABELA 1

QUANTO AO NÚMERO DE NECRÓPSIAS DE 1962 a 1970 REALIZADAS NO HOSPITAL PROF. EDGARD SANTOS

AUTÓPSIAS		AVC HEMORRÁGICOS	AVC NÃO-HEMORRÁGICOS
TOTAL	1.706	60	70
%	100	3,5	4,1

TABELA 2

QUANTO À COR DOS 1.706 PACIENTES NECROPSIADOS DURANTE O PERÍODO DE 1962 A 1970 NO HOSPITAL PROF. EDGARD SANTOS

Especificação	AVC Hemorrágicos		AVC Não-Hemorrágicos	
	Nº	%	Nº	%
Brancos	19	31,7	17	24,3
Pardos	28	46,7	33	47,1
Pretos	11	18,3	20	28,6
Não registrados	2	3,3	–	–
SOMA	60	100,0	70	100,0

TABELA 3

QUANTO AO SEXO DOS 1.706 PACIENTES NECROPSIADOS DURANTE O PERÍODO DE 1962 A 1970 NO HOSPITAL PROF. EDGARD SANTOS

Especificação	AVC Hemorrágicos		AVC Não-Hemorrágicos	
	Nº	%	Nº	%
Masculino	28	46,7	40	57,1
Feminino	32	53,3	30	42,9
SOMA	60	100,0	70	100,0

TABELA 4

QUANTO À CLASSE DE IDADE DOS 1.706 PACIENTES NECROPSIADOS DURANTE O PERÍODO DE 1962 A 1970 NO HOSPITAL PROF. EDGARD SANTOS

Classes de Idade	AVC Hemorrágicos		AVC Não-Hemorrágicos	
	Nº	%	Nº	%
Menos de – 5	7	11,8	1	1,4
6 – 10	1	1,7	1	1,4
11 – 15	3	5,0	–	0,0
16 – 20	3	5,0	6	8,6
21 – 25	5	8,3	3	4,2
26 – 30	5	8,3	3	4,2
31 – 35	2	3,3	4	5,7
36 – 40	2	3,3	3	4,2
41 – 45	5	8,3	6	8,6
46 – 50	3	5,0	8	11,5
51 – 55	5	8,3	8	11,5
56 – 60	7	11,8	13	18,7
61 – 65	5	8,3	5	7,2
66 – 70	3	5,0	1	1,4
71 – 75	2	3,3	5	7,2
76 – e mais	2	3,3	3	4,2
SOMA	60	100,0	70	100,0

TABELA 5
QUANTO A DOENÇAS ASSOCIADAS DOS 1.706 PACIENTES NECROPSIADOS

		Tipos de Doenças Associadas	AVC Hemorrágicos		AVC Não-Hemorrágicos	
			Nº de Pacientes	%	Nº Pacientes	%
1º GRUPO	Leucemias	Leucemia Mielóide	8	13,5	–	–
		Leucemia Monocítica	1	1,6	–	–
		Leucemia Linfocítica	1	1,6	–	–
		Leucemia não esclarecida	–	–	1	1,4
		TOTAL	10	16,7	1	1,4

TABELA 5A

QUANTO A DOENÇAS ASSOCIADAS DOS 1.706 PACIENTES NECROPSIADOS

			Tipos de Doenças Associadas	AVC Hemorrágicos		AVC Não-Hemorrágicos	
				Nº de Pacientes	%	Nº de Pacientes	%
2º GRUPO	CARDIOPATIAS	Adquiridas	Endocardite Bacteriana	4	6,7	4	5,8
			Miocardite Chagásica Crônica	—	—	26	37,2
			Miocardite Chagásica Subaguda	1	1,6	—	—
			Cardiopatia Reumática	1	1,6	5	7,1
			Cardiopatia Hipertensiva	—	—	1	1,4
			Cardiopatia de etiologia desconhecida	—	—	1	1,4
		Congênita	Tetralogia de Fallot	2	3,4	1	1,4
			TOTAL	**8**	**13,3**	**38**	**54,3**

TABELA 5B

QUANTO A DOENÇAS ASSOCIADAS DOS 1.706 PACIENTES NECROPSIADOS

		Tipos de Doenças Associadas	AVC Hemorrágicos		AVC Não-Hemorrágicos	
			Nº de Pacientes	%	Nº de Pacientes	%
3º GRUPO	Neoplasias	Linfossarcoma	1	1,6	–	–
		CA de Vesícula	1	1,6	–	–
		CA de Vesícula + ICC	1	1,6	–	–
		CA de Rim	–	–	1	1,4
		TOTAL	3	4,8	1	1,4
4º GRUPO	Hepatopatias	Cirrose Hepática	1	1,6	4	5,8
		Calazar	–	–	1	1,4
		TOTAL	1	1,6	5	7,2
5º GRUPO	Hipertensão	Hipertensão Arterial	2	3,4	–	–
		Hipertensão Essencial	–	–	4	5,8
		TOTAL	3	5,0	4	5,8

TABELA 5C

QUANTO A DOENÇAS ASSOCIADAS DOS 1.706 PACIENTES NECROPSIADOS

		Tipos de Doenças Associadas	AVC Hemorrágicos		AVC Não-Hemorrágicos	
			Nº de Pacientes	%	Nº de Pacientes	%
6º GRUPO	Arteriosclerose	Arteriosclerose generalizada	8	13,5	8	11,5
		Arteriosclerose do Miocárdio + Hipertensão	–	–	1	1,4
		TOTAL	**8**	**13,5**	**9**	**12,9**
7º GRUPO	Nefropatia	Nefroesclerose Arteriolar	2	3,4	2	2,8
		Glomerulonefrite crônica	4	6,7	–	–
		Pielonefrite	3	5,0	2	2,8
		TOTAL	**9**	**15,1**	**4**	**5,6**

TABELA 5D

QUANTO A DOENÇAS ASSOCIADAS DOS 1.706 PACIENTES NECROPSIADOS

		Tipos de Doenças Associadas	AVC Hemorrágicos		AVC Não-Hemorrágicos	
			Nº de Pacientes	%	Nº de Pacientes	%
8º GRUPO	Infecções	Difteria	1	1,6	–	–
		Septicemia	2	3,4	–	–
		Bronco-Pneumonia	1	1,6	1	1,4
		TOTAL	4	6,6	1	1,4
9º GRUPO	Doença Metabólica	Diabetes Melitus	2	3,4	4	5,8
		Raquitismo	1	1,6	–	–
		TOTAL	3	5,0	4	5,8
10º GRUPO	Colagenoses	Lupus Eritematoso Disseminado	2	3,4	–	–
		TOTAL	2	3,4	–	–

TABELA 5E

QUANTO A DOENÇAS ASSOCIADAS DOS 1.706 PACIENTES NECROPSIADOS

		Tipos de Doenças Associadas	AVC Hemorrágicos		AVC Não-Hemorrágicos	
			Nº de Pacientes	%	Nº de Pacientes	%
11º GRUPO	Outras Causas	Rutura de Aneurisma Intracraniano	5	8,4	–	–
		Anemia Aplástica	2	3,4	–	–
		Pós-Rizotomia do V Par	1	1,6	–	–
		Amolecimento Cerebral	–	–	2	2,8
		Osteogênese Imperfecta	1	1,6	–	–
		Não esclarecidas	–	–	1	1,4
		TOTAL	9	15,0	3	4,2

TABELA 6

QUANTO AO LOCAL DE LESÕES DOS 1706 PACIENTES NECROPSIADOS

	Local de Lesão	AVC Hemorrágicos		AVC Não-Hemorrágicos	
		Nº de Pacientes	%	Nº de Pacientes	%
1º GRUPO	Núcleos de Base + Cápsula Interna à D	–	–	5	7,1
	Núcleos da Base à D	2	3,4	–	–
	Núcleos da Base + Cápsula Interna à E	–	–	4	5,7
	Núcleos da Base + Córtex Frontal e/ou Parietal	–	–	9	12,8
	Núcleos da Base Bilateralmente	–	–	3	4,3
	TOTAL	5	8,4	21	29,9

TABELA 6A

QUANTO AO LOCAL DE LESÕES DOS 1.706 PACIENTES NECROPSIADOS

	Local de Lesão	AVC Hemorrágicos		AVC Não-Hemorrágicos	
		Nº de Pacientes	%	Nº de Pacientes	%
2º GRUPO	Lobo Frontal (Córtex e Subs. Branca)	–	–	5	7,1
	Lobo Frontal	7	11,7	–	–
	Lobo Parietal	2	3,4	1	1,4
	Lobo Temporal	3	5,0	3	4,3
	Lobo Occipital	1	1,6	1	1,4
	Lobos Occipital + Temporal	1	1,6	1	1,4
	Lobos Frontal + Temporal	–	–	1	1,4
	Lobos Parietal + Temporal	–	–	1	1,4
	TOTAL	**14**	**23,3**	**13**	**18,4**

TABELA 6B

QUANTO AO LOCAL DE LESÕES DOS 1.706 PACIENTES NECROPSIADOS

	Local de Lesão	AVC Hemorrágicos		AVC Não-Hemorrágicos	
		Nº de Pacientes	%	Nº de Pacientes	%
3º GRUPO	Hemisfério Cerebral D	1	1,6	3	4,3
	Hemisfério Cerebral E	7	11,7	11	15,7
	Evidenciado o Hemisferio	1	1,6	–	–
	TOTAL	**9**	**14,9**	**14**	**20,0**
4º GRUPO	Tronco Cerebral	3	5,0	1	1,4
	Tronco Cerebral + Cerebelo	1	1,6	1	1,4
	Frontal e/ou Parietal	1	1,6	–	–
	Cerebelo	–	–	5	7,1
	TOTAL	**5**	**8,2**	**7**	**9,9**

TABELA 6C

QUANTO AO LOCAL DE LESÕES DOS 1.706 PACIENTES NECROPSIADOS

	Local de Lesão	AVC Hemorrágicos		AVC Não-Hemorrágicos	
		Nº de Pacientes	%	Nº de Pacientes	%
5º GRUPO (DIVERSOS)	Múltiplas e Difusas Lesões	–	–	2	2,8
	Sub-Dural	6	10,0	–	–
	Sub-Aracnóideo	11	18,5	–	–
	Generalizado	7	11,7	–	–
	Não Registrado o Local	3	5,0	13	19,0
	TOTAL	**27**	**45,2**	**15**	**21,8**

BIBLIOGRAFIA

01. ADAMS, R.D. & VICTOR, M. Cerebrovascular diseases. In: Principles of Neurology. Ed. Jeffers, J.D.; Boyonton, S.D. & Marshall, D.J., 496, McGraw-Hill Book Company, São Paulo, 1977.

02. AITA, J.A. Neurological manifestations of theumatic fev. Postgrad. Med., 54: 82, 1973.

03. ALAJOUANINE, Th.; CASTAIGNE, P.; LHERMITTE, F. & GAUTIER, J.C. Les anastomoses des artéres cérébrales leur rôle de suppléance. Sem. Hop. Paris, 35: 1113, 1959.

04. ALENCAR, A. & ELEJALDE, P. Alterações histológicas do sistema nervoso central na doença de Chagas experimental, J. Brasl. Neurol., 11: 21, 1959.

05. _____ Chagas' disease. In Pathology of the Nervous System. Ed. por J. Minckler, M & Graw-Hill, Inc. Nova York, 2559, 1962.

06. ANDRADE, A.A. Anatomia Patológica. In Cançado, J.R., ed. Doença de Chagas, Universidade Federal de Minas Gerais, 315, 1968.

07. ALMEIDA, F. de. Distribuição, na superfície do cérebro, das artérias cerebral anterior e comunicante anterior. Art. Anat. Antroop., 16: 223, 1933/34.

08. ALPERS, B.J.; BERRY, R.G. 7 PADDISON, R.M. Anatomical studies of the circle of Wiles in normal brain. AMA. Arch. Neurol. Psychiat, 81: 409, 1959.

09. ATAIDE, L. Acidentes vasculares cerebrais no curso da doença de Chagas. Neurobiol., 31: 89, 1968.

10. AUSTREGÉSILO, A. Des troubles nerveux dans quelques maladies tropicales. Rev. Neurol., 1: 1, 1927.

11. BADIM, A. Embolia cerebral na cardiopatia chagásica crônica. Arq. Neuro-Psiquiat. (São Paulo), 24: 28, 1966.

12. BAPTISTA, A.G. Contribuição ao estudo do Polígono de Wills. Tese apresentada à Fac. Med. Univ. Fed. da Bahia, afim de obter o grau de Doutor em Ciências Médico-Cirúrgicas., 1961.

13. _____ Studies on the arteries of the brain. II. The anterior cerebral artery: some anatomic features and their clinical implications. Neurology, 13: 825, 1963.

14. _____ Acidentes vasculares encefálicos nas cinco primeiras décadas da vida. Tese apresentada à Fac. Med. Univ. Fed. da Bahia, para concurso de Professor Titular, 1973.

15. BARROS, A.C. A tomografia axial computadorizada no diagnóstico diferencial dos gliomas encefálicos. Dissertação apresentada ao Colegiado do Curso de Mestrado em Cirurgia do Centro de Ciências da Saúde da Univ. Fed. de Pernambuco, 1977.

16. BARR, D.P. Atherosclerosis and its effects on the cerebral circulation. In Wright. I.S. & Luckey, H.E. eds. Cerebral vascular diseases. New York, Grune & Stratton, 71, 1955.
17. BORDAS, L.B. Neurologia Fundamental, 3a. Ed. España, Toray, 1976.
18. BRAIN, R. Order and disorder in the cerebral circulation. Lancet, 2: 857, 1957.
19. BRASIL, A. Estudo do sistema nervoso autônomo do coração na cardiopatia chagásica crônica. Rev. Ass. Med. M. Gerais, 2: 67, 1951.
20. BROWN, J. & SIMONSON, J. A clinical study of 100 aphasic patients. I. Observations on lateralization and localisation of lesions. Neurology (Minneap), 7: 777, 1957.
21. CALKINS, R.A. Cerebral embolism: review and current perspectives. Arch. Intern. Med. (Chicago), 130: 430, 1972.
22. CARTER, A.B. Ingravescent cerebral infarction. Quart, J. Med., 29: 611, 1960.
23. _____ Use of anticogulants in patients with progressive cerebral infarction. Neurology (Minneap)., 11: 601, 1961.
24. CASTRO, A. Semiologia nervosa. F. Briguet, Rio de Janeiro, 1935.
25. CASTAIGNE, P.; LHERMITTE, F.; GAUTIER, J.C.; ESCOUROLLE, R. & DEROVESNE, C. Internal carotid artery occlusion. A study of 61 instances in 50 patients with pos-mortem data. Brain, 93: 231, 1970.
26. CHAGAS, C. Nova tripanosomíase humana. Estudos sobre a morfologia e o ciclo evolutivo do schizotrypanosoma cruzi; n-ge-agente etiológico de nova entidade mórbida do homem. Mem. Inst. Osw. Cruz, 1: 159, 1909.
27. _____ Revisão do ciclo evolutivo do trypanosoma Cruzi. Brasil Med., 27: 225, 1913.
28. _____ Les formes nerveuses j'une nouvelle trypanosomiase (trypanosoma cruzi inoculé par triatoma magista). Nouvelle Icnographie de la Salpetriére, 26: 1, 1916.
29. ———— Aspectos clínicos e anatomo-patológicos de la tripanosomiase americana. Prense Med. Arg., 3: 125, 1916.
30. _____ & VILLELA, E. Forma cardíaca da tripanosomíase americana. Mem. Insc. Osw. Cruz, 14: 15, 1922.
31. CLARKE, E. & MURPHY, E.A. Neurological manifestations of malignant hypertension. Brit. Med. J., 2: 1319, 1956.
32. COLARES MOREIRA, J.V. A forma nervosa da moléstia de Chagas. Tese. Rio de Janeiro, 1923.
33. COUTO, B.; MELARAGNO, R.; CAVALCANTI, J.L.; NOVIS, S. & JUNIOR, M. Insuficiência vascular cerebral. Medicina de Hoje, 423, agosto, 1979.
34. COUTO, D. Vultos e idéias. Liv. Ed. Guanabara, 1961.
35. COUTO, D.; COSTA, A.L. & ALENCAR, A. A Doença de Chagas: manifestações nervosas. Jornal Brasl. Neurol. 2: 36, 1964.

36. COSTA, A.L. Insuficiência vascular cerebral. Mesa redonda realizada na Assoc. Med. Rio Grande do Sul. 29 junho a 1 de julho, 1972.
37. CUNEO, R.A., & CARONNA, J.J. Complicações neurológicas da hipertensão. Clínicas Médicas da América do Norte, 61: 3, 565, maio de 1977. Ed. Int. Ltda. Rio de Jan. Brasil.
38. DIAS, E. Estudos sobre o Schizotrypannum cruzi. Mem. Inst. Osw. Cruz, 28: 1, 1934.
39. _____; LARANJA, F.S. & NOBREGA, G. Doença de Chagas. Mem. Inst. Osw. Cruz, 43: 495, 1945.
40. _____Moléstia de Carlos Chagas. Algumas aquisições recentes, em especial relativas à profilaxia. Rev. Bras. Malariologia, D. Trop., 3: 101, 1951.
41. ELEJALD, P. Lesões cerebrais na Doença de Chagas aguda. An. Paul. Med. Cir., 76: 348, 1958.
42. ESPAGNO, J.; LAZORTHES, Y. & ARBUS, L. Techniques d'étude hémodynamique et métabolique d'un medicament a visée vasculaire cérébrale. Thérapeutique Bichat, 1969.
43. Apud WILCKE, O. & BROCK, M. Importância clínica da determinação quantitativa e qualitativa do fluxo sanguíneo por meio de isótopos. Arq. Neuro-Psiquiat. (São Paulo), 24: 151, 1966.
44. FORJAZ, S.V. Aspectos neurológicos da moléstia de Chagas: sistema nervoso central. Arq. Neuro-Psiquiat. (São Paulo) 25: 175, 1967.
45. GAUTIER, J.C. Cerebral ischaemia in hipertension. In: Cerebral Arterial Disease, ed. Russek, R.W.R., 181, Churchill, Livingstone, Edinburgh, London, New York, 1976.
46. GIESE, J. The pathogenesis of hipertensive vascular disease. Copenhagen, Munksgaard, 1966.
47. GUMING, A.K.; PICKERING, G.W.; ROBB-SMITH, A.H.T. & ROSS-RUSSEL, R. Mural thrombosis and subsequent embolism. Quarterly Journal of Medicine, 33: 155, 1964.
48. KOBERLE, F. Patogenia da moléstia de Chagas. Rev. Goiana Med. 3: 155, 1957.
49. _____ El mal de Chagas enfermidad del sistema nervioso. Rev. Méd. Córdoba, 47: 105, 1959.
50. LASSEN, N.A. The luxory-perfusion syndrome and its possible relation to acute metabolic acidosis localized within the brain. Lancet, 2: 1113, 1966.
51. MAGARINOS TORRES, C. Sobre a anatomia patológica da doença de Chagas. Mem. Inst. Osw. Cruz, 36: 3, 1941.
52. MAZZA & ROMANA, C. Outro caso de forma aguda de enfermedad de Chagas observado en el Norte Santafecino. Mepra, 33: 3, 1937.
53. MAZZA' S. & BASSO, R. Primer caso mortal de forme aguda de enferme-

dad de Chagas comprobado en Mendoza. Mepra, 33: 3, 1937.

54. _____ Formas meningo-encefálicas primitivas y secundarias de enfermidad de Chagas. Considerable gravedad del processo y trattamento adecuado com 7.602 Bayer. Mepra, 60: 3, 1942.

55. MCHENRY, L.C.; JAFFE, M.E.M.; KENTON, E.J.; COOPER, E.S.; WEST, J.W.; KAWAMURA, J.; OSHIRO, T. & GOLDBERG, H.I. Vasodilator responsiveness implication in cerebrovascular disease. Brain and blood flow, proc. 4th Int. Symp. on the regulation of CBF, R.W. Ross Russel, E. London, 1975.

56. MELARAGNO, R. Acidentes Vasculares Cerebrais. Liv. Luso-Espanhola e Brasileira, 1959.

57. MELLO, A & Mello, N.R. A forma nervosa crônica da doença de Chagas. Rev. Inst. Adolfo Lutz, 15: 194, 1955.

58. MERRIT, H.H.A. Textbook of Neurology Lea & Febiger. Philadelphia, 1955.

59. MONIZ, E. L'encephalographie artérielle, son importance dans la localisation des tumeurs cérebrales. Rev. Neurol. 34: 72, 1927.

60. NUSSENSWEIG, I.; VAJCHEMBERG, B.L.; MACRUZ, R.; SPINA FRANÇA, A.; TIMONNER, J. & SERRO AZUL, L.G. Acidentes vasculares cerebrais na cardiopatia chagásica crônica. Arq. Neuro-Psiquiat., 11: 386, 1953.

61. PEDREIRA DE FREITAS, J.L. Investigações sorológicas na forma nervosa crônica da moléstia de Chagas entre pacientes internados em Hospital Psiquiátrico. Rev. Paul, Med. 46: 123, 1955.

62. _____ ; SIQUEIRA, A.F. & FERREIRA' O.A. Investigações epidemiológicas sobre triatomídeos de hábitos domésticos e silvestres com o auxílio da reação de precipitina. Anais Cong. Int. Doença de Chagas. Rio de Jan., 2: 525, 1961.

63. PEREZ, S.R.; MARTIN, J.L.; LISTE, J.D. & FRUTOS, H.M. Doiscientos treinta e dos acidentes cerebrovasculares agudos mas. Rev. Clin. Esp., 115: 27, 1969.

64. PEREYRA-KAFER, J.; POCH, G.F.; MONTEVERD, D.A.; FERNANDES BLANCO, E. & TARSIA, O. Neurological manifestations of the American trypanosomiasis. In Tropical Neurology, ed. por L. Van Bogaert; Pereyra-Kafer, J. & Poch, G.F. López Libreros Ed., Buenos Aires, 1963.

65. PONDÉ, A.A. A Doença de Chagas na Bahia. Arq. Univ. Fed. Bahia, 3: 126, 1946.

66. PRATA, A. Prognóstico e complicação da doença de Chagas. Rev. Goiana Med., 5: 87, 1959.

67. QUEIROZ, A.C. O envolvimento do sistema nervoso central em algumas doenças parasitárias. Jorn. Bras. Med., 30: 26, 1976.

68. RIZZO, A.O. Aspectos angiográficos dos acidentes vasculares cerebrais isquêmicos. Tese para concurso de Prof. Assistente de Neurologia, apre-

sentada à Fac. Med. Fed. Bahia, 1975.

69. ROMAÑA, C. Acerca de um sintoma inicial de valor para el diagnostico de forma aguda de la enfermedad de Chagas, conjuntivitis esquizotripanósica. Hipotesis sobre puerta de entrada conjuntival de 1a. enfermidad. Mepra, 22: 16, 1935.

70. _____ Enfermidad de Chagas. Buenos Aires, Lopes Liberos Ed. 1963.

71. SANTOS, I.B. Tomografia computadorizada. In GARCEZ DE SENA, P. (editor). Novas achegas sobre a epilepsia. Centro Edit. e Did. Univ. Fed. Bahia, 145, 1980.

72. SARMENTO, V.F.M. Estudo neurológico da linguagem (Bahia). Tip. Brito, 1980.

73. SENA, P.G. Acidente vascular cerebral em doente portador de cardiopatia chagásica crônica. Bol. Hosp. Clin. Univ. Fed. Bahia, 1: 12, 1956.

74. _____ Aspectos anátomo-clínicos das parasitoses do sistema nervoso. Neurobiol., 26: 115, 1962.

75. _____ & TELES, M. Aspectos histoquímicos do plexo mioentérico na doença de Chagas experimental. Arq. Neuro, Psiquiat., 25: 209, 1967.

76. _____ Síndromes isquêmicas das principais artérias encefálicas. Anais Acad. Med. Bahia, 3: 119, 1981.

77. SHURTLEFF, D. Some characteristics related to the incidence of cardiovascular disease and death. The Framinghan study 18 years follow-up, Washington, D.C.: Department of health education and welfare, 1974.

78. SPINA FRANÇA, A. & MATTOSINHO FRANÇA, L.C. Chagas disease and the nervous system. In Tropical Neurology, ed. por J.D. Spillane. Osford Univ. Press, Londres, 1973.

79. STALLONES, R.A. Epidemiology of cerebrovascular disease. J. Chronic Dis., 18: 859, 1965.

80. VIANA, G. Contribuição para o estudo da anatomia patológica da moléstia de Carlos Chagas. (Esquizotripanose humana ou tireodite primária). Mem. Inst. Osw. Cruz, 3: 376, 1911.

81. VILLELA, E. & MAGARINOS TORRES, C.B. Estudo histopatológico do sistema nervoso central em paralisia experimental determinada pelo schizotrypanum cruzi. Mem. Inst. Osw. Cruz, 19: 175, 1926.

82. _____ Moléstia de Chagas. Algumas aquisições recentes, em especial relativas à profilaxia. Rev. Bras. Malariologia D. Tropicais, 3: 101, 1951.

83. ZULCK, K.I. Les sténoses carotidiennes. Rev. Neurol., 115: 627, 1966.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A AIDS

Alberto Serravalle *

Pensavam os homens de ciência que as grandes endemias haviam encerrado seu ciclo, qual o de vergastar a sociedade, quando foram surpreendidos por uma doença multifária, fatal, que aguça os engenhos no sentido do seu estudo e, ao cabo de 8 anos de pesquisas, pouco conseguiram capitalizar para a almejada cura.

Na história da humanidade contabilizamos a pesta bubônica como a calamidade mais devastadora arrolada no passado; em muitas ocasiões, desde a dinastia dos faraós no Egito até o nosso século, a bubônica rastreia as civilizações com picos de agudização como a que ocorreu nas cercanias do século XIV, quando a doença, dispensando o concurso da **Xenopsylla cheopis**, passou a se transmitir de indivíduo a indivíduo pelos perdigotos ou gotículas de Flüge na localização pulmonar da **Yersinia pestis**; esta pandemia, ceifou 50% da população européia, que na época, era de 50 milhões de habitantes.

No início do século, em 1919, a gripe espanhola — com o vírus oriundo do porco — matou 20 milhões de habitantes no mundo, sendo que no Brasil, o saldo foi de 300 mil em uma população de 30 milhões. Não fosse a acomodação do vírus, certamente a ciranda mortífera continuaria, não respeitando grupo etário, condição econômica, interessando a todos os segmentos sociais.

O primeiro caso relatado de AIDS data de 1978, quando um jovem modelo americano, de 31 anos, deu entrada em um hospital, acometido de estomatite e esofagite por **Candida albicans**, para em seguida falecer de pneumonite pelo **Pneymocystis carinii**. Ficou dessa forma descrita uma das formas de exibição da doença: o indivíduo **aparentemente sadio**, evoluindo para una infecção oportunista sobrejacente.

Desde então começaram as pesquisas para detectar a razão de deficiência imunológica do jovem homossexual e foi de degrau em degrau até se chegar ao mais novo mistério imunológico, definindo de fundo o roteiro do vírus; ainda está no ar a pergunta: trata-se de uma nova doença ou ela já existia, em rincões distantes, sem contudo ser notada!

Na história natural do vírus, especula-se ter o mesmo chegado ao homem por intermédio de macacos verdes contaminados por roedores e/ou aves, vendidos para alimentação em mercados públicos na África Equatorial. Acrescente-se a prática do candomblé, onde o sangue é usado de parceria com as escarificações; questiona-se relações sexuais aberrantes com chimpanzés ou

---

* *Titular da Cadeira 38 da Academia de Medicina da Bahia. Professor da Faculdade de Medicina da UFBA.*

outros antropóides.

Os haitianos, no ensejo de aperfeiçoamento do ritual nativo, frequentam países como o Zaire e Rwanda, tidos como ponto de partida do vírus; já contaminados, voltam ao Caribe, onde por eles já aguardam alguns dos 8 milhões de homossexuais masculinos norte-americanos. Daí foi o vírus exportado para o resto do mundo, cabendo ao Brasil o pouco honroso 2º lugar – com 1.918 casos – depois de tê-lo disputado com a França. A Ásia tem sido poupada, ficando a humanidade protegida, pelo menos por enquanto, de assistir ao apocalipse.

A sigla do vírus da AIDS foi abreviada inicialmente como LAV (linfoadenopatia adquirida por vírus) por Luc Montaignier, de Paris, chamada depois de HTLV-111 (vírus tipo 111 linfotrópico para células T humanas) por Roberto Gallo, para finalmente ser designado pelo Comité Internacional de Nomenclatura de Vírus, 1986 como HIV (vírus da imunodeficiência humana).

Incidência

Até junho de 1987 estavam registrados 39.019 casos nos EEUU (0,02%) com a atenuante de diminuição de casos no ano em curso. No Brasil, em maio de 1987, estavam registrados 1.981 doentes (0.0013%) em curva ascendente, o que preocupa, pois até dezembro de 1986 o crescimento por mês era de 34 novos casos, e em junho de 87, estão assinalados 150 casos por mês (4 ½ vezes a mais).

De acordo com os conhecimentos atuais a AIDS pode permanecer assintomática até 5 anos e como previsão temos que em 5 bilhões de habitantes, 5 a 10% é que farão a doença (0,2%).

Na Bahia, são em número de 30 os casos registrados.

Quanto a distribuição por grupos sociais, temos:

Grupos Sociais	Brasil	EE.UU.
Homossexuais masculinos e bissexuais	81,6%	72,0%
Toxicômanos	2,8%	16,4%
Hemofílicos	5,6%	0,9%

Em mendigos do Rio de Janeiro, 70% eram doadores de sangue, com teste positivo para AIDS em 5%. Em 57 presos analisados na cadeia pública de Sorocaba, Blasotti e col. não encontraram testes soro-positivos. Em 13 mil detentos da capital de S. Paulo existem 19 casos de AIDS (0,14%), embora os soros positivos sejam em número elevado (80%). Números revelam que um em mil se infecta e os outros se defendem, porém se se reinfectam todos os dias, terão chances de fazer a doença. Já na transfusão de sangue com uma inoculação apenas pode se desenvolver a doença.

O vírus morre fora do seu habitat (sêmen, sangue) em alguns minutos,

constituindo a água e o sabão uma prática salutar.

Como previsão, admite-se que teremos em 5 anos cem milhões de pessoas infectadas, embora poucas venham a exteriorizar a doença, 5 a 10% (segundo Corrêa Lima), outros autores estimam que apenas 1% é que tê-la-ão.

No Brasil existem hoje 500.000 indivíduos com testes positivos.

Circula nos EEUU o "slogan" espalhe o pânico mas não espalhe a AIDS; parece preferível não espalhar nenhum dos dois males, porém conhecer a doença.

Em painéis aconselhando a população a evitar a doença o "Grupo de apoio à prevenção à AIDS" exibe um cujos dizeres não nos furtamos de reproduzir: "Transe numa boa — Sexo é bom — não deixe a AIDS acabar com isso — evite contato com esperma — use camisinha — reduza o número de parceiros — masturbação a dois é gostoso e oferece menos risco".

As campanhas de prevenção estão sofrendo de hiperbolismo e porque não dizer são muitas vezes histriônicas.

Os artrópodos picadores de sangue podem ser arrolados como transmissores da doença, pois picando um aidético, conseguem levar o vírus ao indivíduo são; seria um caso de transmissão mecânica uma vez que o vírus não se multiplica no interior dos insetos; **Veronesi**, citando esse meio de transmissão, admite serem necessários 500 mil ou mais mosquitos para que essa operação tivesse êxito.

Até janeiro de 1987 não havia registro de doentes heterossexuais no Brasil e nos doadores de sangue o percentual de infectados era de 0,08%, enquanto na África é de 11%; neste continente o número de heterossexuais doentes é alto, atingindo 50%, em virtude da promiscuidade em que vivem as prostitutas.

O sêmen e o sangue são os principais responsáveis pela disseminação da doença. A lágrima, saliva, urina e fezes, são de baixa concentração de vírus e não estão incriminados como propagadores do mal. O medo de se adquirir a AIDS, tornou-se epidêmico; as pesquisas feitas no Montefiore Medical Center, Brons, em 101 indivíduos que viviam ou tiveram contato estreito — não sexual — com doentes não tiveram sequer testes positivos, não obstante, dormirem no mesmo leito, usarem os mesmos objetos e trocarem beijos (não sexuais). Está estabelecido que o contato íntimo — sem sexo — raramente ou nunca transmite a AIDS.

Prevalência

O sêmen contém poliaminas (espermina prostaglandina), que são imunodepressoras; a mucosa retal, mucosa de absorção, é a forma dita essencial para a absorção dessas substâncias depressoras. A literatura registra homossexuais com até 20 relações diárias; acrescente-se a existência, com freqüência do citomegalovírus, no esperma, que também é um imunodepressor. O politransfundido ou o receptor de homoderivados (fator VIII e IX), os toxicômanos por via venosa

(seringas contendo sangue), os imunodeprimidos geneticamente e mulheres com muitos parceiros, são grupo de risco.

Uma vez na mucosa retal que é friável, o vírus invade o sangue, onde é apreendido pelos macrófagos e daí ao linfócito em presença da transcriptase reversa (retrovirus) converte o RNA do vírus em DNA com o auxílio da timidina; o vírus incorporado ao DNA do linfócito, passa a ser um fator viral (replicação), ficando irreconhecível às outras células da maquinaria imunitária. Com a destruição dos linfócitos T_4, a leucopenia pode chegar a 500 mm^3, havendo inversão de T_4/T_8 nos últimos estágios da doença. As imunoglobulinas estão aumentadas na HIV, sendo a IgM a primeira aumentada, seguindo-se a IgG, IgA, IgD, IgE, o que reflete a hiperatividade policlonal dos linfócitos B, não sendo estes anticorpos capazes de destruirem os vírus. Também atingidos estão os linfócitos T citotóxicos, linfócitos T produtores de linfocinas (que atraem e ativam monócitos e macrófagos) e por outras células ejetoras do sistema imune tais como células Killer, natural Killer.

Os testes de memória com antígenos de estreptoquinase, estreptodornase, toxicóide estafilococos, candidina, tricofitina, vírus vaccínia e PPD, são negativos em virtude da anergia cutânea verificável em um grande número de enfermidades do sistema imune deprimido (AIDS, calazar, etc.).

A AIDS ou Sida (síndrome daimunodeficiência adquirida) pode apresentar vários estágios. Assim temos o indivíduo com testes positivos, assegurando que houve contato com o vírus, sem contudo a doença lograr se desenvolver; são os "aidóforos" (foros, quer dizer que traz), que constituem o maior número. Pedimos vênia para a criação do neologismo apesar dos seus radicais serem diferentes. Em um outro estágio o doente exibe sintomas como febre, tosse, diarréia, anorexia, astenia, emagrecimento, gânglios infartados; trata-se do complexo relacionado com a AIDS (**CRA**). Em raros casos pode atingir o SNC, dando demência, leucoencefalopatias multifocais (5 a 10% é que desenvolverão a doença). O **CRA** mais infecção oportunista é o "ful blow aids" dos americanos.

Em uma fase mais avançada as **infecções oportunistas** surgem e não raro, terminam por alcançar o êxito letal; com os conhecimentos atuais, trata-se de uma doença 100% fatal, comparável à raiva.

No quadro abaixo estão catalogadas as infecções por agentes oportunistas em ordem decrescente:

Cytoglovirus
Candida albicans
Pneumocystis carinii
Mycobacterium avium — intracellulare
Mycobacterium tuberculosis
Cryptococcus neoformans
Herpes simples
Cryptosporidium sps
Toxoplasma gondii

Herpes zoster
Linfomas
Neoplasmas (sarcoma de Kaposi)
Entamoeba histolytica
Isospora sps
Strongyloides stercoralis

Algumas dessas infecções são debeladas, porém aquelas produzidas pelo **Mycobacterium avium, Cytomegalovirus,** virus **Epistein — Baar** e **Cryptosporidium,** são irreversíveis.

Diagnóstico

Pode ser feito pelo achado do vírus graças à microscopia eletrônica (método direto), pela deteção de anticorpos por meio das reações de Elisa, imunofluorescência, hemaglutinação (Takeda e col) e Western blot (métodos indiretos), além dos achados: linfopenia, relação T_4/T_8 que normalmente é de 1,7 passa para até 0.

Há um achado clínico, no qual os dentistas muito poderão ajuntar, que é a leucoplaquia pilosa da língua que vem a ser lesões brancas, elevadas, mais freqüentes nas suas bordas laterais. Nos estudos feitos em São Francisco, Califórnia, em 110 indivíduos com leucoplaquia, acompanhados durante 33 meses, 20 deles desenvolveram AIDS clínico, havendo, nos testes, 99% de positividade.

Tratamento

Pesquisadores estão obtendo alguns resultados com a droga zidovudine, também conhecida como Azidothymidina (AZT) que tem prolongado a vida do aidético, de vez que, é tida como potente inibidor da replicação viral.

BIBLIOGRAFIA

01. ALVES, JOSÉ GALVÃO — Repercussões psicossomáticas da AIDS — Ars Curandi — Out. 1985, 3.
02. BLASOTT, ALBA E COLS. "Inquérito sorológico sobre a prevalência de anticorpos anti-HIV em detentos da cadeia pública de Sorocaba". — Rev. Paul. Med. 105(2) — Março/Abril, 1987.
03. COONEY, T.G. E COL. — Sida — Interlivros Edição Ltda, 1987.
04. IVO DOS SANTOS, J. E COLS. — Dot enzyme immunoassay — Journal of Immunoassay — Journal of Immunological Methods, 99 (1987) 191-194.

05. LIMA, MÁRIO CORRÊA – AIDS – SIDA – Medsi, 1986.
06. _____ AIDS – SIDA – A doença do medo, Medsi, 1986.
07. LIMA, SÉRGIO HENRIQUE MATTIODA E COLS. – Síndrome de Imunodeficiência adquirida. Ars curandi – Jan./Fev. 1987 – 41.
08. MENDES, NELSON FIGUEREDO – "Imunologia da AIDS. Rev. Paul. Med. 105 (1) Jan./Fev. 1987.
09. PRADO, EVANDRO ALVES E COL. – Imunodeficiência – Ars curandi, Jun. 1986, 48.
10. SLAFF, JAMES I, E COL. – AIDS a epidemia. Edição brasileira, Editora Abril, 1987.
11. TAKEDA E COLS. – Boletim Salck.
12. VERONESI, RICARDO – Conferências – Congressos, Simpósios.
13. _____ Doenças Infecciosas e Parasitárias – Guanabara Koogan, 1982.
14. WELLCOME, LABORATÓRIO – Monografia sobre zidovudine, 1987.
15. WENDEL NETO, SILVANO E COL. – Síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS).
16. WYNGAARDEN, JAMES B. E COL. – Cecil Textbook of Medicine, W.B. Saunders Company, 1985.

O DESAFIO DA DOENÇA DE CHAGAS*

Zilton Andrade **

Quando Sérgio Coutinho me consultou pelo telefone sobre a posssibilidade de fazer a conferência de abertura da Reunião de Caxambu, pensei logo em abordar um tema científico dependente dos trabalhos que estão se desenvolvendo em nosso laboratório. Quando ele me disse que o tema deveria ser baseado numa abordagem geral, como conviria a uma sessão de abertura, concordei pensando que a tarefa seria para mim muito estimulante, pois sempre achei que quando nos aprofundamos no estudo de pequenos detalhes corremos o risco de perder a perspectiva geral do problema e que esta seria a grande oportunidade de escapar deste risco.

Achei ao mesmo tempo, já que me encontrava atarefado com muitos outros encargos, que seria também muito mais fácil agora discutir aspectos gerais do que preparar uma conferência com os dados científicos, com os diapositivos e tabelas. Embora tenha acertado em cheio quanto à primeira premissa, de que a tarefa seria estimulante; errei redondamente quanto à segunda, quando imaginei que seria uma tarefa fácil.

