Anos dourados da medicina bahiana

Geraldo Leite

A história da Faculdade de Medicina da Bahia, diz Malachias Alves dos Santos em sua memória histórica relativa ao ano de 1854, a primeira a ser escrita, divide-se em quatro períodos. O primeiro, de 1808 a 1815, é o mais precário. Tem origem na carta régia de 18 de fevereiro de 1808, pela qual se procurou satisfazer a urgente necessidade de dar cultura às ciências médicas da Bahia. Criou-se naquela época "uma escola de cirurgia no Hospital Real Militar desta cidade, para instrução dos que se destinam ao exercício desta arte"[1].

A escola funcionou com o Dr. José Soares de Castro, nascido em Portugal, e encarregado do ensino de anatomia, e o cirurgião Manuel José Estrela, nascido no Rio de Janeiro, destacado para o ensino da cirurgia.

Os dois professores "não dispunham de meio algum para o ensino eficaz da cirurgia nem percebiam qualquer salário. As lições teóricas eram proferidas em uma sala do hospital militar, a qual contava com uma cadeira para o lente e uma mesa, além de bancos para os alunos" (ibidem).

"As práticas ou demonstrações sobre cada um dos objetivos cirúrgicos que se tiverem tratado – dizia a carta régia – se farão em uma das enfermarias que lhe será franqueada duas vezes por semana, sem contudo fazer reflexões à cabeceira dos doentes, mas sim na sala de aula, pois o curativo cirúrgico pertence ao cirurgião-mor do hospital, que só para isso tem atividade"[2]. E acrescenta: "É essencialmente necessário que haja boa inteligência entre ambos os professores para que a discórdia não perturbe o importante objetivo do ensino" (ibidem).

O curso tinha a duração de quatro anos. A matrícula obrigava a freqüência às aulas, mas não impunha deveres aos alunos, porquanto – diz Malachias – "sou informado de que aos lentes

nem respeito nem consideração guardavam os seus discípulos"[1]. E conclui: "Do que foi neste primeiro período o ensino da medicina na Bahia se pode ajuizar por aquele empréstimo de ferros velhos para o ensino da anatomia, e ainda melhor, pelo fato de terem alguns dos alunos de então tornado a se matricular em 1816, quando começou a funcionar o colégio de Cirurgia Iibidem).

Na opinião de Freire de Carvalho Filho, a nossa faculdade, desde sua origem, cumpriu a sua missão com seriedade e altivez. "Não sou daqueles que pensam que, no modesto período primitivo de 1808 a 1816, fosse nulo ou quase tal o ensino médico"[3]. E acrescenta: "O ilustrado Dr. Braz do Amaral, em seu brilhante discurso proferido em outubro de 1908, por ocasião das festas comemorativas do 1º centenário de fundação do ensino médico no Brasil, disse que "os documentos existentes no arquivo público mostram que ela viveu vida útil e que nela se ensinou e nela se aprendeu. Eram honestos os tempos e severo o modo pelo qual se entendia o serviço público e as obrigações contraídas. Não só os dois primeiros professores não faziam daquilo uma perambulação, como até reclamavam, com energia, pela severidade do ensino, conforme se vê dos ofícios dirigidos ao governador sobre estudantes que faltavam, e nas reclamações enérgicas acerca da retirada precipitada que faziam, algumas vezes, dos cadáveres que eram precisos para as dissecções anatômicas" (ibidem).

O segundo período estende-se de 1816 a 1832. Começa com a carta régia de 29 de dezembro de 1815, a qual reorganizou o ensino médico, determinando que o curso de cirurgia fosse realizado em cinco anos, com cinco cadeiras e que a escola fosse transferida para as instalações da Santa Casa de Misericórdia, na rua do mesmo nome, sob a denominação de "Colégio Médico-Cirúrgico". "Muito embora o colégio tivesse vida independente e nobre", comenta Malachias, "ficou limitado, apenas, a um corredor do edifício da Santa Casa, dividido em três pequenas salas, das quais uma inutilizada por servir de passagem para as outras repartições. Tinha por anfiteatro de dissecção e operações um pequeno quarto escuro, compreendido na enfermaria mais baixa do hospital"[1].

O terceiro período, muito fecundo, vai de 1832 a 1854, tendo como ponto de partida a lei de 3 de outubro de 1832, lei muito avançada para a época, o que ensejou sensível alento para o ensino. O curso foi ampliado para seis anos e deu-se o nome de "escola" ou "Faculdade de Medicina" aos colégios médico-cirúrgicos da Bahia e do Rio de Janeiro.

A Faculdade da Bahia voltou a funcionar no antigo Colégio dos Jesuítas, no Largo do Terreiro de Jesus, vago pela remoção do Hospital Real Militar. Tendo sido para aí também transferidas as enfermeiras do Hospital da Santa Casa. "Foram destinados à faculdade todo o andar de cima, a Casa da Botica e seus anexos, as salas que ficam no corredor de baixo e o teatro anatômico, ficando as obras que se tornarem necessárias à disposição da faculdade, que dirigirá o arquiteto que para elas for designado"[1].

O quarto período foi um período de franco retrocesso. Teve início com a reforma de 1854, a qual, no dizer de Pacífico Pereira, "deu o último golpe à organização liberal de 1832, suprimindo as concessões da lei que permitiu às faculdades vida autônoma e próspera, cerceando as atribuições e prerrogativas das corporações docentes, em vez de desenvolver o plano de organização didática e administrativa, iniciado pelos estadistas da regência, reduzindo assim o ensino superior à esterilidade a que foi condenado por mais de vinte e cinco anos"[2].

Dentro da faculdade, apesar de tudo, começou a fermentar a semente da qual desabrochariam, com o correr do tempo, frutos os mais fecundos. Tais frutos, multiplicados ao longo de alguns decênios, fariam da Bahia um dos maiores centros médicos do novo mundo.

Vejamos alguns exemplos:

– José Avelino Barbosa, formado pela Universidade de Edimburgo, foi eleito pelos seus pares, em 1829, nosso primeiro diretor. Partidário ardoroso da independência, desempenhou papel relevante nas terríveis lutas, que se travaram neste estado, pela liberdade do povo brasileiro, o que muito contribuiu para o sentimento de rebeldia e progresso, desde então incorporado à instituição.

José Lino Coutinho, seu substituto, formado em Coimbra, clínico competente e humanitário, mestre dos mais cultos, tribuno proeminente, estadista de escol, administrador operoso e dotado de espírito avançado, além de homem de letras e jornalista, iniciou o soerguimento da tradicional casa de ensino.

Do mesmo estofo foram:

José Vieira de Faria Aragão Ataliba, também formado em Coimbra, notável orador e professor de renome.

Malachias Álvares dos Santos, formado pela Bahia, lente respeitável, orador e filósofo, autor da primeira memória histórica da nossa faculdade. No conceito de Oscar Freire[4], Malachias foi "um dos mais brilhantes talentos e das mais sólidas culturas que passaram pela Faculdade de Medicina". Aranha Dantas, em sua memória histórica referente ao ano de 1855, registra o fato seguinte: "Véspera do memorável 2 de Julho, à noite, quando, entusiasmados pela recordação das glórias da pátria, atravessavam o terreiro os batalhões patrióticos em marcha para a Lapinha, de uma das janelas da escola deu o digno lente Sr. Dr. Malachias o magnífico espetáculo da luz elétrica, admirável fenômeno, cujo ensaio, não me consta, já fosse feito por alguém no Brasil"[5].