Abordar o problema geral, o desafio apresentado pela doença de Chagas foi, de fato, uma tarefa estimulante e agradável e devo agradecer aos organiza-

---

* *Discurso de abertura da "XIV Reunião Anual em Pesquisa Básica sobre Doença de Chagas", Caxambú, RJ, em 04 de novembro de 1987.*

* * *Professor da Faculdade de Medicina da Bahia. Titular da Cadeira 31 de Academira de Medicina da Bahia.*

dores desta Reunião por terem me dado tal oportunidade e por terem me distinguido com este convite tão honroso. Mas, não foi a tarefa fácil que eu havia imaginado. Primeiro, porque não há um desafio, mas vários desafios apresentados pela doença de Chagas. Desafios para os nossos governantes, para as autoridades de saúde, para cada um de nós como cidadãos comuns e para os cientistas que se ocupam do estudo desta doença, especialmente para aqueles que se interessam pelos seus aspectos básicos.

Nós, que agora nos reunimos aqui em Caxambú, o fazemos com o fito de desenvolver a nossa pesquisa básica, médica e biológica, e temos a doença de Chagas primariamente como um estímulo e um modelo. Não temos necessidade de pedir desculpas a ninguém, por adotar uma atitude que pode ser considerada acadêmica, pois o desenvolvimento da ciência é, em si, uma prioridade para o país e os seus benefícios, presentes e futuros, estão além de qualquer tentativa de cobrança imediatista.

Mas, é lógico que nos questionemos: Que tipo de responsabilidade temos para com os nossos patrícios que estão expostos, que estão doentes e que estão morrendo da doença que escolhemos para dedicar o nosso tempo e esforço? É possível se conseguir a solução para os problemas de saúde dos povos subdesenvolvidos através do aumento dos conhecimentos científicos? Alguns acham que já sabemos todo o necessário para a erradicação da maioria das nossas doenças endêmicas e que, se não o fazemos, é simplesmente por falta de opção política. Outros acham que precisamos de mais conhecimentos científicos. O programa "Great Negleted Diseases" da Fundação Rockefeller, o TDR da Organização Mundial de Saúde ou os programas de intercâmbio do NIH americano se baseiam na premissa de que os conhecimentos científicos necessários para o controle das doenças tropicais podem ser gerados pelos cientistas dos países ricos e transferidos para o Terceiro Mundo. O conceito é de que os recursos e a capacitação para gerar os conhecimentos estão num lugar e que os problemas de saúde que podem ser solucionados através da aplicação de tais conhecimentos estão em outro. O grande objetivo de um programa internacional seria então fazer juntar estas partes dispersas.

É na base deste conceito que em vários países ricos surgiu há alguns anos um grande interesse em se estimular os estudos das doenças tropicais, numa tentativa de fazer renascer a tradição dos tempos coloniais quando surgiram os grandes pioneiros do estudo das doenças tropicais ou da patologia exótica. É evidente que, para muita gente importante, tanto no 1º como no 3º mundo, seria de grande interesse que as doenças que derivam da miséria, ao invés de serem fontes de pressão social, forçando mudanças da estrutura política e econômica, fossem resolvidas através de medidas meramente médicas, sem alterações do **status quo**. Afinal a vacina contra a varíola fez desaparecer esta terrível doença da face da terra e logo mais se espera conseguir igual êxito com a poliomielite, sem que tenha sido necessário ameaçar os privilégios ou os lucros de quem quer que seja.

Assim sendo, as doenças dos pobres, que poderiam ser eliminadas pelo

advento do desenvolvimento econômico e social, como aconteceu na Europa, nos Estados Unidos e no Japão, passaram a ser, subitamente, escrutinadas pelas técnicas da biologia molecular, da engenharia genética, da ressonância nuclear, da bioquímica, dos anticorpos monoclonais, da moderna imunologia e imunopatologia, o que trouxe uma grande animação para os estudos, várias contribuições de interesse para a ciência básica, mas ainda poucas repercussões para minorar os sofrimentos das grandes legiões de pobres afetados pelas doenças tropicais. Agora, todos nós almejamos identificar antígenos protetores para produzí-los em grandes quantidades através da síntese química ou da engenharia genética, para vacinar os moradores do 3º mundo, e talvez os seus visitantes eventuais, contra as doenças parasitárias. Desejamos identificar receptores de membrana de parasitos e das células do hospedeiro para bloqueá-los ou estimulá-los conforme o caso com produtos que imaginamos possam vir a ser oferecidos a preços razoáveis pelas grandes companhias farmacêuticas.

É dentro deste panorama que surge o grande desafio para quem estuda a doença de Chagas nos seus aspectos básicos. Por vezes somos acusados de estarmos interessados em problemas irrelevantes, sem conexão com as necessidades atuais do país. E não são apenas rumores. Ao se instalar a Nova República, o Grupo Parlamentar de Saúde do PMDB publicou um documento, que aliás contém muitos aspectos corretos e da mais alta importância sobre o problema da saúde no Brasil, mas que diz a respeito da pesquisa científica: "deverá ser rompida a tradição de dependência científico-tecnológica que vem privilegiando e valorizando linhas de pesquisas que pouco impacto têm tido no equacionamento práticos dos problemas do setor, redefinindo-se prioridades". No documento há ainda a alegação de que as pesquisas mais avançadas estariam exercendo uma alta competição com outras linhas de carater mais "aplicado".

Na realidade, o cientista básico não tem motivos para se alienar da realidade da doença de Chagas. Afinal, vendo e examinando os seus pacientes vivos e mortos, sabendo das condições gerais de vida das populações envolvidas pela endemia, temos assim a obrigação de manter uma perspectiva correta do problema. Isto nos ajudará a formular as perguntas mais pertinentes, ou a evitar os males do modismo, da procura da sofisticação tecnológica como um fim em si mesma, da imitação pura e simples do que vem sendo feito nos laboratórios estrangeiros.

Não podemos nos esquecer que estamos lidando com uma doença cuja transmissão sabemos pode ser controlada, como o está sendo há vários anos no Estado de São Paulo, mas cuja patogenia é complexa e com uma história natural ainda não bem desvendada e com uma terapêutica sem progressos há vários anos.

Depois de quase 80 anos de estudos ainda não conhecemos suficientemente a história natural desta doença parasitária. Desconhecemos o que ocorre exatamente quando um paciente sai da fase aguda da infecção, tenha sido esta aparente ou inaparente, e entra na chamada fase indeterminada, onde as reações sorológicas e, eventualmente, o xenodiagnóstico são positivos, mas em que o

indivíduo apresenta-se assintomático e com eletrocardiograma e radiologia do esôfago e colon normais. Seguidos até uma década depois, os portadores da fase indeterminada em geral estão bem e permanecem assintomáticos. São quase 3 milhões de indivíduos que podem ser colocados nesta categoria no Brasil. Que podemos dizer, com seguras bases científicas, a estas pessoas? Que legislação trabalhista é a mais adequada para esta legião de infectados? Os cardiologistas têm mostrado que, com métodos sensíveis e sofisticados de exploração da função cardíaca, podemos demonstrar que já há algumas anormalidades presentes. Que significam tais anormalidades se elas aparentemente não exibem potencial evolutivo? Experimentalmente, sabemos que a infecção aguda pode deixar sequelas no sistema nervoso autonômico e no sistema êxcito-condutor do coração. Mas, se os indivíduos permanecem infectados, temos que presumir a presença de focos inflamatórios toda vez que uma figra parasitada se rompe, por mais discretos que els sejam. É possível que focos inflamatórios se produzam no coração durante 10, 15 ou 20 anos ou mais sem que uma cardiopatia evolutiva se instale? Há pouco o Dr. Emilio Kuschnir, de Cordoba, Argentina, demonstrou que, ao aplicar a eletrocardiografia dinâmica (Holter) por 24 horas em portadores da chamada forma indeterminada da doença de Chagas, 64% deles exibiam alterações, as quais só foram encontradas em 19% de um grupo controle de indivíduos sadios, não infectados. Que significa isto? Não resta dúvida que a forma indeterminada da doença de Chagas desafia o nosso entendimento. Os pesquisadores brasileiros devem ponderar sobre este assunto. Mesmo que tivéssemos hoje uma vacina efetiva, ou uma droga que fosse realmente uma "bala mágica", ou uma revolução político-social que viesse acabar com as cafuas como num golpe de mágica, ainda teríamos por mais 15 a 30 anos que enfrentar os problemas de milhões que iriam permanecer na forma indeterminada da doença de Chagas.

E se muitos destes indivíduos estivessem definitivamente livres do **Trypanosoma cruzi**, a despeito da positividade dos testes sorológicos e da presença de algumas alterações funcionais reveladas nos testes sofisticados de função cardíaca? Deixando de lado aqueles indivíduos com xenodiagnóstico positivo, temos segurança em afirmar a presença de infecção face a reações sorológicas positivas? Aqui nos defrontamos com um outro dogma que precisa ser corretamente analisado para que possamos vir a entender melhor o significado da forma indeterminada. Há anos que se diz que um indivíduo infectado vai permanecer assim por toda a vida. Todos concordamos que ainda não foi demonstrada a possibilidade de cura parasitológica expontânea. Mas, será que já houve um interesse real em se constatar a veracidade da noção de que o **T. cruzi** não pode vir a desaparecer uma vez alojado no seu hospedeiro definivo? Eis aí mais um desafio para o pesquisador. A idéia da infecção persistente se baseia na verificação de que o **T. cruzi** costuma causar infecções prolongadas e na persistência de reações sorológicas em grupos de indivíduos incluídos em estudos longitudinais.

Entretanto, Kraetli, Brener e Cançado, em Belo Horizonte, demons-

traram que há classes de anticorpos que persistem depois que a infecção foi erradicada e outros anticorpos (líticos) que apenas apareceriam na presença de infecção ativa. Há dados experimentais, em cães e em sariguês, muito sugestivos de que uma infecção pelo **T. cruzi** pode se extinguir.

Sônia Andrade e colaboradores inscreveram nesta Reunião um trabalho que demonstra, por imuno-eletro-microscopia, a presença de antígeno do **T. cruzi** expresso na membrana de células dendríticas do baço em animais infectados que foram tratados e aparentemente curados, mas que persistiram com anticorpos detectados no soro por imuno-fluorescência. Há para este achado, pelo menos duas hipóteses a serem consideradas. A primeira é de que o antígeno foi armazenado pelas células que agora o estão liberando lentamente, quando a infecção já se extinguiu. A segunda, de profunda significação e que poderá vir a ser demonstrada com as técnicas de biologia molecular hoje disponíveis, é de que gens do parasito foram incorporados ao genoma de células esplênicas as quais poderiam produzir antígenos por longos períodos, ou talvez por toda a vida, depois que a infecção foi desativada. Neste caso, qualquer tipo de anticorpo, lítico ou não, poderia vir a ser produzido. Também se antígenos assim produzidos pudessem ter ação patogênica, teríamos uma explicação para tantos casos de miocardite crônica difusa em chagásicos nos quais não se consegue a demonstração dos parasitos. Assim estaríamos diante de fatos de profunda repercussão para o conhecimento científico e para o manejo dos pacientes com a forma cardíaca da doença.

Encaremos agora a patogenia das formas crônicas da doença de Chagas, outro profundo desafio para os pesquisadores. Sem querer simplificar demasiadamente a patogenia das formas digestivas, parece que aqui estamos mais seguros para admitir que a destruição do sistema nervoso autônomo parassimpático, que ocorre fundamentalmente durante a fase aguda da infecção, é responsável pela disperistálsis que acaba levando aos megas digestivos, sobretudo mega-exôfago e megacólon. Quando a destruição foi muito intensa, os megas podem aparecer mesmo na infância, mas no comum dos casos estes aparecem mais tardiamente, quando à perda neuronal causada pela doença de chagas aguda vem se somar à perda fisiológica progressiva que sabemos acontecer com o passar do tempo.

A forma crônica cardíaca, caracterizada pelo aparecimento de uma cardiopatia crônica progressiva e fibrosante, parece ter uma patogenia mais complexa que até o momento não está devidamente esclarecida. O porque do indivíduo passar um longo período assintomático e depois, mais ou menos subitamente desenvolver cardiomegalia, com arritmias, insuficiência cardíaca, fenômenos trombo-embólicos, numa manifestação fatal da doença de Chagas, ainda continua como um desafio poderoso. Não podemos prever quais são os indivíduos na fase indeterminada que apresentam maior risco de desenvolver esta forma da doença, nem qual a proporção dos que vão evoluir, nem porque alguns tendem a permanecer, indefinidamente, na forma estacionária. São incrivelmente poucos os estudos imunológicos que procuram investigar diferenças entre

os chagásicos assintomáticos e os cardíacos. Alguns destes estudos incorrem no erro de colocar como cardíacos indivíduos assintomáticos ou com área cardíaca normal, mas que exibem alterações eletrocardiográficas. Alterações eletrocardiográficas por si só, podem decorrer de sequelas da fase da infecção aguda e, neste caso, o portador pode estar num estágio em que as lesões inflamatórias progressivas estão ausentes. Estes estudos são importantes porque: a) as lesões de miocardite crônica progressiva e fibrosante são compatíveis com a presença de um processo de hipersensibilidade de tipo tardio; b) os testes imunocelulares em indivíduos na fase indeterminada indicam que existe uma sensibilização contra os antígenos do **T. cruzi** e mesmo contra antígenos cardíacos; dados experimentais mostram que a miocardite de cães experimentalmente infectados pode ser exacerbada pelo tratamento repetido com ciclofosfamida em baixas doses, um procedimento que se supõe capaz de destruir seletivamente as células T supressoras ou seus precursores. Uma hipótese de trabalho das mais atrativas sugere que a fase indeterminada da doença de Chagas representa uma supressão imunológica total de reações de hipersensibilidade contra o coração, condicionada pela infecção pelo **T. cruzi** e que a forma cardíaca representaria o surgimento da des-repressão.

Os imunologistas e imunopatologistas têm condições atuais de responder a esta hipótese. Caso ela seja verdadeira, não seria necessário ser um fenômeno tudo ou nada, mas poderia representar graus evolutivos em vários estágios, tendo a miocardite crônica que se desenvolve imediatamente após uma fase aguda num extremo e a forma assintomática duradoura no extremo oposto de um espectro. Os estudos que se referem a exploração da complexa rede imunológica supressora serão de extrema importância para o nosso entendimento da patogenia da doença de Chagas e é possível que alguns deles sejam apresentados nesta Reunião.

Interessante constatar, que o advento da forma cardíaca não parece interferir com a sólida imunidade parcial que o hospedeiro apresenta contra o **T. T. cruzi.** Durante o desenvolvimento da miocardite crônica, os níveis subpatentes de parasitemia, característicos da infecção crônica, não se modificam, nem tampouco os parâmetros imunológicos indicadores de resistência. Assim, aparentemente é possível se dissociar imunidade e hipersensibilidade na doença de Chagas, ao contrário da leishmaniose cutânea onde os dois fenômenos estão intimamente associados, ou mesmo da tuberculose, onde os ditos fenômenos correm parelhos, mas podem aparecer dissociados.

Recentemente, o Parasitology Today publicou um vivo debate sobre se temos ou não evidências de que na doença de Chagas ocorrem fenômenos de auto-imunidade. Este debate ainda vai continuar, pois o assunto é de grande importância. Realmente ainda não temos uma resposta definitiva para o mesmo. Para chamar a atenção para os resultados que podem ser obtidos às vezes com métodos bem simples, cito um trabalho que talvez possa contribuir como um forte indício para a existência de auto-imunidade na miocardite crônica chagá-

sica. Há algum tempo atrás, Almeida, de Uberaba, chamou a atenção para a freqüência com que podiam ser encontrados ninhos de amastigotas na muscular da veia central da supra-renal. Barbosa Jr. e eu resolvemos verificar se podíamos confirmar este achado em nosso material, não só na supra-renal, mas, em vários outros órgãos de portadores de miocardite crônica chagásica comprovada. De fato, achamos amastigotas na supra-renal em 6 dos 20 casos que examinamos, mas os encontramos também, em menor incidência no esôfago, nos intestinos, na bexiga, no útero, no rim, etc. Mas, o que nos pareceu mais importante, foi a constatação de que no coração os parasitos apareciam associados com intenso processo inflamatório crônico fibrosante, enquanto que nos demais órgãos, dos mesmos pacientes, havia apenas discreta inflamação focal inespecífica, ou mesmo ausência total de reação em relação a tais parasitos.

Assim, podemos ficar sabendo que, na fase crônica da infecção, não parece haver um tropismo especial dos parasitos pelo coração, mas que eles podem parasitar fibras musculares lisas e estriadas em vários órgãos. Todavia, apenas no coração aparece a reação tardia inflamatória, a qual é progressiva, difusa e fibrosante. Este fato me parece de extrema importância quando consideramos a patogenia da miocardite crônica chagásica no contexto de um processo de auto-imunidade.

Neste meu discurso, pretendi dizer que o desafio da doença de Chagas para o pesquisador se faz em vários níveis. No nível científico, por se tratar de uma doença de patogenia extremamente complexa; no nível político-social, por se tratar de uma doença grave, mas evitável, cuja existência como endemia está imbricada num contexto mais geral de pobreza, ignorância, desnutrição, falta de condições higiênicas e de moradias decentes, reflexo de uma estrutura econômica baseada na injustiça e na exploração da maioria dos povos latino-americanos.

PREVENÇÃO DO ENVELHECIMENTO

José Ramos de Queiroz *

A Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, reunida em Viena, entre 26 de julho e 6 de agosto de 1982, reconheceu que "os direitos fundamentais e inalienáveis consagrados na Declaração Universal dos Direitos Humanos se aplicam plena e integralmente às pessoas idosas" e, que por isso mesmo, "a qualidade de vida não é menos importante que a longevidade; por conseguinte, as pessoas idosas devem, na medida do possível, desfrutar, no seio de sua própria família e comunidade, uma vida plena, saudável e satisfatória e serem estimadas como parte integrante da "sociedade".

O Brasil, apesar das tentativas do próprio Governo e de entidades particulares, ainda não tem a velhice mencionada na Constituição como fase normal da vida a merecer atenção especial. No seu art. 175, parágrafo 4º, cita apenas a assistência à maternidade, à infância, à adolescência e aos excepcionais. O senador pela Bahia, Jutahy Magalhães, apresentou emenda constitucional, em 1981, alterando a redação dos mencionados artigo e parágrafo, para citar a obrigatoriedade de legislação específica para o idoso, como se segue: "Ao parágrafo 4º do art. 175 da Constituição será dada a seguinte redação: lei especial disporá sobre a assistência à maternidade, à infância, à adolescência, à **velhice** e sobre educação de excepcionais". Esperamos, quando da próxima reforma constitucional, este dispositivo seja aprovado. Daí, então, partiremos para a consoli-

---

* *Titular da Cadeira 19 desta Academia. Professor da Faculdade de Educação e da Escola de Medicina.*

dação da legislação sobre o idoso, que não é muita, mas está dispersa e praticamente desconhecida.

Enquanto isso, continuemos a trabalhar, esperançados de melhores dias para a Terceira Idade. Na verdade, além da caracterização legal da idade limite, o idoso é tratado como adulto mais velho, sem se considerar as características normais, convém acentuado, do envelhecimento.

A classificação etária da Organização Mundial de Saúde, do nosso conhecimento, em relação ao idoso, parece-nos defasada, com o aumento já alcançado na expectativa de vida. Assim em vez de:

- meia idade . . . . . 45 – 59 anos
- idoso . . . . . 60 – 74 anos
- ancião . . . . . 75 – 90 anos
- velhice extrema . . . . . mais de 90 anos

propomos:

- terceira idade . . . . . 56 – 70 anos
- idoso . . . . . 71 – 85 anos
- ancião . . . . . 86 anos em diante

Esta classificação atende melhor, a nosso ver, as atuais condições somatofisiopsíquicas do indivíduo, após os 55 anos.

Entretanto, como o único fator levado em conta pela legislação da totalidade dos países é o cronológico, fica entendido que todos os direitos previstos nas leis em vigor (seguro social, previdência, do trabalho, códigos, etc.) continuarão a beneficiar os que alcancem a idade consignada no dispositivo legal, não importando seja o indivíduo denominado de terceira idade, idoso ou ancião.

O envelhecimento é a fase final da vida, caracterizada como um processo biológico "intrínseco, progressivo, declinante e universal, programado geneticamente". Deste modo, modificações morfológicas vão aparecendo com o conseqüente declínio das funções físicas e intelectuais. Cada indivíduo tem uma cronologia própria a assinalar o ritmo do seu envelhecimento, sendo difícil precisar quando se inicia a alteração deste ou daquele órgão ou função. A influência dos fatores hereditários e ambientais é marcante. Dos últimos, podemos citar as condições de vida da infância (habitação, alimentação, etc.), a profissão, o gênero de vida (hábitos e costumes, vícios, etc.) conflitos familiares, desajustes sociais.

As teorias sobre o envelhecimento são em número suficiente para demonstrar que ainda estamos distantes de compreender e explicar o processo involutivo do homem, à medida que os anos se sucedem.

Das teorias "antigas e gerais", chegamos às denominadas "intermediárias" para atingir às mais atualizadas, as "básicas", em que se fala de deterio-

ração da síntese proteica (ácido desoxirribonucleico — DNA formando ácido nucleico — RNA e este proteínas estranhas e anormais ao organismo), do "relógio molecular" (o processo de crescimento, maturação e envelhecimento é genético) de auto-imunidade (mutação do DNA), do "erro catastrófico de Orgel" (enzimas defeituosas com efeito auto acelerador).

A assincronia é também uma das características do envelhecimento, não só de referência aos aparelhos e sistemas, mas também aos órgãos que podem apresentar grupos celulares em diferentes estágios de mudança. É preciso atenção e cuidado para não confundir os sinais de envelhecimento normal com alterações patológicas coincidentes.

Com o nível atual de conhecimento das transformações porque passa o organismo, durante o envelhecimento, podemos tentar avaliar seu início, precoce ou tardio, grau de intensidade e repercussão na atividade laborativa e social do indivíduo.

De modo esquemático, iremos mencionar os órgãos, sistemas e aparelhos que se modificam, indicando seus efeitos principais.

Vejamos, em primeiro lugar as modificações "externas" do indivíduo, à medida que envelhece, justo as mais importantes sob o ponto de vista social, pois o julgamento das pessoas em geral é baseado em sua aparência física.

Estatura — a diminuição pode ser discreta ou acentuada, podendo atingir, nos octogenários, até 10 cm, na dependência das alterações da coluna (diminuição dos espaços inter-vertebrais, cifose).

A distribuição do tecido adiposo vai se transformando com o correr dos anos — acumula-se mais no abdomem e nos quadris. Os músculos tornam-se flácidos e a pele se dobra, sem o apoio da massa muscular.

A face também se altera, com o aparecimento de rugas, pregueamento da pele, que se torna seca, com manchas hipercromicas e formações verrucosas. As bolsas palpebrais, a acentuação dos sulcos nasolabial e buco-geniano e a perda da elasticidade da pela abaixo da mandíbula, formando acentuada dobra na parte anterior do pescoço, podem ser corrigidas pela cirurgia plástica, embora a necessidade de sua repetição acarrete modificações permanentes no aspecto facial do idoso.

A perda de cabelos e pelos são normais no envelhecimento, embora a calvície apareça precocemente, até em jovens. Nas mulheres a rarefação é difusa, em geral, enquanto no homem a calvície predomina. Dos pelos, os que rareiam com maior freqüência são os do púbis e das axilas. Ao contrário, a hipertricose é comum nas fossas nasais e orelhas. As unhas, por vezes, tornam-se estriadas, quebradiças, sem brilho. Por vezes, as dos pododactilos endurecem e se retorcem.

É preciso acentuar que o aspecto do tegumento externo é tão importante que o indivíduo pode ser qualificado como idoso, mesmo não mantendo correspondência com sua idade cronológica, enquanto outro bem mais velho, passa por jovem desde que sua pele não apresente sinais involutivos. Estes são mais frequentes nas mãos (face dorsal), ante-braços, rosto, pescoço e pernas, na

dependência de fatores genéticos e ambientais, mormente os raios solares e de outras alterações somáticas. Rabelo e Fraga, em 1970, apresentaram uma expressão — DCI, isto é, Distrofia Cutânea Involutiva, para englobar as modificações encontradas na pele dos idosos.

Aparelho digestivo — A boca também paga seu tributo ao envelhecimento: a mucosa torna-se mais sensível aos traumatismos e aos alimentos demasiadamente quentes ou frios; há perda de papilas gustativas, com diminuição do paladar. Em relação aos dentes, os que permanecem sofrem o desgaste do tempo, tornand-se amarelados. A prótese bem ajustada mantém a estética facial, mas em geral, é privilégio das pessoas de melhor condição financeira. O comum é idoso desdentado (edentado), com a boca murcha e os lábios retraídos dificultando a digestão.

A carência dentária agrava essa situação, quer pela mastigação insuficiente, quer pela eliminação de determinados alimentos da dieta comum, quer pelo aparecimento de infecções focais.

O esôfago e o estômago sofrem alterações em sua mucosa e perda de fibras musculares nas suas paredes. Há atrofia gástrica, com diminuição da acidez e conseqüente dificuldade digestiva. O intestino delgado apresenta diversas alterações, influindo na capacidade funcional. No grosso intestino há modificações anatômicas mais profundas, aparecendo com freqüência a diverticulose. A esclerose atinge o tronco celíaco e vasos mesentéricos, comprometendo a circulação de sua área de atuação. O pâncreas reduz seu tamanho, com a presença de lipofucsina nas células acinosas. O fígado também reduz seu volume e o número das células hetpáticas com o aparecimento de fucsina (pigmento intra-celular, característico do envelhecimento).

Aparelho respiratório — A modificação da conformação do tórax (ossificação das cartilagens costais, hipotonia da musculatura abdominal, aumento do diâmetro antero-posterior) repercute no comportamento pulmonar, diminuindo a capacidade respiratória, inclusive pela calcificação das cartilagens traqueobrônquicas, além da obstrução de bronquíolos e redução dos cílios vibráteis.

Embora não haja doença específica para essa faixa etária, a diminuição da capacidade vital, da ventilação pulmonar e da difusão alveolo-capilar levam a um aumento de volume do ar residual, que tornam as doenças respiratórias mais perigosas para o idoso.

Aparelho cardio-vascular — As modificações morfológicas e funcionais sofridas pelo coração e vasos são muitas vezes confundidas com manifestações patológicas. Acresce ainda que órgãos importantes, além daqueles da área cardíaca, sofrem o reflexo da arterioesclerose, tais como o cérebro, os rins, etc.

As chamadas doenças do coração podem constituir mais de um terço das causas de morte após os 65 anos, embora a arteriosclerose coronária possa se manifestar bem mais cedo, com certos fatores de risco, convindo lembrar o **stress** físico ou emocional, o excesso de fumo, etc. Há aumento da pressão sanguínea sistólica e/ou diastólica.

Não há "coração senil" propriamente, mas diversas modificações o tornam mais vulnerável. Daí a dificuldade em distinguir essa situação, normal em relação à idade e uma lesão cardíaca incipiente, que pode evoluir rapidamente e manifestar-se por acidentes repentinos. Entretanto, o coração do idoso possui acentuada capacidade de adaptação, contanto que, através diagnóstico correto, se possa instituir tratamento, dieta e regime de vida adequados.

Órgãos dos sentidos — Quanto à visão, há uma redução do tecido adiposo orbitário, produzindo certo grau de enoftalmia, os "olhos encovados" e diminuição da agudeza visual; o chamado arco senil da córnea é também dos jovens, mas a esclerose progressiva dos vasos retinianos e a catarata são sinais de envelhecimento; também o entropion e o ectropion, isto é, o encurvamento para dentro ou para fora da borda palpebral.

Quanto à audição, a surdez senil, denominada presbiacusia, pode ser compensada, conforme o caso, por amplificadores de som, audiofones, adaptados, inclusive ao telefone; os acúgenos-zumbidos, chiados, etc., embora mais freqüentes nos idosos, acontecem em qualquer idade; a surdez total acarreta alteração da voz, agudizada por não ser ouvida pelo paciente; a conversação com os surdos pode ser perfeita, desde que se atenda a alguns requisitos, tais como pronunciar bem as palavras, de frente para o interlocutor e intervalando as frases.

As alterações do alfato e paladar são irrelevantes, a não ser em casos patológicos.

Aparelho locomotor — A atrofia óssea, a vascularização diminuída, a atrofia e flacidez musculares e o aparecimento de afecções degenerativas concorrem para a instalação de lesões que, mesmo benignas, podem transformar o sistema de vida do idoso, tornando-o dependente. As alterações na coluna vertebral — inclusive os conhecidos "bicos de papagaio" — marcam o início de uma série de restrições posturais, mesmo antes do indivíduo atingir à maturidade.

Aparelho genito-urinário — Podemos falar em "rim senil", pois peso e volume diminuem, os nefrons se reduzem, acarretando menor rendimento funcional. Também certos hábitos podem levar a perturbações da função renal, tais como a escassa ingestão de líquidos, o abuso de laxativos, permanência prolongada no leito. A hipertrofia prostática é normal na velhice, devendo-se estabelecer o diagnóstico diferencial com lesão maligna e removê-la no caso de retenção urinária persistente.

O poder de concentração urinária diminui com a idade, havendo também maior facilidade à infecção e alteração da urina. Tanto a criança quanto o idoso reagem de modo semelhante às solicitações do aparelho urinário — passivo e reflexo. As micções noturnas, tornam-se mais freqüentes e durante o dia a imperiosa necessidade de urinar produz pequena perda de urina que molha a roupa.

Quanto ao sexo feminino, o climatério, nele incluída a menopausa, instalado após os 40 anos, acarreta uma série de modificações somato-psíquicas, repercutindo de modo variável na velhice. É preciso notar que as mulheres com mais de 70 anos não tiveram, quando jovens e adultas, os benefícios da medicina

moderna e atual nem os das medidas preventivas hoje existentes.

Sistema nervoso – A oxigenação reduzida por deficiência de vascularização, o espessamento e mesmo fibrose das meninges, a atrofia do encéfalo, o aumento dos ventrículos, no todo ou em parte, a perda dos neurônios cerebrais, constituem o quadro do "encéfalo senil". Estas transformações, na dependência de sua intensidade, podem desencadear afecções várias, agravadas por predisposição genética ou influências anteriores.

A complexidade dos problemas psíquicos e sua manifestação patológica levou à criação da gerontopsiquiatria ou psiquiatria geriátrica. No bojo das reduções normais, quanto à sensibilidade e percepção, à imaginação e à memória, à capacidade inovadora, pode estar uma manifestação patológica, agravada por uma personalidade instável por hábitos e vícios da juventude, por influência sócio-econômica, cultural, etc. Daí se percebe a dificuldade em distinguir onde termina o fisiológico e quando se inicia a doença.

Todo esse mecanismo vem sendo objeto de pesquisas e observações, calcadas na fisiologia, porquanto já não há mais dúvida que o envelhecimento não constitui doença, ainda que possa favorecer o aparecimento de diversas afecções.

Já mencionamos que o envelhecimento não é simultâneo nem uniforme. Há uma série de circunstâncias, intrínsecas e extrínsecas, que condicionam o processo, apressando-o ou retardando-o.

Justamente aí está o fundamento da ação preventiva destinada a manter, tanto quanto possível, o vigor físico e mental do adulto, fazendo com que o inexorável declínio vital se processe de modo mais lento. Assim, iremos "empurrando" a velhice para diante, com o seu cortejo de restrições e limitações.

Será isso possível? Claro que sim, desde que atendamos a uma série de requisitos. Sem otimismo exagerado, basta o conhecimento e a prática de alguns princípios fundamentais para que uma parcela apreciável de idosos obtenha resultados positivos e encorajadores.

Há quem afirme o envelhecimento se inicia logo após a formação do ovo na trompa e sua nidação uterina. Sem entrar no mérito da questão, realmente temos de levar em conta, para o envelhecimento sadio, causas que remontam à assistência pré-natal.

É preciso não esquecer daquela máxima – "tal vivemos, assim envelhecemos". Na verdade, "o comportamento e a personalidade dos idosos são o prolongamento direto e natural do seu passado". Este é que deve ser pesquisado e avaliado, para ajuizarmos melhor da condição atual e encontrar o meio mais correto de corrigir a situação.

A prevenção do envelhecimento é o estudo dos meios que permitam evitar o aparecimento de doença ou acidente ou limitar sua gravidade. Considerado fenômeno natural, as tentativas de fazê-lo voltar ou paralizá-lo são classificadas pelo Prof. Jean Pierre Junod como ficção, mitologia ou charlatanismo. Nenhuma das teorias existentes sobre envelhecimento permite concluir pela

existência de terapêutica medicamentosa preventiva, cientificamente controlada.

Apesar desta respeitável afirmativa, há inúmeras substâncias utilizadas por milhões de pessoas que têm pavor à velhice. No homem, acresce a circunstância da diminuição, embora lenta, da potência sexual, o que facilita o enriquecimento rápido de quantos se dispõem a anunciar drogas e métodos miraculosos para manter a "eterna juventude"; quanto à mulher, mais preocupada com a forma física e a beleza das formas, deixa-se induzir pela propaganda atraente de inúmeros produtos de rejuvenescimento, fazendo da cosmetologia um dos mais lucrativos ramos do comércio.

Com tudo isso, mencionaremos, a seguir, de modo bastante suscinto, 4 (quatro) substâncias que encontram ardorosos defensores, inclusive sisudos pesquisadores e acreditados laboratórios, ainda não atingidas pela publicidade excessiva. Não há, como afirma o mestre suiço, controle científico mas, quem as utiliza, geralmente de modo discreto, transmite aos mais íntimos a excelência do resultado, transformando-as, talvez pelo excesso de imaginação, em produtos milagrosos.

Ácido acetil salicílico — Desde a salicina de Leroux, em 1827, extraída da casca da **Salix alba** (salgueiro) até o ácido salicílico dela derivada (1838 — Piria) e a aspirina ou ácido acetil-salicílico (1886 — Mencki) até os salicilatos sintéticos, seu emprego mais constante é o de analgésico e anti-térmico. Entretanto, há uma série de outros efeitos, segundo alguns autores, dentre os quais se destaca a ação anti-agregação plaquetaria, à prevenção da insuficiência coronária, etc. Bastam 250 mg diárias para manter a normalidade circulatória.

Procaína — Sintetizada por Einhorn em 1905 e comercializada sob a forma de novocaína, utilizada como anestésico loco-regional, sua principal ação farmacológica é a de bloquear a condução nos axônios do sistema nervoso periférico, além de ter influência sobre o sistema nervoso central, os gânglios autônomos e as fibras musculares. É a base de diversos medicamentos e processos de revitalização.

Alho — Bulbo, da família dos Liliáceas, sendo a espécie mais utilizada o **Allium sativum**, tem propriedades semelhantes ao do ácido acetil salicílico. É comercializado sob formas diversas, sendo as mais comuns a drágea e a cápsula gelatinosa.

Ginseng — Pequena planta perena da família das Araliáceas, nativa em regiões montanhosas da Ásia e Estados Unidos da América, o uso de sua raiz data do séc. 202 a.C., na China. Atualmente há 3 espécies principais: a asiática, vermelha, existente na China e na Coréia — **Panax ginseng;** a norte-americana, branca — **Panax quinquefolium** e a siberiana, branca — **Eleutrococcus sentiocosus.** O ginseng é usado como estimulante físico e mental, para adiar o envelhecimento, muito difundido em todo o mundo, sob a forma de infusão e cápsulas.

Entretanto, verificamos que o envelhecimento poderá ser retardado em certas circunstâncias; pois, apesar de sua programação genética, está ligado a fatores pessoais, familiares, sociais, psicológicos, nutricionais, ecológicos (climá-

ticos e ambientais). Além disso, o envelhecimento se desenvolve durante toda a vida, de modo descontínuo, com períodos de aceleração, de retardamento, a depender de inúmeras causas, inclusive o **stress**, resultante da industrialização e da mecanização da vida. Podemos, então, agir sobre os fatores do envelhecimento (prevenção primária) ou sobre os fatores de risco (prevenção secundária), resultantes da própria organização social.

Em geral, a prevenção do envelhecimento começa a ser pensada no período da aposentadoria, quando o indivíduo já é um "complexo psico-fisiológico e sócio-profissional" condicionado a determinantes inarredáveis. Sucede, então, no período posterior à aposentadoria, um imobilismo motor, cerebral, afetivo e social, influenciado pelo retraimento e desinteresse dos acontecimentos de qualquer ordem, pelo afastamento dos colegas de trabalho, de profissão, de amigos e até de parentes, pela indisposição de sair para eventos sociais, simples visitas ou entretenimento. Essas modificações de comportamento variam conforme a posição social do aposentado, a concomitância de outras atividades, recursos financeiros, grau de instrução, capacidade intelectual, etc. A maioria, entretanto, reduzida a uma só atividade, pela limitação de conhecimentos, faz do único emprego o centro de sua vida, não só laborativa, mas social e afetiva. Tudo isso termina bruscamente, naquele período de euforia que sucede à aposentadoria, libertação de obrigações rotineiras, de horários rígicos, etc. A diminuição da capacidade aquisitiva, o isolamento progressivo, a perda do **status** social, a ociosidade, levam o aposentado ao terceiro D — desespero, antecedido que foi pelos dois primeiros — deslumbramento e desencanto. Então, o processo de envelhecimento será acelerado, acrescido de patologias diversas, favorecidas pelas condições acima mencionadas.

Será tarde para aquela desejada prevenção, a ser iniciada antes da aposentadoria, ou melhor, de modo geral, após os 40 anos, quando modificações somato-fisiológicas vão aparecendo ou sendo percebidas.

É neste momento que as Escolas e/ou Universidades da Terceira Idade desempenham papel fundamental, não só no esclarecimento do processo involutivo, bem assim na orientação a ser seguida para manter o envelhecimento sadio e, se possível, retardá-lo. Ainda, de acordo com a propensão laborativa, o nível intelectual e a vontade do grupo, o início de cursos com diferentes finalidades: para aprendizagem de atividades manuais diversas, que poderão se transformar em simples lazer ou constituir meio de suplementar a aposentadoria; para simples deleite mental e desejo de ampliar conhecimentos.

A Bahia já tem sua Escola da Terceira Idade, recém-fundada, devidamente registrada e com diretoria constituída, devendo, até o final do ano, iniciar seu primeiro curso.

Quatro setores serão abrangidos de modo mais efetivo na prevenção do envelhecimento: alimentação, ginástica e esportes, atividade laborativa e lazer. Não esquecer, entretanto, porque fundamental, a orientação sobre o comportamento do idoso perante si mesmo, a família e a comunidade, para ajustá-lo

ao atual modelo social, sem transformá-lo em indivíduo risível ou digno de piedade.

O regime alimentar do idoso está intrinsecamente relacionado a questões sócio-econômicas e psicológicas, baseadas em hábitos alimentares resultantes da tradição familiar e regional, na experiência pessoal de tolerência, repulsão, preferência ou indiferença, alicerçada na cultura do seu meio, nas idéias pré-concebidas, verdadeiros tabus indestrutíveis.

A imposição de dieta, mesmo científica e convenientemente elaborada, acarretará reação hostil por parte do idoso, esteja ele abrigado ou vivendo com familiares. A monotonia da apresentação dos alimentos, sua repetição sistemática e a má apresentação, mormente nos abrigos, concorrem com o repúdio às refeições. Não esquecer a anorexia fisiológica na 3ª idade. Há também que levar em conta, no estabelecer a dieta apropriada, que nem sempre a idade cronológica corresponde às condições vitais do idoso. Se for obrigado, sem a necessária persuasão, encontrará meios de burlar o regime exigido, às vezes com prejuízo de sua higidez física e mental.

Tratando-se de pessoa sadia, a restrição alimentar deve ser progressiva, à medida que o envelhecimento progride e os hábitos se modificam — menor atividade, horário de dormir, número de refeições, etc. Mas mesmo assim, acreditamos seja saudável conceder, aqui e ali, em certas circunstâncias e oportunidades, algumas liberalidades, tais como o uso ocasional e moderado de álcool e de certos alimentos proibidos — açucares, lipídios, conservas, compensados com maior rigor, nos dias seguintes, na alimentação costumeira e respeitadas as intolerâncias e idiossincrasias individuais.