Jonathas Abbott, nascido na Inglaterra, naturalizado brasileiro e por todos os títulos considerado um dos melhores professores de medicina do Brasil[6].

Manoel Joaquim Henriques de Paiva, formado por Coimbra, "revelou-se sempre um espírito brilhantíssimo, quer como jornalista e publicista, quer como professor, conforme demonstra sua vasta e interessante bibliografia", afirma Sá de Oliveira. E completa: "Era um verdadeiro sábio"! (ibidem).

Antonio José Alves, Antonio José Osório, Manoel Ladislau Aranha Dantas (primeiro sergipano a ser professor da Faculdade de Medicina da Bahia), Joaquim Antonio de Oliveira Botelho e outros mestres ilustres, muito fizeram pelo engrandecimento do vetusto berço da medicina brasileira, pelo que merecem admiração e respeito.

É de todos sabido o esforço de José Lino Coutinho no sentido de melhorar o ensino médico no Brasil, esforço que ultrapas-

sou os definidos limites do "Projeto de Reforma das Escolas de Medicina" por ele apresentado ao parlamento do império em 1827. Não desconhecemos a atitude de Antônio Policarpo Cabral, propondo à congregação proibir-se o uso das célebres "sebentas" da Universidade de Coimbra, não ignoramos, igualmente, o esforço de Manoel Ladislau Aranha Dantas, publicando para os alunos a sua "patologia externa", fato que não era de modo nenhum freqüente naquele tempo[3].

A contribuição de Jonathas Abbott, o grande professor de anatomia, foi extraordinária. Nascimento Blacke pontifica: "Grande anatomista, como não me consta que tenha existido igual no Brasil, foi o fundador do gabinete anatômico da Faculdade da Bahia, que continua uma coleção de peças curiosas, já notável antes que fosse instituído o da corte e ao qual, por deliberação da mesma faculdade, foi dado o título de Gabinete Abbott"[7].

Conta Oscar Freire, a propósito do ensino ministrado por Abbott, o seguinte: "Em 1849, Firmino Coelho do Amaral apresentou, para obter o grau de doutor em medicina, uma tese sobre "o médico na Bahia". Nesse corajoso trabalho o autor descarna com rigor e má vontade as mazelas do ensino médico naquela época, em que não descobre nada de aproveitável, pecando talvez por exagerado pessimismo. Há na tese – diz Oscar Freire – visível preocupação de evidenciar independência, evitando o autor 'com cuidado' qualquer elogio aos professores"[4]. Ao referir-se à cadeira de anatomia, o autor de tão descabida tese interrompe sua enxurrada de impropérios e relata o seguinte: "Ao chegar ao 2º ano o estudante paga a segunda matrícula e pretende estudar a anatomia e a química. Ainda a primeira destas duas é entre nós mais ou menos sabida, porque, além da eloqüência e saber da pessoa que a leciona, as necessidades materiais, mesmo antes da vinda do cadáver de cartão do Dr. Auzou, eram satisfatoriamente preenchidas, porque raro é o estudante que não tem os ossos do esqueleto, ou por ele mesmo preparados, ou por outro que lh'os cedeu gratuitamente ou com algum interesse: os cadáveres, é verdade, eram e são ainda, muito difíceis de se obter, não só porque é muito limitado o número de mortos do hospital da Misericórdia, como também porque alguns destes não podem

servir pelo estado de putrefação e, outros, por serem reclamados pelos parentes, que quase sempre aparecem nessas ocasiões com supersticioso e mal-entendido sentimento de humanidade".

Continua o autor da tese: "Com tudo isso, quem gosta de estudar, aproveita, e de tal modo o faz que na Bahia se sabe tanta anatomia que sobre esta ciência ganhou-se um prêmio na Europa. João Leslie, estudante do 4º ano da Escola da Bahia, quando passou-se para a Inglaterra, a fim de concluir sua carreira na Universidade de Edimburg, na Escócia, teve de fazer exames em todas as matérias aqui aprendidas, para poder então matricular-se lá, e sendo permitido os examinados proporem-se a louvor ou a simples aprovação. No que diz respeito à anatomia, o exame foi coroado de bom sucesso e um diploma com alguns livros foram-lhe dados, como um título honroso do seu aproveitamento[7].

Diz Rodolfo Teixeira: "1832 é o ano em que o ensino da medicina adquire formas definidas de maturidade, é o ano em que, inspirado no valor da ação de José Lino Coutinho, criou-se, realmente, a Faculdade de Medicina da Bahia. Dela não se poderia exigir qualidade e perfeição. Difícil vencer os obstáculos. Instalações precárias e material de ensino improvisado. Fazia-se o melhor possível. Os formandos mais protegidos pela fortuna de suas nascentes seguiam adiante, em busca do melhor, em centros de ensino do velho mundo. Voltavam e se constituíam em sementes de progresso, abrindo a visão de horizontes mais amplos e distantes. No entanto, de quando em quando, buscando ambiente e mercado de trabalho, que não haviam encontrado nas suas terras, chegavam à Bahia médicos diplomados em centros de maior reputação do mundo. De permeio com os bons, algumas figuras suspeitas de aventureiros, de origens, tantas vezes, duvidosas"[8]. E conclui: "Tal era a comunidade médica na quadra de sessenta do século passado na cidade da Bahia – uma casta à parte – a dos professores da faculdade, os médicos da terra, com e sem viagens ao estrangeiro, e os profissionais dos outros países" (ibidem).

A propósito dos médicos de origem estrangeira, diz Antonio Caldas Coni: "A história da medicina em nossa terra não se resu-

me na história da sua instituição oficial, a por todos os títulos gloriosa Faculdade de Medicina. Dela escreveram páginas vivas e de inexorável brilho médicos que não tiveram cátedras, sobressaindo os da tríade fulgurante, passados já à história como verdadeiros fundadores da medicina experimental no Brasil[9]. Refere-se Caldas Coni aos Drs. Otto Wucherer, John Ligertwood Paterson e José Francisco da Silva Lima, três clínicos e pesquisadores estrangeiros que transformaram a medicina brasileira. Três homens incomuns, três personagens ilustres, três iluminados que aqui, em plena época do animismo pré-pasteuriano, professaram a mais pura, a mais científica e a mais nobre medicina, não somente da Bahia e do Brasil, mas de toda a América Latina!

Os três aglutinaram em torno de si um grupo de facultativos dedicados e iniciaram, a partir de meados do último século, os "anos dourados" da nossa medicina.

Otto Wucherer nasceu na cidade do Porto, no ano de 1820. Filho de pai alemão e mãe flamenga, recebeu o grau de médico em 1841, na Universidade de Turingen, na Alemanha. Chegou à Bahia em 1841. Este sábio foi, por todos os motivos, uma figura extraordinária ao longo de mais de 25 anos, como grande clínico, pesquisador e higienista, viveu entre nós inicialmente, ao lado de Paterson e – a partir de 1852 – ao lado de Paterson e Silva Lima, escreveu páginas gloriosas e emocionantes, páginas de incomensurável valor. Aqui enfrentou a epidemia de febre amarela, cujo diagnóstico esclareceu. Ditou normas, defendeu princípios, impôs argumentos e transformou sua própria casa em hospital. Lutou com tanto heroísmo que a muitos pareceu ser imune ao vírus amarílico. Certo dia disse, amargurado, a Silva Lima: "Fechei minha casa, onde tinha enfermaria. Entraram lá 20 doentes de febre amarela e saíram 21 cadáveres, incluindo o da minha esposa![9]

Não foi o bastante. Wucherer fez muito mais: lutou também contra o cólera morbus, estudou os ofídios brasileiros, produzindo trabalhos ainda hoje clássicos, esclareceu a etiologia da hipoemia tropical, nela identificando os ancilostomídeos de Dubini, descobriu nas urinas hematoquilúricas as microfilárias do filarídio de Brancoft, o qual é hoje chamado, em sua homenagem, Wuchereria Bancrofiti.