Também será necessário evitar a auto-prescrição, baseada no medo de adoecer, no pavor à morte ou no conselho de vizinhos e amigos.

É importante atender à necessidade, qualquer que seja o regime alimentar estabelecido, do uso diário ou pelo menos freqüente dos laticínios (cálcio e vitaminas lipossolúveis), hortaliças, legumes e frutas (sais minerais e vitaminas hidrossolúveis). Enfim, devemos respeitar o suporte sócio-cultural da alimentação do idoso, ajustando-a, com paciência, poder de convicção e perseverança às suas condições reais de saúde.

A ginástica deve ser adaptada à terceira idade e precedida de exame médico. O exercício físico individual e solitário é difícil de ser cumprido à risca; daí a preferência pelas academias, onde há o estímulo dos companheiros. Mas, não esquecer a homogeneidade das turmas, no que se refere à faixa etária e condições de saúde. O estímulo das funções respiratória, cardio-vascular, articular e muscular será a finalidade principal ou o preparo para a renovação ou iniciação na prática esportiva — marcha, tênis, golfe, bicicleta, natação, basquete, vôlei, equitação, tudo na dependência da permissão do geriatra ou clínico geral. É preciso evitar competição que, muita vez, implica em excessos prejudiciais à saúde. Enfim, tanto os exercícios físicos quanto os esportes visam manter em atividade músculos e articulações, despertando auto-confiança, melhor disposi-

ção orgânica e psíquica.

O trabalho poderá ser o mesmo no qual o indivíduo fo aposentado ou outro, remunerado ou voluntário. Também a dedicação ao **hobby** preferido constitue atividade salutar e aconselhável. O essencial é evitar a inatividade, prejudicial sob qualquer aspecto.

O lazer é aquele período vago, orientado para satisfação do indivíduo. Ele assume importância maior no caso do aposentado, por substituir a atividade normal anterior. Também adquire outro sentido, ao transformar-se, simultaneamente, em atividade laborativa. É considerado nos dias atuais, uma forma de ocupação, que não deve ser obrigatória nem imposta. É preciso evitar a perda da espontaneidade, da vontade de fazer, da redução da privacidade e da intimidade familiar.

O idoso deve ser estimulado, sem ser obrigado; guiado, sem imposição; apoiado e orientado na sua iniciativa; de qualquer modo, despertar seu interesse em participar de algum tipo de atividade, se possível em grupo, para desenvolver o espírito associativo, comunitário, de ação coletiva.

O lazer não deve ser utilizado somente durante as férias, antes da aposentadoria, mas também nas horas de folga, nos grandes intervalos do trabalho, nos fins-de-semana, na dependência da idade, sexo e natureza de atividade. Após a aposentadoria o lazer assume vital importância para a continuidade do padrão de vida do idoso, evitando opior dos males — a solidão.

Para concluir, algumas palavra sobre o comportamento do idoso perante si mesmo, a família e a comunidade.

O idoso deve ser compreensivo e tolerante em relação ao comportamento de outras pessoas, mormente os jovens, que vivem época diferente, com hábitos e costumes diversos do seu tempo; deve evitar tabus e preconceitos, muitas vezes resultantes da ignorância de noções fundamentais de convivência humana e da falta de humildade em reconhecê-la; deve manter-se em atitude discreta, sem abrir mão, entretanto, do direito de viver sua vida, em toda plenitude, sem exageros nem alardes, mantendo a compostura indispensável ao respeito e admiração que deve inspirar, para ser alvo de consideração, carinho e amizade dos familiares e da comunidade a que pertence.

REFERÊNCIAS

1. AZUL, CERRO — Clínica do Indivíduo Idoso — Guanabara Koogan — Rio — 1981.
2. GOMES, FREDERICO A. DE AZEVEDO E FERREIRA, PAULO CESAR AFONSO — Manual de Geriatria e Gerontologia — Ed. Brasileira de Medicina — Rio — 1985.
3. GOODMAN E GILMAN — As bases farmacológicas da terapêutica — 5ª

edição – Guanabara Koogan – Rio – 1978.
4. HEFFERN, RICHARD – The complete book of Ginseng Celestial Arts – California – 1976.
5. HERRERO, FERNANDO JIMÉNEZ – Iniciacion en geriatria y gerontologia – Ferrer Internacional SA – La Coruna.
6. JUNOD, JEAN PIERRE – Abrégé de Gérontologie – Ed. Hans Huber-Berne – 1983.

OS 150 ANOS DE FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA – ACHEGAS E REFLEXÕES

Almeida Gouveia (Raymundo) *

1 – Motivos das Reflexões

A celebração dos cento e cinqüenta anos de Faculdade de Medicina da Bahia – insisto em conservar-lhe o exato nome, não a querendo como "Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia" – que ora se realiza, através de um programa sócio-cultural, cuidadosamente preparado e posto à altura do significado histórico-cultural e político do acontecimento – é motivo para algumas considerações, melhor, achegas e reflexões, que me parecem oportunas, feitas em sua homenagem, e que eu as quero oferecer, não, com o propósito de corrigir interpretações, porém, sim, de valorizar o evento para a História do Ensino Médico.

– Valho-me de argumentos fundamentados em fatos e dados da História da Medicina, na Bahia e no Brasil.

À primeira impressão, os que não conhecem a história do ensino médico na Bahia, podem pensar que se trata da idade do próprio ensino médico ou do prédio histórico, magestoso e venerando, sito ao Terreiro de Jesus, que fora reconstruído e construído para ser sede da "Faculdade de Medicina da Bahia"; ou porque o prédio foi, agora, parcialmente recuperado em razão do abandono em que estivera, arruinando-se, desde há quase dezesseis (16) anos, dele retirado o ensino médico, com a mudança da Faculdade de Medicina para outro lugar – podem supor que este é, pois, o motivo de rejúbilo coletivo.

---

* *Professor da Faculdade de Medicina. Titular da Cadeira 36 desta Academia.*

O motivo da celebração comporta comentários que, denhum modo, sob qualquer interpretação, podem ser entendidos como correção ou restrição ao que se está fazendo. Ao contrário, querem louvar a programação feita, apenas desejam que já fosse a festa de "retomada" total ou retorno da Faculdade de Medicina da Bahia à sua sede histórica — a retomada do prédio que para ela foi feito e que ela usou, desde a fundação do ensino médico, a 18 de fevereiro de 1808, o que performaria não 150 (cento e cinqüenta) anos, mas , quase 175 (cento e setenta e cinco) anos, inclusos os anos em que, por circunstâncias inaceitáveis, dele estivera afastado (1816-32 e 1966-82).

— A alegria de ver o prédio parcialmente recuperado e em começo de aproveitamento, parcial, já, por si só, justificaria a celebração. Entendo, interpreto e vejo, no que ora se faz, uma forma, moral e cultural, de "retomada" do lugar certo para a Faculdade de Medicina da Bahia, providência tão necessária quanto tardia, e os seus promotores merecem aplausos.

O apuro de datas e a especulação de tal ou qual nome ser justo ou mais certo; se essa ou aquela reforma de ensino foi benéfica ou produtiva e outros comentários passam a ter valor secundário, diante o justo regozijo pela recuperação, ainda que parcial, do prédio histórico. Certa ou não a data comemoratícia — justifica — é a confiança de que o prédio está sendo "retomado" e que, mais tarde, a Faculdade de Medicina da Bahia voltará para a sua casa própria, a única que lhe serve.

A restauração do resto do prédio — que continua se arruinando, e sua oportuna ocupação por atividades do ensino médico — virá com o tempo. Paciência e confiança fazem-nos ter esperança. A festa é da "esperança". O primeiro grande passo para a "retomada" está sendo dado.

2 — Sentido Real da Comemoração

O sentido mais alto, que a celebração deveria ou faria exaltar, assim entendo, não está na simples mudança de nome — de "Colégio Médico-Cirúrgico" (1816-32), que era, então, para "Faculdade de Medicina da Bahia" que, assim, passou a ser chamada, a partir da lei de 3 de outubro de 1832. Se somente isso fosse, não teria maior significação a festa cultural.

A mudança de nome, por si mesma, pouco ou nada valeria, se aquela lei não trouxesse a promessa de melhor organização do ensino, ampliação do curso médico, criação dos cursos de Farmácia e de Obstetrícia e outras realizações ou necessidades, que vinham sendo solicitadas, insistentemente, pelos promotores da reforma do ensino médico; se a lei de 3 de outubro de 1832 não pudesse ou devesse ser considerada como a iniciação de um verdadeiro ensino médico, já que o de antes era, por demais, precário, incipiente, e não dava maior confiança para o futuro do ensino médico.

— Quanto ao prédio histórico — não é esta a sua idade — 150 anos —

pois, àquela data (1832), ele ainda não existia, como é o atual, que este pode-se dizer, é, relativamente recente, data de 1909 (fim da reconstrução da parte antiga e construção da parte nova, a mais extensa).

O regozijo festivo deve ser por que, com a "lei de 3 de outubro de 1832" começou ou iria começar um mais verdadeiro e eficiente ensino médico na Bahia. Festeja-se o aniversário de uma lei, mas, não propriamente do fato da lei, pois, a nova lei somente veio a ter execução ou começo de realização, a 2 de julho de 1833, data aniversária do primeiro decênio da "Consolidação da Independência na Bahia".

Àquelas datas (1832-33) decorriam os decênios da "Independência de 1822 e de sua Consolidação na Bahia (1823), datas procuradas como a significarem que o Brasil continuava seu processo cívico e sócio-econômico, cultural e político, para se afirmar um Império Livre, desatrelado das Cortes Portuguesas. À independência política dever-se-ia seguir a libertação cultural, então, expressada na criação de "Faculdades de Medicina" (Bahia e Rio de Janeiro, a do Maranhão não chegou a funcionar), iguais às de Portugal e da Europa — dignificação do ensino médico, o único, oficialmente, àquele tempo, de nível superior, no país (ao tempo dos jesuítas, em 1673, já eles tiveram "Cursos de Artes Superiores", de Matemática e de Filosofia).

— O relevo que ora se dá ao fato, leva-me a pensar que não se comemora simples troca de nomes, de vez que houve mais de uma troca: — "Escola de Cirurgia" — "Colégio Médico-Cirúrgico" — "Faculdade de Medicina da Bahia" — "Faculdade de Medicina e Farmácia" — "Faculdade de Medicina da Bahia" — "Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia", nome atual.

O **primeiro nome** "Escola de Cirurgia" (18 de fevereiro de 1808) estava bem adequado, porquanto, àquele tempo, o que se tivera em vista era formar "cirurgiões" — "cirurgiões formados" — para evitar e acabar com os "cirurgiões licenciados" (pessoas que se diziam hábeis e, mediante atestados passados por certos "cirurgiões-mores" oficiais do "Protomedicato" ou autoridades da Câmara, obtinham o "licenciamento" — "cirurgião licenciado" — para exercer a prática da cirurgia. A "escola de cirurgia" foi criada para atender a tal necessidade, mas não formaria "médicos", que estes, somente poderiam ser, estudando em Lisboa e outras faculdades médicas da Europa.

O **segundo nome** "Colégio Médico-Cirúrgico", mais conhecido por "Academia" (reforma o ensino médico no Rio de Janeiro, a 1º de abril de 1813, de autoria do médico baiano, Prof. Manoel Álvares de Carvalho, então diretor do ensino médico ali, estendida à "Escola de Cirurgia da Bahia, por "carta ao Conde dos Arcos, D. Fernando de Mascarenhas, datada de 29 de dezembro de 1815, porém, só foi instalado a 16 de março de 1816) — significando reunião ou conjunto de médicos e professores, obedecendo a certa orientação ou disciplina, metodização de trabalho, também, procurou acabar com os "cirurgiões licenciados", preparando "cururgiões diplomados ou formados". Para tanto, aumentava de quatro para cinco anos a duração do "curso médico", extinguindo a possibi-

lidade de, ao 3º (terceiro) ano, o estudante requerer "licenciatura" ou "carta de cirurgião licenciado", o que muitos faziam, não mais concluindo o curso, em razão de que, na prática profissional, "licenciado" e "formado" se confundiam e exerciam a profissão com iguais direitos. A 19 de setembro de 1826, o "Colégio Médico-Cirúrgico" adotou um "emblema" ou "símbolo": "O bordão de Esculapio, entrelaçado por duas serpentes, guarnecido por um ramo de café e por outro ramo de fumo, e tudo encimado pela legenda: Colégio Médico-Cirúrgico".

O **terceiro nome**, "Faculdade de Medicina" (3 de outubro de 1832) — "faculdade" significando "capacidade de ser e de fazer", traz o sentido de "escola de formação e treinamento profissional, preparação para o exercício de profissão, ofício.

(Vemos que as denominações estiveram certas, e razões tiveram os seus autores. "escola de cirurgia" de José Correia Picanço, formado em Lisboa, cirurgião-mor do Reino; "colégio" de Manoel Alvares de Carvalho; "faculdade" de José Lino Coutinho, formados ambos no "Colégio Médico-Cirúrgico da Bahia").

Estas três denominações sucessivas, dadas às instituições do ensino médico, tiveram razões de ser, não se tratando, pois, de sutilezas ou especulações de somenos, motivos pessoais ou políticos. Os nomes de seus três principais autores poderiam receber, agora ou ao transcurso de suas datas aniversárias, homenagens e celebrações. Em maior destaque, José Lino Coutinho, um dos mais empenhados na reforma de 1832 e o primeiro diretor da Faculdade de Medicina da Bahia, eleito e oficialmente nomeado (tomou posse a 23 de julho de 1833, tendo estado, antes, como diretor interino o Prof. José Avelino Barbosa).

Um **quarto nome**, "Faculdade de Medicina e Farmácia" (decreto de 10 de janeiro de 1891, reforma do ensino de Benjamin Constant, no Governo Provisório) poderá ser registrado. Ou, ainda, Faculdade de Medicina, Farmácia e Odontologia".

Ainda um **quinto nome**, "Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia" (decreto-lei de 8 de abril de 1946, instalada a universidade a 2 de Julho de 1946) que é a denominação atual.

— Não deve ser a mudança de nome que se deve comemorar, senão todos os demais mereceriam igual homenagem. De certo, o que ora está sendo comemorado é a mudança da organização do ensino médico que, com a lei de 3 de outubro de 1832, haveria de passar por uma reforma substancial.

A lei de 3 de outubro de 1832 prometia maior duração do curso, de 5 para 6 anos; aumento de disciplinas, de 5 para 14 matérias distintas; uma direção mais eficiente, constituída por uma congregação de professores e escolha livre do diretor, em lista tríplice apresentado ao Governo Provisório; maior autonomia administrativa, que não tivera, antes, como escola e colégio; concessão do título de "médico" e não mais de "cirurgião"; outras necessidades e reivindicações, que, adiante, mencionarei, que já tardavam, pois, já decorridos dez anos de

"Independência", o ensino médico continuava cópia imperfeita ou réplica incompleta do que havia em Portugal e Europa, sem maior aceitação ou devido reconhecimento do título de "médico" e de "cirurgião" formados, considerados em situação inferior aos que eram formados em Portugal e faculdades de medicina da Europa.

A nova lei igualava-os para todos os fins, assegurando-lhes iguais direitos e prerrogativas para o exercício da medicina, que não lhes eram reconhecidos ao tempo de "escola" e "colégio"; ou melhor, fez desaparecer o título de "cirurgião", todos se formavam "médicos", embora os que quisessem seguiriam a cirurgia.

A história nos diz — e era natural que isso houvesse, ao tempo da Colônia — que o ensino médico, ao começo, foi precário, sobremodo deficiente, aliás, reflexo do que se passava, também, em Portugal e Europa.

3 — Cirurgiões e Médicos, no Passado

É oportuno lembrar que, ao começo do Ensino Médico no Brasil, reflexo de como era em Portugal e Europa, a Cirurgia era considerada uma atividade ou ofício inferior à Medicina propriamente dita (na Bahia e no Brasil, ainda o era até cerca de 1930), por isso havia distinção entre "cirurgião" e "médico", este exigindo maiores estudos, melhores conhecimentos, preparo mais demorado, mais um a dois anos de estudo; gozava de maiores direitos e prerrogativas para exercer a medicina, maior conceito. Antes, o médico era chamado de "físico" (ainda hoje, em inglês, médico é "physician").

(Mestre Johanes Emeneslau, que veio na frota de Cabral, como médico, era "físico", misto de médico, naturalista e astrônomo).

O cirurgião, tanto podia ser, apenas, um "prático licenciado", mediante apresentação de atestados de habilidade profissional, passado por "cirurgião-mór ou credenciado por autoridade da Câmara, nem sempre eram submetidos a provas práticas de habilidade cirúrgica, o chamado "exame de habilitação", e este, por vezes era simbólico ou, apenas, simulado; como podia ser concedido o título de "cirurgião licenciado" ao estudante da Escola de Cirurgia que já tivesse cursado dois ou três anos e se submetesse a "exame de habilitação" (por isso, alguns preferiam não completar o curso e logo entravam na pratica da profissão); os que concluíam o curso de 4 anos na Escola de Cirurgia (Colégio Médico-Cirúrgico), recebiam título de "cirurgião formado"; os que no Colégio Médico-Cirúrgico, cursavam somente 4 anos e saíam "cirurgião formado", os que cursavam 5 anos, "médico formado".

A verdade é que, na prática, se confundiam o "licenciado" e o "formado", como se igualavam no exercício da clínica, o "cirurgião" e o "médico".

Com a lei de 3 de outubro de 1832 — elevando o "Colégio" à "Faculdade de Medicina (curso de seis anos, estudo, de 15 disciplinas, defesa de "tese de doutoramento" — foi extinta a diferença ou seja deixou de haver distinção ou

separação entre "cirurgião e "médico". c Curso de seis anos formava o "médico" ou o "doutor em ciências médico-cirúrgicas", este é que, depois, se especializava como "cirurgião". Tal como, ainda hoje, é ou está.

— O tempo se encarregou de valorizar o cirurgião. No passado, era visto com menos apreço, era um "cortador de carnes doentes", habilidade que lembrava a dos cortadores de animais, bois e porcos. Hoje, não, é arte-ciência, que requer profundos conhecimentos de anatomia e fisiologia e de clínica, além de habilidades e coordenação de movimentos. O cirurgião, hoje, tem maior "cotação" que o médico clínico, internista, ganha mais, "fatura alto", alcança, depressa, notoriedade ou fama.

Até ao advento da lei de 3 de outubro de 1832, os formados no Brasil (Colégio Médico-Cirúrgico) tinham situação ou condição inferior aos formados em Portugal e Europa, tanto que alguns, depois, iam completar ou revalidar seu curso, estudando, algum tempo, nas faculdades de medicina da Corte ou da Europa (Paris, Montpellier, Edinburg), de onde regressavam formados "médicos" com mais direitos, e conceito ao exercício da clínica e para ocupação de cargos públicos ou de confiança, inclusive para ser "cirurgião-mór" ou "físico-mór".

O título que se dava ao médico que, além do curso completo, apresentasse e defendesse "conclusões magnas" ou "tese de doutoramento" com "proposições finais", era o de "Doutor em Ciências Médico-Cirúrgicas". Até pouco depois de 1930, as "cartas de médico (diplomas) traziam esse pomposo título. Eu o tenho, obtido em 1927, com a tese "Os Grupos Sanguíneos em Obstetrícia" (pesquisa sobre a incompatibilidade sanguínea materno-fetal), aprovada com "distinção".

4 — A lei de 3 de Outubro de 1832 — Significado Administrativo e Político-Cultural

A "Lei de 3 de Outubro de 1832" traria a autonomia do Ensino Médico. Era o que se desejava e mais se esperava. A realidade veio mostrar, porém, que a sua implantação, na Bahia, foi retardada e se fez lentamente e de modo parcial. A conjuntura sócio-cultural e política não favoreceu aos esforços dos que se empenharam em sua completa aplicação.

A demora de implantação total, acrescida da falta de recursos financeiros (verbas, sempre as "verbas") não lhe tira, porém, o significado administrativo e político-cultural.

Ela não cuidou, somente, de mudar o nome, de "Colégio" para "Faculdade de Medicina". Procurou trazer apreciável melhoria do ensino médico, ampliando o quadro das disciplinas, de 5 (cinco) ou 6 (seis) para 15 (quinze), dando-lhes melhor distribuição pelas 6 (seis) séries, assegurando maiores direitos e vantagens aos professores, relativa autonomia administrativa, visando a reconquista dos créditos do ensino médico e do título de "médico formado", com a elevação do nível mental, cultural e profissional dos diplomados, equiparando-os

e nivelando-os aos formados de Portugal e Europa.

Por traz ou por dentro de tudo isso, o que se visava era afirmar a nossa "independência cultural" que, até então, não tinha acompanhado a nossa "independência política". A "lei de 3 de outubro de 1832, era ou queria ser afirmação de nossa "libertação cultural". Embora já fôssemos um país independente, desde 1822, até então, o Império não pudera dar maior eficiência ao ensino médico.

Houve um decreto de 9 de setembro de 1826, que procurou assegurar a reforma da lei de 1º de Abril de 1813, a que transformou a "Escola de Cirurgia" em "Colégio Médico-Cirúrgico", aplicada ao Rio de Janeiro, mas que só veio a ser aplicada à Bahia, por ordem da "carta régia" de 29 de dezembro de 1815. O "colégio" somente foi instalado a 16 de março de 1816. Esta reforma de 1813 foi de autoria de um "médico", baiano de nascimento, Prof. Manoel Alvares de Carvalho, diretor do Ensino Médico no Rio de Janeiro, então, já em desentendimento com José Correia Picanço, "cirurgião formado". Por ela, ficaria extinta a prática de "licenciar" cirurgiões a leigos não estudantes do colégio.

Não obstante aquele decreto de 1826, por muito tempo, as Câmaras Municipais, como a da Corte, continuaram concedendo "licenciaturas". Com a lei de 3 de outubro de 1832, começou a cessar a irregularidade. Veio o desprestígio do "cirurgião-mór".

Até 1832, o preparo de nossos "médicos" não era satisfatório. O ensino era teórico, muito verbalista, dialético, aulas oratórias e retóricas, poucos trabalhos práticos. O "médico" ou "cirurgião **aprovado**" (se cursava até ao quinto ano e requeria "exame de licenciatura") ou "cirurgião **formado**" (se fazia o curso completo de cinco anos e mais um ano, para exercer a profissão, teria, ainda, de submeter-se a "exame de licenciatura" ou de "habilitação" para obter a "carta de cirurgião ou de médico", mediante um exame pelo "cirurgião-mór" ou "médico-mór" da Corte, apesar de já estarmos em plena Independência (até 1826, prevaleceu tal dependência).

Vem a reforma de 3 de outubro de 1832, estende para seis anos a duração do "curso médico", sem mais falar em cirurgia; aumenta as disciplinas para 14; faz a unificação dos estudos, extinguindo de vez, a distinção entre "cirurgião" e "médico", deixando ao "formando" escolher, depois, a especialização.

A nova lei exigia maior soma de conhecimentos para ingresso (vestibular) e matrícola na "Faculdade de Medicina"; adotou a "defesa de tese de doutoramento"; procurou despertar o interesse para os trabalhos práticos e para a pesquisa científica — tudo isso traduzindo o propósito, este o seu grande e maior sentido, de fazer uma "Medicina Brasileira", como reflexo ou efeito de nossos ideais de "Independência", libertando-a do seu condicionamento, dependência da medicina lusa.

O aparecimento de "lei de 3 de outubro de 1832", implantada na Bahia a 2 de junho de 1833 — dez anos depois da "Luta pela Independência", teve, assim, uma conotação político-cultural. Procurava iniciar a nossa independência

médico-científica, acompanhando, de perto, idêntico movimento em favor de libertação de nossas literaturas ou seja a definição de uma "literatura brasileira", distinta da "literatura portuguesa".

— Eis um ponto que é preciso ressaltar, na celebração dos 150 anos da lei.

De par com a nossa emancipação política, após as vitórias da Independência, procurou-se a emancipação econômica e financeira (até hoje, estamos procurando obtê-la mais definidamente) pela intensificação do comércio exterior, mais abertura dos portos, pela industrialização, a grande indústria, extensão da lavoura e, necessariamente, pela emancipação cultural, esta corolaria do desenvolvimento, da riqueza e da produção, e da boa política.

Então, 1830-32, ia renascendo a nossa independência cultural, com maior vitalidade ao começo do Segundo Império. Despontava forte uma "literatura brasileira", nacional, esforçando-se por ser autêntica, algo distinta da "literatura portuguesa", até então, exportada pelo Reino para a sua Grande Colonia.

O Ensino Médico, àquele tempo, em maior evidência, expansão e algum prestígio, tanto por sua necessidade, e ser o único nacional de nível superior, já que os filósofos, juristas, padres e outros (os padres, e nos seminários, eram considerados não oficiais) vinham formados, na Corte e na Europa — foi o campo de ação de idéias mais atingidas pelos propósitos de uma "independência cultural".

Os médicos, no passado, se punham sempre à frente dos movimentos culturais e políticos, como prosadores e poetas, oradores e e publicistas, conferencistas e literatos, qualidades que, em alguns, excediam a atividade de médico profissional.

A criação ou melhor a instalação de uma "Faculdade de Medicina" na Bahia e no Rio de Janeiro, representou, àquele tempo, o primeiro grande passo para a formação ou definição de uma "Medicina Brasileira", verdadeira, nativa, nacional, que procurava sair da condição de mera e grosseeira repetição da "Medicina Portuguesa", de sua vez, reprodução das de Europa.

A criação da "Faculdade de Medicina" foi, portanto, o verdadeiro começo da "libertação do Ensino Médico" que até então (1832), apesar de nossa "independência política", continuava sofrendo pressões e obstáculos por parte de grupos políticos interessados em manter a medicina no Brasil em grande atraso, em relação a Portugal, presa à condição de "escola" e de "colégio", como se alimentasse, ainda, a esperança de vê-lo voltar a ser a "grande colonia portuguesa".

Temos, porém, de reconhecer que a libertação do ensino médico, em relação a Portugal e a Europa, foi lenta, demorou muito mais do que se esperava, com o prometido pela "lei de 3 de outubro de 1832". É certo que o processo cultural já por natureza lento, teria de ser demorado. Mas no caso brasileir, teve de esperar que o desenvolvimento econômico lhe trouxesse os recursos materiais necessários. A emancipação econômica foi e está sendo muito demorada.

Referindo-se à nossa libertação científica e cultural, o Prof. Malaquias

Alvares dos Santos, na sua "Memória Histórica da Faculdade de Medicina da Bahia – ano de 1854" – a primeira que foi escrita, escreveu:

"Ela concorria com a franqueza dos Portos, e com a libertação da indústria para dar aos brasileiros o conhecimento de sua soberania e para dar à nação o reconhecimento de sua nacionalidade".

A reforma de 1832 teve grandes implicações políticas, não há como recusar.

A Independência de 7 de Setembro de 1822 e a sua Consolidação na Bahia, a 2 de Julho de 1823, estavam completando o primeiro decênio, motivo para comemorações exaltadas, no sentido de uma afirmação cultural, capaz de exigir maiores atenções e cuidados, de vez que o Império não se mostrava devidamente interessado no crescimento do ensino médico, dignificação do exercício da medicina nada fizera, além daquele decreto de 9 de setembro de 1826.

– Durante as "Lutas da Independência" na Bahia, entre junho de 1821 e julho de 1823, o "Colégio Médico-Cirúrgico" (estava funcionando no Hospital da Santa Casa de Misericórdia, irmandade que tinha como irmãos mais influentes ricos proprietários e comerciantes portugueses ou filhos de portugueses) suspendeu suas atividades, professores e alunos empenhados no movimento de libertação e expulsão das tropas lusas de ocupação, que não obedeceram as ordens do Imperador.

Após a "Consolidação da Independência", as competições políticas cresceram e tiveram seus reflexos no ensino médico. Dois médicos e ambos professores do Colégio Médico-Cirúrgico", ambos baianos, José Avelino Barbosa (1784-1838), formado em Edimburg, Inglaterra, e José Lino Coutinho (1784-1836), formado na Bahia, futuro Conselheiro do Estado e Ministro do Império – dois médicos políticos, como deputados gerais da Província, seus representantes na Câmara Nacional, mas militando em partidos diferentes – distinguiram-se na preparação da reforma do ensino médico, de 1832.

Embora com pontos de vista diferentes, mas por competições partidárias, ambos queriam a melhoria do ensino e foram os principais preparadores da "Reforma de 1832". José Lino Coutinho, desde antes, em 1827, apresentou à Câmara Nacional um projeto de reforma de ensino; José Avelino Barbosa, de sua vez, fazendo-lhe oposição na política da Bahia, apresentou outras disposições, o que fez demorar a aprovação, até que José Lino Coutinho, juntamente com o Prof. Paula e Araújo, outro baiano, formado na Bahia, professor do Colégio Médico-Cirúrgico da Bahia, conseguem provocar a manifestação e participação da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, recém-fundada (28 de maio de 1829) e em franca atividade cultural. A Câmara Nacional, apôs calorosas discussões, que duraram de outubro de 1830 a junho de 1831, resolveu ouvir aquele órgão cultural dos médicos e, embora fizesse certas modificações, aprovou e recomendou o projeto de autoria de Lino Coutinho e Paula e Araújo, que se fez "lei de 3 de outubro de 1832", promulgada pela Regência Trina (Lima e Silva, Costa Carvalho e Braulio Muniz).

— Tivesse tido ou não implicações políticas, o fundamental é que se fez algo de valioso em prol do ensino médico.

— As comemorações dos 150 anos parecem ter, também, conotações políticas de alto nível; desejo de "retomada" do prédio histórico e melhoria do ensino médico mais prático, mais objetivo, mais acreditado.

— Coincidência ou intenção — melhor é não discutir e somente aplaudir — o sentido real das comemorações tem implicações que fazem lembrar as de 1832.

6 — Grande Conteúdo para Menor Eficiência Prática

Produto do idealismo e da necessidade de libertação cultural, a reforma de 1832 teve grande amplitude de visão, que a realidade prática não pôde concretizar. Grande o seu sentido cultural, administrativo e didático, para uma realidade sócio-econômica, demo-política ainda não preparada para recebê-la.

Embora se possa reconhecer que ela, de certo modo não correspondeu ao que era mais desejado, necessário e premente, o preparo técnico-profissional dos alunos — seria injusto dizer ou admitir que ela tenha fracassado. Não. Ela foi o grande passo para as reformas seguintes, todas refletindo o patriótico desejo de um ensino médico melhor, um "Ensino Médico Brasileiro", nacional, ao nível de Portugal e de Europa.

Não importa que tenha sido inspirada no modelo francês, "Faculdades de Medicina de Paris e de Montpellier", ao contrário do "Colégio Médico-Cirúrgico", este mais aproximado do estilo de ensino adotado na Alemanha.

A reforma de 3 de outubro de 1832 prometia grandes feitos para o Ensino Médico. Autonomia didática e administrativa, liberdade de ensino, maior autoridade e prestígio do professor; autorizava o funcionamento de "congregação de professores" e esta com autoridade para sugerir reformas ou modificações do ensino, competência para organizar os currículos, aprovar seus regulamentos, fazer a eleição de seu diretor em lista tríplice para ser um escolhido pelo governo (logo, à primeira eleição, Lino Coutinho foi o escolhido em primeiro lugar e nomeado, ganhando para José Avelino e Ferreira França, sendo que José Avelino já vinha exercendo a diretoria interinamente); competência da congregação para estabelecer provas de seleção e aproveitamento dos alunos e de concurso para admissão de professores, lugares, antes, providos por escolha pessoal dos governantes; aprovar taxas de matrícula, compra de livros e material didático, instrumentos e aparelhos para os laboratórios; outras providências que dariam a "nova Faculdade de Medicina" uma existência verdadeira, autêntica, desejada autonomia administrativa, relativa, sem dúvida, tal como, ainda hoje, tantos admitem, outros reclamam e reivindicam-na maior, real, verdadeira.

A reforma logo passou a exigir maior preparo dos candidatos vestibulandos, que deveriam ter sido aprovados em estudos básicos (francês, inglês,

conhecimentos de ciências físicas e naturais, chamados "preparatórios"); aumentou de 5 para 14 o total de disciplinas a serem estudadas, a duração do curso de 5 para 6 anos; exigia e tornava obrigatória a freqüência às aulas, estabelecendo o máximo de faltas toleráveis; instituía a defesa de "tese de doutoramento"; preenchimento das cadeiras por concurso de títulos e provas dos candidatos a professores; não esqueceu de aumentar os vencimentos dos professores, então ridículos, e os equiparou ao dos desembargadores da Relação, assegurando-lhes o direito de jubilação (aposentadoria) aos 25 anos de serviço. A mesma lei criou, entre as novas disciplinas, a cadeira de **"Medicina Legal"**, e a de **Partos e Moléstias de Mulheres Pejadas e Paridas** e de **Recém-Nascidos"**, bem como acrescentou à Higiene a **"História da Medicina"** (José Avelino Barbosa foi o primeiro professor de História da Medicina) e criou os novos cursos, **"Curso de Farmácia"** (duração de 3 anos), e de **"Obstetrícia"** (duração de 2 anos).

No Colégio Médico-Cirúrgico, existiam as: 1 — Anatomia; 2 — Fisiologia; 3— Higiene e História da Medicina, Patologia, Ética e Terapêutica; 4 — Clínica Médica; 5 — Operações e Partos; 6 — Matéria Médica e Farmácia; 7 — Patologia Externa. Com a Faculdade de Medicina, acrescentaram: 8 — Física Médica, 9 — Botânica e Zoologia; 10 — Química Médica e Mineralógica; 11 — Patologia Interna; 12 — Medicina Legal; 13 — Operações e Aparelhos; 14 — Partos e Moléstias de Mulheres Pejadas e Paridas e de Recém-nascidos. As 14 cadeiras foram distribuídas em 3 **"secções"**: 1 — "ciências accessórias"; 2 — "ciências médicas"; 3 — "ciências cirúrgicas"; cada qual das três com dois professores substitutos.

— Manda, também, a verdade, contada pela história, que se diga que a Reforma de 3 de outubro não conseguiu obter grande melhoria para o ensino prático, tampouco veio a realizar, satisfatoriamente, o que prometera. Não tendo trazido a esperada melhoria para o ensino prático da medicina, perdeu o mérito de ter sido uma grande reforma. Como promessa, foi grandes; como realização, ficou um pouco a desejar, além de ter sido muito demorada a implantação de muitas melhorias prometidas.

De fato, houve maior extensão de estudo, mais teoria, maior preparo cultural, mas a parte prática não acompanhou a expansão da teórica. As aulas continuaram teóricas, em tom de discurso, forma oratória, preocupação de figura verbais, pruridos de erudição e, o que foi pior, criou um certo gozo ou orgulho de "propriedade da cátedra", sem maior esforço para realizar trabalhos práticos, na Bahia como no Rio de Janeiro. Ambas continuaram sem bons laboratórios nem enfermarias próprias, estas emprestadas ou permitidas pela Santa Casa de Misericórdia, quer quando a Faculdade estava na enfermaria do Terreiro de Jesus, quer, depois, mais tarde, no Hospital Santa Isabel. A culpa não estivera, toda, na qualidade dos professores, em sua maioria, intelectuais, cultos, humanistas, mas de poucas habilidades técnicas. Era mais por falta de material para ensino prático, aulas práticas de laboratório e de meios semiotécnicos nas enfermarias. Não lhes faltava gosto ou interesse para a causa do ensino, tão frequentes

eram os reclamos e solicitações que faziam em relatórios e memoriais. Sempre a "falta de verbas" para a Bahia e para o Rio. Eram escassos as dotações para por em funcionamento os laboratórios, prover as enfermarias e hospitais, tudo ficando a depender de prestígio pessoal dos dirigentes e governos junto à Fazenda da Corte. Mais grave não foi a situação, porque os convênios sucessivos com a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia iam permitindo o funcionamento das enfermarias, mesmo precariamente. Não esquecer que a Irmandade da Santa Casa era constituída de pessoas gradas, portugueses muitos ou descendentes destes, que ainda não viam com muito agrado a nossa Independência, ou libertação cultural em relação a Portugal.

Se o ensino médico prático não foi intensificado pela reforma de 1832, porém, os estudantes de medicina, os médicos e os professores de medicina foram tomados de interesse ou empenho culturalista — a cultura humanística dos médicos do passado por maior soma de conhecimentos científicos, mesmo fora da medicina, versados em outras ciências, filosofia e literatura e história natural e da civilização. Em verdade uma cultura humanística, teórica e individualista, personalista, mais em favor do homem isolado, do que aplicada ao bem estar coletivo, à vida da comunidade.

A vida de professor, do ponto de vista de remuneração, não era das mais compensadoras, capaz de lhe assegurar relativo bem-estar e dedicação única ao ensino, mesmo com o aumento trazido pela reforma de 1832, pelo que muitos se deixaram atrair pelos lucros da clínica particular, como profissionais liberais, clínicos ou cirurgiões. Esta situação veio a melhorar, um pouco, com a reforma de 1884, coincidindo, na Bahia com a reconstrução da "ala" da ex-enfermaria dos jesuítas, a demolição de dois grandes prédios coloniais (o em que estivera a sede do Hospital Militar ou a ex-Casa do Banco", le o contíguo que vinha fazer esquina com a rua das Portas do Carmo, para ser construída, na área ficada, a "nova ala", similar à construída pelos jesuítas, de modo a formar, o conjunto, um ângulo reto, reintrante, um "canto" da praça do Terreiro de Jesus, obra que veio sendo realizada entre 1882-89 até 1893 e, principalmente, completada na gestão do Prof. Pacífico Pereira (diretor da Faculdade de Medicina, entre 1895 a 1898).

Foi depois de 1893, com as obras de reconstrução terminadas, e, principalmente, com a inauguração do Hospital Santa Isabel (a 30 de julho de 1893), da Santa Casa de Misericórdia, grandioso, monumental, obra de arte bela e excelente campo de estudo, posto à disposição (em convênio) da Faculdade de Medicina da Bahia; e, logo depois, a inauguração do Hospital (Asilo ou Hospício) São João de Deus, em Brotas, a 24 de junho de 1894, para onde vieram os insanos mentais, que estavam nos porões do subsolo do Hospital da Misericórdia (convênio com a Faculdade de Medicina), na mais completa promiscuidade e expostos aos rigores do sol e chuva, atras de grandes, voltados para o sol da tarde.

O reconhecimento de que a reforma de 1832 não trouxera apreciáveis

melhoras para o ensino prático provocou movimentos de reformulação do currículo, no sentido de maiores atividades práticas. Assim, foi essa a intenção da reforma de 1854, de Couto Ferraz, Barão do Bom Retiro; igual propósito, teve a de Leôncio de Carvalho (1879), concretizada na de 1884, esta de sua vez, continuação ou concretização da reforma trazida pelo decreto n. 931, de 25 de outubro de 1884, preocupada em reduzir o teorismo existente.

A reforma de 1882-84 reorganizou o ensino prático, aprovou os "Estatutos da Faculdade de Medicina", conseguiu, eis o mais importante, recursos de verbas para a construção e reconstrução de um prédio próprio para a Faculdade de Medicina.

Criou, ainda, o Curso de Odontologia, duração de 3 (três) anos.

— É oportuno registrar que, antes (em 1881) da direção proficiente do Prof. Pacífico Pereira, já era apreciável a preocupação pelo ensino prático. Pacífico Pereira, professor de Histologia, além de grande clínico e médico parteiro, uma figura excepcional da Medicina Baiana, ao fim do século passado, tendo aprendido e seguido as lições de seu mestre, Prof. Antônio José Alves (pai do poeta Castro Alves), intensificou os trabalhos práticos de histologia normal, pondo os alunos em contato com o manuseio do microscópio e preparação de lâminas de tecido, estudo dos glóbulos do sangue, e células e glóbulos do leite. Outros professores, como o Barão de Itapoã (Adriano Alves de Lima Gordilho, em Obstetrícia, e Nina Rodrigues, em Medicina Legal, tiveram igual empenho.