John Ligertwood Paterson foi outro cientista famoso e, de igual modo, clínico de escol. Nasceu no mesmo ano em que nasceu Wucherer e se formou em medicina também no mesmo ano em que Wucherer se formou. Era natural da Escócia e desde cedo demonstrou profundo interesse pela língua e literatura latinas, as quais dominou. Os estudos subseqüentes, de natureza humanística e diversificada, possibilitaram-lhe sólida base para o curso médico, realizado na Universidade de Aberdeen. Tão logo foi diplomado em medicina, rumou para Londres, levando no coração o desejo de ser membro do Real Colégio de Cirurgiões. Enquanto aguardava o exame necessário à sua aprovação, ainda convalescente de grave moléstia, enfrentou a banca examinadora e conquistou, com galhardia, o almejado troféu. Em seguida, freqüentou hospitais, privando com os mais notáveis professores londrinos e quando se convenceu ter aprendido o bastante, foi a Paris com o objetivo de beber na fonte medicina pura e atualizada. Na capital francesa, entrou em contato com grandes figuras da profissão. Partiu depois para a Suíça, Itália e Áustria, sempre à procura de colegas ilustres e hospitais famosos, os quais, no seu modo de dizer, "eram escolas vivas e permanentes de ensino prático e perenes fontes de conhecimento" (ibidem). Em 1842, depois de voltar à sua terra natal e desfrutar por certo tempo o alegre convívio paterno, rumou para o Brasil. Aqui chegou, na Cidade do Salvador, em 7 de novembro do mesmo ano, submetendo-se ao exame de suficiência e de verificação de título, na Faculdade de Medicina. Obtida a licença para o exercício legal da profissão, assumiu os compromissos do seu irmão e colega, Dr. Alexandre Paterson, isto é, os de médico da colônia inglesa e de um pequeno hospital, com dispensário, que era ao mesmo tempo sua residência e no qual recebia os tripulantes da Marinha britânica. Por ocasião da chegada do Dr. John Paterson, o pequeno hospital passou a funcionar na rua da Alegria, nos Barris. Mais tarde, Paterson o adquiriu e nele residiu até a morte, sendo por isto conhecido, durante muito tempo, como "a casa do doutor inglês".

À clientela dos seus compatriotas somou Paterson a da população em geral e de tal modo o fez que, segundo afirmação de Silva Lima, "com o andar do tempo chegou, em extensão e traba-

lho, a proporções verdadeiramente assombrosas e nunca vistas nesta cidade"[9]. No dizer do grande médico lusitano, "o Dr. Paterson continuava aumentando a obra criativa começada pelo seu irmão, e com o mesmo sucesso, a clínica dos pobres, que já então sabiam o caminho da "casa do doutor inglês", para onde afluíam em grande número todas as manhãs" (ibidem).

Bem cedo conquistou a estima e o respeito do povo e da classe médica, graças não somente à sua qualificação como também aos seus dotes pessoais de fino cavalheiro e de culto homem de letras. "Até 1858, o Dr. Paterson não tinha família. Vivendo só, consagrava o seu tempo e a sua atividade aos seus doentes e aos seus estudos, em proveito próprio e deles. Raríssimas vezes era visto em sociedade, mesmo na dos seus compatriotas. Em público só era encontrado no trabalho, quase sempre a cavalo, de dia e de noite, a correr, ao sol e à chuva, em toda a parte e a toda a hora" (Caldas Coni, obra citada). A sua faina começava cedo, quase sempre pela alta madrugada. "Depois de infalível banho frio de imersão começava a consulta matinal, quase sempre à luz do gás. Ao cabo de duas horas, ou pouco menos, interrompia o exame dos doentes, pela maior parte de pobres, e despedia os restantes até o dia seguinte" (ibidem). Prossegue Silva Lima: "Após uma refeição ligeira, montava a cavalo, fazia as suas visitas até as duas horas da tarde, depois de um jantar frugal saía outra vez, e voltava à casa à hora incerta da noite, e às vezes tão tarde e tão fatigado que caía a dormir vestido, em uma cadeira de descanso, durante as três ou quatro horas que lhe restavam para o repouso. Não raro era interrompido por chamadas de emergência. Houve tempo em que ele se viu obrigado a ocultar-se em outra casa, a alguma distância da sua, mas noites em que lhe era absolutamente necessário estudar ou dormir em liberdade. Algumas vezes notavam os colegas nas conferências, que, afrouxando um pouco a conversação, ou não tendo ele de falar, caiam-lhe as pálpebras, irresistivelmente vencidas por uma sonolência inoportuna" (ibidem). Para atender atividade tão exaustiva e incomum, "era-lhe preciso ter prontos e à mão pelo menos três cavalos, para fazer as mudas necessárias ao serviço do dia e da noite".

Em meio a tão trepidante existência, desposou Paterson, em 1857, miss Caroline Mary, nascida no Rio de Janeiro. Embora casado, em nada mudou seus hábitos, horários e costumes, contrariando a expectativa das pessoas mais íntimas.

Nos 12 anos que se seguiram ao casamento permaneceu Paterson nessa atividade trepidante.

José Francisco da Silva Lima nasceu em 1826, na aldeia de Vilarinho, em Portugal. Chegou à Bahia em 1840, aos 14 anos de idade. Doutorou-se em nossa faculdade em 1851. Naturalizou-se brasileiro em 1862. "Em pouco tempo – diz Braz do Amaral – se fez a sua aproximação com os dois homens de mais renome na Bahia, no cultivo das ciências médicas: Wucherer e Paterson. "Espírito culto, dotado de rara penetração dos fatos mórbidos, Silva Lima era o centro de atenção da mocidade estudiosa do seu tempo, que dele se acercava, sequiosa, para dos seus lábios haurir a avisada palavra do clínico, veículo suave da erudição profunda que desfrutava, e a cujo condão muitas dúvidas se dissipavam, até mesmo da gente provecta – nos embaraços charadísticos da profissão. Reunia excelentes qualidades de mestre, e o era, de fato, sem ser professor"[10]. Disse Aristides Novis: "Devoto impenitente do livro, sua farta biblioteca não conseguia mitigar, ao investigador, o prurido incoercível de aprender. Preferia, por isso, ter no doente, cujas edições são sempre novas, porque infinitas, ao passo que, nas estantes do médico, as tiragens, por mais assíduas, perdem sempre no confronto com as cambiantes inéditas do mal" (ibidem).