A verdade, porém, não esconde que alguns professores preferiram continuar as aulas teóricas, cheias de erudição e oratória. (Até 1930, havia, ainda, alguns desses professores e os alunos os admiravam; eu mesmo admirei alguns e deles guardo emotivas lembranças, escreviam e falavam bem).

Todas as reformas, leis, decretos, regulamentos do ensino médico — desde a do ministro Luis Pedreira do Couto Ferraz, Barão do Bom Retiro), de 1854; a de Leôncio de Carvalho, de 28 de abril de 1879, criando mais 8 (oito) cadeiras, visavam o desenvolvimento do ensino médico. A reforma de 1854, gerou a reforma de 1882 — a grande reforma do ensino que teve os notáveis pareceres do eminente baiano Ruy Barbosa — sendo que a parte referente ao ensino médico teve grande participação do Prof. Visconde de Sabóia — daí ser conhecida como a reforma do "Visconde de Sabóia, que foi um dos relatores da parte médica, juntamente com o Conde de Mota Maia e Domingos Freire, aprovada em 25 de outubro de 1884, mas somente em execução em 1885. Esta reforma do ensino médico, que passou a ser conhecida como do Visconde de Sabóia (prof. de Medicina no Rio de Janeiro) foi a mais importante e a que trouxe melhores subsídios para a implantação de um ensino médico prático mais eficiente, tanto pela orientação dada como pelos recursos materiais que propiciou aos laboratórios clínicos e gabinetes técnicos, subvenções para os convênios com as enfermarias da Santa Casa. Outras necessidades, inclusive verbas para a construção e reconstrução do prédio da Faculdade.

Houve, na República, uma sucessão de reformas, leis e decretos, regula-

mentos, todos procurando atender os reclamos de um melhor ensino prático das especialidades clínicas. A reforma de Benjamin Constant (1º de janeiro de 1891) aumentou o número de cadeiras para 29; a de Epitácio Pessoa (1901) com um regulamento para as Faculdades de Medicina; a de Rivadávia Correia (18 de maio de 1911) e a de 1915, continuação da de 1911, ambas muito controvertidas; a reforma de Rocha Vaz (1924) tão contestada; a de Francisco de Campos, no Estado Novo (1937), que provocou muitos protestos; a de Gustavo Capanema; além de decretos e aprovação de regulamentos, a instalação da "Universidade Federal da Bahia, que (a 2 de julho de 1946), que incorporou a Faculdade de Medicina da Bahia, fazendo-a perder a antiga autonomia; todas visaram, mais diretamente, o ensino prático.

Com a universidade, criaram-se os "Institutos" destinados à prática de pesquisas e estudos experimentais e, logo depois, inaugurado o grande "Hospital das Clínicas" (1947), sem esquecer a lei de 1965 que desprestigia a "Cátedra" e cria o "Departamento", como a "unidade de ensino", idéia que o tempo ainda não pode louvar e para muitos fez decair o ensino, por perda de estímulo para a carreira universitária; e a criação de "Estágios" e "Residências" aos formandos e recém-formandos, indiscutivelmente, de grande valor prático, mas que têm trazido desagradáveis incidentes administrativos, gerando reivindicações que têm perturbado o funcionamento das disciplinas clínicas. Todas essas reformas e regulamentos trouxeram a intenção de aprimorar o ensino prático, não há como não reconhecer. Todavia, as deficiências continuaram, em razão de nunca ter havido exata proporção entre as dotações orçamentárias e os reclamos do desenvolvimento acelerado das ciências médicas e de suas tecnologias.

Cada reforma procurava corrigir as deficiências da anterior, trazia uma porção de promessas mas que não chegavam a se concretizar, pelo que não se pode dizer que uma foi muito melhor que outra, elas se complementaram. Todavia a de 1882-84 teve méritos especiais.

— É sempre o fator econômico, a pobreza ou a redução de recursos para as despesas do ensino médico mais prático, o responsável pela sua menor eficiência, no passado, como no presente.

Todas as reformas e regulamentos poderiam ser lembrados com comemorações, pois, cada qual deu sua parcela, maior ou menor, de contribuição.

— Não quero com astas referências e citações, subestimar a importância da reforma de 3 de outubro de 1832, como data para merecer especial comemoração. Ao contrário, reconheço que ela foi a grande ou a primeira grande reforma, a inicial do movimento reformador, que não pôde mais parar e, ora, se continua, de vez que a estrutura atual da Universidade Federal da Bahia, apesar do seu acelerado e intensivo crescimento, aumentando suas "unidades" e "institutos", ainda não pôde corresponder aos reclamos de um ensino mais prático, mais objetivo, em todos os seus setores, destacadamente, na Medicina e na Engenharia e na Química, mais exigentes.

— A comemoração da reforma de 1882 (30 de outubro de 1882) — agora

transcorrendo o seu centenário, mereceria igual celebração, tão maior ela foi para o ensino médico, sobretudo, porque suscitou a seguinte, de 1884, então, a que deu grande impulso ao ensino médico prático.

— O fato de a reforma de 1832 ter dado o nome "Faculdade de Medicina" não lhe dá maior mérito para ser comemorada. Mais justo seria celebrar os 150 de uma (1832) com os 100 da outra (1882).

7 — Reparação de um Esquecimento — O Testemunho da História em Favor do Hospital Militar

O testemunho da história é inequívoco. Basta querer ouví-lo, acompanhando-lhe a sucessão dos fatos.

Ao transcurso dos 150 anos da reforma que denominou "Faculdade de Medicina", a lembrança de que ela começou, como "Escola de Cirurgia", no "Real Hospital Militar de Salvador", é um dever de reconhecimento. Houve e tem havido um inaceitável esquecimento, que é preciso reparar. A origem do "Ensino Médico", no Brasil, esteve nos dois hospitais militares, o de Salvador e o do Rio de Janeiro. Sem eles, não teria começado. A "Faculdade de Medicina" alcançou a esse estado ou condição por já ter passado pelas de "escola" e "colégio". Fala-se que, na Bahia, a "escola de cirurgia" foi instalada em dependências do "Colégio dos Jesuítas", sem as explicações necessárias, como as que se seguem.

— O Ensino Médico, na Bahia, foi criado pela "Carta Régia", datada de 18 de fevereiro de 1808, assinada pelo ministro D. Fernando José de Portugal, futuro "Marquês de Aguiar", por ordem do Príncipe Regente, D. João VI. Foi um dos seus primeiros atos, logo após a sua chegada ao Brasil, instalando, na Bahia, a sede provisória do Reino de Portugal — Brasil e Algarves.

Aproveitando a excepcional eventualidade política, um médico brasileiro, natural de Pernambuco, cirurgião-mór do Reino e pessoa de confiança e influência de D. João VI, vindo em sua companhia, o cirurgião José Correia Picanço (1745-1823), professor e cirurgião do Hospital São José, em Lisboa, futuro "Barão de Goiana" — sugeriu a S.M. a criação de uma "Escola de Cirurgia", que deveria funcionar dentro do Real Hospital Militar da Cidade de Salvador, o único que oferecia condições para tanto, por ser o do Reino e dispor de "cirurgiões-mores", formados. Correia Picanço foi o principal idealizador e patrono de causa, o crisdor e fundador do Ensino Médico no Brasil, e da primeira "Escola de Cirurgia" para que nela houvesse o ensino.

"Não só da cirurgia propriamente diata, mas da anatomia como base essencial dela e da arte obstétrica tão útil quanto necessária".

O Governador da Província, o Capitão General D. João Saldanha da Gama, futuro "6º Conde da Ponte", mandou funcionar a "Escola de Cirurgia" dentro do "Real Hospital Militar", então funcionando na antiga **enfermaria** dos jesuítas (não fora enfermaria só do Colégio de Jesus, pois, servia também ao

público, nas emergências), ao tempo que fazia nomear os três primeiros professores, todos cirurgiões militares, José Soares de Castro (português, ex-cirurgião do Hospital S. José, de Lisboa) para Anatomia e Manoel José Estrela, baiano, também ex-cirurgião daquele hospital, para Operações, enquanto a Correia Picanço, também nomeado diretor, caberia ensinar a "Arte dos Partos", o que, de verdade, não conseguiu fazer, por motivos diversos, preconceitos sociais, exagerado pudor das mulheres, embora Picanço fosse grande cirurgião e parteiro, o primeiro a fazer a "cesariana" no Brasil.

Sem aquele hospital militar funcionando, ainda que em instalações precárias, eram porém, as melhores, àquele tempo, e seus cirurgiões-mores, os melhores, não teria sido possível iniciar o Ensino Médico, aqui na Bahia como, mais tarde (5 de novembro de 1808), no Real Hospital Militar do Rio de Janeiro.

— Fala-se que a Escola de Cirurgia foi instalada na antiga Colégio dos Jesuítas, omitindo-se qualquer referência ao Hospital Militar. Não é justo nem justificável tal esquecimento. Eis um fato histórico-cultural que deve ser revisto e esclarecido. É o que a História reclama e a sua verdade nada tem a ver com prevenções de médicos civis contra militares, outrora mais fortes, agora, já se desfazendo.

O "Real Hospital Militar da Bahia" foi, primitivamente, uma enfermaria ou grupo de leitos alugados ao Hospital da Santa Casa de Misericórdia ("Hospital São Cristóvão", junto à Igreja da Misericórdia), desde a fundação da Cidade de Tomé de Souza, em 1549, os militares, quando doentes, eram, ali, internados, pagando-se por cada uma diária, sempre achada insuficiente pela Santa Casa (120 réis por cada paciente), contrato feito em 1572 e que ela rescindiu em 1716, apesar dos reajustes.

Em 1779, ante a ameaça de invasão da cidade por espanhóis, o Governador da Capitania, avisado pelo Secretário de Estado de Negócios do Reino, considerando que os setenta (70) leitos do Hospital S. Cristóvão da Santa Casa não hastava, mandou preparar um pequeno hospital no "Hospício de Nossa Senhora da Palma", ao outeiro do mesmo nome, lugar mais seguro e mais abrigado, em caso de luta armada. Daí, da Palma, veio o Hospital Militar para a ex-enfermaria dos jesuítas, de sua vez, já antes entregue à Santa Casa.

Aconteceu que, em 1759, os jesuítas foram expulsos da Bahia e do Brasil. A citada enfermaria ficou para o governo da cidade e este a entregou à Santa Casa para fazer dela um novo hospital, que passou a ser chamado "Hospital da Cidade". Em 1788, o Hospital Militar veio da Palma para enfermaria deste hospital, tendo alugado um sobradão colonial contíguo a esta, conhecido como "Casa do Banco" para fazer nele a sua sede ou diretoria.

— Foi, ali, no Hospital Militar que começou a funcionar a "Escola de Cirurgia", teve início o "Ensino Médico". Portanto, não foi na ex-enfermaria do Colégio de Jesus, mas no Hospital Militar que ele teve começo. Estiveram juntos, "Escola de Cirurgia" e "Hospital Militar" de 1808 até fins de 1815. Com a instalação do "Colégio Médico-Cirúrgico", em 1816 — os civis não aceitavam as

restrições da disciplina militar — o ensino médico e enfermaria foram para o antigo Hospital de Misericórdia, mal instalados, enquanto o Hospital Militar continuava no Terreiro de Jesus, em seu lugar. Em 1832 — reforma de 3 de outubro de 1832 — o Colégio, com o nome de "Faculdade de Medicina", volta à enfermaria e casa onde estivera juntamento com o Hospital Militar, este volta ao Hospício da Palma e, logo depois, em 1856, vai para a "Casa do Trem", ao Largo dos Aflitos (hoje, está com o Quartel da Polícia Militar) e ali fica até 24 de fevereiro de 1876, na chácara que foi comprada às Pitangueiras, sua sede definitiva, onde está grandemente ampliado e atualizado.

Esta pequena ou condensada história do Hospital Militar é para que se veja a verdade histórica: os jesuítas deixaram sua enfermaria, em 1759; a Santa Casa ocupou-a, para ela veio o Hospital Militar e nesse hospital veio se implantar o ensino médico. Não vejo tantas razões para que se diga que a "Escola de Cirurgia" ou o "Ensino Médico" começou na enfermaria do Colégio dos Jesuítas.

(A enfermaria não era, propriamente do "Colégio", servia aos padres e alunos noviços, aos alunos externos, às pessoas gradas da cidade e, nas emergências, ao povo. Era uma das três "unidades" recomendadas pelo art. 8º da Missão Jesuítica: Colégio-Enfermaria Botica — Casa dos Hóspedes. A construção da enfermaria fez-se com recursos provindos da venda dos famosos remédios, "mezinhas", preparadas pelos jesuítas, com folhas, raízes, ervas, cultivadas em seu "platarium" ou "ervanário" anexo à igreja (hoje, a catedral), em terrenos ao fundo da enfermaria e na encosta, sobre o mar. Até cerca de 1753, a construção da enfermaria não estava concluída. Mesmo em 1766, as salas sob as arcadas estavam sendo completadas. Foi, é irrecusável, um ato violento e intempestivo a expulsão dos bons padres — só da Bahia, foram levados 124 e do Brasil, cerca de 1.000, embarcados em navios de guerra — terrível vingança do ministro de D. José I, o Marquês de Pombal, Sebastião José de Melo, maior figura da maçonaria, que o teria feito em represália, pretextando considerar perigo para segurança do Reino o grande prestígio dos jesuítas. As igrejas dos jesuítas ficaram com o Bispo e o Clero; os outros prédios com o Governo da Província, este os entregou à Santa Casa para fins de assistência hospitalar. Surgiu o novo "Hospital da Cidade e para este, em 1788, veio o "Hospital Militar". Para ali, em 1908, veio a "Escola de Cirurgia".

— Com a urgência que foi recomendada ao Príncipe Regente, para criar o Ensino Médico, medida que, depois da "Abertura dos Portos", seria de grande repercussão política, afirmando a realidade da nova sede do Reino — foi o "Real Hospital Militar" o lugar mais indicado para iniciar, no Brasil, o "Ensino Médico".

Se não houvesse, então, em funcionamento o "Real Hospital Militar, a criação do Ensino Médico teria demorado mais alguns anos, na Bahia como no Rio de Janeiro.

Os civis, médicos, professores e alunos, servidores auxiliares, na Bahia como no Rio se indispuseram com o regime militar e preferiram ficar somente

com a Santa Casa, deixaram o Hospital Militar em 1815 e foram, como "colégio", para a Santa Casa e quando voltaram, como "faculdade de medicina", em 1832-33, retomaram as enfermarias e sedes do hospital, transferidos estas para ceder-lhes as instalações, aqui como no Rio.

A enfermaria e a sede do Hospital Militar eram melhores que as existentes no Hospital da Misericórdia. Os desentendimentos havidos, na Bahia como no Rio, foram mais de ordem pessoal e profissional, a velha prevenção de civis contra militares, àquela época, alimentada ainda, e exaltada, por motivos políticos, os militares vistos como elementos de um governo que parecia não assegurar a "Independência" conquistada, vistos como opositores das liberdades públicas. Uma velha prevenção de civis e militares, exagerada, injusta, agora, nos setores médicos, já totalmente extinta.

De fato, àquele tempo, os médicos civis e os estudantes, fora das instalações militares, sentiam-se mais à vontade para cumprir suas obrigações, mais liberdade de idéias, mais incentivo para o estudo, pesquisa e prática da medicina, amplitude de ação, que a organização e a disciplina militares não facilitavam tanto.

Isso aconteceu, mas não justifica o esquecimento ou omissão, que se tem feito, da contribuição valiosa, fundamental, que os hospitais militares, da Bahia e do Rio, para o início do ensino médico. Aqui, na Bahia, fala-se somente que a Faculdade de Medicina foi instalada no prédio que era o "Colégio dos Jesuítas", o que não é verdadeiro e tem algo de intencional.

A enfermaria fora, de fato, dos jesuítas, o que não significa que ali fora o colégio ou que a enfermaria fosse do colégio. Ela era deles, tanto servia ao colégio como ao público, nas emergências.

Quando a "Escola de Cirurgia" chegou, já ali estava, há cerca de vinte anos, o "Real Hospital Militar" e antes dele, a escola de enfermaria vinha servindo como "Hospital da Cidade", sob a direção da Santa Casa de Misericórdia. Ela foi desocupada desde 1759, quando os bons padres jesuítas foram brutalmente expulsos do Brasil. O Governo da Província entregou-a à Santa Casa, para torná-la em outro hospital de caridade. Só mais tarde, a 18 de fevereiro de 1788, por determinação do governador, D. Francisco de Assis Mascarenhas, Conde da Palma, em 1789 ou 1792, passou a servir também ao Hospital Militar, que fez a sua sede e diretoria em um sobradão contíguo, que fazia ângulo reto (canto) com a ala da enfermaria, tendo-se feito comunicação do mesmo para a enfermaria. Depois, em 1808, veio para o Hospital Militar a "Escola de Cirurgia" ("carta régia" de 18 de fevereiro de 1808) e nele ficou até o fim de 1815. Surgindo divergências entre a escola e o hospital, o ensino médico vai para o "Hospital S. Cristóvão" da Misericórdia, então (1816) com o novo nome "Colégio Médico-Cirúrgico" e ali fica até o fim de 1832, quando a reforma de 3 de outubro de 1832 o transforma em "Faculdade de Medicina", amplia seus cursos, dá-lhe maiores atribuições, o que obriga sua volta às primitivas instalações onde começara, pelo que foi o "Hospital Militar" transferido para o "Hospício de

N.S. da Palma".

A 2 de julho de 1823, começou o funcionamento da Faculdade de Medicina ou seja a execução da reforma de 3 de outubro de 1832.

De 2 de julho de 1833 até 1966-67 a Faculdade de Medicina esteve nas instalações que, antes, serviram ao Hospital Militar, ampliadas de novas construções e aumentos, sempre consorciada com a Santa Casa de Misericórdia, da qual somente veio a separar-se, quando a Universidade da Bahia pode inaugurar seu "Hospital das Clínicas" (1947).

Faz-se preciso um pouco mais de "história de vida" do prédio da Faculdade de Medicina da Bahia, em relação com o Colégio dos Jesuítas, tão necessário e oportuno para defender a volta ou "retomada" do mesmo.

8 – História de Vida do Prédio Histórico da Faculdade de Medicina da Bahia

Os jesuítas que vieram com Tomé de Souza, desde logo, preferiram instalar-se fora dos muros da cidade, tendo Nóbrega escolhido o "têso" ou colina, adiante da "porta norte da cidade" (chamada de "Santa Catarina"), para fazer sua igreja, longe da do Bispo, que ainda viria, lugar que veio a ser, depois, a Praça da Sé. Contando, mais tarde, com a íntima colaboração do governador Mem (ou mendo) de Sá, Nóbrega, Fernaão Cardim, Aspicuelta Navarro e demais (mais tarde, José de Anchieta, Antônio Vieira, e outros) foram construindo suas "igrejas" e, anexo a estas, o "colégio". As primeiras igrejas, de construção singela (de barro e sopapo) e mui pequenas, até que em, 1672, se fez ou se concluiu a definitiva, a que hoje é a nossa Catedral Basílica.

O "Colégio dos Jesuítas" – mais certo, o "Real Colégio de Jesus" foi criado por el-rei D. Sebastião, por Provisão Real de 7 de novembro de 1564, cumprindo vontade de seu avô, D. João III, que não o realizou porque faleceu.

As "igrejas de Nóbrega", o que vale dizer as "igrejas dos jesuítas" foram quatro ou cinco: a primeira, em 1553, singela e pequena demais; a segunda, logo em seguida, 1554; a terceira, entre 1564-1572, de maiores proporções; a quarta foi começada três vezes até que, em 1657, foi fincada a pedra fundamental da definitiva em 1657 e concluída em 1672, esta mais adiante, de grandes proporções, no ponto hoje chamado "Terreiro de Jesus", (em razão do próprio "colégio" (Nóbrega já havia falecido em 1572). Esta quarta ou quinta, a última, é a atual Catedral Basílica.

O verdadeiro "Colégio dos Jesuítas" era o "externato" (alunos externos), também chamado "Aulas dos Gerais" (chegou a ter cerca de 120 alunos externos. Desde a primeira igreja de Nóbrega, ele esteve na "têso deputado aos jesuítas", hoje Praça da Sé, anexo às igrejas, em área mais ou menos em frente onde estão o Cine Excelsior e a Coelba, sendo que a última "igreja-colégio" era um grande prédio que olhava (fachada) para a "rua do Bispo", a rua em frente era chamada "rua do Colégio" (nome que ficou até 1934, quando foi construída a

"Praça da Sé".

Quando ficou concluída a grande igreja do Terreiro de Jesus, houve separação. As "Aulas dos Gerais" (o "externato") continuou na têso da Sé, ficando o "internato", mais propriamente, o "Noviciado" ao lado esquerdo da nova igreja, em dois longos corredores, inferior e superior, cada qual com 7 espaçosas "celas" ou (grandes quartos), os de baixo providos de grades, para a residência dos padres e mestres; os de cima para os alunos internos (noviços), todas com janelas abertas para o "pátio" interno, onde se recreavam os padres, os alunos e pessoas a estes ligadas. Em verdade, o "Colégio dos Jesuítas" era e ficou na Praça da Sé. Ao lado e ao fundo da grande igreja, foi feito o novo "Plantário" ou "ervanário", replantado com novas espécies vindas do interior e da Europa, cujo valor medicinal era muito proclamado, daí, o prestígio de suas "mezinhas", dadas aos pobres e bem vendidas aos ricos. A pequena "enfermaria-botica", a princípio, esteve em uma das salas, parte anterior, do corredor lateral inferior, até, mais ou menos, 1694. (Com a construção da enfermaria-botica, a parte da botica ficou no pavimento térreo, mais em contato com o público.

Com o produto da venda das "mezinhas", os bons padres começaram a construir uma longa "ala" lateral esquerda da igreja, no alinhamento da parte da frente, olhando para o Terreiro de Jesus, para servir de sede à "Enfermaria-Botica". Ao fim ou fundo desta, fez-se a "Casa de Hóspedes", o que chamavam de "Recoletado" (Recolhimento), para hospedar pessoas gradas, ilustres visitantes, como era da organização dos jesuítas, (Mem de Sá, antes de assumir o governo), morou com Nóbrega e os seus companheiros, recebendo "sugestões" asim outros ilustres do Reino).. Até 1756, a construção da "enfermaria-botica", ainda não estava concluída, faltando completar as salas que ficavam sob as "arcadas", em derredor do "pátio interno", (pátio dos noviços).

A "ala" ou grande pavilhão vio fazer ângulo reto reintrante (canto) com um velho sobradão colonial, mais tarde, veio ser, aí, a sede do Hospital Militar). Além desta ala, os padres construíram dependências internas, para morada dos serviçais domésticos, inclusive alguns escravos, cozinha e refeitórios, sala de recreio e aulas especiais dos internos (algumas aulas eram comuns com os "externos", na Sé, aonde iam por uma passagem especial), dispensa e almoxarifado, necrotério, outros. O "pátio interno" ou "Pátio das Artes", pois o colégio tinha como exato nome **"Colégio das Artes"**, ainda tem a sua área livre, é a que fica atrás do atual "Salão Nobre" e ao lado da catedral com as janelas dos dois corredores laterais, tendo ao fundo, sobre a encosta, os dois pavilhões que serviam de "anfiteatros para ensino da "Anatomia" com "salas de dissecação" e museu de peças anatômicas, construídos ambos com as obras de 1882-89-93 e concluídas em 1889 tinham, também, a sua "Roça", vastos terrenos que desciam pela encosta, iam ao Tabuão e se estendiam além, próximo a "Água de Meninos".

Recapitulando ou recomeçando a história do prédio. Foi nessa enfermaria-botica, desocupada em 1759, que se veio instalar o "Hospital da Cidade" e dentro deste, a partir de 1788, o "Real Hospital Militar" e, afinal, em 1808, a

"Escola de Cirurgia", em 1832, a "Faculdade de Medicina".

Estimulados pela promessa da reforma de 3 de outubro de 1832, a partir de 1833, os diretores e professores da Faculdade de Medicina da Bahia, insistentemente, iam pedindo recursos para a instalação das novas disciplinas e seus gabinetes e laboratórios, material de ensino, construção de novas dependências, aluguel e compra do sobradão contíguo (sede da faculdade) e, depois, de um outro sobradão, contíguo a este, bem maior, de três andares e uma açotéa, que vinha fazer esquina na entrada da rua "Portas do Carmo" (na outra esquina da rua estava o "Mercado do Peixe, o prédio ainda existe e é o mesmo), além de mais dois outros prédios contíguos no segundo sobradão, na direção das Portas do Carmo.

De recurso em recurso, empenhos sucessivos, são comprados os dois sobradões coooniais e os dois mencionados prédios das Portas do Carmo, de números 6 e 8, ao preço de doze contos de réis, logo demolidos. Destaca-se nesse esforço o trabalho do diretor Vicente Ferreira Magalhães (diretor da faculdade entre 1871-74). Pouco depois, começa-se a grande obra de reconstrução da antiga enfermaria dos jesuítas (somente foram aproveitadas as quatro grossas paredes) e a capela interna consagrada a São Estanislau Kopcke). Na área dos prédios demilidos, foi construída, entre 1882-89-93, graças, principalmente ao empenho de Pacífico Pereira, (diretor da faculdade entre 1895-98, tendo sido antes vice-diretor), uma nova ala, idêntica à que fora feita pelos jesuítas, no mesmo estilo neo-colonial, mas sem platibanda, de modo que esta formou um ângulo reto reintrante (fez-se um "canto" do Terreiro de Jesus), ficando porém em nível um pouco mais alto, o que, ainda, se vê, o "salão nobre" mais baixo, cerca de um metro que a "sala da congregação". Na mesma reforma da ala antiga e construção da nova similar, construíram os dois pavilhões para o estudo da Anatomia.

Na "ala antiga", fez-se o belo "Salão Nobre", em cima, e o "saguão" na parte térrea, e outras dependências. Na "ala nova", fizeram a "sala de congregação", "sala dos lentes", diretoria, secretaria, salas de administração, gabinetes, anfiteatro para aulas e conferências. Ao ser terminada a fachada, em 1893, foi posta, ao alto, da porta de entrada, a principal, uma lápide em mármore, que ainda lá está, com a inscrição **"Faculdade de Medicina da Bahia — 1893".**

A obra não estava completa. O ensino prático ia crescendo visivelmente, para o que foram, também, alugadas casas fora da Faculdade de Medicina, destinadas a poder funcionar novos gabinetes, às ruas da Laranjeira e do Tijolo. Antes da grande obra, houve a iniciativa de comprar à Santa Casa o grande prédio doa "Asilo Santa Isabel", à rua da Vala (hoje J.J. Seabra) para alojar a faculdade, bem como, se pretendeu alugar parte do Convento de São Francisco, ao Terreiro.

A 2 de março de 1905, às 21:30 horas, o novo prédio começa a ser destruído por um incêndio, de grandes proporções, considerado criminoso, e que teve início no almoxarifado (queima de documentos comprometedores de

irregularidades de algum funcionário) e destruiu, de modo violento, toda a parte da "ala nova" e parte da "ala antiga", biblioteca, museu, laboratório, capela interna, salas de aula, outros.

Era, então, Alfredo Brito o diretor. Toda a cidade, consternada, lamentou a triste ocorrência. Mas, a reação foi pronta. O diretor, professores, alunos e servidores iniciaram um movimento para recuperação imediata do prédio. O governador do Estado, José Marcelino e o ministro do Interior, o grande baiano J.J. Seabra, se empenham junto ao Presidente Rodrigues Alves e, sem demora, vêm recursos para a reparação de toda a parte destruída pelo fogo e, mais, para ampliar a faculdade, compra de doze prédios antigos, de números 2 a 24, à rua das Portas do Carmo, em continuação da "ala recém-construída, que foi destruída pelo fogo. Na área ficada, com a demolição dos doze prédios, constróem arcadas, grandes corredores e varandas, com salas de aula, jardim, um imponente anfiteatro — o Anfiteatro Brito", verdadeira obra de arte, o que se poderia imaginar de mais moderno e perfeito — um pavilhão para abrigar a nova "biblioteca" e o instituto médico-legal consagrado a "Nina Rodrigues", ficando o grande prédio, majestoso, com a fachada principal olhando para a rua das Portas do Carmo (teria havido certo engano da planta em relação à disposição no terreno). Reconstruída, também, a ala antiga (a que fora levantada pelos jesuítas, mas somente aproveitadas as quatro grossas paredes pela reconstrução feita em 1882089), todo o prédio passou a ser um dos mais belos da cidade. Ainda o é, embora sofra a ação do tempo, com o abandono em que o deixaram.

O prédio ficou, assim, composto de duas partes bem distintas. A **"parte antiga"** a que está e olha para a praça do Terreiro de Jesus, composta de duas "alas", que formam um ângulo reto, a primitiva construída pelos jesuítas e a similar, construída entre 1882-89-93, nas quais foi posta bela platibanda, de modo a dar-lhe feição ou estilo neo-renascentista; nesta, ficaram o belo "Salão Nobre" (então e ainda agora, um dos mais imponentes em todo o país), sala de aula, e gabinetes, na parte que fora a enfermaria dos jesuítas, sala de congregação, sala dos lentes, diretoria e secretaria, arquivo, administração, salas de aula, gabinetes, gabinetes e laboratórios na parte construída em 1882-89-93, conservando-se a porta antiga de entrada que, voltada para a praça do Terreiro, continuou sendo a principal, embora, na planta de construção, a entrada principal era pelo largo portão e jardim voltados para a rua Portas do Carmo. "A **"parte nova"**, recém-construída, com suas arcadas, corredores e majestosas varandas, entre o jardim, à frente, e a encosta ao mar da baía de Todos os Santos, ao fundo, foi feita em estilo grego, jônico, contrastando com o antigo neo-colonial, de platibanda renascentista, da parte antiga, voltada para o Terreiro de Jesus.

— Este é o grande prédio que ainda se vê e que foi deixado em abandono, arruinando-se desde 1969, depois que dele foi retirada a Faculdade de Medicina, mas que, desde 1976, vem sendo, mui lentamente recuperado. Ficou aprontada, agora, a "parte antiga", considerada a "parte nobre" (ou porque contém o que restou dos jesuítas, ou porque nela esteve e está o "Salão Nobre"), enquanto a

parte construída em 1909, a "parte nova", vai sando destruída pelo tempo, inclusive o grandioso "Anfiteatro Brito", com a sua original rotunda e suas grandes estátuas de mestres da Medicina, aqueles que muito fizeram para o engrandecimento da Faculdade de Medicina da Bahia.

— Com o exposto, vê-se que o prédio é da Faculdade de Medicina da Bahia, todo ele foi para ela construído e somente pequena parte (as quatro grossas paredes da antiga enfermaria e "casa de hospedagem" que ela recebeu do Hospital Militar) foi aproveitada.

Não há tanta razão para que se fale tanto em "Colégio dos Jesuítas", fazendo supor que ela foi instalada em velha casa dos jesuítas. Tudo o que restou dos jesuítas para a Faculdade de Medicina da Bahia se reduziu às quatro grossas paredes da ala em que esteve a enfermaria-botica e casa de hospedagem e a área, ao fundo desta, que servia de "pátio interno" do noviciado ou internato.

Tenho isso dito e escrito, muitas vezes. Desafio contestação.

9 — Incerta e Indevida a Sorte do Prédio, no Presente

Com a transferência da Faculdade de Medicina, em 1967, para dependências e porões do Hospital das Clínicas, parte alojada em uma construção de madeira, precária e indevida, que antes fora feita para abrigar, provisoriamente a doentes de tuberculose, o prédio histórico, então considerado como imprestável ou com sua estrutura abalada, merecendo urgentes reparos, foi entregue à Faculdade de Filosofia e de letras da UFBa., e ambas, nele, funcionaram, frequentadas por mais de mil alunos, professores e pessoas outras.

Na parte antiga, colocou-se uma placa comemorativa dos quatrocentos anos do "Colégio dos Jesuítas", lembrando que ali começara o ensino de Filosofia, fora a "Faculdade de Filosofia e de Letras" primitiva; anunciou-se que o prédio seria reformado para retomar a feição colonial antiga, do tempo dos jesuítas, perderia a platibanda, para ser como no século XVII, além de outras modificações.

Comecei a protestar. Em longa página do jornal "A Tarde — 20 de maio 1972 — entrevistas a jornais, palestras no Instituto Bahiano de História da Medicina, telegramas ao Ministro da Educação e Presidente da República, outros apelos — demonstrei o erro que se cometia e reduzi a nada a afirmativa de que ali fora faculdade de filosofia e de letras do "Colégio dos Jesuítas".

Cerca de dois anos depois — o prédio, não obstante estar precisando de grandes reparos, funcionou plenamente servindo às duas escolas — foi o mesmo esvaziado para ser submetido a obras. Ficou em abandono, sob ação do tempo, pesadas chuvas, parte do telhado ameaçando desabar, Anunciam-se providências para o começo das obras. O tempo vai passando. Eis que se anuncia, também, que ele vai ser reparado para servir de sede ao Museu Afro-Brasileiro", logo apelidado de "Museu do Negro", pois, os Ministérios de Educação e de Relações Exteriores estavam em entendimento com os Governos da Nigéria (ou do Congo), com a participação do Governo do Estado da Bahia, em tal sentido. Aqueles

países africanos mandariam bons recursos financeiros, além de material significativo da cultura afro-brasileira. Havia, atrás das razões culturais, motivos políticos internacionais.

— Redobrei meu protesto. Mostrei e demonstrei a gravidade do erro cultural, não por que achasse indevido o museu, mas contestava sua colocação no prédio a ser restaurado, de vez que, na cidade, havia outros prédios, solares e sobradões antigos, mais adequados e por si mesmos significativos para a cultura afro-brasileira. Exaltava a necessidade e a importância sócio-cultural e política do museu, mas condenava a sua localização no prédio da Faculdade de Medicina, cuja história de vida exigia que ali continuasse "Casa da Medicina" — o **"1º Templo da Medicina Brasileira"**, vendo profanação no que se queria fazer — além do museu, o prédio iria abrigar as associações de culto religioso afro-brasileiro, seria também provido de teatro popular, feira de artesanato, as áreas livres e jardins servindo para sessões ou reuniões do culto e espetáculos festivos, folclóricos.

Continuei protestando, vendo, em tudo o que se anunciava, desrespeito ao passado histórico do prédio e às tradições da Medicina na Bahia e no Brasil.

Outros apelos, reivindicando, também, que ali fosse o "Museu de Medicina", surgiram, assinados por todas as associações culturais médicas, Instituto Bahiano de História da Medicina, Academia Bahiana de Medicina, Associação Bahiana de Medicina, outras, cerca de duas mil assinaturas pedindo o aproveitamento do prédio para ser, também, o "Museu de Medicina", mas sem qualquer protesto contra presença do "Museu do Negro". Fiquei isolado ou sozinho, nesse particular. Nem mesmo, aquelas associações reclamavam a volta da "Faculdade de Medicina da Bahia" ao seu prédio histórico.

Não fui bem compreendido. A coexistência de dois museus foi admitida ou aceita como a melhor maneira de obter um "Museu de Medicina", e de recuperar o "Salão Nobre", sem reclamar a volta da sede da Faculdade de Medicina para o seu prédio histórico.

Tenho ficado isolado, ultimamente, reclamando a volta da Faucldade de Medicina à sua casa própria, bem como sou inconformado com a presença, ali, do Museu Afro-Brasileiro.

Tenho manifestado meus pontos de vista em sucessivos artigos e palestras, entrevistas, entre outros: **"O Prédio da Faucldade de Medicina não pertenceu aos Jesuítas"**, A Tarde de 20 de maio de 1972; **"Razões de um Protesto"**, Jornal ABM Notícias, fevereiro de 1975; **"Breve Histórico da Faculdade de Medicina da Bahia"**, Inst. Bahiano de Hist. da Medicina, 1975; **"Inglório Destino de um Prédio Histórico — Faculdade de Medicina da Bahia"**, ABM Notícias, abril de 1975; **"Reparação. Não destruição do Prédio da Faculdade de Medicina"**, ABM Notícias, maio de 1975; **"O Que Restou do Colégio dos Jesuítas para a Faculdade de Medicina"**, Academia Bahiana de Medicina, outubro de 1978; **"Retomada do Prédio da Faculdade de Medicina da Bahia"**, Inst. Bah. de Hist. da Medicina, março de 1980; **"Aos Trinta e Cinco Anos da Universidade Federal**

da Bahia", Inst. Bah. Hist. da Medicina, julho de 1981; outras publicações, entrevistas a jornais, palestras no Instituto Bahiano de História da Medicina.

Em todos os meus pronunciamentos, insisto na volta da Faculdade de Medicina ao seu prédio próprio, ainda que seja parcialmente diretoria, secretaria, arquivo, salão nobre, aulas básicas e, conferências e cursos especiais, sede das associações culturais de medicina, sem esquecer de protestar contra a presença, ali, do Museu do Negro, por indevida ou imprópria.

Voltemos à história recente do prédio.

Afinal, em 1970 as Faculdades de Filosofia e de Letras foram para outros prédios da UFBa. Anunciou-se a recuperação ou reparação do prédio, sempre as notícias de que, nele, será a sede do Museu Afro-Brasileiro. Iniciam-se as obras, em 1976, em ritmo lento e sem cuidado de preservação dos valores materiais — quadros, lustres, cadeiras e móveis outros, livros e documentos de arquivo, placas e estatuetas, enfim valores culturais de muita significação histórica. A impressão que causava era mais de destruição do que era ou pertencia ao passado da Faculdade de Medicina, verdadeira destruição. A tempo, por força dos protestos, maior não foi o prejuízo, embora muitos livros e documentos, alguns móveis e quadros ficassem deteriorados.

Começou-se a recuperação pela "parte antiga", a que está voltada para o Terreiro de Jesus, logo pelo "Salão Nobre". Trabalho lento, com interrupções, por falta de verbas. Afinal, a parte antiga teve concluída sua reparação ao começo do corrente ano.

O "Salão Nobre" começou a ser aberto para algumas sessões comemorativas ou reuniões solenes da UFBa. ou oficiais. Em um salão do pavimento térreo, fez-se a "biblioteca de livros de história e etnografia;" em outro, do pavimento superior, sala de danças artísticas e ballet; e, afinal, o "Museu Afro-Brasileiro". Nada, porém, que fosse da Faculdade de Medicina da Bahia, nem presença das associações culturais médicas que tanto se empenharam pela preservação do prédio histórico (recentemente, a Academia de Medicina, sem ato oficial e mais por iniciativa de sua presidência, vem se utilizando de uma das salas vazias para suas reuniões mensais).

— O prédio histórico pertence, agora, à Universidade Federal da Bahia, é da UFBa. (sigla antisonora), como propriedade e dependência dela, não mais de primitiva dona, para quem foi construída e dele teve segura posse e uso por mais de 170 anos. Parece que, agora, parte do que foi restaurado — o "salão nobre, a sala de congregação e a dos lentes, a sala da diretoria — secretaria, outras salas — vão ficar para servir a Faculdade de Medicina, por um ato administrativo da Reitoria, o que não significa que o prédio histórico voltou ao antigo dono.

Para assegurar a nova posse do que lhe pertencia — ainda que se trate de uma pequena parte e em convívio com instituições diferentes ou estranhas, Museu Afro-Brasileiro, biblioteca e salão de ballet — vai ser, agora, organizado, não é bem um "Museu de Medicina", mas o que ora se prefere chamar de "**Memorial**", composto de velhos documentos, livros e teses antigas, memórias

históricas, atas de congregação e, depois, peças anatômicas, aparelhos e instrumentos médico-cirúrgicos de valor histórico e documental, valores culturais expressivos do passado da Medicina, na Bahia.

Aproveitando o transcurso dos "150 anos de Faculdade de Medicina da Bahia", as comemorações, de par com discursos e conferências, vão incluir a inauguração do "**Memorial**", iniciativa das mais louváveis e que se fazia muito necessária.

Daí, a impressão que ora tenho, quando entendo que a festa do transcurso da efeméride é somente a oportunidade para se dar maior ênfase à volta da velha escola a seu lugar próprio — a "Retomada".

Em resumo, na "parte antiga restaurada", estão convivendo: o Museu Afro-Brasileiro, as aulas e demonstrações de danças e ballet, a biblioteca de história e etnografia e, por último e agora, a sala de congregação e o "memorial" da Faculdade de Medicina, além do "Salão Nobre" que vai servir a todas as unidades da UFBa.

No momento, é o "Museu Afro-Brasileiro" a atividade em mais evidência no prédio parcialmente restaurado, como se fosse dele todo ele. É uma presença indevida e imprópria, está no lugar errado. Houve um obstinado propósito de pô-lo, ali, como vingança ou atentado contra um passado cultural nobre, na casa que fora o lugar de maior grandeza cultural, onde se formaram doutores, pontificaram grandes mestres e que foi testemunha de grandes movimentos cívidos, enfim uma "casa histórica e nobre".

Cometeu-se o ridículo de colocar, no museu, objetos e utensílios domésticos de nossos avós negros, alguns até em uso atual por seus descendentes, aqui como na África, de mistura com peças de vestuário de fabricação recente, adereços e adornos ainda em uso no atual culto afro-brasileiro, e em festas carnavalescas, além de quadros de pintura e peças de escultura, talhas de madeira, agora em adrede feitos, como se tratasse, não de um museu (valores e peças antigas, já usadas, no passado distante), mas de uma "exposição", como as que se apelidam de "bienal".

Posso estar errado ou ser deveras exagerado na apreciação, mas o "Museu Afro-Brasileiro" — como está feito e onde está posto — não corresponde ao que deveria ser, para servir a Bahia Cultural. Não me parece feliz ou exata a seleção dos valores que ali foram postos, sobretudo a intromissão de quadros e peças de escultura sofisticadas e encomendadas. O local foi o menos indicado. Não faltaram outros prédios, solares e sobradões, ora ainda desocupados e necessitando de recuperação, com valor histórico, como expressões da cultura do passado, ao tempo da escravidão, quando os nossos avós negros tiveram maior participação em nosso processo cultural, casas que eles construíram com suor e sofrimento, e que seriam o ambiente mais adequado para conter os "legítimos" objetos e utensílios de sua cultura.

A iniciativa de se ter um "Museu Afro-Brasileiro" foi a mais louvável, mesmo que ela tenha tido conotações político-diplomáticas, a Bahia tinha

obrigações maiores que outro Estado, já se demorava. O que me pareceu errado e entendi que era uma obstinação, propósito ou protesto de "novos africanistas", escondendo tendências ideológicas, foi a teimosia ou insistência em localizá-lo no prédio histórico da Faculdade de Medicina, onde tudo fala e documenta que, ali, é a "Casa da Medicina", o "Primeiro Templo da Medicina Brasileiro"; que ali começou, nasceu o Ensino Médico, viveu por mais de 170 anos. Não entendia como não compreendo, senão atribuindo-lhe outras intenções, que pessoas cultas e de grande responsabilidades político-culturais tenham aprovado e prestigiado tamanho erro, grave atentado aos nossos foros culturais, desrespeito à História da Medicina.

10 — Justificação do Júbilo, pela Memória das Grandes Reformas do Ensino Médico e dos Mestres que se exaltaram na Realização — Reflexões

Lembrado que, para cumprir a lei de 3 de outubro de 1832, o "Colégio Médico-Cirúrgico", que estava funcionando no "Hospital da Misericórdia", teve de voltar ao Terreiro de Jesus, **retomando** a antiga enfermaria que fôra dos jesuítas, depois "Hospital de Caridade" e enfermaria do Hospital Militar, e a casa anexa, o sobradão colonial que servia de sede, diretoria do Hospital Militar e, também, primeira sede da "Escola de Cirurgia"; e que o Hospital Militar teve de ser transferido para outro local, para dar lugar à nova "Faculdade de Medicina", o que somente veio ocorrer a 2 de julho de 1833.

— Não seria justificável tomar a data de 2 de julho de 1983 para comemoração dos 150 anos?

— A volta do Ensino Médico, com o nome de "Faculdade de Medicina", para a primitiva sede não foi uma "retomada".

— Lembrado isso, pode-se admitir que, ora, se configura uma correspondência entre o grande fato, auspicioso, do passado, há 150 anos, e a presente volta gradual da Faculdade de Medicina ao seu prédio próprio, construído para ela e, agora reconstruído, para que ela possa voltar, como sua legítima dona, por direito de posse e uso secular, sobretudo, por direito de conquistas culturais inacessíveis.

Digo que entendo e aceito a festa cultural, como rejúbilo pela "retomada", ainda que parcial, do prédio histórico, evitando que se continue a colocar nele outras atividades culturais, respeitáveis, mas não correspondentes ao passado cultural da casa histórica.

Entendo e sinto que se procura uma recuperação moral, uma indisfarçável vontade de restituir à Faculdade de Medicina da Bahia à grandeza do seu passado cultural: — a "retomada" para que ela reviva os dias gloriosos do passado e continue merecendo o respeito e o culto de que sempre gozou. Que a "retomada" seja concretizada por um movimento cultural que, relembrando o passado, faça ser o presente digno dele, com pesquisas e estudos, trabalhos e reali-

zações que lhe restituam aquele conceito de haver sido o maior celeiro de inteligências e estudos, no passado.

— Este, sem dúvida, é o desejo de toda a comunidade baiana, das classes médica e estudantil, que se orgulha de sua velha Faculdade de Medicina e que a quer grandiosa no presente.

Creio que as comemorações não deixarão esquecidos os nomes dos mestres que mais se empenharam na preparação das grandes reformas do Ensino Médico, bem como na construção e reconstrução do prédio histórico. Não se pode afastar dos fatos históricos e político-culturais os nomes dos que os promoveram. No júbilo dos 150 anos da Faculdade de Medicina, sejam lembrados, com louvores, os nomes de José Correia Picanço, fundador do Ensino Médico; de Manoel José Estrela e José Soares de Castro, primeiros professores; dos reformadores Manoel Álvares de Carvalho, José Avelino Barbosa, José Lino Coutinho e Paula Araújo, outros; dos construtores e construtores do prédio e da implantação do ensino, entre muitos, os nomes de Vicente Ferreira Magalhães, de Ramiro Monteiro, Pacífico Pereira, Alfredo Brito, Climério de Oliveira, Augusto Viana.

— Esclareci que os 150 anos não são de idade do prédio histórico. Passam a ser da lei de 3 de outubro de 1832, mas esta somente foi posta em ação a 2 de julho de 1833, o que não invalida a festa jubilosa. Mas, ficou esclarecido ou comentado que a reforma de 1832 não pôde cumprir bem o que prometera e que foram as reformas de 1882-83 e 1888 as que mais atenderam ao Ensino Médico, o que justificaria que se comemorasse, agora, os 100 anos da reforma de 1882.

A mudança dos nomes "escola de cirurgia" para "colégio médico-cirúrgico" e deste para "faculdade" não foi, como vimos, apenas, capricho ou novidade de reforma, não, atendeu ao espírito de cada reforma ou necessidade de melhoria do ensino.

As comemorações que se vão fazer pelos 150 anos de Faculdade de Medicina me ensejaram as presentes considerações, que representam simples achegas à história do Ensino Médico na Bahia, reflexões que valem como aplauso ao que se pretende fazer, sem restrições e sem propósito de fixar datas mais exatas. O fundamental é lembrar o fato cultural e a sua significação no presente.

Quero dizer, e o faço sem intenção de crítica ou censura aos que sejam ou foram responsáveis pelo abandono do prédio e pela retirada dele da Faculdade de Medicina, que interpreto a festa cultural como marca festiva de uma retomada do prédio.

— Os 150 anos decorridos, bem avaliados, nos deixam um rendimento apreciável, embora possamos pensar e admitir que este poderia ter sido bem maior e melhor.

A festa cultural faz-me entender que há um novo movimento cultural, dentro da "Faculdade de Medicina da Bahia", (insisto em conservar-lhe o nome antigo), como reflexo do reânimo ora despertado. Seria providencial que se intensificasse o movimento reparador e que, em breves dias, a Faculdade de Medicina possa fazer a "retomada" — Material, administrativa e cultural — com a

posse total e uso efetivo do seu prédio histórico, belo, imponente, majestoso, venerando, um dos mais representativos de nossa grandeza cultural, no passado, querendo reafirmar-se no presente, para ficar projetado, no futuro.

O prédio histórico lhe pertence. Tudo nele fala e diz — alegorias, placas, plaquetas, mármores, estátuas, inscrições, decorações, outras — que, ali, é a "Casa da Medicina" — o "**1º Templo da Medicina Brasileira**".

Colocar, ali, outras atividades é estar cometendo profanações intencionais, pois, a ignorância não pode ser alegada.

11 — Intenção das Achegas e Reflexões

Pelo tanto, rapidamente exposto, sem preocupação de transcrever documentos e leis, não se trata de sesquicentenário do prédio histórico. Não poderá ser, ficou evidenciado. O prédio total não existia em 1832. Existia o casarão colonial construído pelos jesuítas e o sobradão colonial anexo, alugado para sede da Faculdade de Medicina.

— Não se trata do Ensino Médico, que este teve início em 1808. Também, não se deve falar em 150 anos de fundação da Faculdade de Medicina da Bahia, pois, esta não foi começada, criada, fundada, propriamente, em 1832, pois, já estava fundada e criada, desde 1808, primeiro com o nome de "Escola de Cirurgia", a seguir, "Colégio Médico-Cirúrgico" (1816), mudado o nome para Faculdade de Medicina, em 1832. Houve mudança de nomes, sem haver interrupção de atividades.

Parece-me que se trata de comemoração do nome "Faculdade de Medicina", o que é bem diferente de "fundação". Os 150 anos são **do** Nome "Faculdade de Medicina" — não **da** ou **de** fundação, entendida "fundação" como começo, criação, base ou alicerce. Diria, como mais acertado, "150 **de** Faculdade de Medicina" (note-se, **de** e não, **da**) o **de** subentendendo ou referindo-se ao **nome** "faculdade".

Dir-se-á que tal especulação de linguagem é coisa de somenos. Admito, mas a história deve ser escrita e falada com clareza, exatidão, verdade. A quem não conheça a história do Ensino Médico, a simples leitura de "150 anos da Fundação da Faculdade de Medicina da Bahia", logo pensa que se trata da iniciação ou começo do ensino médico.

— Em verdade, o que se poderia comemorar eram os "**150 anos da reforma que mudou o nome da "Escola Médico-Cirúrgica" para Faculdade de Medicina**", considerando, não o fato de ter mudado o nome, que isso seria secundário ou coisa de somenos, sim, a significação que ela tem, porque trouxe apreciáveis melhorias para o ensino médico. Celebre-se ou se faça comemoração dos seus 150 anos, como lei, porque, como realidade ou fato, isso deveria ser a 2 de julho de 1983.

— Estes reparos não têm nem trazem a intenção ou propósito de subestimar ou minimizar as celebrações que, ora, se fazem na Universidade Federal da

Bahia. Ao contrário, a intenção é de colaborar, esclarecendo fatos históricos e os interpretando devidamente.

— Bem melhor que a festa comemorativa estivesse a fazer a celebração da recuperação do prédio — mesmo parcial, como é — e, mais que isso, a recondução da Faculdade de Medicina da Bahia a sua casa própria, como reparação moral do grave erro administrativo e cultural que se cometeu, retirando dela, intempestivamente, a veneranda "Faculdade de Medicina da Bahia" — erro que contou com a culpa ou omissão de reitores, inclusive os que eram médicos, dela filhos espirituais e culturais, nela formados e dela professores.

A "Faculdade de Medicina da Bahia — insisto em conservar-lhe o exato nome — deve voltar a seu prédio histórico, construído **por** e **para** ela e conquistado por ela, pelo uso continuado, cerca de 174 anos, tendo-lhe dado dias gloriosos e o elevado à categoria de "prédio histórico", — patrimônio histórico-cultural da Bahia — além de ser um admirável conjunto arquitetônico, expressão de três épocas ou fases de cultura — Colônia, Império, República — a velha enfermaria dos jesuítas (1750), a ala similar construída em 1882-1893, o novo grande edifício (1909).

O júbilo ou rejúbilo da festa celebrativa teria o significado de que maior, bem maior, seria a alegria se já fosse a recuperação total do prédio ou, pelo menos, a parte restante, a "parte nova", a que foi construída em 1909, já estivesse em reparos.

É irrecusável ou insofismável, também, indisfarçável, o sentido ou significado íntimo da festa cultural: — os 150 anos são, apenas, a motivação, a razão aparente, porque, a verdadeira está na alegria de "retomada", ainda que parcial, do seu grande bem, sua casa verdadeira e veneranda, histórica.

O fato de não mais ser a Faculdade de Medicina da Bahia uma entidade autônoma, de vez que a criação da Universidade Federal da Bahia (1946) fê-la incorporada, isso não lhe tira o direito de propriedade ou de vinculação do prédio, que é seu e foi feito por ela e para ela, que não podia ser dado a outra instituição estranha ao Ensino Médico.

— Entendo que a festa, no fundo, é um rejúbilo pela volta parcial — início da total — da Faculdade de Medicina à sua velha casa própria; onde tudo nela fala de seus velhos mestres fundadores, realizadores, grandiosos e abnegados eles foram, souberam torná-la uma forja de inteligências do nosso passado cultural, o mais florescente celeiro de valores morais e científicos, local onde se tomaram grandes decisões para a nossa vida política, cívica, administrativa, literária e sanitária de nossa cidade, com repercussão em todo o país e no estrangeiro. A Faculdade de Medicina da Bahia — glória da Bahia e do Brasil, um renome de alta valia histórica e cultural, um monumento cultural — "**1º Templo da Medicina Brasileira**".

Se vale o reparo à data da celebração — porque a lei de 3 de outubro só teve início a 2 de julho de 1833 (data cívica, magna, da Bahia, celebração do primeiro decênio de Independência, na Bahia) e houve uma intenção cívico-

política para tanto — não é demais desejar que o sentimento cívico-cultural, de agora, despertado, pudesse esperar o 2 de julho de 1893 para comemorar os 150 anos de início, não de fundação, **de** Faculdade de Medicina (**de** e não **da**), quando, então, já se poderia fazer a festa da recuperação de todo o prédio, a "retomada total", inclusive com a remoção do que, ali, não seja **médico.**

Se, porém, a réplica de que não se faz festa pelo prédio nem pelo nome, mas pelo aniversário da "reforma de 3 de outubro de 1832, então, lembrarei que maior e mais importantes foram as reformas de 1854, de 1882-83 e algumas outras seguintes, comprovado que ela não se implantou satisfatoriamente e o que pôde fazer veio com demora, qual não foi a 1882-83.

12 — Desfazendo Dúvidas, em Declarações Necessárias

Estas achegas e reflexões, considerações com base em fatos da história do ensino médico, de nenhum modo envolvem a responsabilidade do Instituto Bahiano de História da Medicina, por ser eu, no momento o seu presidente, falam por mim. Elas, de nenhum modo, têm a intenção de desaprovar a festa comemorativa dos "150 anos da Fundação da Faculdade de Medicina" (sic), sequer as restringem ou minimizam. Exatos ou não os fatos ou as datas, para mim, o que há é um **rejúbilo** pela "retomada", ainda que parcial, do prédio histórico, venerando.

Tenho, sempre, presente que, nela, eu me fiz médico (então, "doutor em ciências médico-cirúrgicas", título pomposo recebido a 27 de dezembro de 1927); professor (docente livre) de 3 (três) disciplinas, por três concursos de títulos, provas e teses, e mais um concurso para professor catedrático, aprovado mas não indicado. Sou dos que mais têm protestado contra a sua transferência para outro prédio e desejado a sua volta, através de memoriais, artigos, palestras, conferências, entrevistas, telegramas e apelos aos poderes competentes, outras manifestações do meu pensamento, nunca visando pessoas ou citando nomes de responsáveis pelos atos infelizes que tiraram a Faculdade de Medicina de sua casa própria.

O que mais quero e hei de ver é a volta total da minha Faculdade de Medicina ao Terreiro de Jesus. O fato de já estar em prédio novo, para ela construído, não importa, tanto por que a nova construção fez um prédio ridículo, sem mérito arquitetônico, pouco decente para conter uma escola de alta tradição cultural — um prédio "gaiola" — sem expressão para o que se destina; tanto por que a história da cultura exige a reparação do ato infeliz. Quanto ao destino do novo prédio, nele poderá funcionar um "Instituto de Medicina Experimental", tão necessário quanto oportuno, como parte integrante da Faculdade de Medicina.

— O que me interessa é a reparação do erro, nunca fazer acusações ou pedir punição dos responsáveis, nem sequer lhes menciono os nomes. Somente me interessa a reparação do fato moral, cultural.

Desde já, poderiam ser transferidas e instaladas na ala ou parte recuperada: a diretoria, secretaria, arquivo, expediente, administração, museu de medicina, biblioteca geral, aulas de disciplinas básicas, alguns laboratórios de pesquisas científicas, reuniões da congregação, formaturas e festas comemorativas, congressos e conferências, outros. E mais, também, necessário para lhe dar mais vida e ação, calor, ser a sede efetiva das associações culturais médicas: o Instituto Bahiano de História da Medicina, a Academia Bahiana de Medicina, a Sociedade Brasileira de Médicos Escritores — Regional da Bahia, a Associação Bahiana de Medicina, outras, todas elas sempre interessadas pela sorte e vida da Faculdade de Medicina da Bahia. Os seus associados são, em grande maioria, seus filhos espirituais e culturais, que têm grande amor e respeito às suas tradições, têm pugnado por essa volta que já está demorada e injustificada.

Foram e são elas as que mais se têm manifestado por essa necessidade, a reparação total do prédio e a reposição da Faculdade de Medicina no seu lugar próprio. Estranhamente — e custa aceitar que isso esteja sucedendo — após a recuperação do prédio, não mais se falou naquela intenção ou necessidade de trazê-las para se agregarem à faculdade. Somente, a Academia de Medicina forçou a indiferença e, por iniciativa pessoal do seu presidente, vem, nos últimos meses, nele funcionando.

Tampouco as associações culturais médicas foram convidadas a participarem das celebrações festivas, comportamento que não modificará a disposição de prosseguirem na campanha de recuperação total do prédio, com a pronta reparação da "parte nova" (1909), com a recomposição do "Anfiteatro Brito" — valiosa e excepcional grandeza cultural e arquitetônica, tão vandalicamente desfigurado e agora se destruindo, ao abandono. A elas o que mais interessa é a manutenção dos créditos culturais da Medicina na Bahia.

Creio que agregadas ou congregadas à Faculdade de Medicina da Bahia, elas poderão dar mais, culturalmente (melhor dizer retribuir do que muito os seus associados aprenderam) que receber materialmente. Elas têm vivido em tantos anos, independente de qualquer ajuda da Universidade Federal da Bahia. Colaborando com a universidade elas serão mais úteis do que beneficiadas.

A missão da Universidade é formar e fazer, selecionar e difundir cultura para a comunidade e a humanidade. A cultura é um bem de todos e se faz à custa de todos.

Salvador, 3 de outubro de 1982

Almeida Gouveia (Raymundo)

MINHA VELHA FACULDADE DE MEDICINA

Parabéns, minha velha amada Faculdade,
Pelo teus cento e cinquenta anos de vida e glória,
Pesar do desencanto e dessa atra maldade
Dos que quiseram ver-te em ruínas, triste escória.

Ao grave erro de alguns e à indiferença, há-de
Sobrepor-se, grandiosa, tua rica história,
Co'os fastos culturais que, da posteridade,
Têm o melhor respeito, ungindo-te a Memória.

Vendo, agora, refeitas as duas antigas alas,
Onde ensinaram grão-mestres, tantos estudantes
Aprenderam lições, que ela não mais ensina.

Sinto a alma enternecer-me e ouço o que me falas,
Como eu te fosse, ainda, aquele aluno de antes:
— Sempre o mesmo eu serei — TEMPLO DA MEDICINA!

Salvador, 3 de outubro de 1982
Almeida Gouveia

MACEDO COSTA – O MÉDICO

Álvaro Rubim de Pinho *

O conceito, a origem e o sentido da vocação constituem matéria enevoada e conflitante. Quanto nela se comportam de aptidões e de personalidade? Quanto de racional e de afetivo? Quanto de inspiração interior e de reflexo dos exemplos externos? Cabem, talvez, no particular da vocação médica, as dúvidas maiores sobre a parcela de cada um desses componentes. São necessários dotes específicos, interesse humano, espírito de sacrifício. No dizer de Schoneen, é preciso "vencer o asco e saber observar". Faz-se mister uma aliança entre a eficiência técnica e, doutra parte, a solidariedade no sofrimento, algo que aproxima o médico do sacerdote e que, na maioria das profissões, aparece como contingência acidental, jamais com o mesmo nível de constância e intensidade.

Na gênese da vocação médica, como noutras, os modelos são importantes, sejam de genitores, mestres ou profissionais conhecidos. E a vocação parece tanto mais autêntica quanto nela se envolve, além dos outros elementos, um projeto de vida. A liberdade e a firmeza orientadas no sentido de tal desígnio abrem as vias para a realização da própria pessoa e para seu êxito entre os contemporâneos.

Ocorrem essas considerações quando me cabe apreciar, sobre LUIZ FERNANDO SEIXAS DE MACEDO COSTA, a figura do médico.

---

* *Discurso proferido na homenagem póstuma ao Prof. Luiz Fernando Macedo Costa pela Universidade Federal da Bahia.*

* * *Professor de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da UFBA e Titular da Cadeira 17 da Academia de Medicina da Bahia.*

O menino cresceu naquela casa do Porto da Barra, n. 500, sob a influência contínua de um grande modelo. A longa vivência da clínica em Aracaju fora continuada pelo Dr. Mario Macedo Costa, em Salvador. Na Faculdade de Medicina, era o Assistente de Química Biológica. No Sanatório Espanhol, era o médico dedicado da colonia ibérica. No domicílio, era o clínico geral e parteiro humanitário, atendendo gratuitamente a grande massa de pacientes. Sob o estímulo desse convívio, formou-se a personalidade de Macedo.

O aluno brilhante dos cursos primário e médio do Colégio Nossa Senhora da Vitória continuou sua caminhada excepcional no curso complementar pré-médico do Colégio Estadual da Bahia. Suas aptidões eram amplas e múltiplas porém, simultaneamente com o elevado nível de inteligência verbal, evidenciava-se, desde cedo, a tendência para os estudos biológicos. As notas elevadas do concurso vestibular causaram admiração em toda a Salvador. O curso médico foi uma seqüência de sucessos, no rendimento escolar, na atividade associativa, na produção científica que despontava. A apoteose seria, quando da diplomação, em 1949, a conquista do Prêmio "Manoel Vitorino", conferido ao melhor aluno da turma que se formava.

Há mais de 80 anos, William Osler escrevera um texto que permanece atual. "A prática nesse ramo é mais difícil de obter, principalmente hoje, que se considera a fisiologia como especialização, poucos sendo os médicos a passar diretamente do laboratório à clínica. Por outro lado, com o incremento moderno das oportunidades de trabalho, a experiência adquirida em laboratório dirigido por fisiologista especializado favorecerá a aquisição daquele cunho científico, que só é duradouro quando impresso cedo".

Essa circunstância tão desejável de que falava Osler teve Macedo, desde o início do curso de graduação, nas dependências do Laboratório de Fisiologia, no antigo prédio do Terreiro de Jesus, sob as vistas do grande Prof. Aristides Novis. Sua identificação com tal modelo de mestre marcaria uma das devoções que conservou por toda a vida. Seu preparo na matéria não o armaria apenas para a carreira de professor, mas também para a de médico internista.

O estudante não restringia seus interesses à experimentação do Laboratório. Buscava, dedicado, a clínica, o contato com o homem doente. Recordo sua chegada precoce ao Ambulatório do Hospital Santa Isabel. Depois, sua integração devotada ao Serviço da 3ª Cadeira de Clínica Médica, no então Hospital das Clínicas, hoje Hospital Prof. Edgard Santos. Seu encantamento intelectual e afetivo com o mestre César de Araújo, outra de suas venerações.

Quem conheceu os 3 modelos pode captar os traços que, por uma transmissão psicológica, parecem ter-se transfundido e mesclado harmoniosamente no médico LUIZ FERNANDO SEIXAS DE MACEDO COSTA: a bondade e a dedicação do pai; a elegância e o brilho de Novis; a sabedoria e a postura clínica de César.

A influência dessas figuras estelares não formaria, entretanto, aquele produto excepcional, se ausentes certas qualidades primárias do homem, nos

planos da afetividade e do intelecto. Nele se conjugavam a capacidade de intuição, a atitude compreensiva, o poder de empatia. Nele se reuniam, harmoniosamente, o talento abstrato, o verbal e o de execução. Era perfeito na virtude de reproduzir e aplicar bem o que aprendera das lições formais e da experiência vivida. Mantinha sempre, ágil, a faculdade de criar soluções para os problemas novos.

De Macedo se pode afirmar que foi, sempre, consciente dos próprios dons, os quais sabia utilizar em plenitude e nas devidas oportunidades. Ambicioso e tenaz em seu projeto de vida, traçou e desenvolveu com maestria as duas vertentes do plano profissional que, nele, tanto se interligavam: médico e professor. No âmbito da clínica como no da docência, sua carreira foi bem um exemplo de que as maiores vocações não se fundam apenas no conjunto de dotes oferecidos pela carga genética e pelos condicionamentos sociais, nem tampouco numa inclinação que envolve passivamente. Elas fluem, caudalosas, do planejamento, da determinação, do esforço, noutras palavras — da liberdade. O texto de Lopez Ibor aplica-se, a talhe, ao caso de Macedo. "As grandes personalidades são as que se fazem desenhando seu tema melógico, qualquer que seja o pentagrama que a vida oferece".

À diplomação, seguiu-se a prática médica no Sanatório Espanhol, no Hospital Santa Isabel, no Serviço Social da Indústria. Passados menos de 2 anos, era classificado em 1º lugar no concurso para internista do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciários. O brilho de suas provas alcançou grande repercussão, seguindo-se logo a atividade no ambulatório que se instalava, com nível elevado de equipamento e de estrutura técno-administrativa.

Durante cerca de duas décadas, convivemos naquele ambiente de trabalho, primeiro sob a sigla do IAPC, depois sob a do INPS, este a partir dos anos 60. Durante tão extenso período, fomos partícipes do mesmo grupo. Proporcionou-me assim o destino o ensejo de estar diariamente com Macedo, intercambiar conhecimentos médicos, intensificar uma amizade e um companheirismo que se manteriam, contínuos e firmes, até sua morte.

Algumas características pessoais o marcavam no trato com os colegas. A polidez esmerada e o requinte da apresentação pessoal compatibilizavam-se, a depender do momento, com o humor alegre e, até, o informalismo, a desinibição e a sátira. O respeito à dignidade do profissional médico evidenciava-se, constante, quando estivesse em pauta qualquer comentário sobre a técnica ou a ética dos colegas. Participava, sincera e legitimamente, de um sentimento que ele próprio referia utilizando a expressão francesa: "L'ésprit de corps".

Outras características eram notáveis no exercício de seus atos clínicos. A atenção para com o doente. A paciência e a arte no escutar-lhe. A faculdade de adequar a linguagem. O balanceamento entre a suavidade e a energia, na hora da prescrição. Quem apenas conhecesse Macedo no exercício de cargos dignitários e no formalismo da alta sociedade por certo não o imaginaria na grandeza da relação médico-paciente, virtuose da comunicação com os enfermos, qualquer

que fosse o nível social e intelectual dos mesmos.

A história da profissão médica em Salvador deve comportar, no período correspondente aos anos 50 e 60, um espaço para o Ambulatório do IAPC. Ressalvado o Hospital das Clínicas, lá se encontrava o grupo médico mais atuante, tanto em produção de ciência como em sucesso de clínica mas, também, em defesa de classe. Sob a liderança de Arnoldo Matos, lá se planejavam reuniões e campanhas, com reflexo em todo o Estado. De lá brotaram, em 1958, a iniciativa e os entendimentos para formar a chapa que, em pleito eleitoral disputado, seria vitoriosa para o 1º mandato do Conselho Regional de Medicina. A presença de Macedo no CREMEB nasceu com o referido movimento e ele se tornaria, pelo período de 20 anos, uma das personalidades mais representativas do colegiado. Em grande parte desse tempo, fui testemunha de sua atuação. Constante. Pontual. Perfeito na captação das minúcias e na apreensão das generalidades. Escrupuloso na busca das bases éticas e legais para seus posicionamentos. Talento e honestidade inexcedíveis, tanto na formulação de pareceres como na intervenção em debates. Suas opiniões eram, em regra, inatacáveis, com um toque de infalibilidade assemelhável ao de bulas papais.

A função de Conselheiro estimulou em Macedo o gosto pelos estudos teóricos a ela vinculados. Nos anos 70, o Boletim "ABM Notícias" foi o veículo de uma série magnífica de textos sobre moral médica. Em 1978, concorrendo com a monografia "Ética médica e tecnologia", venceu o "Prêmio CREMEB", concedido ao melhor trabalho sobre matéria deontológica. O interesse por essa temática seria mantido até a morte e ele se revela, dominante, no livro "Medicina-Prática, Ensino, Ética, Pesquisa", obra póstuma que lhe honra a memória. Sobre tais assuntos, ele sempre versou com proficiência e autoridade. É que, fiel às lições de Ruy, ensinava "pela palavra e pelo exemplo" e, até, tantas vezes o vi, "mais pelo exemplo que pela palavra".

A atividade associativa de Macedo não se restringiu ao Conselho Regional de Medicina. No âmbito da ABM, foi Presidente da Seção de Gastroenterologia. Participou de múltiplas sociedades e instituições médicas, em nível estadual e nacional. Membro atuante da Academia de Medicina da Bahia, chegou a ser eleito e empossado seu Presidente, cargo cujo exercício logo interrompeu, quando escolhido Reitor desta Universidade.

Cabe lembrar que, em seu reitorado, mantinha, para com a Faculdade de Medicina, atitudes singulares de deferência e ternura. Visitava as sedes da Faculdade e do Hospital Prof. Edgard Santos. Em diversas oportunidades, dedicou palavras especiais de reconhecimento e elogio à Congregação de nossa escola médica, atribuindo-lhe qualificação das mais altas do País. Era um saudosista do prédio do Terreiro de Jesus, enfatizando sempre seu papel nas histórias da Medicina e do ensino universitário brasileiros. Considerava a UFBA em débito perene com sua unidade máter e tal dívida ele procurou resgatar, criando um museu-templo: o Memorial da Medicina.

Trabalhador infatigável, o Reitor pode preservar, durante 4 anos, o

tempo para atender, pelo menos, alguns pacientes de clínica particular. Era, mais seguramente, nas manhãs de sábado. Era, mais raramente, noutros horários da semana. Assim ele persistia o profissional que não se desligava totalmente da clínica, correspondendo à confiança invariável dos enfermos e de suas famílias. Findo o mandato reitoral, Macedo passou a dispor de tempo mais largo para o consultório e o Sanatório Espanhol, retomando a clientela que, compreensivelmente, se tinha em boa parte, dispersado. Fazia de seu espaço na Clínica São Mateus um gabinete para elaborar trabalhos variados e, por certo, retornava, com mais liberdade, ao convívio com os companheiros de equipe, aos quais sempre dedicou afeto e solidariedade fraternos.

Em relação à maioria das pessoas, pode ser afirmado que a morte interrompe um projeto vital inconcluso. É raro que a vida acabe quando se esgota a possibilidade de realizações. POR suas características excepcionais, Macedo era, mais que outros, uma personalidade itinerante. Havia sempre, diante dele, algo mais para ser edificado. Formulava os planos e já o fazia prevendo alternativas. Considerada a exuberância de suas potencialidades, seria impossível predizer os rumos e atitudes da trajetória. Mas, dado o valor afetivo que tinha, para ele, a medicina, cumpre supor que ela se manteria, continuamente, em seu pensamento e em sua atividade.

"A vocação genuína", disse Termier, "é uma paixão amorosa". LUIZ FERNANDO SEIXAS DE MACEDO COSTA foi e, por certo, se manteria, todo o tempo, fiel a essa paixão.

ORAÇÃO DE PARANINFIA

"Mais vale ser modesto com os humildes do que repartir os despojos com os soberbos".
(PROVÉRBIOS, 15: 19)

Geraldo Leite *

Estas sábias palavras do primeiro dos Livros Sapientais, proferidas nesta noite de tanta alegria, luzes e flores, traduzem de modo admirável o sentimento que me invade a alma.

Fostes humildes, vez que escolhestes como paraninfo da vossa formatura um de vossos mestres mais despretensiosos. Fostes modestos porque elevastes a esta tribuna um de vossos professores menos significativos.

Mereceis, portanto, a singeleza dos ensinamentos que recolhi ao longo dos sete lustros em que vivi a medicina.

. . . . . .

Sinto que me deserta o espírito, que me fogem a inspiração e o ânimo, nesta hora de emoções tão fortes. Sirvo-me do exemplo de um pretérito, o inesquecível CLEMENTINO FRAGA, o qual, em situação como esta, assim falou aos seus afilhados: "Suponho que aqui me trouxestes para sentir convosco

---

* *Proferida na colação de grau dos médicos de 1986, pela Escola de Medicina e Saúde Pública da Bahia.*

as justas alegrias da investidura doutoral e por isto não quero, nem devo, desfazer da escolha do vosso paraninfo, receando atritar os sagrados melindres da livre e espontânea determinação, embora acertasse ela de premiar uma vida que à sombra do sossegado retiro, correria de todo esquecida, não fosse o milagre do vosso prestígio e o incentivo da vossa bondade. E mais ainda: "Seria insincero se quisesse dissimular quanto a vossa festa me felicita e comove, e a peso igual o vosso apreço me prestigia e encoraja;; chegarei até a confessar se mi permitir, que ela envaidece a quem à vaidade, de ânimo advertido, quer resistir, fiel ao conselho de VIEIRA, que considera "um grande sinal de não merecer honras quem as pretende com grande ânsia" (IBIDEM).

. . . . . .

Fostes, na verdade, humildes e nisto andaste bem. Disse NEWTON GUIMARÃES que "nenhuma virtude ensina em maior grau a prática da medicina, e nenhuma outra é mais essencial e indispensável ao exercício dessa profissão do que aquela tão sábia e profundamente cristalizada no capítulo terceiro, versículo dezenove do Gênesis" isto é, a humildade:

> *"COMEREIS O PÃO COM O SUOR DO VOSSO ROSTO, ATÉ QUE VOLTEIS À TERRA DA QUAL FOSTES TIRADO; PORQUE SOIS PÓ, E EM PÓ HAVEREIS DE TORNAR":*

. . . . . .

Humildes foram todos os que de sã consciência viveram a medicina e a iluminaram com o fulgor do saber e o brilho da inteligência. A modo de exemplo, sirvo-me da narrativa do meu paraninfo, o sempre lembrado ESTÁDIO DE LIMA: "Um dia, em um grande salão, abertas as janelas para o parque renascido das invernais, justamente na primavera, as flores ainda em botão, um mestre ilustre se dirigia a seus alunos. Estava cheio de entusiasmo, e aludia aos jovens ouvintes alguma coisa extraordinária que julgava ter descoberto. Este homem era MAGENDIE, que enxergara, ali, ante os discípulos deslumbrados e atentos, um jovem que não teria mais de dezesseis anos. MAGENDIE o adverte: "Menino, você não pode seguir a carreira para que se propõe. Está absorto, distraído, sem entusiasmo. Você não tem vocação e talento. Como é o seu nome?" – CLAUDE BERNARD, respondeu, com humildade, o adolescente:

. . . . . .

Ainda de ESTÁDIO DE LIMA: "Pouco depois, na Bretanha, trabalhava dentro de uma pequena farmácia, um jovem de quatorze anos. Empregado

naquela botica do interior da França, em vez de permanecer no balcão para atender aqueles que procuravam simplórios medicamentos, ficava no fundo da farmácia, com um pequeno tubo de ensaio a observar o comportamento dos ácidos, bases e sais. O boticário despediu o pequeno empregado, dizendo: "Você não pode ser nada na vida e coisa alguma será. Como se chama você?"

— LOUIS PASTEUR, respondeu o jovem, humildemente:

. . . . . .

"Mas o século XIX não havia de parar nestes dois nomes apenas. Na Holanda, ainda e sempre dentro de tão extraordinário período, havia um menino estudante a frequentar o curso pré-universitário, da Universidade de Utrecht. Enquanto o professor fazia exposição rotineira da matemática, o menino, com lápis na mão, desenhava figuras geométricas e se aprovundava em equações difíceis, que o explicador não teve condições de percebê-las. Foi expulso da Universidade, por incapaz. O incapaz garoto que em seus desenhos e indagações ultrapassava de muito as rotinas da lição, não era mais, nem menos, que o embrião de um gênio, cujo nome difícil de se pronunciar, não era outro senão o de ROENTGEN, o revolucionário da física e o imortal descobridor dos raios X" (IBIDEM).

. . . . . .

JOVENS AFILHADOS:

Pensastes por acaso o que seria da medicina, sem CLAUDE BERNARD, PASTEUR e ROENTGEN?

CLAUDE BERNARD criou a Medicina Experimental. PASTEUR criou uma ciência inteira e ROENTGEN, o primeiro Prêmio Nobel, ensinou em diversas Universidades e os seus raios X, além das múltiplas aplicações industriais, tornaram-se um dos maiores e mais seguros instrumentos de que se valem, até hoje, o diagnóstico e a terapêutica.

. . . . . .

Dos três jovens, sumamente humildes, o que deixou marca mais indelével foi aquele que, segundo MAGENDIE, "não tinha vocação nem talento". Eu me refiro a CLAUDE BERNARD, o criador da Fisiologia Moderna e da Medicina Experimental. A seu respeito dizia PAULO MANGABEIRA ALBERNAZ: "Para encetar a vida de médico, creio que devia ser obrigatório, nas Faculdades do mundo inteiro, uma prova de conhecimento exato disso que se poderia chamar a "Bíblia do Médico", na verdadeira acepção do termo. Esta obra, que poucos conhecem, é a "Introdução ao Estudo da Medicina Experimental", de autoria de CLAUDE BERNARD. Quanto mais me passam os anos, mais leio e mais me

convenço de que o médico está na obrigação de lê-la, de relê-la, de meditá-la e, sobretudo, de cumprir-lhe os ensinamentos".

. . . . . .

Concedeis, agora, que eu vos fale daqueles que contribuíram, ainda como estudantes, para o progresso da medicina.

Em sua "Oração de Paraninfia", disse NEWTON GUIMARÃES, há pouco citado: "Se a medicina aprende-se com o enfermo — o ensiná-la aprende-se com o aluno". Acolho a afirmativa mas a recíproca é verdadeira, isto é, a medicina aprende-se também com o aluno e o ensiná-la, com o enfermo:

Quem de vós não se recorda do que disse eu sobre REDUCCI? Não foi ele quem interrompeu uma aula, em um anfiteatro da Universidade de Pádua, e demonstrou que a escabiose, ao contrário do que expunha o professor, não é uma intoxicação e sim uma doença parasitária, cujo agente etiológico passou a ser chamado **Sarcoptes scabiei?**

E de GUERREIRO, o que vos disse? Eu não vos contei que ele ainda estudante, foi co-autor de uma reação para o diagnóstico da doença de Chegas, hoje acreditada em todo o mundo?

De DANIEL ALCIDES CARRION, ainda vos lembrais? Eu não vos contei que ele inoculou-se, em ambos os braços, com material proveniente de um enfermo com "Verruga Peruana" e que tendo apresentado um quadro grave, considerado pelos clínicos da época como correspondente à chamada "Febre de Oroya", veio a falecer pouco depois? E mais, eu não vos disse que deste fato se deduziu que ambas as doenças têm a mesma etiologia e são a mesma coisa? Também não vos disse que ao contrário do que ocorre nos outros países — o dia cinco de outubro, data da morte de CARRION, é, no Peru o dia do Médico?