De 1866 a 1908 publicou quase 100 trabalhos científicos do maior valor. Relacionamos dentre eles os referentes ao ainhum (doença que recebeu o nome de "doença de Silva Lima"), à febre amarela, ao beriberi, à filariose, etc. Durante o período de 1864 a 1890, exerceu o cargo de médico da Santa Casa de Misericórdia, isto é, por 26 anos consecutivos, prestando àquela casa notáveis e copiosos serviços em favor dos pobres e desamparados. Serviu à higiene pública como vacinador domiciliário, presidiu o conselho sanitário estadual e exerceu inúmeros outros encargos e funções de natureza científica e humanitária, pelo que mereceu as mais altas homenagens de inúmeras instituições e socieda-

des; tais como a Sociedade de Medicina da Bahia, a Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, a Sociedade Médica da Argentina, o Instituto Geográfico e Histórico Brasileiro, a Academia Nacional de Medicina, a Associação Médico Farmacêutica de Pernambuco, o Instituto Histórico e Geográfico da Bahia, etc,

"Modelo vivo da deontologia médica", definiu-o o seu grande discípulo Pacífico Pereira[12]. "Era um compêndio de ética profissional", afirmou Braz do Amaral, por ocasião da sua morte, ocorrida no dia 10 de fevereiro de 1910, quando completava 84 anos de idade[10].

Clínico de escol, pesquisador dos mais lúcidos e primososos assim definiu a sua profissão: "O médico digno deste nome, consagra à humanidade as suas vigílias, o sacrifício de seus prazeres, das suas comodidades, os frutos da sua inteligência, a sua vida até, se for necessário, e aos seus irmãos na ciência – a lealdade, a franqueza e a consideração sem limites nem restrições. São estas as diferenças principais que distinguem a profissão médica de um ofício mecânico e mercenário ou de uma especulação mercantil ou industrial"[12].

Em 1883, Virgílio Damásio percorreu dez países europeus e publicou importante relatório, rico de observações pessoais. Dito relatório, obra rara, infelizmente esgotada, serviu de lastro para a estruturação científico-cultural da chamada "Escola Médico-Legal da Bahia", sedimentada por Nina Rodrigues e Oscar Freire. O primeiro, "pelo cabedal de sua erudição, o rigor das suas pesquisas, a capacidade do seu trabalho e a amplidão dos seus estudos[13]. E completa Lamartine Lima: "Depois de publicar muitos artigos e teses, Nina Rodrigues lançou o seu primeiro livro, em julho de 1894, sobre dois dos temas que, naquele momento, envolviam as discussões em todas as escolas de uma Europa colonialista, que ampliara sua expansão na África desde a conferência de Berlim, havia duas décadas: etnia e imputabilidade" (ibidem).

Trata-se, já se vê, da obra: "As raças humanas e a responsabilidade penal no Brasil". Nina Rodrigues fundou a Antropologia Brasileira e consolidou, em definitivo, a chamada "Escola Médico-Legal da Bahia", a qual, de acordo com a mesma fonte, "deu os ramos de Juliano Moreira, Afrânio Peixoto e Diógenes Sampaio,

para o Rio de Janeiro, Oscar Freire para São Paulo e Augusto Lins e Silva para Recife".

"Nina Rodrigues, diz Thales de Azevedo, fez na Bahia as primeiras investigações de campo sobre a aculturação religiosa e lingüística de africanos no Brasil, formulou uma teoria sobre o hibridismo de crenças dos escravos, empreendeu pesquisas pioneiras sobre a mestiçagem e suas conseqüências biológicas e clínicas e exerceu uma forte influência sobre o que, no fim do século passado e começos do atual, se entregaram ao estudo médico, sociológico e jurídico da criminalidade, da religiosidade popular, do alcoolismo, da sífilis, das doenças mentais. As suas pesquisas, baseadas em conceitos considerados científicos na época e em dados empíricos ainda hoje válidos, repercutiram no país e no exterior, consagrando-o como o chefe da Escola Antropológica Baiana. O impacto de suas abordagens e de suas idéias, apesar da reorganização doutrinal que experimentaram as interpretações daqueles fenômenos, acentua-se, para além da sua morte, quando se publicaram ou se reeditaram vários dos seus artigos, reinterpretados por seus discípulos". Concluindo, disse Fernando de Azevedo: "Nina Rodrigues, além de inaugurar uma nova fase na evolução da medicina legal no Brasil, como professor dessa matéria de 1891 a 1906, renovou o seu espírito e os seus métodos, formando discípulos e criando escola."

Não ficou aí a velha Faculdade de Medicina da Bahia. Outro sábio provocaria, pouco depois, a admiração da comunidade científica mundial, realizando extraordinária descoberta, luzindo ainda mais os "anos dourados" da nossa medicina. "Em 1908, relata Edgar Falcão, num modesto laboratório de análises clínicas, instalado no hospital Santa Isabel, um não menos modesto assistente de clínica médica, ao fazer coproscópias de pacientes internados no seu serviço nosocomial, entrou a deparar, com freqüência, elementos estranhos até então desconhecidos em nosso meio. Tratava-se de ovos de helmintos, dotados de espículo lateral, cuja proveniência intrigou a curiosidade do observador." Quatro anos antes, este os havia encontrado em idênticas condições, sem poder esclarecer-lhes as origens. Nessa época, porém, já lhe chegara aos ouvidos o rumor de determinada contenda, estabelecida no velho mundo, a propósito da significação de

tais elementos. Segundo uns, não passavam de meras variantes de ovos de *Shistosoma haematobium,* trematódio produtor da hematúria do Egito. Conforme outros, constituíam elementos de uma nova espécie batizada em 1907 pelo prof. Sambon, com o nome de *Schistosoma mansoni.* Defendia entusiasticamente a primeira hipótese o maior helmintologista da época, Arthur Looss, do Cairo". O jovem médico baiano, Manoel Augusto Pirajá da Silva, levantou bem alto o seu nome e o da sua faculdade, descrevendo com admirável precisão a nova espécie de helminto encontrada nos pacientes por ele necropsiados. De tal modo o fez que, a 6 de abril de 1912, o Instituto de Medicina Tropical de Hamburgo, abriu suas portas para receber o sábio que, a convite de Fuelleborn, proferiu belíssima conferência sobre o novo parasito e a nova doença, por justiça chamada "doença de Pirajá da Silva".

O resto foi um inundar de glórias: estava fundada a "Nova Escola de Tropicalistas da Bahia", iniciada por Pirajá da Silva e continuada por Otávio Torres, Prado Valadares, Gonçalo Moniz e Armando Sampaio Tavares, para falar somente daqueles que já se foram.

Wucherer, Paterson e Silva Lima criaram a primeira escola de tropicalistas baianos e iluminaram com o fulgor das suas inteligências a idade de ouro da nossa medicina. Iniciaram os "anos dourados" que fluíram, tranqüilos e belos, de 1866 até 1934, isto é, durante a primeira fase da "Gazeta Médica da Bahia", trazendo no seu vórtice glorioso, além de Virgílio Damásio, Nina Rodrigues, Oscar Freire, Pirajá da Silva, Otávio Torres, Prado Valadares e Armando Sampaio Tavares, luminares já citados. Outros vultos de raro fulgor, tais como Alfredo Brito, Demétrio Tourinho, Adriano Gordilho (Barão de Itapoan), Manoel Vitorino, Pacífico Pereira, Egas Moniz, Francisco dos Santos Pereira, Clementino Fraga, Climério de Oliveira, José Adeodato de Souza, Caio Moura, Antônio Borja, Eduardo Freire de Carvalho, Bezerra Lopes, José Rodrigues da Costa Dória, Aurélio Viana, Fernando Luz, Alfredo Magalhães, Couto Maia, Sabino Silva, Magalhães Neto, Estácio de Lima, Inácio de Menezes, Edgar Santos e muitos outros, para citar apenas alguns dos que já se encontram mortos.

Seria justo desejar maior glória do que esta, a ter vivido a Bahia – através de tantos homens ilustres – tantos anos de glória?

O grande feito que fluiu da tríade maravilhosa – Wucherer, Paterson e Silva Lima – foi "A Gazeta Médica da Bahia", relicário sagrado onde estão documentados, mês após mês, os "anos dourados" da Medicina Baiana. "a Gazeta Médica da Bahia" – disse Pacífico Pereira – teve uma origem das mais modestas". Descreve-a um dos seus mais prestantes fundadores, o Dr. Silva Lima:

"Em 1865 instituiu o provecto clínico – referia-se ao Dr. Paterson – umas amigáveis e interessantes palestras noturnas, espécies de "conversazione" periódica, em que duas vezes por mês tomavam parte em mui limitado número alguns colegas das mais estreitas relações. Efetuavam-se estas palestras à vez, ora em sua casa, ora na de cada um deles; e os assuntos das sessões eram inteiramente facultativos e às vezes fortuitos; não havia estatutos nem programas, nem fórmulas de discussões nem atas; ninguém ali tinha por obrigação fazer cousa alguma em tempo, modo e matéria determinada, mas quando, como e o que queria ou podia. Versavam os entretenimentos, de ordinário, sobre casos clínicos correntes, exames microscópicos ou oftalmológicos, inspeção de algum doente afetado de moléstia importante, ou sobre questões e novidades científicas do tempo concernentes à profissão ou de algum modo relacionados com ela"[14]. E continua: "Tomaram parte nestas conferências alguns dos médicos mais notáveis daquele tempo, como o Dr. Januário de Faria, professor, depois conselheiro de Sua Majestade, o Imperador, e diretor da Faculdade de Medicina, Dr. Antônio José Alves, eminente cirurgião e também professor da faculdade (pai do poeta Antônio de Castro Alves); Drs. Wucherer, Silva Lima, Pires Caldas, Pacífico Pereira, Vitorino Pereira, Santos Pereira, Maia Bitencourt, Silva Araujo, Almeida Couto, Américo Marques e Hall, que sucessivamente iam tomar parte nessa instrutiva convivência, em que todos, velhos e moços, alternativamente e sem que o percebessem, tinham sempre alguma cousa que ensinar ou que aprender" (Ibidem). "Foi nestas palestras noturnas, relata Pacífico Pereira, por diversas vezes interrompidas e recomeçadas que apareceu e se pôs por obra em 1866 a idéia da publicação da

"Gazeta Médica", que tão bons serviços tem prestado à profissão e à literatura médica brasileira, foi ali que sucessivamente foram objeto de conversação e de estudos micrográficos a hipoemia-intertropical e suas relações com o *Ancylostoma duodenal* de Dubini, a Hematoquilúria e a Filária aqui primeiro descrita por Wucherer nas urinas quilosas *(Wuchereria bancrofiti)* e depois foi ali finalmente que por muitas vezes veio a tela da discussão a singular moléstia que desafiava a sagacidade dos médicos da Bahia e que se achou ser idêntica ao beriberi Indiano, descrito há mais de dois séculos por Bontius, e se ventilaram muitas outras questões de interesse geral ou particularmente utilizáveis em suas aplicações práticas à medicina e à cirurgia[12].

A "Gazeta Médica da Bahia" foi publicada, com pequenas interrupções, durante 78 anos, de 1866 até 1934. Diz Rodolfo Teixeira: "Mergulhou, então, em um longo período de quietude. Ressurgiu novamente em 1966 para retornar, em 1970, ao silêncio que já perdura, triste e melancólico"[8]!

Nos 78 anos de sua ininterrupta publicação, estão os estudos e as descobertas mais notáveis, vindas à luz durante os inesquecíveis "anos dourados" da medicina bahiana.

Folheando suas páginas, o observador cuidadoso, repleto de admiração e respeito, defronta-se com todos os luminares que abrilhantaram, com a sua cultura e a sua experiência, uma medicina que honrou a Bahia durante três quartos de séculos, anos os mais ricos da nossa historiologia médica.

Encontramos em suas páginas os artigos mais preciosos e os registros mais importantes de uma época verdadeiramente bela. Como colaboradores, o leitor colherá nomes como os de Paterson, Wucherer, Silva Lima, Alfredo Brito, Armando Tavares, Aurélio Viana, Antônio Borja, Aristides Maltez, Aristides Novis, Alfredo Magalhães, Afrânio do Amaral, Álvaro de Carvalho, Álvaro Bahia, Adriano Pondé, Artur Ramos, Clementino Fraga, Carneiro Ribeiro, Cesário de Andrade, Climério de Oliveira, Caio Moura, Cesar de Araujo, Colombo Spínola, Caldas Coni, Demétrio Tourinho, Eduardo Araujo, Estácio de Lima, Edgar Cerqueira Falcão, Eduardo Morais, Egas Moniz, Ernesto Carneiro Ribeiro, Fernando Luz, Fernando São Paulo, Flaviano Silva, Gonçalo

Moniz, Genésio Sales, Gonçalves Martins, Guilherme Pereira Rebello, Heitor Praguer Fróes, Inácio de Menezes, João Américo Garcez Fróes, João de Souza Pondé, José Adeodato de Souza, José Rodrigues Dória, João Gonçalves Martins, José Júlio de Calazans, José Adeodato Filho, Lídio de Mesquita, Leôncio Pinto, Martagão Gesteira, Manoel Vitorino, Magalhães Neto, Manoel da Silva Lima, Mário Peixoto, Manoel Muniz Ferreira, Noguchi, Otávio Torres, Oscar Freire, Pacífico Pereira, Pirajá da Silva, Pinto de Carvalho, Prado Valadares, Sebastião Barroso, Virgílio Damásio, Vidal da Cunha e muitos outros.

Existirá por certo bibliografia regional mais rica e numerosa e ao mesmo tempo mais seleta?

Ali estão, de igual modo, naquelas páginas preciosas, registros os mais valiosos, levados ao conhecimento dos pósteros por médicos e professores famosos, tais como o da fauna cadavérica da Bahia, os de achados teratológicos, os da descrição de novos helmintos (*Ancylostoma duodenale, Muchereria bancrofti, Schistosoma Mansoni* e sua furcocercária), bem como os primeiros casos de doença de Chagas e leishmaniose cutânea-mucosa na Bahia, e bem assim os de esporotricose, ahium, actinomicose, sódoku, e várias outras doenças, cranioplastias, estrongiloidose bronco-pulmonar, beri-beri etc. etc.

Ali também, naquelas páginas, encontrará o leitor o registro da primeira transfusão sangüínea realizada entre nós.

Não ficou no silêncio, igualmente, a dedicação da Faculdade de Medicina – através dos seus professores, funcionários e alunos –, às nobres causas do povo baiano, quer a da independência, quer à da Guerra do Paraguai, quer a da Guerra de Canudos, quer a das grandes epidemias! A faculdade, muitas vezes, foi transformada em hospital e suas salas de aula em enfermarias! Quanto a guerra do Paraguai diz a "Gazeta Médica": "A Faculdade da Bahia tem no Exército não menos de nove professores catedráticos, seis opositores e mais de 40 alunos", sendo conveniente lembrar que, segundo Pacífico Pereira, naquele tempo a congregação compunha-se de dezoito catedráticos e 15 opositores, havendo quatro vagas de catedráticos e seis de opositores.