. . . . . .

Nenhuma destas contribuições estudantis produziu em mim maior emoção do que a de SCHILLING, o inventor do hemograma.

Minha vida profissional está muito ligada ao invento daquele estudante. Sou o que sou, devido ao hemograma de SCHILLING. Eu vos conto a estória.

Tão logo conclui meu curso, recém-formado ainda, fui para o interior, a fim de iniciar a vida profissional. Mal chegado, o laboratório em fase final de instalação, fui convocado para realizar um hemograma em uma paciente muito especial. Tratava-se da filha de um dos colegas mais ilustres da região, a qual apresentava sinais e sintomas de uma salmonelose resistente ao cloranfenicol.

Puncionada a paciente, realizei o hemograma, o qual, contrariando a expectativa, revelou tratar-se de um processo infeccioso agudo, grave, com pouca reação orgânica e tendência à supuração. Aconselhei, de imediato, a audiência de

um cirurgião.

O pai recebeu o laudo do exame como se estivesse sob a ação de um raio, em meio à tempestade. Aflito, pediu o socorro de um cirurgião. Este, após acurado exame da paciente, discordou do hemograma e pediu uma reavaliação.

Novamente convocado, repeti o hemograma e este, mais uma vez, para desespero de todos, se mostrou mais grave ainda.

De imediato foi convocada uma junta médica, com a participação de dois cirurgiões e um clínico, além do angustiado pai da paciente.

Concluídos os exames, procedida a conferência, foi enunciado o veredicto, nos termos seguintes: "Constatada a discrepância entre os dados do exame físico e os do laboratório, os facultativos que assinam o presente, optam pelos dados clínicos, por considerarem a clínica como soberana".

Recebi com humildade a decisão dos colegas, a qual, na verdade, em outras palavras, era o meu atestado de óbito profissional. Solicitei, apenas, repetir, mais uma vez, o hemograma.

Com urbanidade e elevado espírito de coleguismo, fui reconduzido à cabeceira da paciente e, pela terceira vez, realizei o estudo das suas células sanguíneas. Fiz e refiz vários esfregaços. Corei e tornei a corar um sem-número de lâminas. Li e reli, páginas inteiras, de PEDRO JANINI e do próprio SCHILLING. Tudo em vão: o quadro hematológico era de uma gravidade meridiana e o processo, à luz do microscópio, não alimentava a menor dúvida quanto à sua natureza cirúrgica.

Cumpri o dever de levar a notícia ao conhecimento da família e, sem conciliar o sono, me recolhi ao leito.

Ao surgir o novo dia, tive conhecimento que a doente havia sido transportada, em caráter de urgência, para a capital. A laparotomia, realizada no Hospital Manoel Vitorino, sob o comando do saudoso MANUEL VITORINO PEREIRA, constatou tratar-se de apendicite supurada da qual resultou longa e pertinaz peritonite...

. . . . . .

Do exposto se infere, meus afilhados queridos, que o maior de todos os nossos compromissos é o de ser e permanecer sempre humilde.

Do princípio ao fim, do primeiro ao último dia da vossa vida profissional, havereis de ser honestos e humildes.

Daí o conselho de GUIMARÃES: "Apresentei-vos desde o início, a humildade, como a virtude fundamental para a prática da medicina. Podereis retrucar-me que a humildade dissimula e esconde as cintilações do triunfo: que o sucesso, que não se apresenta como tal, não brilha, não refulge, que é discreto, não aparece, não é sucesso" (OBRA CITADA).

Puro engano. Tudo depende do que considereis sucesso. Para mim, sucesso, na medicina, é saber ser médico e, por isso, mais uma vez repito:

"MAIS VALE SER MODESTO COM OS HUMILDES QUE REPARTIR OS DESPOJOS COM OS SOBERBOS".

. . . . . .

Deixeis, agora, que eu vos transporte nas asas do tempo e recue convosco um século atrás.

O que vêdes? O que os vossos olhos contemplam? A Bahia de ontem, a Bahia do século XIX, a Bahia de tantos médicos ilustres, puros, virtuosos e bons. A Bahia, sobretudo, de médicos amados e queridos:

Passai os olhos sobre eles e examinai as suas vidas: JOSÉ EDUARDO FREIRE DE CARVALHO, ALEXANDRE BITTENCOURT, CEZAR ZAMA, AUGUSTO NOVIS, VIRGÍLIO DAMÁSIO, CARNEIRO RIBEIRO, SÁTIRO DIAS, RODRIGUES LIMA, FLORÊNCIO GOMES, ARTUR RIOS, MANUEL VITORINO, todos pérolas primorosas, esmeraldas benditas da última centúria.

E aquele, como se chama? CIPRIANO BARBOSA BETÂMIO, eis o seu nome. Sua vida, justiçou MENANDRO NOVAES, "se identifica com aspectos do hagiologio cristão dos grandes santos". "É uma vida em holocausto da humanidade", sentenciou BROCHADO PRÍNCIPE. "Herói excelente" ele foi, na expressão culta de JAYME DE SÁ MENEZES.

CIPRIANO BARBOSA BETÂMIO, "um homem de coração evangélico", como o chamou FRANCISCO DE PAULA CÂNDIDO, se ofereceu de modo espontâneo para enfrentar o caos e as atribulações horríveis vividos pelo povo de Santo Amaro da Purificação, durante a epidemia de cólera que dizimou a Bahia.

"Ficai certo de que vou trabalhar sem descanso – disse êle ao Presidente da Província. Vou tomar a dianteira das empreitadas mais arriscadas e não me lembrarei de minha vida. Nada exigirei em recompensa de meus sacrifícios, se puder vencer, mas se sucumbir, Vossa Excelência e o Governo olhem para os meus filhos". Em seguida, numa expressão jocosa, para serenar a emoção, voltou-se para sua esposa e exclamou: – "Felismina, até a volta, se não for torta".

Solicitou tropa militar para incinerar os cadáveres, mandou buscar escravos, enxadas, carros de boi, e lenha, nos engenhos próximos. Cremou centenas de cadáveres, requisitou ambulâncias, padiolas e enfermeiros, desinfetou todas as casas e, mercê de Deus, dominou a epidemia. Salvou Santo Amaro mas contraiu a doença e veio a falecer em cinco de setembro de 1855.

. . . . . .

Levantai vossos olhos, afilhados meus, e admirai outro médico ilustre. Seu nome é OTTO WUCHERER. Foi por muitos motivos uma figura admirável. Enfrentou a epidemia de febre amarela, cujo diagnóstico esclareceu. Ditou

normas, defendeu princípios, impôs argumentos e transformou sua casa em hospital. Lutou com tanto heroísmo que a muitos pareceu ser imune ao vírus amarílico.

Certo dia disse, amargurado' "Fechei a minha casa, onde tinha enfermaria. Entraram lá vinte doentes de febre amarela e saíram vinte e um cadáveres, incluindo o da minha esposa".

. . . . . .

E aquele esculápio, também de aparência européia, quem é ele, como se chama?

Descobri as vossas frontes, paraninfados meus, porque estais diante de um dos vultos mais extraordinários da medicina baiana: Trata-se, nem mais, nem menos, de PATERSON, o médico dos pobres:

A seu respeito, disse SILVA LIMA: "À clientela dos seus compatriotas, somou PATERSON a da população em geral, sobretudo a dos pobres, e de tal modo o fez que, com o andar do tempo chegou, em extensão e trabalho, a proporções verdadeiramente assombrosas e nunca vistas nesta cidade".

A morte deste médico foi uma comoção pública. Ei-la, na palavra do mesmo SILVA LIMA:

"Depois de jantar cedo, como costumava sempre, e de algum descanso, montou a cavalo à tarde, nas melhores disposições, e foi visitar um doente na povoação da Barra, em frente ao farol. Era um caso grave que ele via desde algum tempo. O doente estava sentado na cama e o Dr. PATERSON sentou-se também em uma cadeira, adiante e um pouco ao lado dele; depois de o ter examinado detidamente, conversava sobre o estado de sua moléstia, e sobre a conveniência de ouvir a opinião de outro colega. Neste ponto da conversação, o dr. PATERSON calou-se de repende. Imóvel, com o rosto voltado para uma janela que dava para o mar, fixou a vista sobre o sol poente por pouco mais de um minuto, e caiu súbito para o lado da cama, com a cabeça entre os travesseiros. Colhera-o a morte de surpresa no seu posto de honra e no meio da quase divina tarefa de servir e socorrer a humanidade".

"O Dr. PATERSON morrera a grande distância de sua morada. Os habitantes da estrada da Vitória, que pela tarde o viram passar a cavalo, foram no começo da noite dolorosamente impressionados por um tristíssimo espetáculo. Ele passava outra vez para casa, mas inanimado, conduzido aos ombros de quatro homens, acompanhado pelos amigos, que pelo caminho iam sabendo da infausta nova. Atrás deste fúnebre cortejo ia a passo lento, o seu cavalo".

"A notícia do triste acontecimento espalhou-se com grande rapidez surpreendendo penosamente toda a população. Foi imenso o concurso de pessoas que nessa noite foram informar-se do inesperado sucesso que ecoara com a repercussão de um grande desastre".

"O funeral do Dr. PATERSON, no dia seguinte, foi o mais importante

que viu a Bahia. Tornou-se um funeral público. Os ofícios foram celebrados na capela inglesa, do Campo Grande, que estava literalmente coberta de povo".

Acrescenta SILVA LIMA: "Assistiram à cerimônia grande número de compatriotas, colegas, professores da Faculdade de Medicina, amigos, clientes e outros cidadãos de todas as classes e profissões.

Ao terminarem os ofícios, e no momento em que saía o féretro da capela para ser depositado no carro mortuário, a multidão que estava fora precipitou-se de súbito para a porta, e apoderou-se à força do ataúde para o levar, à mão, até o cemitério, à ladeira da Barra. Apesar da intervenção do cônsul inglês e de outras pessoas, o povo não desistiu do seu intento, alegando que aos pobres que perdiam no Dr. PATERSON um amigo e um pai, ninguém teria a crueldade de impedir aquela homenagem de reconhecimento, a última e única que eles, como filhos e como pobres, lhe podiam prestar:".

. . . . . .

Os médicos baianos sempre mereceram, fora da Bahia, respeito e consideração. Vejamos, por exemplo, o que foi o passamento de FRANCISCO DE CASTRO, ocorrido no Rio de Janeiro. Assim relata IVOLINO DE VASCONCELOS, o seu biógrafo:

"FRANCISCO DE CASTRO fora chamado, em conferência, a ver um doente, afetado de pneumonia pestosa. Examinara o enfermo, com devotamento e a unção, quase religiosa com que procedia, habitualmente, no sagrado mister.

"Em certo momento, de inesperado, fora o enfermo presa de violento acesso de tosse, a cuja contaminação não pudera fugir o médico.

"Pouco depois, fora ele a cair doente, e a sucumbir, vitimado pela mesma enfermidade, em meio à surpresa e consternação gerais.

"Findara-se, o glorioso mestre, na mais prematura, mas, igualmente, honrosa das mortes, pois imolara sua vida à Medicina, ao pé do leito do enfermo a que tentava salvar..."

E continua: "O sepultamento foi uma apoteose. Um silêncio apenas interrompido por suspiros de preces ou abafados gemidos, era o imponderável sudário da dor. Arrastavam-se os minutos, sonolentos e tardos, no quadrante das horas, rumo à eternidade. Poderia notar-se, no piedoso velório, o que de ilustre havia, na sociedade carioca — os seus colegas, homens de letras, políticos, jornalistas — que vinham oferecer ao grande mestre a mais completa consagração pública que, até então, tivera a Medicina, em nosso país, numa cerimônia fúnebre".

"Constituiam multidão, os seus alunos, que lhe vinham trazer as últimas e inconsoláveis despedidas... Viam-se, em toda parte, os seus clientes, e se uniam na mesma dor, os representantes das classes mais abastadas às mais humildes..."

AZEVEDO SODRÉ, reportando-se ao fato, teceu os seguintes comentários, no "Brasil Médico": "Os funerais de FRANCISCO DE CASTRO equiva-

leram, de fato, a uma verdadeira apoteose; no préstito fúnebre, que se organizou para conduzí-lo à última morada, tomaram parte mais de duas mil pessoas, representando todas as camadas sociais, desde o Presidente da República até o mísero mendigo que, com os olhos rasos de lágrimas, imprecava as bênçãos do céu para o seu benfeitor.

O ataúde que conduziu os seus restos mortais foi levado à mão e acompanhado a pé até o cemitério de São João Batista. Em todas as ruas por onde passou era grande o número de pessoas que o aguardavam nas janelas, portas e jardins. Em todos os semblantes transparecia a tristeza e não eram raras as pessoas que prorrompiam em pranto".

. . . . . .

Humildade não faltou a FRANCISCO DE CASTRO nem aos outros grandes médicos do passado. Seu filho, ALYSIO DE CASTRO, assim testemunhou: "Num outro dia, durante a lição de clínica, eu vi o meu pai interromper por momentos a preleção, abaixar-se, tomar ele próprio a escarradeira, e oferecê-la, carinhosamente, ao doente, que, nos ímpetos de um acesso, tossia sem cessar. Com a austera figura emoldurada na sua elegante sobrecasaca, eu vi e ouvi a lição, quando ele, voltando-se para os alunos, disse, impondo as mãos no doente: "Isto se faz aqui no hospital, com o indigente, a quem temos a honra de servir. Lá fora, na clientela privada, na casa dos ricos, não desça o médico ao papel do auxiliar de enfermagem, para que não se tome um ato destes como dedicação interesseira"!

. . . . . .

Hoje, decorrido um século, eu vos pergunto: — AFILHADOS MEUS, O QUE HOUVE? MUDARAM OS MÉDICOS OU MUDOU A MEDICINA?

"Entre nós, pondera JOSÉ SILVEIRA, a figura do médico não era só valorizada e respeitada, como adorada e querida. Do seu indiscutível prestígio vem ainda a onda de jovens, onde, até hoje, domina a preferência pela medicina".

Inesperadamente, porém, as cousas se transfiguraram. O médico, de carinhoso, dedicado e bom, passou a ser visto como um interesseiro vulgar, frio, desumano, dessidioso e incapaz... Por que tudo isso? E completa o mestre querido: "Tão grave e singular problema, que fere e abala os alicerces da nossa própria vida profissional, está a exigir, com urgância, uma análise cuidadosa e responsável, um julgamento equinânime e seguro, de onde possam partir soluções justas e salvadoras".

. . . . . .

Disse ANTÔNIO JESUÍNO DOS SANTOS NETO, nesta tribuna, há dois anos, que ser médico, hoje em dia, é algo penoso e difícil. É atuar em unidades mal aparelhadas e desassistidas, é examinar em pouco tempo uma multidão de doentes, é receber pelo seu trabalho, quase sobrehumano, uma remuneração ínfima: A medicina foi massificada e o médico recebe por tudo isso acerbada crítica que não lhe cabe. Alguma parcela de culpa, no entanto está dentro de nós mesmos.

Confessou OSCAR WILDE, atrás das grades de sua prisão, quando escreveu em cartas a tragédia da sua vida: "Ninguém, por grande ou pequeno que seja, poderá perder-se a não ser por meio de suas próprias mãos!"

. . . . . .

A mim me parece que a resposta à dolorosa pergunta formulada por JOSÉ SILVEIRA está com MÁRIO RIGATO. Ei-la na íntegra:

"Na verdade, se investigarmos com mais vagar do que eram capazes, os médicos do passado, chegaremos a algumas conclusões, à primeira vista, bastante acabrunhadoras. Tudo indica que um século atrás — um século na esteira do tempo não é muito — os nossos irmãos de profissão não eram capazes de curar praticamente nada.

"Se remontarmos à história da medicina, veremos que o século passado foi marcado por notáveis progressos no conhecimento da patologia e do diagnóstico das doenças. Mas em termos de terapêutica, em termos de cura, praticamente nada naquela época se sabia. Os grandes mestres da medicina, de cujos retratos temos cópias a ornamentarem nossos consultórios, prescreviam para os seus doentes sanguessugas. Seis milhões de sanguessugas eram vendidas, por mês, nas farmácias de Paris, ao redor de 1850. A arte, a ciência, não estavam em saber se se devia ou não receitar sanguessugas. A arte e a ciência consistiam em saber quantas sanguessugas se deveria receitar para cada moléstia, e por quanto tempo!

"Se os médicos do passado não eram capazes de curar praticamente nada, de onde provinha o seu inegável, o seu extraordinário prestígio?

"A resposta não é assim tão difícil: sabe-se que, pelo menos, dois terços dos pacientes que batem às portas dos consultórios não possuem doença orgânica. Dois de cada três pacientes não são doentes do ponto de vista físico. São ansiosos e angustiados, em busca de orientação, apoio e conselho. Este fato é tão verdadeiro nos dias de hoje como o foi no passado. O médico do século XIX era um homem que não tinha conhecimentos para poder curar doenças orgânicas. Mas era tão inteligente como nós. Ciente de suas limitações, dedicava um grande calor humano aos que o procuravam. A tomada da anamnese, ao que tudo indica, era feita com extrema atenção e interesse. O exame físico chegava às raias do primoroso. Hoje, não. Hoje nós estamos montados numa ciência realmente poderosa, capaz de curar a maioria das doenças orgânicas e, ao invés de continuarmos humildes, nos tornamos tão orgulhosos que, realmente, já não

temos muita consideração para com aqueles que não possuem patologia orgânica.

"O pouco tempo de que dispomos para ouví-los, a presteza com que nos dispomos a pedir exames complementares, a longa romaria pelos laboratórios clínicos, radiológicos, eletrocardiográficos, endoscópicos, anatomopatológicos e outros que tais, acabam infundindo, mais e mais, no paciente angustiado, a certeza de uma patologia que ele não tem.

"Outra razão pela qual, eu acredito, os médicos do presente têm menos prestígio do que os médicos do passado, diz MÁRIO RIGATO, é a sua menor exposição ao mundo afetivo dos pacientes. Não me causa surpresa que uma recepcionista de uma Olimpíada tivesse se tornado a esposa do monarca que lhe coube receber e acompanhar durante aquele festival de esportes. Pois não foi ela que o esperou no aeroporto? Não foi ela que o acompanhou ao hotel? Não foi ela que o levou ao estádio? Não foi ela que lhe fez companhia às refeições? Não foi ela que o transportou até o avião do retorno? Este longo convívio permitiu que florescessem simpatias e se revelassem atrações. Mas se o Rei da Suécia tivesse sido recebido por uma jovem, levado ao hotel por uma segunda, conduzido à praça de esportes por uma terceira, acompanhado ao hotel por uma quarta, jantado com uma quinta, seria crível, ou pelo menos provável, que ele se casasse com a equipe assim constituída?

"Pois eu acho que entre o médico do passado e o médico do presente está acontecendo a mesma coisa. Quem ouvia a história de um doente de um século atrás, era o seu médico. Quem o examinava depois da história contada, era o seu médico. Quem fazia as investigações complementares, ainda que simples, tal como o primitivo exame de urina, era o seu médico. Quem prescrevia a medicação, ainda que ineficaz, era o seu médico. E quem passava a vir vê-lo, dia após dia, noite após noite, até que o alívio ou a morte chegassem era o seu médico. Seria de surpreender que se criasse entre este médico e este paciente uma notável relação com grande, ampla e sólida afetividade?"

. . . . . .

Durante os seis anos que passastes na nossa Escola, alegrando com as vossas presenças o diuturno das nossas enfermarias e salas de aulas, esta foi a única lição que eu vos transmiti:

SÊDE HUMILDE E AMAI O VOSSO PACIENTE COMO SE ELE FOSSE O VOSSO PAI OU O VOSSO FILHO.

Só assim, somente assim, tereis sucesso e sereis felizes!

A Escola, paraninfados da minha alma, discípulos queridos que os anos não me trarão jamais, há de ser, hoje e sempre, o farol das vossas vidas.

É pensando nela que concluo esta Oração de Paraninfia. Concluo repe-

tindo o que vos disse quando me comunicastes a vossa escolha, isto é, retiro das reminiscências do passado, o meu primeiro livro de leitura: "CORAÇÃO", de EDMUNDO D'AMICIS. Abro-o! Quantas lembranças! Em cada página uma recordação da infância. Reunindo-as: compõem, nesta noite de luzes e flores, minhas palavras de despedida, as quais, impressas em vosso convite de formatura, estão dirigidas a cada um de vós, nos termos seguintes:

> *"A ESCOLA, MEU FILHO, É UMA MÃE. ELA RECEBEU DE MEUS BRAÇOS UMA CRIANÇA E ME DEVOLVEU UM HOMEM. ABENÇOADA, POIS, A TUA ESCOLA. TU NÃO A OLVIDARÁS JAMAIS. É IMPOSSÍVEL QUE A ESQUEÇAS! VIAJARÁS PELO MUNDO, VERÁS CIDADES E MONUMENTOS E DE MUITOS DESTES TE ESQUECERÁS, MAS AQUELE EDIFÍCIO MODESTO, AQUELA PORTA E AQUELE PÁTIO ONDE DESABROCHARAM O TEU SABER E A TUA CIÊNCIA, VÊ-LO-ÁS ATÉ O ÚLTIMO DIA DA TUA VIDA, COMO EU, TUA MÃE, VEREI PARA SEMPRE A CASA EM QUE OUVI PELA VEZ PRIMEIRA, O TEU VAGIDO!"*

IDE, DEUS VOS ACOMPANHE!
OBRIGADO, MUITO OBRIGADO,
ESTAMOS DESPEDIDOS.

SAUDAÇÃO AO ACADÊMICO ARMÊNIO COSTA GUIMARÃES

Prof. José Maria de Magalhães Netto *

A Academia de Medicina da Bahia, distinguiu-me, sobremaneira, ao incumbir-me de saudar-vos na esplendidez desta solenidade em que recebeis as insígnias acadêmicas, de plena justiça outorgadas, porquanto "sois sumamente digno de entrar nesta liça de honra, em que, à porfia, labutamos".

Vossas excepcionais qualidades de médico, professor e pesquisador, indubitavelmente uma das figuras mais representativas da classe médica baiana, justificam a decisão calorosa e unânime de acolher-vos como Titular da cadeira 35, que tem como patrono o venerável Mario de Macedo Costa e último detentor o eternamente Magnífico, LUiz Fernando Seixas de Macedo Costa, um dos mais fúlgidos representantes do talento, da ciência e da cultura baianas.

Nascido em Salvador em 17.06.33, filho de D. Zélia Costa Guimarães e Audemario Silvino Pinto Guimarães, um anatomista de escol que, ao revés da maioria dos professores da época, meros repetidores dos tratados clássicos, ensinava objetivamente através de esplêndidas peças, preparadas com invulgar maestria e beneditina dedicação. A simplicidade, a bondade, a humildade, apanágio dos verdadeiros cultores da ciência, marcaram, indelevelmente, a trajetória luminosa de Audemario Guimarães, o nosso queridíssimo Bororó, a quem à maravilha se aplicam os versos lapidares de Fernando Pessoa:

Para ser grande, sê inteiro; nada

---

* *Titular de Obstetrícia da UFBA. Membro da Academia de Medicina da Bahia. Diretor da Faculdade de Medicina da UFBA.*

Teu exagera ou exclui,
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és
No mínimo que fazes.
Assim em cada lago a lua toda
Brilha, porque alta vive.

Com tão edificante exemplo, não era de estranhar que o recipiendário, precocemente, revelasse sua vocação para o exercício da medicina e do magistério.

Aluno distinto do tradicional Colégio dos Irmãos Maristas e da Faculdade de Medicina da UFBA, Armênio colou grau em 1956. Logo pós sua formatura, no período de 1957/58, fez proveitoso estágio no Serviço de Cardiologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, na 2ª Clínica Médica, sob a orientação do a todas as luzes insigníssimo Prof. Luiz Décourt.

No período de 1958 a 62, evidenciando uma tendência inata, dedicou-se à pesquisa básica, tendo como timoneiro o preclaro Prof. Jorge Augusto Novis, espíRito esclarecido e esclarecedor, admirável semeador de ciência e de cultura, ao lado das figuras exponenciais de José Simões da Silva Júnior, Elsimar Coutinho, Luiz Fernando Seixas de Macedo Costa, Antonio Biscaia e Almira Vinhaes.

"Especialista dentro da Medicina e não médico dentro da especialidade", exerceu por mais de uma década, com rara eficiência e dedicação extremada, a função de clínico geral da Maternidade TSylla Balbino, ao lado do inesquecível Raimundo Valdicio do Praco Valadares, cuja atuação irrepreensível e profícua cabe lembrada num preito de saudade e justiça.

Os prodigiosos progressos da cardiologia levaram-no, espírito lúcido e pragmático, a realizar (1964-1965) como médico bolsista ("Fellow") um estágio de pós-graduação na Divisão de Cardiologia do Departamento de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de MInnesota e do Hospital de Minneapolis, nos Estados Unidos da América do Norte, ao tempo em que colaborou como pesquisador associado de Patologia do Charles T. Milles Hospital, no Serviço do Prof. Jesse E. Edwards, em St. Paul, Minnesota, USA. Uma série ininterrupta de brilhantes conquistas consagra a atividade do Prof. Armeio Costa Guimarães; Instrutor de Medicina Interna da Faculdade de Medicina; Prof. Adjunto de Clínica Propedêutica Médica; Consultor em Cardiologia da Faculdade de Ciências Médicas da Fundação da Universidade de Brasília; Prof. Associado Visitante da Divisão de Cardiologia do Departamento de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Cornell, New York, N.Y., USA; Médico Assistente do Ambulatório de Cardiologia de New York Hospital;

Docente Livre e Professor Titular de Cardiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia; Professor Visitante de Cardiologia da Faculdade de Ciências Médicas da Fundação da Universidade de Brasília.

Excelente didata, clínico de rara argúcia, cumpridor rigoroso de suas obrigações docentes, conseguiu, como poucos, realizar uma perfeita integração docente-assistencial, fazendo-se merecedor do apreço dos colegas e do reconhecimento dos seus alunos.

Das mais expressivas a produção científica do Prof. Armênio Costa Guimarães, quer em simpósios, mesas-redondas e conferências da especialidade, proferidas em estilo terso, objetivo, em vários Estados brasileiros bem como em diversos países das Américas, Europa, Ásia e África, quer através de quase meia centena de trabalhos originais publicados em periódicos nacionais e estrangeiros, bem assim em livros de texto e duas excelentes teses, contribuindo, desse modo, significativamente, para a divulgação da especialidade, sobretudo no que tange à patologia regional.

Ciência, experiência, bom senso, consciência, dedicação, afabilidade e humildade são qualidades características do grande clínico Armênio Guimarães que, entendendo, como sempre entendi, que os professores das disciplinas profissionalizantes não podem e não devem, em benefício do próprio ensino, limitar seu campo de ação a um hospital universitário, após larga jornada de dedicação exclusiva à atividade docente, voltou a exercer a clínica particular, atendendo às aspirações da comunidade baiana, que não poderia continuar privada dos benefício de sua alta competência.

Personalidade multifacetada, Armênio há demonstrado grande capacidade administrativa quando no exercício da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal da Bahia, durante o reitorado de seu eminente mestre e amigo Prof. Augusto Silveira Mascarenhas.

Sua eleição para Presidente da Comissão Científica Permanente da Sociedade Brasileira de Cardiologia para o biênio 1986/87 constitui demonstração inequívoca do alto conceito e o prestígio que desfruta entre os especialistas brasileiros.

Ao felicitar-vos, insigne acadêmico Armênio Costa Guimarães, prazeirosamente estendo minhas contratulações aos vossos entes queridos — Solange, esposa dedicada, mãe extremosa, companheira de todas as horas; Paulo Roberto e Isabel Cristina, filhos amantíssimos, jubilosos da esplendidez da trajetória gloriosa do pai.

Felizes daqueles, preclaro confrade, que após árdua caminhada "de cabeça erguida, sem falsas asas e pelos próprios pés", vêem concretizado o ideal acalentado, magnificamente retratado nos magistrais versos de Teófilo Dias de Mesquita:

Muitas vezes se vê, sobre os rios do norte,
Na quadra que o calor abafa mais ardente,

Horríssono tufão rugir, sanhudo e forte,
Em direção contrária à indômita corrente

. . . . . .

De encontro às águas rui a túrbida descarga,
E brusco assalto ferve, e remoinha e brama;
— Sem cólera, encrespando a superfície larga,
Através da floresta o rio se derrama.
Como um atleta, o vento em porfiado esforço,
Cava a úmida arena; — o rio, que se empola,
Sob a afronta eriçando o magestoso dorso,
Com lento passo igual à rude massa rola

. . . . . .

Ideal! Ideal! tu és como esse rio!
— Sem ouvir o clamor dos cetros, das tiaras,
Com grave palidez, imperturbável, frio,
Vais rolando um trunfo as tuas ondas claras,

. . . . . .

Fatigando ao passado a resistência, a fúria,
Marchas para o futuro inalteravelmente;
Não te pode sustar a força, nem a injúria;
— O tufão não suspende aos rios a corrente!

Eminente acadêmico, caríssimo amigo Armênio Costa Guimarães, sonhastes alto, sonhastes bem, realizastes vosso ideal.

Não esmorecereis, vaticino, na contemplação dos loiros da vitória. Continuareis a forcejar, incessantemente, em busca de novas conquistas em prol do soerguimento da ciência, da cultura e do ensino em defesa da perpetuação do prestígio e da grandeza da medicina da Bahia e do Brasil.

Sede benvindo!

Bahia, 12 de dezembro de 1985.

SAUDAÇÃO A JOSÉ SIMÕES E SILVA JÚNIOR *

José Ramos de Queiroz **

Não será muito fácil nossa tarefa nesta noite, ao receber, em nome de confrades tão ilustres e renomados, o Doutor em Medicina JOSÉ SIMÕES E SILVA JÚNIOR, varão de elevada estirpe, repositário de vasto cabedal científico, pesquisador, professor e administrador de alto nível. Por isso mesmo, do seu alentado currículo, tentaremos pinçar, aqui e ali, o que se nos afigura mais essencial e importante, para traçar o seu perfil à essa magnífica e seleta assistência, do modo simples a que nos acostumamos, talvez sem o requinte necessário à solenidade de tal porte

A 12 de abril de algumas décadas passadas foram noticiadas, nos jornais da época, várias ocorrências políticas e administrativas, anunciados medicamentos miraculosos, publicado folhetim seriado, precursor das novelas de televisão e inseridos, em página apropriada, nomes de professores da Faculdade de Medicina, com seus títulos, especialidades, horários de consulta, tais como Aristides Novis, Clementino Fraga, Eduardo Rodrigues de Morais, Prado Valadares e outras celebridades médicas. Justo, o acontecimento que determinou a reunião de hoje desta augusta Academia – 25 de setembro de 1986 – não foi mencionado – o nascimento, nesta então pacata Salvador, ainda bem apegada às tradições, hábitos e costumes que a diferenciavam de tantas outras cidades brasileiras, de uma robusta e sadia criança, que recebeu o nome de José, acres-

---

* *Proferida em sessão solene de 25 de setembro de 1986.*

* * *Professor da Escola de Medicina. Titular da Cadeira 19 desta Academia.*

cido no cartório do conhecido e conceituado sobrenome Simões e Silva Júnior, do seu venerando pai, ainda vivo, aos 96 anos. A chácara da Federação, onde residia a família, desaparecida sob o impacto do progresso, para dar lugar a edificações diversas, serviu de pano de fundo à sua infância e adolescência, sob os cuidados de sua extremosa genitora, D. Maria Sizinia de Sant'Ana Simões.

O curso primário foi dividido entre os Colégios N.Senhora da Guia e N. Senhora das Mercês. O ginasial, realizado no tradicional e conceituado Colégio Antônio Vieira, permitiu sua matrícula no curso pré-médico ou complementar, na própria Faculdade de Medicina. Em 1946 recebeu o diploma de médico, sendo doutor em medicina, por concurso, a partir de 1951. Pretendendo concorrer, como fez, à cátedra de Fisiologia da Faculdade de Odontologia e atendendo à imposição legal, na ocasião, nela se matriculou como aluno e diplomou-se em 1949, sendo doutor em odontologia, defendendo tese, em 1953. Nessa época já era, a convite do inesquecível professor Aristides Novis em 1947 (um ano após a formatura), assistente de Fisiologia da nossa imorredoura Faculdade de Medicina do Terreiro de Jesus. Nela, alcançou a posição de Professor adjunto (1962), onde permaneceu até a aposentadoria, em dezembro de 1985. Na Faculdade de Odontologia, submeteu-se a concurso para docente em 1954 e foi empossado como professor catedrático substituto de Fisiologia, em 1959, através mandado de segurança, face à oposição da congregação da mencionada unidade de ensino.

Vale a pena ressaltar que a aprovação nos concursos que realizou foi sempre com nota máxima.

Sua inclinação pelo magistério o fez ir mais além. Doutor em medicina e odontologia, professor de fisiologia em ambas as faculdades, em 1971 defendeu tese e tornou-se doutor em biologia e, nesse mesmo ano, passou a ser professor titular em biologia e, nesse mesmo ano, passou a ser professor titular do Instituto de Biologia da Universidade Federal da Bahia, também por concurso. Sua atividade didática, reconhecida e proclamada pelos alunos — facilidade de expressão, clareza de linguagem e profundo conhecimento da matéria lecionada — tornou-o mestre de muitas gerações, nas diversas unidades de ensino de ambas as universidades da Bahia e na Escola de Medicina e Saúde Pública. Sempre ensinando, não importa se assistente, professor adjunto, professor catedrático ou professor titular: na Universidade Federal, além das Faculdades de Medicina e Odontologia, a de Filosofia, de Farmácia, de Nutrição, de Medicina Veterinária, de Enfermagem; na Universidade Católica do Salvador, sua presença de professor titular foi marcada no Instituto de Ciências Exatas e Naturais, na Faculdade de Educação, na Escola de Enfermagem e na Escola de Educação Física. Na Escola de Medicina e Saúde Pública, além do curso de médico, também foi professor titular dos cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e, ainda, lecionou fisiologia nos cursos de pós-graduação de Medicina do Trabalho, Engenharia e Segurança do Trabalho e Enfermagem do Trabalho.

Seu conceito como mestre interessado, eficiente e capaz ultrapassou as

fronteiras do nosso Estado. Assim, convidado pela Universidade Federal da Paraíba, ensinou fisiologia nas faculdades de medicina e odontologia; no mesmo Estado, lecionou disciplina na Escola de Medicina de Campina Grande. No Rio Grande do Norte e em Sergipe, a convite das respectivas Universidades Federais, transmitiu aos alunos das Faculdades de Medicina a extensa gama de conhecimentos de sua matéria predileta, a fisiologia.

Esse acendrado devotamento ao estudo e ensino da fisiologia teve, em grande parte, o estímulo do inolvidável mestre de todos nós, Aristides Novis. No elaborado trabalho com que se apresentou a esta Academia, diz o nosso recipiendário: "42 anos de magistério marcados pela competência, clareza e forma escorreita; pela elegância, pontualidade e preocupação no acompanhar e transmitir a seus privilegiados alunos as últimas conquistas da ciência. Pessaolmente, continua o Dr. Simões, diríamos que suas aulas sempre foram famosas. Ansiadas pelos calouros e recordadas por aqueles que a elas tinham comparecido. Primava pela pontualidade beneditina; pela didática invulgar e seus famosos esquemas de quadro negro; pela contínua atualização de conhecimentos e, sobretudo, pela beleza da forma e magnificiência na apresentação. Empolgava de tal sorte seus discípulos que a freqüência às suas aulas era invejada. Na maioria das vezes elas terminavam com uma calorosa e espontânea salva de palmas".

O Prof. José Simões, ao lado do seu pendor para o magistério, inclinou-se para a pesquisa. E começou a preparar-se para isso. Assim, em 1948 frequentou curso de pós-graduação, em Buenos Aires, onde teve oportunidade de aprender com os professores Bernardo Houssay e Manoel Luiz Perez; de 156 candidatos, foi um dos 10 aprovados para bolsa de estudos na Universidade de São Paulo, onde passou 2 anos (1951/53), sob a orientação do Prof. Paulo Sawaya, pesquisando e preparando trabalhos; neste mesmo ano de 1953 foi distinguido pela "The Rockfeller Foundation" com bolsa de estudos nos Estados Unidos da América, permanecendo 2 anos da Universidade de Wisconsin.

Estava, assim, capacitado a dedicar-se, o que fez durante quase 15 anos, à investigação científica na área de sua eleição, a fisiologia. Com a implantação de um setor de pesquisa na Faculdade de Medicina, o "Laboratório de Fisiologia", pelo Prof. Jorge Augusto Novis, com que seu pai tanto sonhara, o Prof. José Simões integrou-se, com entusiasmo e dedicação, ao grupo de pesquisadores, frequentando assiduamente aquele centro de ciência experimental, onde teve oportunidade de introduzir o uso de primatas como animal de laboratório, utilizando o sagui da espécie *Callithrix Jacchus*, sobre o qual publicou 5 trabalhos — 2 sobre sua fisiologia e os outros intitulados: "Estomatologia do sagui — dentição e dentes", "Osteologia do sagui" e "Determinação do ciclo sexual do sagui pela colpocitologia". Além desses, mais 38 publicações de experimentação e pesquisa, destacando-se a tese de doutoramento em medicina (Contribuição regional ao teste de Galli Manini — 1951, aprovada com distinção); a tese para docente livre de Fisiologia na Faculdade de Odontologia (Contribuição ao estudo fisiológico das glândulas salivares — 1954, aprovada com nota 10) e o trabalho

realizado nos Estados Unidos, em colaboração com o Prof. W.B. Youmans e outros (Effects on Renal Function of Acute Femural Arteriovenous Fistula — 1958).

A falta de condições para prosseguir no campo da pesquisa, mal grado o empenho de toda a equipe, fê-lo voltar-se inteiramente ao ensino. Atualmente é professor titular de fisiologia na Escola de Medicina e Saúde Pública e na Universidade Católica do Salvador, lecionando no Ciclo Básico e nos cursos de Biologia, Enfermagem e Educação Física. Igualmente se distinguiu no desempenho de funções administrativas e técnicas. Na Universidade Federal representou o Instituto de Biologia no Conselho de Coordenação; foi Vice-Presidente da Câmara de Extensão, Chefe do Departamento de Zoologia, Vice-Diretor e Diretor do Instituto de Biologia, re-eleito por duas vezes; eleito Vice-Reitor em 1974, indicado Reitor pro-tempore em maio de 1980, permanecendo até dezembro de 1985, quando teve oportunidade de demonstrar sua capacidade de administrar uma entidade em profunda crise institucional.

Exerceu a medicina em consultório por algum tempo e 25 anos na condição de médico civil do Ministério da Marinha (Hospital Naval de Salvador).

Das comendas e títulos honoríficos recebidos, destacamos: Membro do Conselho Diretivo da Associação Brasileira das Instituições Superiores Católicas — ABESC; Membro titular do Conselho Fiscal do Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras — CRUB; Sócio Benemérito da Associação Bahiana de Biologia; Membro da Organização Universitária Interamericana — OUI (Quebec); Representante do Conselho de Reitores no Congresso da Associação Americana de Dirigentes de Universidades — Washington/1984; Comenda do Centenário de Criação dos Cursos Odontológicos no Brasil; Medalha do Mérito Tamandaré; Medalha do Mérito Educacional Barão de Macaúbas — Bahia; Medalha do Mérito Universitário no grau de Conselheiro — Universidade Federal do Rio Grande do Norte; Medalha de Comendador da Legião do Mérito Presidente Antônio Carlos — Rio de Janeiro; Medalha André Vital de Negreiros — Instituto Brasileiro de Heraldica e História (Rio de Janeiro).

Fazia parte da equipe do "Laboratório de Fisiologia" a farmacêutica Celeste Tannus. Além da amizade de colegas, outro sentimento, mais profundo e duradouro, levou-os a tornarem-se marido e mulher, num casamento de 32 anos de felicidade comum. Os cinco filhos e a esposa constituem o núcleo central de estímulo às suas realizações, de segurança e apoio nos momentos preocupantes e incertos de sua dinâmica e agitada existência.