No que diz respeito à Guerra de Canudos, relata Otávio Torres que "foram utilizados, pela primeira vez, no mundo, os raios-X como meio de localização dos projéteis de arma de fogo em ferimentos de guerra, pelo grande e notável professor de clínica propedêutica, Dr. Alfredo Brito"[14]. Este fato ocorreu no dia 4 de agosto de 1897, em um soldado do 5º Batalhão da Polícia Militar, ferido no dia 27 de julho.

Senhores,

É nosso dever reverenciar os grandes vultos da medicina e preservar com carinho as suas obras, sobretudo a maior delas, isto é, a "Gazeta Médica da Bahia", tabernáculo onde estão guardados para sempre, no mais cruel silêncio, nossos "anos dourados"!

Pacífico Pereira, momentos antes da sua morte, nos chamou a atenção para o cumprimento deste dever, dizendo: "As gerações sucedem-se como os indivíduos, e pela ordem natural das coisas, o acervo intelectual de uns fica sendo patrimônio comum e inalienável de outros; é a estas que, no seu próprio interesse e no da comunidade compete e importa conservá-lo, aumentá-lo, melhorá-lo e transmiti-lo aos seus sucessores; é este o processo que conduz à opulência literária e científica das nações. Com a nossa literatura médica é de se esperar que suceda o mesmo, e como ela; à imprensa profissional que a alimenta e propaga, como condição indeclinável de sua própria existência e da sua transmissão às gerações futuras."

Senhores, por que fracassamos?

Por que nós, baianos, justamente nós que possuíamos a primeira Faculdade de Medicina do Brasil, berço sagrado das maiores tradições da nossa pátria;

Por que nós, baianos, justamente nós que possuíamos a primeira Revista Médica da América Latina, revista considerada, dentro e fora do país, como uma das mais qualificadas do século, revista que nossos antepassados publicaram durante quase 80 anos, sem interrupção, revista que agasalha em suas páginas nossas mais belas e inesquecíveis glórias;

Por que nós, baianos, não somos capazes de restaurar dois tesouros tão preciosos?

Por que deixamos ruir a nossa faculdade, por que a deixamos em completo abandono?

Por que deixamos morrer a "Gazeta Médica da Bahia", e nem sequer dela nos lembramos?

Será que temos menos fibra, será que somos menos capazes do que os médicos de antigamente?

BIBLIOGRAFIA

[1] ALVES DOS SANTOS, Malachias. Memória Histórica da Faculdade de Medicina da Bahia referente ao ano de 1854 – Bahia, 1855.

[2] PEREIRA, Antonio Pacífico. Memória Histórica sobre a Medicina na Bahia. Imprensa Oficial do Estado. Bahia, 1923.

[3] FREIRE DE CARVALHO FILHO, José Eduardo. Notícia Histórica sobre a Faculdade de Medicina da Bahia. Tipografia Bahiana de Cincinato Melchiades. Bahia, 1909.

[4] FREIRE, Oscar. *Dois Anatomistas da Bahia*, esquecidos. Gazeta Médica da Bahia, vol. XLIX, nº 1, julho de 1916 – Bahia, 1917.

[5] ARANHA DANTAS, Manoel Ladislau. Memórias Históricas da Faculdade de Medicina da Bahia relativas ao ano de 1855 – Bahia, 1856.

[6] SÁ DE OLIVEIRA, Eduardo. Memória Histórica da Faculdade de Medicina concernente ao ano de 1942 – Centro Editorial e Didático da Universidade Federal da Bahia. Bahia, 1992.

[7] BLACKE, Nascimento. Dicionário Bibliográfico Brasileiro, 4º volume – Rio, 1898.

[8] TEIXEIRA, Rodolfo. Gazeta Médica da Bahia. Anais da Academia de Medicina da Bahia, vol. 2, Julho 1979 – Bahia, 1979.

[9] CONI, Antônio Caldas. *A Escola Tropicalista Bahiana*. Tipografia Beneditina Ltda. – Bahia, 1952.

[10] AMARAL, Braz do – Gazeta Médica da Bahia, vol. XLI, nº 8, Fevereiro de 1910. Bahia, 1910.

[11] NOVIS, Aristides. Discurso por ocasião do lançamento da primeira pedra do Pavilhão Silva Lima, do Hospital Santa Isabel. Gazeta Médica da Bahia, vol. 56, nºs 8 e 9 – fevereiro e março de 1926. Bahia, 1926.

[12] PEREIRA, Antônio Pacífico. Esboço Histórico da Fundação da Gazeta Médica da Bahia. Gazeta Médica da Bahia, vol. XLIX, nº 1 – Bahia, 1917.

[13] LIMA, Lamartine. A Escola Médico-Legal da Bahia – discurso pronunciado em agosto de 1994, na instalação de espaço didático e cultural da Universidade Federal da Bahia, convênio com o departamento médico-legal da Secretaria da Segurança Pública. Bahia, 1994.

[14] TORRES, Otávio. Esboço histórico dos acontecimentos mais importantes da vida da Faculdade de Medicina da Bahia (1808 a 1946) – Imprensa Vitória -Bahia, 1946.

Sergipanos, professores da Faculdade de Medicina do Terreiro de Jesus

Geraldo Leite

Sergipe conseguiu sua independência jurídica muitos anos antes da conquista de sua autonomia econômica, política e administrativa. O território da comarca de Sergipe era maior do que o atual estado, de vez que seu limite sul foi fixado em Itapuã, o que significa que o Ouvidor Geral de Sergipe, durante mais de 100 anos, teve jurisdição sobre boa parte da Bahia[1].

Somente em 1820, com o decreto de 8 de julho, D. João VI comunicou ao Conde da Palma, governador da Bahia, que El Rey "isentava Sergipe daquele governo, declarando-o independente".

Na condição de capitania independente, o território da comarca teve de ajustar-se aos novos limites. Daí dizer-se, sem razão, que a Bahia apoderou-se de parte da capitania de Sergipe Del Rey, fazendo-a recuar até as margens do rio Real.

Sergipe, ao contrário do que insinua tão persistente equívoco, reagiu à sua independência, negando a sua própria autonomia.

A 25 do mesmo mês e ano, D. João VI nomeou o brigadeiro Carlos Cesar Burlemarqui para governar a recém-criada capitania.

Embora português de nascimento, Burlemarqui se identificou com os interesses do Brasil, tendo governado o Piauí, de 1806 a 1810, onde realizou "um bom governo marcado por realizações progressistas, como pesquisas mineralógicas e levantamento de mapas, geográficos e demográficos, da região"[2].

Em Sergipe, Burlemarqui fez tudo o que foi possível para cumprir sua missão, o que não conseguiu de imediato, tal a oposição que encontrou.

"É lamentável ao caráter sergipano – diz Felisberto Freire – que o procedimento de Burlemarqui, em favor da capitania não encontrasse adesão dos próprios filhos de maior representação"[3]. e acrescenta: "ao contrário disto. Muitos deles fizeram causa comum com a Bahia" (Ibidem).

A resistência chegou a tal ponto que o capitão-mor de Estância, Guilherme Nabuco, escreveu o seguinte a Burlemarqui: "Ninguém quer a independência de Sergipe, senão os que estão no governo, ou nele querem entrar, os taverneiros e donos das casas das cidades, pois que sejam quais forem as vantagens que se sigam da independência, elas não pagam a metade das liberdades que se perdem"[3].

Sergipe e os sergipanos sempre tiveram pela Bahia o maior apreço. Ao longo do passado e do presente, os sergipanos têm contribuído para o progresso e desenvolvimento deste estado.

Um dos campos onde esta colaboração tem sido mais efetiva e constante é o cultural e, de modo mais específico, o da medicina.

Duas instituições são responsáveis pela formação intelectual dos sergipanos: A Faculdade de Direito do Recife e a Faculdade de Medicina da Bahia.

Na expressão de Dalila Rolemberg, a Faculdade de Direito do Recife é o cadinho onde se operou a quinta-essência dos grandes talentos de Sergipe. Por ela passaram Sílvio Romero, Gumercindo Bessa, Tobias Barreto, Fausto Cardoso, Coelho e Campos e muitos outros[4].

A influência da Bahia foi extraordinária. A sua Faculdade de Medicina, a vetusta Faculdade de Medicina do Terreiro de Jesus, modelou não só as maiores expressões da medicina sergipana, como também os maiores vultos da vida social, econômica e política de Sergipe. São exemplos: Aranha Dantas, Manuel Batista Itajay, Antônio Bragança, Daniel Campos, Felisberto Freire, Rodrigues Dória, Gonçalo Faro Rolemberg, José Lourenço de Magalhães, Joaquim Esteves da Silveira, Constantino Gomes, Joaquim de Oliveira, Garcia Rosa, Ítala Silva de Oliveira (1ª Médica de Sergipe, formada em 1927), Ranulfo Prata, Eronildes

Carvalho, Daniel Madureira, Berilo Leite, João Vieira Leite, Edilberto Campos, Raul Schimidt, Herminio Melro, Felte Bezerra, Josino Cotias, Thomaz Rodrigues da Cruz (avó do acadêmico do mesmo nome e atual diretor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia), etc.

Em Sergipe durante o século passado – afirma Paulo Mercadante – mais fácil se tornava o estudo superior na Bahia do que em Pernambuco. Diante disso, se procedermos ao exame das profissões da elite local, até o ano de 1872, ou seja, em meio-século de vida independente, verificamos que o número de doutores em Medicina supera expressivamente o de bacharéis em Direito"[3].

Dizem os antigos que o mar devolve à terra o que a ele arremessamos. Sergipe, em matéria de intelectualidade e cultura, devolveu a Pernambuco e à Bahia boa parte do que recebeu.

No Recife, na mesma Faculdade que lhe serviu de berço, pontificou Tobias Barreto. Basta este exemplo, não há necessidade de outros. "Metido nas suas botinas de elástico, fraque cinza e calça branca, gravata escura, de (retrós) e cabelos despenteados, Tobias Barreto enche a academia de novas idéias. Com o bigode cheio, caído sob os olhos e a fronte alta, os braços curtos, as mãos pequenas, a palavra fácil, a gesticulação abundante, mas eloqüente, é ele uma figura dotada de imensa atração pessoal. Suas aulas são assistidas, também, pelos demais professores da escola e até por pessoas estranhas ao estabelecimento"[5].

No que toca à Faculdade de Medicina da Bahia, Sergipe ofereceu copiosa contribuição. Nela permaneceram, depois de modelados, muitos dos seus filhos mais ilustres, os quais, como professores, honraram o seu quadro docente.

Nenhum outro estado contribuiu tanto para o desenvolvimento da medicina baiana.

Em época recente deu excepcional brilho a esta terra a figura notável e nunca esquecida de Luiz Fernando Macedo Costa, professor ilustre da nossa escola e da velha Faculdade de Medicina, reitor magnífico de nossa universidade, a mais antiga. Ademais, nos dias em que vivemos, são sergipanos os diretores de ambas as nossas faculdades de Medicina.

Busquemos todavia no passado e não no presente – mais precisamente, no século findo e no início do século findante – os sergipanos que, na condição de professores, honraram o ensino médico na Bahia.

O primeiro nome que nos acode à memória, de todos os conterrâneos no tempo o mais longínquo, é o do conselheiro Manuel Ladislau Aranha Dantas. Nasceu em São Cristovão, a 27 de junho de 1810 e faleceu nesta cidade do Salvador, a 4 de novembro de 1875. "Com os conhecimentos que poude adquirir na cidade natal, seguiu para a Bahia em princípios de 1827, matriculando-se nesse mesmo ano na Escola Médico-Cirúrgica, na qual se formou em cirurgia a 6 de dezembro de 1832"[6].

"A 26 de março do ano seguinte foi promovido, mediante concurso na cadeira de filosofia de São Cristovão, onde já havia ocupado inteiramente a de latim, antes de 1827" (Ibidem).

Retornou, todavia, para a Cidade do Salvador onde preencheu o cargo de lente substituto da seção de cirurgia da Escola de Medicina, recebendo o grau de doutor, em fins de 1835.

Em 1837, com a morte do dr. Lino Coutinho, foi posta em concurso a cadeira de patologia externa e a ela concorreram os substitutos da seção de cirurgia, cabendo a Aranha Dantas o provimento nessa cadeira.

Seu concorrente foi dr. Francisco Sabino Alves da Rocha Vieira, o qual, preterido pelo governo, contra ele se rebelou, pelo que tornou-se a mola mestra do movimento que eclodiu em 6 de novembro do mesmo ano, nesta capitania, até hoje conhecido como "Sabinada".

O dr. Sabino Alves foi, no dizer de Braz do Amaral, "a Alma da Revolução". Indaga o grande historiador. "Tinha, porém, este homem o caráter ilibado, a moralidade precisa, a idoneidade de virtudes de um Hampden, de um Washington ou de um Bolívar?[8]." Não, claro que não. "Sabino matou o Alferes Moreira, irmãos de Vicente Moreira, redator de um jornal seu inimigo, na praça do palácio. Matou um homem que o injuriava e tivera a premeditação de injuriá-lo. Matou, porém, com uma faca inter-óssea, que não é instrumento de carteira de cirurgião, de modo que não se pode

deixar de concluir que de todas as maneiras de se desagravar, ele havia escolhido a mais sinistra" (Ibidem). Acrescenta a mesma fonte que o dr. Sabino era o tesoureiro da Faculdade de Medicina, em 1833, e não deu boas contas do seu tempo de tesouraria. E mais: "morava na rua do Castanheda quando a sua esposa o encontrou em ato de sodomia com um criolo, do que resultou epílogo tristíssimo. Sabino perseguiu com uma "faca de ponta" a mulher, que fugiu pela escada e ela, caindo fraturou um braço. Foi recolhida por vizinhos e soldados que se achavam na rua, e, em conseqüência desta fratura exposta, morreu de tétano"[8].

Fracassada a revolução, foi dr. Sabino condenado a 51 anos e 2 meses de prisão com trabalho, multa correspondente à metade do tempo e indenização do dano, além de galés e prisão perpétua, com morte natural.

Eis o homem com o qual o Aranha Dantas disputou uma vaga na Faculdade.

Na Cátedra conquistada pela porta larga de um concurso, permaneceu o grande sergipano até ser jubilado, a pedido, depois de 40 anos de magistério, em novembro de 1873.

Em 1866, com 56 anos de idade, "não receando os perigos, nem os rudes trabalhos da guerra, partiu para o Paraguai, naufragando em viagem, na praia de Santa Rosa, na República Oriental do Uruguai [6].