Professor José Simões:

Cremos ajustar-se bem à vossa personalidade as palavras de José Engenieros: *"Em toda a luta por um ideal se tropeça com adversários e se criam inimizades; o homem firme não os ouve nem se detém a contá-los, segue a sua rota, irredutível em sua fé, imperturbável em sua ação, porque quem marcha em*

direção de uma luz não pode ver o que ocorre na sombra".

Do que conseguimos dizer, concluímos quanto foi merecida vossa aceitação neste sodalício, não só pelo vosso culto à ciência de Hipócrates, tanto no ensino, quanto na pesquisa e no exercício profissional, mas também por aquele outro período de vossa vida, a confirmar vossa obstinação na conquista do objetivo a que vos propusestes: vossa atuação como Reitor pro-tempore da Universidade Católica do Salvador, à época em plena crise financeira e administrativa, à beira da insolvência, minada pela reação de alguns, numa greve sem perspectiva, a revolta de outros e o desespero de muitos, ao ver desmoronar-se, sob a indiferença de poucos, o sonho de tantos anos de idealismo e trabalho, muita vez voluntário. Mas vós, professor José Simões, arrostastes a borrasca com extrema firmeza e inquebrantável decisão, a desafiar a antipatia, a malquerença e, mesmo, invectivas e ameaças ao "não" firme, pereptório e imutável aos que desejavam servir-se da Universidade. E conseguistes equilibrar suas finanças, recuperar seu conceito, reaparelhar diversas unidades de ensino, apresentar ao Conselho Nacional de Educação estatutos e regimento, ampliar a biblioteca, sensibilizar o governo estadual da época a doar amplo terreno para a implantação do futuro campus universitário.

Se atentarmos para a origem do vocábulo academia, do grego **akademeia**, local de tertúlias científicas, filosóficas e literárias, mais tarde denominação das primeiras universidades, daí chamar-se ainda e até hoje "academico" ao estudante universitário, percebemos mais uma afinidade entre o Prof. José Simões e esta Casa, que o recebe, num preito de justiça, reconhecimento aos relevantes serviços prestados à medicina, ao ensino e, sobretudo, à comunidade, possibilitando a milhares de jovens continuar seu aprendizado e a centena de mestres a condição de permanecer transmitindo seu saber e sua experiência. Sim, porque a Academia de Medicina não é mais aquela instituição fechada, inacessível e isolada. Ela se enobrece e se agiganta à medida que se reflete, através da difusão de sua produção científica, no bem-estar comum. E assim, Professor José Simões, caro confrade, esta Academia vos acolhe com as honrarias a que fizestes jús e a alegria de todos nós.

Sede benvindo!

RODRIGO BULCÃO D'ARGOLLO FERRÃO *

Renato Tourinho Dantas **

Filho de engenheiro geógrafo, Dr. Victor André D'Argollo Ferrão e D. Alice Bulcão D'Argollo Ferrão, nasceu a 26 de setembro de 1907, na Escola de Agronomia de São Bento das Lajes, na Vila de São Francisco do Conde, o Prof. Rodrigo Bulcão D'Argollo Ferrão a quem a Universidade Federal da Bahia, concede, em homenagem póstuma o título de Professor Emérito, proposto pela Congregação da Faculdade de Medicina e aprovado pelo Conselho Universitário por expressiva unanimidade.

Ao rememorarmos a sua origem estamos a ver que Rodrigo Argollo já trouxe do berço a sua irresistível vocação para a vida universitária, onde viveu a maior parte de sua vida e na qual exalou o seu último suspiro, preocupando-se, até o seu último instante com problemas do Hospital Prof. Edgard Santos, cuja direção foi o último cargo que ocupou enquanto teve forças para tal mister.

Sintetizar a vida de Rodrigo Argollo não é tarefa fácil, mormente para quem o teve como mestre, desde os bancos acadêmicos até a sua passagem para a eternidade, num convívio íntimo e amigo de mais de trinta anos.

Em alguns homens é fácil citar seus principais traços dominantes e fácil colocá-los onde se posicionavam no seu tempo e sua época.

Rodrigo Argollo porém era dotado de tão versátil inteligência e, como

---

* *Homenagem Póstuma ao PROF. EMÉRITO RODRIGO ARGOLLO (16.02.1984).*

** *Professor Titular da Faculdade de Medicina da UFBA. Titular da Cadeira 23 desta Academia.*

diria Pinto de Carvalho, de especial talento multiforme, que, aquele que se atreve a relembrá-lo não sabe que aspecto de sua vida se superpõe aos demais.

* * * * *

PROFESSOR UNIVERSITÁRIO, didata inato, conseguia ser ao mesmo tempo o docente rígido no cumprimento de suas obrigações e brilhar nas suas divagações humanísticas. A sua "Lição de Abertura dos Cursos" de 1950 é ainda um documento vivo e atual como se hoje fosse proferida.

O LÍDER ESTUDANTIL da década de 20, transformou-se no líder de classe atuante nos movimentos reivindicatórios da mesma, no presidente da Associação Bahiana de Medicina no final da década de 50, e no Vice-Presidente da Associação Brasileira de Escolas Médicas em 1974.

O ADMINISTRADOR iniciado em Marília, São Paulo, evolveu até transformar-se no Diretor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, por três períodos distintos, em que manteve o rumo da nau em épocas conturbadas, por reformas, movimentos de reivindicações estudantis e espúrias pressões estranhas ao meio universitário. E, na última dádiva de si a Universidade que o homenageia; diretor do Hospital Prof. Edgard Santos em época difícil, na crise que há anos o vem corroendo; como o homem capaz de refrear a marcha para o desencanto.

O MÉDICO, O CIRURGIÃO, de quem disse Estácio de Lima saudando a um dos seus mais próximos discípulos "Exercitando a Clínica Médica e suas decorrentes especialidades, o profissional atua, porém, muito mais vezes, como um ser solitário. Terá que pensar, repetidamente, sozinho, e sozinho decidir.

Os atos cirúrgicos, entretanto, exigem a permanente colaboração do auxiliar, ou mais amplamente, de uma equipe. Se todos os participantes, forem por acaso, de um mesmo estado emocional, o desenvolvimento da batalha, nem sempre se mostra ideal. Não é, todavia, um paradoxo. Os gestos demasiadamente isócronos e muito rápidos de uma equipe acabam automáticos, sem um período desejável para a formulação do pensamento crítico e uma tomada de posição nova, quando necessário, sobretudo necessário e urgente.

O sincronismo excessivo e um comando sem críticas oportunas podem comprometer o futuro. Nos dramas cirúrgicos, ao mais mínimo sinal de alarme, opor a imediata motilização dos sentidos.

É preciso, destarte, muito medir e meditar para constituir as equipes cirúrgicas. Obediência, inteligência, mas uma capacidade de observação, para as prontas advertências, ou ações.

A escola a que V.Sa. está filiado, de Argollo, precisamente, obedece aos cânones de inteligência, dignidade e tenacidade, todavia mantendo as linhas

da melhor serenidade espiritual.".

E O AMIGO, o homem sem ódios, o homem aberto a críticas e infenso às intrigas que cerca o poder.

O seu espírito jovem, e a sua curiosidade atropelando a sua vida em movimentos políticos e sociais em que atuou incessantemente. Combatente na Revolução Constitucionalista de São Paulo, um dos líderes do movimento "O Petróleo é nosso"; o aluno da Escola Superior de Guerra onde publicou monografia sobre "Problemas do mundo sub-desenvolvido e seus reflexos na política exterior do Brasil" e a luta pelo programa de interiorização do ensino médico e da medicina, demonstravam o entusiasmo do político de formação liberal que não se atrelava a partidos para não se disvirtuar de idéias.

* * * * *

Ingressou Rodrigo Argollo na Faculdade de Medicina da Bahia em 1924 e após ter sido interno de Patologia Cirúrgica em 1928/1929 coroou a sua vida estudantil colando grau de Doutor em Medicina a 26 de dezembro de 1929, com a tese "Da pielotomia Pasterior no Tratamento de Litíase Renal" — aprovada com distinção — por ironia do destino o seu primeiro trabalho versou sobre o último tratamento cirúrgico a que foi submetido.

Em 1932 vamos encontrá-lo também como médico interno no Instituto Paulista, em São Paulo, como Assistente de Clínica Cirúrgica do renomado cirurgião Dr. Antonio Luis do Rego Santos.

Aí iniciou a sua brilhante carreira universitária, pois já em 1945, tornava-se Livre Docente de Clínica Cirúrgica, após brilhantes provas e com a apresentação de uma Tese experimental, cousa inusitada àquela época, em nosso meio, versando sobre "Tratamento do Côto Apendicular".

No mesmo ano e em função da obtenção da láurea universitária é indicado Chefe de Clínica e posteriormente Professor Catedrático Interino da 2ª Clínica Cirúrgica da nossa Faculdade.

Vagando a Cadeira de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental com a aposentadoria compulsória do saudoso e culto Prof. Ignácio de Menezes, realiza em 1946 o concurso para Livre Docente da referida Cadeira obtendo brilhante sucesso em todas as provas, mormente na prova escrita, depois publicada, sobre "Amputações" e magnífica e profunda tese sobre "Tratamento Operatório da Hérnia Inguinal no Homem — Mioplastia com o Músculo Costureiro".

Após a aprovação requereu e foi indicado pela Congregação para o cargo de Professor Catedrático Interino.

No mesmo ano inscreveu-se como candidato a Professor Catedrático, da Cadeira de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental.

Datando dessa época o nosso convívio, somos testemunhas de como colocou então a sua imensa capacidade de estudo e de trabalho a serviço do seu

Desideratum. A sua equipe de estudos, relembramos, além de Carlos Gama e Durval Seabra já falecidos, Wilson Maltez, Valter Viana, Fernando Didier, nós e muitos outros, que jamais conseguíamos acompanhar o seu ritmo de trabalho, revezando-nos na tentativa de acompanhá-lo no desempenho das tarefas previstas.

Mesmo assim sobrou-lhe tempo para profundos estudos não só da Anatomia Topográfica, uma das provas previstas para o concurso, como da Anatomia Descritiva.

Em maio de 1949 pôs à prova todo o esforço de uma vida dedicada ao estudo ao iniciar-se o concurso de Provas e Títulos para Professor Catedrático, enfrentando opositor capaz, inteligente e extremamente combativo, foi aprovado e indicado por unanimidade da banca, sendo que as provas práticas de Amputação de Perna e de Anatomia do Mediastino Posterior, nas quais obteve ampla margem de superioridade sobre o seu competidor, tornaram-se marcos de registro nos meios universitários nacionais de então.

Nomeado Professor Catedrático por decreto de 08 de dezembro de 1949, entrou em exercício a 16 do mesmo mês e ano. Procurou, de logo, dinamizar a sua cadeira e sua equipe; a planificação que fez para o ensino é perfeita, tão perfeita que não logrou realizá-la no seu todo, pois estava aquém das possibilidades da Universidade, então, e agora, mas o que realizou, o pontificou entre os mestres da Técnica Operatória como acentua o Prof. Fábio Goffi no primeiro capítulo da sua obra "Técnica Cirúrgica" — de tão grande valor e ampla divulgação que dispensa encômios.

Diz o Prof. Goffi então: "No Brasil o ensino da Técnica Cirúrgica tem-se modificado com o correr dos tempos. Seguindo o exemplo das Universidades Européias ele teve sua origem nos antigos institutos anatômicos tomando nomes de Anatomia Médico-Cirúrgica e Operações no Rio de Janeiro, Medicina Operatória na Bahia ou Anatomia Topográfica, Operação e Aparelhos em São Paulo. Os chefes de escola de então eram notáveis cirurgiões que haviam feito sua formação básica nos laboratórios de Anatomia, sendo os mais destacados Benjamin Batista, na Faculdade Nacional de Medicina, Antonio Ignácio de Menezes na Faculdade de Medicina da Bahia e Sérgio Meira Filho na Faculdade de Medicina de São Paulo. Os programas de ensino visavam expor os fundamentos anatômicos da Cirurgia em face da aplicação de profundos e exaustivos estudos de Anatomia Topográfica à Análise crítica das vias de acesso e ao aperfeiçoamento e criação de novas técnicas. A partir de 1930, a influência da escola norte-americana se fez sentir mais fortemente e a disciplina se dinamizou incorporando como material de ensino e de pesquisa os animais de laboratório. Passou a denominar-se "Técnica Operatória e Cirurgia Experimental" ampliando o seu caráter exclusivamente estático, oriundo da prática em cadáveres, para preocupar-se com os aspectos fisiológicos e fisiopatológicos das operações. São expoentes dessa época o próprio Benfamin Batista e depois seu discípulo Alfredo Monteiro, no Rio de Janeiro, Dante Romanó, no Paraná, Benedito Montenegro,

Edmundo Vasconcelos e Eurico Silva Bastos em São Paulo, Resendo Alves em Belo Horizonte, Rodrigo Argollo na Bahia e Wanderley Filho em Pernambuco".

Antecipando-se à estrutura departamental e aproveitando a ida da Clínica Propedêutica Cirúrgica do Prof. Jones Seabra para o Hospital das Clínicas, hoje Prof. Edgard Santos, associaram-se esses dois grandes vultos da Cirurgia Bahiana, ambos anatomistas, ambos cirurgiões, ambos cultos e estudiosos, se bem que de temperamentos diversos e desta união lucraram osseus assistentes que passavam as manhãs com o mestre Jones na enfermaria e as tardes com o mestre Argollo no gabinete de Técnica Operatória.

Os dois mestres trabalhavam com os seus assistentes, num serviço onde não havia chefia autoritária e sim expoentes de liderança.

Quase todos os cirurgiões que surgiram naquela época muito deveram na sua formação a Rodrigo Argollo e Jones Seabra,... foi uma das épocas áureas da Cirurgia em nossa Faculdade!

Criou-se o Serviço de Cirurgia do Fígado e Vias Biliares chefiado por Argollo e todas as Teses de doutoramento em Cirurgia, e muitos trabalhos publicados ou apresentados em congressos, fluiram desse consórcio de mestres líderes, onde se misturavam, como deve ser, a clínica, a cirurgia, a anatomia e o experimento.

Em 26 de abril de 1955 foi nomeado Diretor da Faculdade de Medicina cargo que exerceu até 1958.

Reeleito em 1958 exerceu o mandato até 1960, quando exonerou-se. Em 1968 é novamente conduzido à Direção da Faculdade de Medicina, exercendo o mandato até 1972.

Instalou e presidiu o primeiro Colegiado de Curso de Medicina e chefiou diversas vezes o Departamento de Cirurgia.

Aposentado em 17.06.1977, foi em seguida, designado Assessor para Assuntos de Ensino do Magnífico Reitor, então Prof. Augusto Mascarenhas, que, posteriormente, solicitou a sua capacidade de entendimento e compreensão para dirigir o Hospital Prof. Edgard Santos, cargo em cujo exercício faleceu a 22 de dezembro de 1979.

E é a esta figura ímpar, sempre presente na memória histórica da nossa Faculdade que a Universidade Federal da Bahia outorga o Título de Professor Emérito.

A sua saúde não permitiu recebê-lo em vida e solicitamos a D. Lucia Argollo, seus filhos Ione e Rodrigo Filho e seus netos Lucia e Roberto que aceitem esta honraria póstuma a quem tanto vez pela Instituição.

FERNANDO SÃO PAULO

José Silveira **

Meu último encontro com o professor Fernando São Paulo deixou-me profundamente chocado: "desaparecera — como escrevi alhures —, toda sua vivacidade espiritual. Com dificuldade, recompunha episódios da nossa vida em comum. Alheiara-se do ambiente e da realidade. Repetia apenas questões e episódios da Faculdade de Medicina, que ele tanto honrara e onde encontrara também tantas incompreensões e injustiças". E quando uma velhinha, sua companheira do abrigo franciscano — onde terminou seus dias — perguntou-lhe se estava me reconhecendo, sem hesitação, respondeu: "Como não, se esse é o meu José?!".

Convocado por sua encantadora e diletíssima filha Fernanda para traçar o perfil do seu inesquecível Pai, nas comemorações do seu centenário de nascimento, embora reconhecendo que outros, mais ilustrados e eloqüentes, poderiam fazê-lo melhor, aceitei a grande e honrosa missão, limitando-me a dizer: como não, se fôra ele sempre uma das imagens da minha devoção?!...

* * * * *

Não era Fernando São Paulo uma dessas figuras que, pelas proporções

---

* *Oração pronunciada no salão nobre da antiga Faculdade de Medicina da Bahia — Terreiro de Jesus — 30 de maio de 1987.*

* * *Professor Emérito da Faculdade de Medicina da UFBA. Titular da Cadeira 11 e ex-presidente da Academia de Medicina da Bahia. Diretor-Técnico do IBIT, e presidente da Fundação José Silveira, membro da Academia de Letras da Bahia.*

avantajadas do seu físico, exuberância de gestos ou vivacidade irradiante, à primeira vista, despertasse atração e simpatia. De estatura média, retraído e discreto, antes impunha respeito e cerimônia. A isso se acrescentavam rumores de professor meticuloso e exigente, examinador malicioso e cruel, reprovador contumaz e inclemente. Eu próprio, salvo com toda minha família, graças à sua dedicação e competência, de dramática intoxicação arsenical em Feira de Santana, não ousava dele me aproximar: receiava que meu gesto de gratidão, entretida e renovada, não lhe parecesse um ardil astucioso, arquitetado para atenuar seu proclamado rigorismo. Daí a atmosfera de prevenção e mesmo antipatia dos discípulos, entre os quais me encontrava.

Como viesse cercado pela fama de um dos mais ilustres e competentes mestres, suas primeiras aulas nos decepcionaram. Os mais críticos exigentes logo começaram a implicar com seu aspecto solene e formal; passaram a considerá-las vazias, vulgares e corriqueiras. Esperavam-se discussões e análises de grandes temas médicos, revelação de novos meios de cura, anúncio de recentes descobertas terapêuticas e, vinha ele com xaropes e pomadas, elixires e poções, tinturas e alcoolatos!!... Chamava-nos ao quadro-negro não para apresentar e desenvolver fórmulas químicas complexas, mas para mostrar como se devia prescrever e formular. Usando e abusando de certos caçoetes verbais como **caso em apreço, discrimes, adequações, joeirar** e **respigar**, curiosamente, insistia na diferenciação entre receitar para pobre e receitar para rico; coisa que nos parecia discriminatória e ridícula.

Com o tempo, aos poucos, fomos mudando de opinião. Passamos a ver que, pela primeira vez, estávamos diante do mestre que necessitávamos; daquele que não se limitava à Medicina teórica, acadêmica, estranha, por vezes, ao nosso meio; mas que ensinava, principalmente, aquela que faria de nós profissionais idôneos e capazes. Cuidadosa e insistentemente, mostrava como se devia lidar com o paciente; ouví-lo com atenção; examiná-lo com eficiência e carinho, convencendo-nos que, diante de nós, estava a vida de uma criatura humana, vítima de males físicos e problemas psíquicos cuja solução, muitas vezes, dependia mais de uma palavra oportuna do que de um medicamento caro. Eis porque, passada a fase de crítica injusta, da má vontade, da incompreensão apressada, da antipatia gratuita, fomos descobrindo suas qualidades, seus méritos; de forma que, no final, nenhum dos seus alunos — mesmo os que sofreram o castigo da sua reprovação — deixava de considerá-lo um dos melhores e mais fecundos professores da Velha Escola. Daí também, como um dos seus menores discípulos poder, desenganadamente escrever em "Vela Acesa", muito tempo depois:

"Hoje, distanciado por dezenas de anos, vejo como éramos levianos e injustos. Foi preciso sair da Escola, abandonar a Medicina sofisticada das cátedras, a prática médica instrumental e modulada dos hospitais de ensino, para compreender o sentido real e objetivo de todos aqueles discrimes e adequações. Só o contato com a triste e lamentável condição sanitária do povo brasileiro, reinante ainda em imensas regiões do país, onde continua a faltar tudo e só os

remédios e as providências caseiras têm aplicação; só os que vêem como é cruel receitar medicamentos caros para os que não têm o mínimo para comer; só os que se meteram, como ele próprio o fizera, por esses sertões a dentro, poderão compreender, quanto de útil, válido, oportuno havia no proceder daquele homem pequenino, empertigado, tez pálida e bigode curto, cabelos negros e repartidos ao meio, cheio de esquisitices, rigorismos e insistências nas suas dietas e nos seus regimes.

* * * * *

Fosse como fosse, a verdade é que sua maneira própria e **sui generis**, de ensinar, marcou época, sobretudo porque passou a ser uma salvadora e esplêndida exceção. Fugia ele do ritmo da maioria. Não se aproveitava das alturas da cátedra — a duras penas conquistada — para endeuzar-se ou promover-se; anunciar doutrinas mirabolantes ou teorias exdrúxulas; revelar descobertas de valor duvidoso ou impingir novidades discutíveis; exibir falsa erudição e arranjada sapiência; explorar qualidades oratórias, na caça ingênua de popularidade estudantil; disfarçar a ignorância, simulando conhecimentos auridos em compêndios corriqueiros; perder, enfim, um ano inteiro na explicação sensaborona e repetitiva de particularidades e minúcias desprezíveis, sobre uma doença só, como aconteceu com a sífiles, cujo simples histórico dava motivo a lições para mais de três meses...

* * * * *

Sob o seu feitio discreto, seu jeito, até certo ponto, matuto — do qual jamais inteiramente se libertou — não se escondia um simples **prático, um médico da roça**, como tentaram insinuar seus maiores desafetos. Nele se concentravam a melhor formação humanística, sólido preparo médico, legítimos conhecimentos científicos. Só assim, se explicaria o fato singular de haver trocado sua clínica rendosa e abundante, em Feira de Santana pelo lugar de simples assistente da Faculdade, dignificante sim, mas onde se trabalhava muito e ganhava quase nada. É que, vindo para cá, para a Capital, pensara ele poder realizar, ao lado das grandes figuras da Medicina Nacional, ensaios, experiências, que o levariam a cura de muitas doenças, principalmente do câncer, objetivo que jamais esqueceu.

Infelizmente, as condições encontradas lhe foram adversas, como, aliás, a todos os que tentaram fazer ciência entre nós. Teve então que seguir outro caminho. Com a disciplina de um sábio, a tenacidade de um pesquisador autêntico, vontade e paciência beneditinas, elaborou a grande obra, que, em verdade, o imortalizou: **Linguagem Médica Popular no Brasil**. Magnífico dicionário, que lhe custou anos e anos de estudo, manifestação incontestável de objetividade, saber e cultura". Repositório onde a diligência porfia com a erudição, tanto nas áreas de literatura como nas de Lingüística e de Medicina, verdadeira ponte entre

a Medicina popular e a científica, pelo estabelecimento comentado da sua intrincada sinonimia", no parecer abalizado de Edelweiss. "Um livro de indiscutível importância, raro na bibliografia brasileira, que continua sendo, trinta anos após seu ressurgimento, o que existe de melhor entre nós, frequentemente citado e elogiado, servindo de ponto de apoio a todos aqueles que versaram a matéria", na opinião insuspeita de José Calazans.

* * * * *

Defensor intransigente da pureza vernacular, preocupado sempre com a forma, cuidando de bem falar e melhor escrever, não se considerava, entretanto, um homem de letras. Jamais forçaria as portas da Academia... E quando se dirigiu, como candidato, à Academia de Letras da Bahia, o fez, menos por vaidade própria, do que para atender rogos e apelos insistentes de amigos. Tanto assim que, um mero acidente, desprezível para quem não tivesse a sua sensibilidade, foi o bastante para levá-lo à anulação formal da sua inscrição. A esse respeito, vejamos o que nos conta Renato Berbert de Castro: por insistência de Aloysio de Carvalho Filho, Octavio Tôrres e Heitor Fróes, vencendo não pequena resistência, candidatou-se a uma vaga na Academia de Letras. A seu presidente, como de praxe, solicitou a inscrição, justificando-a, nos termos que se seguem: "assim procedo, antes de tudo estimulado por elementos de prol na constituição do grêmio que dignamente presides, elementos generosos para comigo, e em virtude de me parecer satisfatório o material de que disponho, quer do ponto de vista literário, quer de referência científica para amparar minha resolução". Junta ao ofício exemplares de **Linguagem Médica Popular no Brasil** (2 volumes), **Reflexões sobre Medicina e Ensino, Orações de Formatura, Em Homenagem a um grande Jesuíta, Padre Luis Gonzaga Cabral** e **Saudação ao Cardeal D. Sebastião Leme.** Sua eleição foi pacífica: todos a seu favor. Só um voto, o de Bernardino de Souza, se anulou, porque o eleitor, num pleito secreto, descuidadosamente havia aposto sua assinatura. Um fato singular logo surgiu. Escolhido a 8 de outubro de 1940, sem consulta prévia, inexplicavelmente, já se marcava sua posse para 11 de novembro seguinte. Tal providência era de estranhar, pois, para redigir o clássico discurso de posse, dispunha o eleito de seis meses, e mais outros tantos, se necessário. Por que essa pressa?!... sSem procurar sequer apurar a existência de maldosas intenções, responde em termos educados e cordiais, mostrando que isso não seria possível, porque pretendia, na sua oração protocolar, cuidar, a sério e com profundidade, da vida e obra dos que lhe haviam precedido. Pedia prazo maior.

O tempo passa sem que se definisse a data da sua incorporação solene à Academia... Também, sem qualquer consulta decide seu Presidente, mandar-lhe o que chamava de **ultimatum amistoso.** Em termos cordiais, sim, mas insinuando a possibilidade da "amarga contigência de redeclarar a vacancia daquela cátedra"; e, marcando, em definitivo a protelada posse, curiosamente o faz, para 25 de

dezembro, dia de Natal(?!). Ainda, desta vez, não se agastou o candidato: respondeu pedindo apenas antecipação para o dia 20 do mesmo mês...

Tudo parecia resolvido, quando publicada em "A Tarde", surge uma notícia sobre o tal **ultimatum amistoso**, e, em lugar da data estipulada, uma linha de reticências... Foi a gota d'água. Em correspondência polida, franca e decidida, renunciou para sempre a tão cobiçada **imortalidade**. Ninguém o demoveu desse propósito. Inúteis os repetidos pedidos; irrevogável sua atitude...

* * * * *

Era, assim o grande Mestre; gentil, fidalgo, compreensivo e generoso; mas de personalidade forte, temperamento delicado, convicções firmes e inabaláveis. Extraordinário amigo, irreconciliável inimigo. Correto nos seus julgamentos, responsável no cumprimento dos seus deveres; decidido, sincero, leal... Não pactuava com o engôdo, o ludibrio, a falsidade. Tolerante, accessível, boníssimo com os pobres e desamparados, impiedoso, altivo e severo para com os arrogantes e prepotentes. Detestava cochichos e mexericos; não cedia à pressão maldosa e malintencionada; figia dos grupos, evitava os coluios, condenava frontalmente a política sórdida dos bastidores. Com tais atributos, jamais poderia ser bem aceito e sinceramente desejado pelos que viviam à sombra dos arranjos indecorosos e das manobras sorrateiras. Procedendo com independência, longe dos interesses criados, imparcial e justo, a muitos teria que desagradar. Entre eles, logicamente, aos integrantes das cúpulas dominantes. Também não lhes dava guarida. Um tempo houve — por mais absurdo que pareça, em que os bem sucedidos no preenchimento das cátedras da nossa Faculdade eram, antecipadamente, escolhidos portas a dentro do Palácio da Aclamação; e isso — diga-se a bem da verdade — menos pela imposição do seu detentor eventual do que pela sordice babosa do aulicismo dominante. Foi, nessa época, que apelaram para ele. Não — logo lhe disseram — para assegurar a vitória do candidato; esta já estava assegurada por um número determinado de lentes; quando tudo dependia da votação de toda a Congregação. Exigia-se, apenas, para coonestar o pleito, melhor dito o despautério, um **voto de qualidade**. O homem indicado para fornecê-lo todos concordavam — era o do impoluto professor.

Convocado, atendeu prontamente ao Governante, informando-lhe apenas: "asseguro minha simpatia; quanto à nota porém, só depois de assistir as provas realizadas pelo candidato; fora daí, perderia meu modesto voto a qualidade superior que se estipula". Escolhido foi o do arranjo prévio: menos com a aquiescência dele que o reprovou... Repudiando, com altanaria e coragem, atitudes como esta, em pouco tempo, se tornou o inimigo nº 1 dos conchavos e conluio. Seus gestos, pronunciamentos e atitudes francas, o confirmavam. Certa vez, defendendo os direitos da Clínica Tisiológica, sob minha direção, reivindicava o cumprimento de cláusulas do convênio assinado pelo Reitor de então. Em aparte incisivo e oportuno, declarou: "este nome para mim não vale nem

escrito, nem estampilhado"... E quando, pelo Natal, à mesma autoridade apresentaram u'a moção de Boas Festas, não teve dúvidas: "aprovo, mas com restrições".

A vingança sórdida e infeliz, que acompanhou todos os seus passos, tornou-se mais ostensiva logo após a sua aposentadoria. Desejando continuar em contato com a mocidade, podendo ainda transmitir o resultado da sua longa experiência, pleiteou uma simples sala no Hospital das Clínicas. Impossível. Como impossível também foi achar-se espaço, na velha e ampla Faculdade de Medicina do Terreiro de Jesus, para acolher sua bem cuidada e valiosa biblioteca, gratuitamente oferecida. Uma Instituição congênere, mais sensível culturalmente, de braços abertos a aceitou e dela cuida até hoje.

Aqui encerraria este singelo depoimento, onde tentei procurar colocar a justiça acima da amizade, sobre a figura exponencial do meu caro Mestre, se não devesse proclamar — com igual isenção de ânimo — sua benemérita, continuada, decidida e engrandecedora influência, na gênese, na evolução, na luta ingente pela consolidação e vitória do IBIT. Quando, numa ensolarada manhã de fevereiro — há cinquenta anos passados — reuni, no Ambulatório Augusto Vianna, professores da Faculdade para criar o Instituto — que se tornou a obcessão da minha vida — incluindo a maioria deles no Conselho Consultivo da nova agremiação, poucos atenderam ao meu chamamento; raros me deram atenção; quase ninguém acreditou em mim. Menos Fernando São Paulo. Compreendeu logo o alcance da iniciativa, percebeu a elevação dos meus propósitos e à nossa campanha se juntou para sempre. Interessado, modesto e despretencioso, foi o companheiro ideal das nossas pelejas, a bandeira protetora das nossas peregrinações. Humilde e recatado, sem visar nunca posição de destaque, cargo de comando, lucro material, profissional ou científico de qualquer espécie. Um livro inteiro seria pouco para nomear os gestos de bondade e de apreço, as banemerências todas, que prestou à Casa, que muito amou e muitíssimo lhe ficou a dever...

: : : : :

Criatura humana singular, médico dos mais idôneos, mestre competente e devotado, homem corajoso, nobre, altivo, independente e íntegro; esposo perfeito e pai amantíssimo, coração magnânimo, alma generosa e boa: este, em síntese, Fernando São Paulo. Que sua imagem rara e peregrina não seja invocada apenas, nas datas expressivas como esta; mas, a todo o momento, a cada instante, sobretudo na hora que passa, quando todos nós, velhos e moços, desarvorados e inquietos, carecemos de modelos perfeitos, paradigmas corretos, homens símbolos, capazes com o seu exemplo de nos dirigir e guiar, nos ínvios e tormentosos caminhos, que se abrem ante nossos olhos atônitos, nesse **mare-magnum** avassalador, nessa desordem ciclópica e apocalíptica, nesse caos incontrolável e torturante, sem norte, sem rumo, em que se debate a Bahia, o Brasil, o mundo inteiro...

EDGARD DE CERQUEIRA FALCÃO

Jayme de Sá Menezes *

O desaparecimento, aos 82 anos de idade, desse ilustre baiano representou uma grande perda para a cultura nacional.

Ninguém, nas áreas da Medicina e da Arte, nestes últimos cinquent'anos, produziu, entre nós, trabalhos tão valiosos como os dado a lume por Edgard de Cerqueira Falcão.

Aluno laureado pela Faculdade de Medicina da Bahia, com retrato no Panteon e viagem de prêmio à Europa, fixou-se, depois de formado, em S. Paulo, na cidade de Santos, onde por muitos anos exerceu a otorrinolaringologia, tornando-se dos mais respeitados vultos da especialidade no Brasil.

Alto espírito, forrado de sólida cultura humanística, de grande sensibilidade artística e científica, elaborou trabalhos que o recomendam à gratidão nacional; e o fez, sempre, com o maior rigor científico, a mais escrupulosa honestidade, o mais primoroso senso estético.

Fotógrafo amador, são verdadeiras obras de arte as em que retratou as imorredouras belezas espalhadas por esse imenso Brasil, que ele tanto amou. Em "Brasil Pitoresco, Tradicional e Artístico" reuniu — em volumes altamente evocativos, que tanto falam da História pátria — o que de melhor e mais expressivo existe dos "Encantos Tradicionais da Bahia", das "Relíquias da Terra do Ouro", da "Basílica do Senhor Bom Jesus de Congonhas do Campo", num primor policrômico que extasia e encanta, acompanhado dos textos que

---

* *Ex-Presidente da Academia de Medicina da Bahia. Membro da Academia de Letras da Bahia. Vice-Presidente do Instituto Geográfico e Histórico da Bahia.*

instruem e ensinam.

Ardoroso defensor e propagador da obra admirável de Mestre Pirajá da Silva, no campo da esquistossomíase, Falcão provou ao mundo científico a primazia do sábio baiano no encontrar, em 1908, os vermes adultos na veia porta, em pleno ato sexual, o que Patrick Manson apenas admitira, em 1903, cabendo ao grande cientista brasileiro a completa identificação e descrição do trematode, comprovando a especificidade do **Shistosomum mansoni**. E, da larga controvérsia então havia entre Loos, Sambon, Manley, Bilharz, saiu vitorioso Pirajá da Silva. Daí Prado Valadares sugerir, com justiça, que à esquistossomose americana se denominasse "Doença de Manson-Pirajá da Silva".

Honrando-nos sempre, com a sua amizade, podemos colaborar, quando Secretário de Saúde da Bahia, com Edgard Falcão, adquirindo para o Estado exemplares de sua obra sobre o grande cientista, dos mais notáveis professores da Faculdade de Medicina e do Ginásio da Bahia.

Organizamos e presidimos, em 1958, na Bahia, a pedido de Edgard Falcão, as comemorações do cinquentenário da descoberta do Shistosoma, por Pirajá da Silva, inaugurando no Hospital Santa Isabel, na sala onde o sábio realizou os seus trabalhos, uma placa comemorativa, quando falamos em nome da Comissão Organizadora. O Mesmo se deu em S. Paulo, quando das comemorações do cinquentenário das descobertas de Gaspar Viana nos domínios das Leischmanioses, ocasião em que Falcão, sempre generoso, nos fez secretário da Comissão Organizadora.

Sem dúvida, é imensa e de alto valor a obra científica de Edgard de Cerqueira Falcão, contida na coleção **BRASILIENSIA DOCUMENTA**, onde se contam alentados volumes, nos quais, a cada passo, nas introduções e comentos de sua lavra, deparamos, admirados, o espírito superior desse valoroso baiano, em quem tão bem se casavam o amor da ciência e o da justiça.

Realmente, é de ver e admirar o gosto, o entusiasmo com que Falcão se entregava a essas pesquisas, com beneditina paciência e escrupuloso rigor científico, a que associava o zêlo pelo vernáculo, a elaborar e dar à estampa páginas vigorosas e verazes, no altíssimo propósito de divulgar e tornar de todos conhecida a obra de brasileiros e estrangeiros que tanto contribuíram para o progresso científico, cultural e, até, político e administrativo do Brasil.

O seu "Estudo Crítico dos Trabalhos de Marcgrave e Piso sobre a História Natural do Brasil à luz dos desenhos originais"; o sobre a obra de Johann Gregor Aldenburck — "Relação da Conquista e Perda da Cidade do Salvador pelos Holandeses em 1624-24"; o sobre a obra de Zacarias Wagener — "Zoobiblion — Livro de Animais do Brasil" o sobre a obra "Notícia do Brasil", de Gabriel Soares de Sousa; o sobre a obra "Plantas Medicinais do Brasil", de Bernardino Antônio Gomes; o sobre a "Gazeta Médica da Bahia"; o sobre a "Viagem Filosófica às Capitanias do Grão-Pará, Rio Negro, Mato Grosso e Cuiabá", de Alexandre Rodrigues Ferreira; o sobre "Oswaldo Cruz — Monumenta Histórica"; o sobre "Oswaldo Cruz e a Caricatura", são, todas elas, obras notáveis. Como,

ainda, mais esta, em três alentados volumes: "Obras Científicas, Políticas e Sociais de José Bonifácio de Andrada e Silva".

Vivendo distante da terra natal, jamais a esqueceu, como também à sua amada Faculdade de Medicina da Bahia, onde realizou curso brilhante. E foi Edgard Falcão — ao lado de José Silveira, Almeida Gouveia, Estácio de Lima, Aderbal Almeida, Paulo Mangabeira Albernaz, Jayme de Sá Menezes (autor do Memorial ao Ministro da Educação) e vários outros médicos — dos que mais lutaram pela salvação da primeira escola médica do Brasil, isto é, do velho e majestoso prédio onde foi fundado e funcionava, desde 1808, o ensino médico nacional. Mais do que pela salvação do prédio e de suas instalações, o que todos lutaram foi pela preservação e manutenção de uma tradição sesquicentenária, que tanto faz honra à cultura nacional.

Do passamento de um médico, escritor e historiados da estatura intelectual de Edgard de Cerqueira Falcão, justo é que façamos este singelo registro, com que testemunhamos, nós da Academia de Medicina da Bahia, a nossa saudade e a nossa admiração por tão insígne colega, modesto e prestimoso, a quem a Bahia e o Brasil tanto ficam a dever, porque ele, de tão elevado espírito, prestou serviços inestimáveis à cultura nacional, com zelo e desprendimento exemplares, vencendo toda ordem de dificuldades, peregrinando pelos Ministérios, Museus, Arquivos, Bibliotecas, Associações Científicas, Institutos Históricos, Academias, sem jamais arrefecer o seu ânimo de lutador das boas causas, de irredutível idealista, de realizador incansável.

HEITOR DA COSTA PINTO MARBACK *

Renato Tourinho Dantas **

Em julho de 1980 a Congregação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, propôs ao Colendo Conselho Universitário, "fosse concedido o título de Professor Emérito ao Professor HEITOR DA COSTA PINTO MARBACK, parâmetro honroso de honestidade, liderança, cultura, educação e bom senso, não só no exercício das inúmeras funções administrativas e didáticas que lhe foram confiadas, como, principalmente, no convívio diário com os seus colegas, discípulos e colaboradores, dos mais graduados aos mais humildes. E finalizava a indicação: "resta-nos oficializar o título de emérito professor ao emérito cidadão, que muito honrou esta casa e que assim voltará ao nosso convívio, para servir de exemplo e paradigma a todos nós".

Acatada por unanimidade a solicitação, cabe-nos a honra ímpar de saudá-lo em nome da nossa comunidade universitária. As palavras citadas definem o âmago da personalidade do Professor Marback, e, talvez consigamos, no máximo, traçar débeis linhas que irão emoldurar tão magníficas expressões do pensamento universitário àquele que se retira funcionalmente por força compulsória da lei e volta nas asas da glória do dever cumprido, representando mais uma vitória do espírito sobre as frias letras da burocracia.

---

* *Professor Emérito da Faculdade de Medicina da UFBA. (Solenidade realizada em 09.12.1984).*

* * *Professor Titular de Técnica Operatória da Faculdade de Medicina da UFBA e Titular da Cadeira 23 da Academia de Medicina da Bahia.*

* * * * *

Nasceu HEITOR DA COSTA PINTO MARBACK, a 27 de julho de 1910, na Freguesia da Penha, filho do Bacharel Heitor Lassance Marback e D. Ana Meireles da Costa Pinto Marback e batizado na Fazenda Periperi, Freguesia de Mata de S. João em 29 de janeiro de 1911; como a coonestar as suas origens na aristocracia rural, já iniciada há mais de um século por Antonio da Costa Pinto, em Vila Nova de Famalicão, cidade de Braga, na então Província de Entre Douro e Minho, em Portugal e que passou-se para a província da Bahia a fim de entrar na posse de uma vasta extensão de terras que lhe couberam por herança e constituíam o encapelado de Nossa Senhora da Conceição do Paramirim, conforme consta nos assentamentos das origens de sua família.

* * * * *

Diplomou-se em medicina a oito de dezembro de 1934, há justamente 50 anos, meio século de atividades médicas exercidas com amor e dedicação. Atividades iniciadas com as bençãos de Nossa Senhora da Conceição da Praia, em cujo dia colou grau e do Senhor do Bonfim, em cujo sopé da Sagrada Colina passou a maior parte da sua vida.

Quem sabe, esta proteção divina tenha propiciado o evento festivo que hora vivemos, com o encontro do homenageado e os seus colegas de turma, aos quais foi propiciada a dádiva de assistir o colega dos alegres anos acadêmicos ser homenageado como o Professor Emérito da Oftalmologia da velha e querida Faculdade de Medicina da Bahia, do Terreiro de Jesus, onde até hoje, pulsa um pouco do coração e vagueia um pouco da alma de cada um dos médicos de 1934.

As suas primeiras incursões na oftalmologia iniciaram-se ainda como acadêmico, em 1931, como Aspirante e Interno das clínicas oftalmológicas da Faculdade e do Hospital Santa Isabel.

Em 1938 é nomeado Assistente de Ensino da Clínica Oftalmológica da Faculdade de Medicina da Bahia. Já em 1939 realiza concurso a Livre Docência com tese sobre "A Radiologia do Canal Óptico", já antevendo a sua curiosidade sobre os problemas limítrofes da sua especialidade.

* * * * *

Uma longa série de trabalhos saem de sua douta e culta pena, versando sobre "Membrana Pupilar Persistente"; "Tuberculose Ocular"; "Anidria Congênita"; "Pelada da Pálpebra"; "Estudos de Semiologia Óptica"; "Sobre Glaucoma Crônico"; "Manifestações Oculares da Miastenia Gravis"; "Cisto Espontâneo da Íris"; "Vitamina C e K em Oftalmologia" e inúmeros outros.

Após estágio no John Hopkin's Hospital, no Wilmer Institute, é nomeado em 1949 Professor Catedrático Interino de Oftalmologia, justamente no ano que

é inaugurado o Hospital Professor Edgard Santos.

Devota-se a intensa atividade didática, assistencial e científica, que virá culminar em 1953, quando demonstrando o carinho e o apreço à patologia regional apresenta a tese "Lesões Oculares da Leihmaniose Tegumentar Americana" para concorrer, no ano seguinte, ao maior galardão da vida universitária — a cátedra — tão sonhada e merecida e que obtém em memorável concurso, aprovado com distinção.

Volta ao exterior, Estados Unidos, Instituto de Oftalmologia de Londres, e Instituto Barraquer em Barcelona.

De sua lavra jorram, dessa época trabalhos diversos dos quais ressaltam "Oftalmologia Tropical" no livro jubilar do Professor Hilton Rocha e a aula magna Cesário Andrade "Do Efeito Placebo" proferida no XIX Congresso de Oftalmologia no Rio de Janeiro.

Torna-se figura assídua de congressos nacionais e internacionais (Argentina, Inglaterra, Bélgica, Estados Unidos), sempre com participação ativa e fecunda. Membro de sociedades nacionais e estrangeiras da especialidade, foi agraciado com a medalha da Kellog Foundation e medalha Moacyr Álvaro.

Vice-Diretor e Diretor em exercício da nossa Faculdade de Medicina em diversas ocasiões, Chefe dos Departamentos de Cirurgia e de Neuro-Otorrino-Oftalmologia.

Apesar da grande clínica particular que exercia e exerce com carinho e maestria, tornando-se dos especialistas mais solicitados da nossa comunidade, jamais se descurou da finalidade precípua para a qual orientou a sua vida — o ensino.

* * * * *

Como bem acentuam os seus colaboradores: "Não limitava a função a mera posição decorativa". Influiu e atraiu valores, orientando os estudos dos professores mais novos, para suprir a sua falta quando assim determinado. Criou uma verdadeira escola de clínica e cirurgia oftalmológica, através uma hierarquia válida e fecunda. Os seus Assistentes formavam uma verdadeira família e o acesso era resultado de uma seleção de valores, graças ao contato e convivência dos mais novos com os mais velhos. Ensinava pelo exemplo, quer através da prática de técnicas acuradas, como pela pontualidade, a responsabilidade, o apuro no trajar e até na exibição de boas maneiras. Tendo como compensação o prazer de ver o seu filho, Professor Roberto Marback ser escolhido pela unanimidade dos seus colegas para substituí-lo de fato, até que um já tardio concurso dê-lhe a chance de tentar substituí-lo de direito.

De formação cartesiana, procurava incutir o "Discurso do Método", entre toda a sua equipe e, segundo consta, cobrando a leitura, discussão e análise do seu conteúdo.

Estes fatos porém competiam com um profundo conhecimento humanístico. Amigo sincero dos seus amigos, jamais abria mão do direito de reconhecer os seus deslises e por vezes aconselhá-los, apontando-lhes um caminho de conduta mais ameno e correto, pois sendo absolutamente infenso ao elogio fácil e a subserviência efusiante possuía a autoridade do exemplo pela correção de atitudes. Impressiona a universalidade dos seus conhecimentos, a riqueza e a amenidade de sua prosa e o seu profundo amor à natureza, que extravasa no seu cuidado com os jardins e acendrado amor às suas orquídeas.

Deixando, para finalizar, a referência do pendor à literatura e a perspicácia na escolha dos seus livros de cabeceira. Uma personalidade polimorfa e perfeccionista como a descrita, escondia-se às vezes sob um manto de discrição supostamente exagerado no ensino, no trabalho e na introspecção dos seus conhecimentos.

Na verdade, porém, como as orquídeas ao abrir as suas pétalas, desnudava a sua personalidade aos que dele se aproximavam, que se viam ofuscados pela facilidade de exposição e diálogo acerca do seu imenso cabedal de conhecimentos.

De tudo que vimos sobre a personalidade do Prof. Marback, nos leva a render a homenagem justa ao oftalmologista da nossa geração.

Ao mestre sempre mais preocupado com a qualidade dos discípulos à quantidade dos mesmos.

Muito obrigado Prof. Marback pelo tanto que dedicou à sua, à nossa Faculdade. A Faculdade primaz do Brasil, que tanto lhe agradece a escola que criou, dotada de tantos valores, que a orgulha e que nos garante a continuidade da sua conduta, dos seus conhecimentos e da sua dedicação ao ensino, cumprindo o dever precípuo do verdadeiro mestre, qual seja o preparo da mocidade para o futuro do País.

ADEUS A JOSÉ SANTIAGO DA MOTA *

Geraldo Leite **

Honra-me e me entristece o privilégio de dirigir a você, meu saudoso confrade, as palavras de despedida que a Academia de Medicina da Bahia tem por hábito proferir a cada um de seus Titulares em ocasiões como esta.

Ao ser eleito, cabe ao novo acadêmico escolher o seu recipiendário, isto é, aquele que proferirá a Oração de Boas Vindas. O vínculo da afinidade preside esta escolha. Ao deixar o sadalício, mesmo porque nenhum de nós é imortal, cabe a Academia designar qual, dentre os mais chegados ao falecido, deve proferir a Saudação de Despedida.

Recebo, pois, a missão que me confiam, missão especialmente honrosa porque a ela se associam a Fundação Baiana Para o Desenvolvimento da Medicina e a Escola de Medicina e Saúde Pública da Bahia, instituições que você criou, com outros colegas igualmente ilustres e que hoje tanto dignificam a Bahia.

Serei breve, muito breve. Todos conhecem a sua vida, os seus ideais e a sua obra e, além disso, é grande a emoção que me invade a alma!

* * * * *

Há no hagiológio cristão o registro de um santo cuja fé serviu de exemplo aos seus contemporâneos e difundiu a doutrina de Cristo entre as hostes romanas. A paz e a segurança do Império ficaram ameaçadas e o mártir foi condenado

---

* *Ex-Titular da Cadeira 29 da Academia de Medicina da Bahia.*

* * *Titular da Cadeira 6 da Academia. Professor da Escola de Medicina e Saúde Pública.*

à morte. Deveria caminhar, até exalar o último suspiro, sobre pregos e espinhos! A santa criatura assim o fez, e o fez com humildade e resignação. Quanto mais paomilhou, mais seus pés permaneceram incólumes, deles não brotando, sequer, uma só gota de sangue. Mais admirável ainda, a cada passo, os cravos e pregos se transformavam em flores de inebriante perfume!

* * * * *

Assim foi a sua vida, meu caro Santiago da Mota. Juntos fomos e juntos voltamos da Academia, durante muitos anos. Conversando, reconstruí seus embates e suas lutas. Os obstáculos interpostos pelo Destino, pela Sorte ou pelos Homens, você os venceu sem violência e os transformou em frutos e flores que enriquecerão a sua lembrança.

A Fundação Baiana Para o Desenvolvimento da Medicina, a Escola de Medicina e Saúde Pública da Bahia, os cursos de Medicina do Trabalho e de Administração Hospitalar que você tanto dignificou, são apenas alguns dos frutos que permanecerão para sempre, ilustrando muitas gerações.

Nada mais tenho a dizer. Não tenho mais forças para vencer tanta emoção. Nenhuma frase proferirei, em meu nome e em nome da Academia, da Fundação e da Escola, senão esta que sai da alma e do coração: VÁ SANTIAGO DA MOTA, VÁ COM DEUS, NUNCA O ESQUECEREMOS!!!

XII REUNIÃO DOS DERMATO-SIFILÓGRAFOS BRASILEIROS *

*Jayme de Sá Menezes***

INDISFARÇÁVEL equívoco, senhores, o em que laborou a douta Comissão Organizadora deste Congresso, ao nos transmitir, anteontem, pela voz de Newton Guimarães — dela presidente e também desta **XII Reunião dos Dermato-Sifilógrafos Brasileiros** — a deliberação unânime com que se dignaram os seus membros de nos eleger o seu intérprete nesta sessão inaugural de vossos trabalhos.

Coisas há que se não explicam, dentre estas a de que nos referimos, visto como, sacerdotes do mesmo culto, — a Medicina, nos não arrogamos levitas da nobre seita de que vos fizestes incansáveis vexilários, — a Dermatologia.

Todavia, do gesto sobreposse honroso nos não podemos forrar à irrestrita obediência, que nos tornou dermatologista **pro tempore**, armado de cujo emblema é dever nosso o vos saudar, senhores congressistas, em nome dos a quem devemos na Bahia o alimento ao culto que professais por esse Brasil fóra.

Dessarte, **currente cálamo** iremos resumir as idéas que no curto prazo afluiram à nossa mente.

Assim a Dermatologia, meus senhores, como a Sifilologia — e disto estais sobejamente advertidos — encontram longínquas raízes naqueles primitivos

---

* *Realizada, em 1955, na Bahia.*

** *Professor da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Orador oficial na sessão inaugural, às 21 horas do dia 27 de outubro de 1955, no salão nobre da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, sob a presidência do prefeito da Cidade do Salvador, Eng. Hélio Ferreira Machado.*

tempos da era paleozóica, em que se deparam as primeiras referências às afecções parasitárias e às deformidades físicas.

O animal que no catar seus parasitos procurava livrar-se dos agentes daninhos, ou que na lambedura visava minorar a dor de suas feridas, ensaiava, por modo assim instintivo de autodefesa, as primeiras medidas de proteção contra os seus agressores.

Eivada de empirismo e de magia, em que os ritos e sortilégios predominavam, ganhava campo a medicina dos talismans e amuletos, dos totemismos e dos símbolos.

Os judeus, partindo do conceito unitário da medicina, em que Deus era o árbitro supremo da saúde e da doença, estimaram em alta conta o místico papel do **banho purificador**, precursos do simbólico batismo. Tomam, pois, entre os judeus importância especial as abluções e os banhos, sendo dos usos o propiciá-los aos seus hóspedes, como fez Lot, sobrinho de Abraão, com os seus visitantes.

A mulher, mesmo abastada, tinha o dever de lavar o rosto, as mãos e os pés do marido...

Na sua medicina, expressa em tantas linhas e entrelinhas do **Deuteronômio**, os judeus davam mais importância aos animais transmissores de doenças que ao contágio individual, no que exibiam conhecimentos acordes com as idéias da moderna epidemiologia.

A medicina hindu, porém, de cuja semiótica já faziam parte a inspeção, a palpação e a escuta, valeu-se do olfato e do gosto como auxiliares valiosos do diagnóstico, contendo as leis de Manu vislumbres de uma dermatologia tanto empírica quanto incipiente. Já os chineses, tal o número das epidemias que gravaram as suas gentes, foram conhecedores seguros da varíola. Hipócrates e Galeno, na Idade Clássica, se ocuparam com apreço das afecções cutâneas.

Fundam-se adiante, na Média Idade, e por toda parte, mosteiros e conventos, hospitais e leprosários; e São Roque, e São Job, e São Cosme, e São Damião distribuem na palavra da fé o bálsamo da doçura e o viático da esperança...

Retentores da cultura médica greco-latina, os árabes — por Avicena, por Averroés, por Maimonides, por Zacariâ — souberam resguardar os primores desse patrimônio que lhes testaram os gregos e romanos, até o despontar do século XVI, quando ressurgiria, reeditado, na cultura humanística da Renascença.

Zacariâ, em plena Idade Média, com palavras tão argutas quanto sábias, advertia que "a verdade em medicina é um alvo que não podemos alcançar e tudo que está escrito nos livros é muito menos que a experiência de um médico que reflete e raciocina", pensamento que se vem adaptar, à justa, à especialidade que praticais, senhores congressistas, em cujos arraiais sobe de valor na cotação dos vossos préstimos a moeda sem preço da observação diuturna, que faz do dermatologista moderno um técnico de visão aguçada para os diagnósticos sutís impostos, muita vez, no simples policromismo das lesões ou nas peculiaridades

das bordas das feridas.

Há-de ser o melhor dermatologista, não o que tiver, apenas, boas notícias da especialidade, adquiridas no trato familiar e doméstico dos tratados, senão o que, além disso, mais vir, com olhos de ver, cotidianamente, nos ambulatórios e nas enfermarias, o desfile numeroso dos casos que se renovam, entremostrando o segredo dos diagnósticos diferenciais, que soem ser a chave que abre ao dermatólogo a visão segura do quadro que foi, antes, aclarado pelas luzes da semiologia e da anamnése.

Mas, na retrovisão a que vínhamos subordinando o nosso pensamento, divisamos, já na Renascença, sob o influxo do grande Leonardo, de Vesálio, de Paracelso, de tantos mais, o passo dado pela dermatologia, ao ser observado pela vez primeira o tifo exantemático ou petequial. Todavia, a dermatologia só viria a firmar a sua marcha na primeira metade do século XIX.

Ricord, no limiar do século passado, dissentindo de Hunter, que mantivera o milenar equívoco, extrema a sífile da infecção a que Neisser daria nome, abrindo, assim, novos horizontes à moderna sifilologia, que tantos progressos realizaria a partir de sse meio-século.

Parker, grande sifilologista inglês, e Campana, de Roma, são nomes que se recomendam no alvorecer do século XIX aos estudiosos da dermato-sifilologia, como ainda disputa aqui merecido registro o nome de De-Amicis, de Nápoles, que fez percucientes estudos sobre a micose fungoide e o sarcoma múltiplo idiopático.

Caberia, porém, a Willian, inglês de nascimento, a distinção do lupus do eczema e aquela já superada classificação que tripartia nos rígidos limites de lesões papulosas, escamosas e bolhosas as afecções da pele. Com efeito, o livro de Wilan foi por muito obra respeitada da dermatologia moderna.

Já mais além, no hospital de St. Louis, vamos encontrar a figura do barão de Alibert, chefe de escola, que tornou a sua clínica o grande centro da especialidade ali nas cercanias de 1830.

Abandonando o sistema de Alibert, Biett, discípulo de Willan, perseverou na classificação proposta por seu mestre, sistema que seria superado, mais tarde, pela classificação anatomo-patológica de Hebra. Este, talvez o maior dermatologista da 1ª metade do século XIX, foi o legítimo representante da escola de Viena, quando esta se achava no apogeu da glória.

Chamando a atenção para as afecções parasitárias da pele, Hebra fez exímias descrições do eczema papuloso e marginado, do impetigo herpetiforme, do ptiríase, do rino-escleroma...

Assentando a dermatologia em bases histo-patológicas, Hebra por sem dúvida deu largo impulso à especialidade, deixando, entre os seus discípulos, a Pick, Kaposi, Newmann, Danielssen...

E carece assinalado, neste passo, o reflexo dos estudos pioneiros de Morgagni, de Malgighi, de Magendie, de Virchow, de Pasteur, de Koch, de Ehrlich, de Leeuwenhoeck na dermato-sifilologia moderna, estudos que abriram

amplas e inéditas perspectivas aos a quem as inclinações dirigiram para esse vasto campo da medicina.

A dermatologia contemporânea, como tão bem sabeis, senhores, há de firmar as suas bases na histologia, na anatomia patológica, na fisiologia, no laboratório; a lâmina, o esfregaço e a biópsia hão de falar sempre, e de sua vez, na elucidação diagnóstica. E assim fáceis de ver, melhor serão interpretadas as lesões que trazem, vezes tantas, na sua morfologia o selo das suas origens. A pele perdeu aquele velho significado de simples envoltório protetor do corpo, a jeito de mera proteção mecânica do indivíduo, tão do gosto da concepção clássica, para adquirir a significação, justa e atual, do seu papel funcional de estrutura glandular intermediária entre os meios interno e externo, conforme lembra Bossellini na sua esclarecida concepção.

Entrando na termo-regulação, participando da absorção das gorduras, da sudação, dos estímulos e sensações, a pele mantém estreita relação entre os órgãos internos e os líquidos orgânicos, refletindo na sua superfície, vezes sem conto, as alterações fisio-patológicas que se processam na intimidade das células e dos tecidos, quando não as que se instalam na pobre alma humana, traduzidas nas neuro-dermatoses e dermato-psicoses.

Isto posto, a dermatologia atual, afastando-se dia a dia das cogitações morfológicas puras, marcha serena e segura para um dos campos mais férteis de pesquisa da medicina moderna.

Conheceis, e tão bem, a interligação de múltiplas dermatoses com distúrbios metabólicos, de que, para citarmos apenas uma delas, vos relembramos a discutida psoríase; os estudos imunológicos relativos ao eritematode maligno e aos fenômenos de sensibilização no eczema microbiano nos falam da importância das manifestações alérgicas nos domínios da especialidade, que para bem exercitada há-de valer-se dos mais amplos recursos subsidiários que melhor interroguem as incógnitas diagnósticas.

Merece registrado, em especial, o papel das manifestações cutâneas das parasitoses intestinais, tema de que vem se ocupando com particular apreço e acurados e pacientes estudos a Clínica Dermato-Sifiligráfica bahiana, hoje chefiada pela mocidade vitoriosa de Newton Guimarães, professor catedrático de Dermatologia da Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia, jovem cujos talentos todos estimamos e reconhecemos, — ilustríssimo presidente deste Congresso.

Dentre as especialidades médicas, a dermatologia é das que mais se prestam a revigorar e fortalecer o velho hipocratismo, de que em medicina há-de sempre prevalecer o conceito unitário, norma fundamental na medicina dos nossos dias, que nunca poderá retroceder às velhas e superadas dicotomias orgânicas. O unitarismo bio-psico-fisiológico há-de vingar na forma mais evidente de neo-hipocratismo, o que por modo algum impede o justificado desenvolvimento das especializações, que deverão sempre alicerçar-se, para seu próprio êxito, na unidade do organismo, que não conhece marcos ou fronteiras que não

o sejam, apenas, no simulacro das aparências. Com efeito, a dermatologia moderna há-de florescer dentro no conceito psico-somático da medicina.

Ora, meus senhores, estiramos por demais esta oração, usando e abusando da vossa paciência, que se nivela com a vossa gentileza. É momento, pois, e já tardado, de arrematarmos estas considerações com que medimos a vossa tolerância, senão também a vossa bondade. É que sois, ademais, homens de ciência, treinados no suportar as longas fadigas que não raro vos conduzem às compensações do enlevo espiritual, o que, no caso de agora, redobra a nossa culpa, por vos ter a todos extenuado sem que pudéssemos, com o enlevo a que estais acostumados, oferecer-vos o de que contar com o vosso perdão. Ficam, todavia, as nossas escusas.

Contudo, e ainda cansando o vosso espírito, antes de pronunciarmos a palavra derradeira, que vos absolvirá desta sentença por que sem apelação fostes condenados, algo vos digamos que exprima o especial apreço em que vos temos.

Senhores congressistas:

A vossa especialidade, em que hoje pontificam vultos do calibre de Degos, de Kaposi, de Sulziberger, de Irgana, na Bahia tem contado com a dedicação e as luzes de Altino Leitão, Professor Emérito da Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia, velho mestre, hoje aposentado, da dermatologia bahiana, que tanto fez honra à cátedra que por decênios perlustrou. Flaviano Silva, também Professor Emérito, tem hoje prateada a cabeça das lutas por que se empenhou pela especialidade. Octávio Garcez de Aguiar, chefe de clínica e docente da cadeira — secretário deste Congresso — tem sabido manter alto as tradições da escola. Alfredo Bahia Monteiro, que uma modéstia exagerada não consegue esconder os méritos que não publica, é outro que comunga da mesma eucaristia. Ives Palesmo da Silva — o Benjamin da turma — vai nas pegadas do velho pai, seguindo-lhe a trilha de labor e competência. Moço ainda, já se tornou recomendado especialista. Esta a plêiade que exerce na Bahia a clínica dermato-sifiligráfica, de que Newton Guimarães é o catedrático conspícuo e entusiasta.

É de justiça ressaltar, ainda, os serviços relevantes prestados à Bahia nos domínios da dermatologia, da sifilologia e da leprologia por Octávio Torres, eminente leprólogo catedrático de Palologia-geral; por Antônio Luis de Barros Barreto, há pouco desaparecido, ex-catedrático de Parasitologia; como também carecem citados os nomes de Armando Pondé e Jorge Andrade pelo que vêm fazendo em prol da leprologia bahiana.

Esta, meus senhores, a prata de casa, que se irá defrontar com os Profs. Oswaldo Costa e Olinto Orsini, das Minas Gerais; com o Prof. Costa Júnior, do Paraná; com o Prof. Domingos Silva, do Pará; com o Prof. Sílvio Campos, de Pernambuco; e com tantos outros luminares da medicina que exalçam a especialidade em o nosso país.

Francisco Eduardo Rabelo, Rosseti, Ramos e Silva, Aguiar Pupo, porém,

nos não puderam honrar com as suas presenças, desfalcando este Congresso da contribuição inestimável de seus talentos e de sua cultura.

Neste certame, cujos temas oficiais são a leishmaniose e os eritematodes, por certo contribuições e debates os mais proveitosos resultarão em prol do aprimoramento da especialidade.

Senhores congressistas:

Vai já em largos anos, em 1808, aos 18 de fevereiro, século e meio a completar-se, portanto, em 1958, José Corrêia Picanço — ao depois barão de Goiania — cumprindo o que lhe determinara o príncipe regente, D. João, fundava — no Colégio dos Jesuítas, neste Terreiro de Jesus que discortinais destas janelas — o ensino médico no Brasil.

Esta a nascente de que brotaria, para honra nossa, a Faculdade de Medicina da Bahia, que, século e meio transcorrido, pode apresentar-se ainda aos olhos da nação com as mesmas galas que lhe cobriram outrora de justificável orgulho o passado glorioso.

Datando de três anos, apenas, a nova e já respeitada Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, de cujo quadro docente temos honra em pertencer, a velha e tradicional Faculdade de Medicina da Bahia até bem pouco era o único conchego com que contavam os que do Pará, de Pernambuco, do Ceará, de Alagoas, de Sergipe aqui chegavam no propósito de se tornarem cultores de Hipócrates.

Esta vetusta Faculdade, senhors, sob cujo abrigo se instala, nesta noite soleníssima, esta **XII Reunião dos Dermato-Sifilógrafos Brasileiros**, e de cujas augustas e seculares paredes nos ressoam às ouças do espírito, nas evocações de seu passado, as vozes de seus numes-tutelares, como Manuel Vitorino, Alfredo Brito, Pacífico Pereira, Gonçalo Moniz, Prado Valadares, Martagão Gesteira, Aristides Novis, Armando Sampaio Tavares, esta velha Faculdade, senhores, do alto de cuja tribuna, tantas vezes frequentada pelos expoentes maiores da nacionalidade, assim nas horas de júbilo como nas pesarosas e graves em que a República tem vivido os seus dias, esta velha Faculdade, do alto de cuja tribuna vos falamos, senhores congressistas, continua a ser o antigo celeiro de valores que tem projetado o seu renome nos fulgores de muitos de seus filhos mais representativos, como Francisco de Castro, Juliano Moreira, Afrânio Peixoto, Clementino Fraga, este, o só dos quatro que a morte não ceifou, vivo e prestante, príncipe da medicina e das letras, como Pinto de Carvalho, como Magalhães Neto, como Estádio de Lima, para juntarmos apenas três dos maiores da atualidade, que mantém, meus senhores, na mais dinâmica tradição os esplendores e as glórias pretéritas deste Templo até onde viestes para inaugurar os vossos trabalhos.

A Bahia, senhores congressistas, vos saúda deste altar de suas tradições e de seu civismo, de sua ciência e de sua cultura, de sua cordialidade, de seu cavalheirismo, de seu afeto!... "Verde ninho murmuroso de eterna poesia debru-

çado entre as ondas e os astros", a Bahia, senhors congressistas, vos saúda a todos e a cada um de vós.

À GUISA DE RELATÓRIO

Antônio Jesuino dos Santos Neto

Delegou-nos, por nímia bondade, o preclaro presidente Prof. Dr. Jorge Augusto Novis a incumbência de atender o que preceitua o nosso Regimento no parágrafo "E" do artigo 6º: "apresentação do relato das atividades da Academia".

Pedimos permissão para fazê-lo de forma sucinta por entendermos que hoje é um dia de festa registrando o Vigésimo Sétimo aniversário do Sodalício com o encerramento das atividades da 13ª Diretoria tão bem conduzida por este excelente líder e querido colega que é o Jorge Augusto Novis bem como o início da gestão, já antevista frutífera da nova diretoria que contará com a orientação segura do estimado confrade Newton Alves Guimarães, cujo talento e capacidade de trabalho são sobejamente reconhecidos.

Seja-nos permitido externar o gáudio de que estamos possuídos realizando esta sessão no Salão Nobre do Memorial de Medicina e relembrar a tenacidade de José Silveira pela reconquista das instalações da nossa vetusta e tradicional Faculdade de Medicina, o primoroso Memorial elaborado por Jayme de Sá Menezes e a empolgação das entidades culturais com destaque para o Instituto Bahiano de História da Medicina através do seu presidente, Raimundo Nonato de Almeida Gouveia e a colaboração dos diretores da Faculdade de Medicina Plínio Garcez de Sena, Renato Tourinho Dantas e Newton Alves Guimarães com a decisiva autoridade do reitor magnífico que foi Luiz Fernando Macedo Costa.

Acolhidos nesta Casa passamos a realizar as sessões ordinárias na aconchegante Sala da Congregação e lá ouvimos as comunicações, conferências e moções dos nossos confrades nos 18 meses de atividades (6 são de recesso — Dezembro — Janeiro — Fevereiro).

Dos eventos aqui realizados destacamos:

"Ensino da Psiquiatria no currículo médico", pelo acadêmico Álvaro Rubim de Pinho.

"Evolução da Operação Cesariana", pelo acadêmico José Maria de Magalhães Netto.

"Violência e Comunidade", pelo acadêmico Álvaro Rubim de Pinho.

"Infecções — ontem, hoje e amanhã", pelo acadêmico Rodolfo Teixeira.

Brindaram-nos com sua experiência e sabedoria notáveis professores da Universidade Federal da Bahia, demonstrando a qualidade da medicina exercida em nosso Estado e foram sessões de grande valor aquelas nas quais ouvimos o Prof. Dr. Fernando Visco Didier dissertar sobre "Tratamento Cirúrgico da

Hipertensão Portal", em excelente atualização e o Prof. Dr. Álvaro Rabelo que apresentou casuística e resultados da sua experiência no "tratamento dos fibromas", com farta e convincente documentação, colocando-se entre os melhores serviços cirúrgicos do Brasil e do Estrangeiro.

Reverenciando vultos marcantes da Medicina Bahiana a Academia realizou sessões solenes para comemorar o centenário do nascimento do invulgar Prof. Dr. Eduardo Rodrigues de Morais e do inexcedível Prof. Dr. Aristides Novis e em ambas as solenidades o orador mais aplaudido foi o Prof. Dr. Aloysio Novis, excelente cultor da otorrinolaringologia e aluno do Mestre Morais bem como filho do Mestre Aristides.

O discurso de agradecimento de Aloysio Novis na sessão realizada em conjunto com o colendo Conselho Estadual de Cultura ainda ecoa neste salão bem como o perfil do mestre feito pelo ex-aluno e ex-assistente, o hoje Magnífico Reitor da Universidade Católica do Salvador, Prof. Dr. José Simões e Silva Júnior.

RENOVAÇÃO NO QUADRO

A morte ceifou, inexoravelmente, do nosso convívio inolvidáveis confrades, privando-nos das contribuições nas tertúlias científicas e culturais e os respectivos panegíricos foram feitos pelos novos ocupantes, atendendo preceito regimental.

Vamos recordá-los:

Na cadeira nº 10, que tem como patrono Antônio Pacífico Pereira, por morte do confrade Antônio Simões da Silva Freitas tomou posse o acadêmico Prof. Dr. José Maria de Magalhães Netto e a oração em nome da Academia foi proferida pelo acadêmico Prof. Dr. José Adeoadato de Souza Filho, em 23 de setembro de 1983.

A cadeira nº 12, patrocinada por Aristides Maltez, ficou vaga com a morte do seu ocupante e fundador, Prof. Dr. Ruy de Lima Maltez, tendo sido eleito para a mesma o Prof. Dr. Mário Augusto de Castro Lima, saudado, na sua posse, pelo acadêmico Prof. Dr. José Maria de Magalhães Netto.

A vacância da cadeira nº 37, cujo patrono é Oscar Freire, deu-se com o falecimento do Prof. Dr. Estácio Valente de Lima e sua discípula dileta, Profa. Dra. Maria Thereza de Medeiros Pacheco, eleita para ocupar a vaga, foi recebida com a belíssima alocução do confrade Prof. Dr. José Silveira, em 11 de junho de 1985.

Novo claro ocorreu com o passamento do Prof. Dr. José Adeodato de Souza Filho, ocupante da cadeira nº 26, cujo patrono é José Adeodato de Souza, cabendo ao confrade Prof. Dr. Geraldo Milton da Silveira recepcionar o

novel acadêmico eleito para a cadeira e nela empossado, Prof. Dr. Elsimar Metzger Coutinho.

Pelo falecimento do confrade Prof. Dr. Clarival do Prado Valadares, detentor da cadeira n. 22, cujo patrono é Alfredo Tomé de Brito, inscreveu-se o Prof. Dr. Nelson Carvalho de Assis Barros e a tramitação foi concluída e ainda este ano a Academia estará sendo enriquecida com a sua investidura.

O mais recente e infausto acontecimento levou-nos o sempre pranteado Prof. Dr. Luiz Fernando Macedo Costa, que ocupou com brilhantismo a cadeira nº 35, tendo como patrono o seu estremoso pai Mário de Macedo Costa, e a esta vaga é candidato único o Prof. Dr. Armênio Costa Guimarães, que muito em breve, para gáudio nosso, será um novo e brilhante colaborador.

A única reunião realizada fora deste território — para nós sagrado — ocorreu no Hospital da Liga Álvaro Bahia Contra a Mortalidade Infantil e mais uma vez, para honra nossa, em sessão conjunta com o colendo Conselho Estadual de Cultura, para reverenciar a figura do insígne pediatra Prof. Dr. Joaquim Martagão Gesteira, sendo o elogio feito pelo Prof. Elieser Audíface, digno seguidor do Mestre e continuador da sua luta em prol da Pediatria Social.

Queremos neste momento, ao término desta sinopse, homenagear os 27 esculápios que concretizaram, a 10 de julho de 1958, o sonho de muitos médicos, fundando esta ACADEMIA DE MEDICINA DA BAHIA; e, para homenageá-los, solicitamos dos Acadêmicos Fundadores, os 13* remanescentes aqui presentes, o especial obséquio de permanecerem de pé, enquanto esta seleta assistência lhes presta, em nome da Bahia culta, o seu preito de reconhecimento!

Muito obrigado!

**Aristides Novis Filho, Fábio de Carvalho Nunes, Hosannah Simões de Oliveira, Jayme de Sá Menezes (idealizador), Jorge Leocádio de Oliveira, José Ramos de Queiroz, José Santiago da Motta, José Silveira, Menandro Novais, Orlando de Castro Lima, Renato Marques Lobo, Urcício Santiago.*

I CONCLAVE BRASILEIRO DE ACADEMIAS DE MEDICINA

Fortaleza (CE), 07 a 09 Maio 1986

Tema Oficial:

"O Papel das Academias de Medicina e a Atual Realidade Brasileira"

A) Recomendações

1) As Academias de Medicina no Brasil devem ser constituídas como órgãos de cúpula da medicina nacional e regional, atuando como Casas da Cultura e da Ciência Médica.

2) No seu atuar, devem ter os pés plantados no passado e as vistas voltadas para o presente e o futuro.

3) Para transmitirem a mesma mensagem, devem ter, na medida do possível, uma estruturação semelhante, de acordo com a tradição, guardadas peculiaridades regionais.

4) Suas sessões solenes, por motivos estatutários, devem caracterizar-se pela austeridade e pela dignidade.

5) Os seus membros deverão ser admitidos através de seleção criteriosa e cuidadosa, no sentido profissional, cultural e ético, de modo que possam servir de exemplos às gerações atuais e vindouras.

6) Envolvidas no progresso da Medicina e ciências correlatas e em assuntos de

cultura geral, devem contribuir no sentido da solução de problemas de saúde, em especial de nossas endemias.

7) Devem manter atividades pedagógicas, através de suas sessões e seus congressos científicos e da publicação de seus Anais e suplementos, contribuindo para o enriquecimento da literatura médica nacional.

8) Quando solicitadas ou julgarem devido, devem, pronunciar-se sobre problemas fundamentais para nossas coletividades: ensino médico, exercício profissional, ética médica e outros.

9) Em momentos decisivos para a Nação, tais como a nova Constituição e reformas básicas da legislação que interfiram, direta ou indiretamente, na área da saúde e educação médica, devem colaborar no sentido da participação do médico em geral, através de simpósios e criação de prêmios por estudo dos temas em tela, obedecidas a sobriedade, a seriedade dos propósitos e o discernimento, que são apanágios de nossos Sodalícios.

B) Proposições

1) Que nossos Sodalícios se organizem visando a dignidade e melhoria da imagem do profissional e atuem nesse sentido junto aos médicos e suas entidades, às autoridades constituídas e à população em geral.

2) Que se pleiteiem para a Saúde medida semelhante à adotada para educação, com a "emenda João Calmon".

Dr. Francisco Alves dos Reis (MG) Relator
Dr. Walter de Moura Cantídio (CE)
Dr. Jamesson Ferreira Lima (PE)
Dr. Odon Ramos Maranhão (SP)

A comissão infra firmada designada pelo presidente, Prof. Odon Ramos Maranhão, da 2ª plenária do I Conclave Brasileiro de Academias de Medicina, na abordagem do tema: Dignidade do Médico — dos quatro relatórios apresentados são a seguir, pela ordem de apresentações, apresentados em suas conclusões:

1º — Pletora de Escolas Médicas e de Médicos

O relator, Ac. Newton Guimarães (BA), discorre sobre o tema, discordando, em princípio, de ser a "pletora de escolas e médicos" o resultado de um crescimento quantitativo, achando que é essencialmente uma

distribuição, de umas e outras, não programadas, o que determinou um acúmulo excessivo de profissionais em certas regiões e escassez em outras. Sugere a obrigatoriedade de um estágio no interior dos médicos recém-formados, diminuição do número de vagas nas escolas e melhoria dos níveis dos programas de educação continuada.

2º – Queda dos níveis de educação médica

O relator, Ac. José Hermínio Guasti (FLUMINENSE) refere-se à necessidade de modificação dos currículos, critica o atual sistema de matrícula por disciplina. Enfoca também a importância da boa qualificação dos docentes e da necessidade de boas condições materiais para o aprendizado na fase de graduação. Conclui sugerindo a volta ao sistema seriado.

3º – Hiperarmamento médico e mercantilização

O relator, Ac. Antonio Wandick de Andrade Ponte (CE) salienta a necessidade do bom atendimento ao doente que exige uma orientação bem definida quanto ao exame clínico e criticou o abuso dos métodos complementares, principalmente os agressivos, sem um prévio e completo exame clínico.

4º – Conflito da relação honorários x salários

O relator, Ac. José de Laurentys Medeiros (MG) traçou normas a respeito da cobrança de honorários que podem variar, porém sem nunca esquecer o doente, e salientou que os serviços aos colegas e seus dependentes é um dever profissional.

Mostrou que na atualidade, desde que a níveis condizentes e nos setores que não impliquem em atendimento com risco de vida, é também uma opção para o médico jovem que ainda não possui os requisitos necessários que permitem o exercício liberal.

Criticou pré-pagamento, explorado pelos empresários da medicina e viu as cooperativas como alternativa ética.

Plínio Garcez de Sena
José Carlos da Costa Ribeiro
José de Laurentys Medeiros

* * * * *

A Comissão abaixo-assinada

1) Houve consenso no sentido de condenar a eutanásia, considerada como atitude ativa contra a vida.

2) Também se fez consenso no sentido de que se o médico estiver convencido de que não há esperança de reverter um processo patológico gravíssimo, então ele não deverá usar medidas que prolonguem um estado que a rigor não representa mais vida. Esse momento cabe ser decidido pela consciência do médico, que não deverá omitir-se em relação à decisão a ser tomada.

Dr. Newton Alves Guimarães
Dr. José Carneiro Gondim
Dr. Caetano Ximenes Aragão

* * * * *

I CONCLAVE BRASILEIRO DE ACADEMIAS DE MEDICINA

Fortaleza (CE), 07 a 09 Maio 1986

PRESIDENTES:

Acad. JOSÉ DE PAULA LOPES PONTES
DD. Presidente da Academia Nacional de Medicina

Acad. ODON RAMOS MARANHÃO
DD. Presidente da Academia de Medicina de São Paulo

Acad. FRANCISCO ALVES DOS REIS
DD. Presidente da Academia Mineira de Medicina

Acad. GIUSEPPI MAURO
DD. Presidente da Academia Fluminense de Medicina

Acad. NEWTON GUIMARÃES
DD. Presidente da Academia de Medicina da Bahia

Acad. FERNANDO FIGUEIRA
DD. Presidente da Academia Pernambucana de Medicina

Acad. JOSÉ ASDRUBAL MASSIGLIA DE OLIVEIRA
DD. Presidente da Academia Paraibana de Medicina

Acad. LAURO GREIN
DD. Presidente da Academia Paranaense de Medicina

Acad. GERALDO W. S. GONÇALVES
DD. Presidente da Academia Cearense de Medicina

ÍNDICE

ACADEMIA DE MEDICINA DA BAHIA
De utilidade pública: Lei nº 4.138,
de 05 de setembro de 1983
D.O. de 06/09/83

ACADEMIA DE MEDICINA
De utilidade pública: Lei
de 05 de setembro de
D.O. de 06/09/8

Colaboração da
FIEBA.