"Designando primeiramente para servir nos hospitais militares de Montevidéu e Corrientes, foi nomeado, depois dos combates de Curuzu e Curupaiti, médico principal do hospital brasileiro daquela cidade, de onde, por dissabores ocasionados pelo comandante militar ali estacionado, regressou para o Brasil (Ibidem).

Durante o período que ocupou a cadeira de Patologia Externa, exerceu também o cargo de cirurgião ajudante da guarda municipal permanente e membro do Conselho do Governo de Sergipe; membro do Conselho de Instrução Pública da Bahia e presidente da Comissão de Higiene, isto em um tempo no qual a comunicação entre ambas as províncias era escassa e difícil.

Foi sócio honorário da Academia do Rio de Janeiro e sócio correspondente do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro.

Mereceu, em 1849, o oficialato da Ordem da Rosa, do qual foi promovido em 1860 pela brilhante preleção feita na presença de D. Pedro II, quando da visita de Sua Majestade à Bahia, em outubro de 1859.

Em 1858 recebeu o Hábito da Ordem de Cristo, em razão dos serviços prestados durante a epidemia de cólera, sendo promovido em 1874, em atenção aos relevantes serviços prestados no exercício do magistério.

Em 1858 mereceu o elevado título de Conselheiro de sua Majestade o Imperador.

De sua bibliografia constam vários trabalhos publicados. Além da tese sobre "As feridas envenenadas", com a qual concorreu à cátedra de Patologia Externa, deu à luz vários relatórios, artigos científicos e discursos de paraninfia, além de livros didáticos sobre sua especialidade e a Memória Histórica da Faculdade de Medicina – a segunda a ser escrita – referente ao ano de 1856.

Diz Sá de Oliveira que o conselheiro Aranha Dantas era "um filósofo de alto conceito e um verdadeiro patriota"[9].

Gonçalo Muniz acrescenta: "Aranha Dantas era muito acatado pela sua grande ilustração, pela severidade do caráter e exação no desempenho das suas funções." E mais: "Um dos poucos professores, da nossa Faculdade que escreveu obra didática"[10]. Acresce o registro de que faleceu justamente quando preparava a 2ª edição do seu compêndio.

Sobre ele também escreveram, além de outros, Alexandre Herculano e Remédios Monteiro.

O segundo sergipano a ilustrar a faculdade do Terreiro de Jesus foi outro Dantas: Manuel Prudente Dantas. Depois de Aranha Dantas, mais um filho de São Cristovão ocupa uma cadeira de lente em nossa Faculdade de Medicina.

Nasceu a 15 de abril de 1852 e faleceu, em Muritiba, na Bahia, no ano de 1893. Ainda adolescente, diz Armindo Guaraná, foi com seus pais para a Cidade do Salvador, onde fez curso de humanidades e o de medicina, no decorrer dos quais "deu as melhores

provas de aplicação e talento"[6]. "Laureado com o grau de doutor em 1873, foi nomeado, logo em seguida, cirurgião do corpo de saúde da armada, com destino à companhia de aprendizes marinheiros do Rio Grande do Norte, onde se conservou até 1878, quando foi, a seu pedido, dispensado do serviço militar" (Ibidem).

Seu grande desejo, sua aspiração mais antiga, era a do ingresso no magistério superior.

De regresso à Bahia, foi nomeado professor adjunto da cadeira de Fisiologia Teórica e Experimental, no ano de 1883. Passou depois para a cadeira de Anatomia Médico-Cirúrgica e Comparada (em 1891) e em seguida para a de Clínica Propedêutica, cátedra que ocupou até falecer, quando foi substituído por Alfredo Brito.

Em 1880, eleito para a Assembléia Constituinte, elaborou duas leis de grande importância: a da instrução pública e a da reforma da higiene.

Na seqüência cronológica vem Guilherme Rebelo, nascido em 5 de junho de 1858, em Aracaju.

Dizer que Guilherme Rebelo nasceu em Aracaju é pouco, muito pouco. Na verdade ele nasceu com a cidade de Aracaju. Tal assertiva tem sentido. Há de fato "uma estranha afinidade entre cidade e existência humana"[11]. Acrescenta Silvério Fontes: "Compreendendo a missão histórica e formadora das cidades, os gregos divinizavam os seus fundadores, pois concluíam não ser homem, mas um deus, o que recebia do céu, poder de proporcionar aos mortais tão grande benefício" (Ibidem).

Aracaju foi fundada em 1855 – três anos antes do nascimento de Guilherme Rebelo. Seu fundador foi Inácio Joaquim Alves, presidente da província. "Grande deve ser este nome nas recordações de Deus e dos homens. Provém fama duradoura a fundação de uma cidade", diz o livro do Eclesiástico (XV, 19)"[11].

Inácio Joaquim Barbosa, filho do Rio de Janeiro, foi designado presidente de Sergipe, por ato do Governo Imperial, em 7 de outubro de 1853. No dizer do Barão Homem de Melo, o novo presidente de Sergipe "não era um noviço em matéria de política e de administração", de vez que desempenhara antes, com suces-

so, o mandato de deputado, durante a 8ª legislatura, e do de secretário de administração da província do Ceará.

Com determinismo chegou em Sergipe Inácio Joaquim Barbosa. Após assenhorear-se dos problemas socioeconômicos e administrativos da província, decidiu mudar a sua capital de São Cristovão para a povoação de Santo Antônio de Aracaju.

Apoiado pelo Barão de Maroim, chefe do partido conservador, então dominante, com ele assinou carta convite dirigida aos deputados para se reunirem no engenho "Unha de Gato", onde – não obstante estarem fora da sede do Poder Legislativo, votaram a mudança da capital e a lei respectiva. Um deputado que participou dos acontecimentos, assim testemunha: "O presidente Inácio Joaquim Barbosa fez uma convocação da Assembléia para o Aracaju – praia deserta mas para onde pretendia mudar a capital da província, atendendo a que ali era o porto principal, onde tinha alfândega etc., e onde poderia de futuro se estabelecer uma cidade mercantil e não ficar somente oficial como em quase meio-século era o decadente município de São Cristovão"[12]. E prossegue o referido parlamentar: "Por tal causa cheguei no Aracaju no dia 2 de março achando o presidente em uma casinha dentro de uma roça de mandioca, tomando tal habitação como palácio presidencial. Não achei outro pouso senão ali; e os demais colegas estavam espalhados por algumas casas de palha. Ligeiramente foi levantada uma casa para as sessões da Assembléia, e assim foi mudada a capital" (Ibidem).

Ali mesmo, naquela improvisação chamada "cidade", iniciou Guilherme Rebelo o curso primário, completando-o na capital da Bahia, para onde se transportou no ano de 1864, acompanhado de seus pais.

Em 1873 concluiu os preparatórios para o ensino superior, "no Colégio Parthenon Bahiano, sob as vistas de seu pai, fundador e diretor desse acreditado instituto"([6]).

Naquele mesmo ano ingressou na Faculdade de Medicina da Bahia, dela saindo em 1878, após ter logrado excelente conceito em todas as aprovações. Posteriormente conquistou o grau de farmacêutico, na mesma faculdade.

Um ano após sua formatura em medicina, foi nomeado 2º cirurgião do corpo de saúde do exército, no qual serviu durante sete anos, com sede no Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e Bahia, sendo o seu desempenho elogiado em todas as guarnições por onde passou.

Em 1885, de regresso à Cidade do Salvador, submeteu-se a concurso na Faculdade de Medicina, sendo aprovado para professor adjunto de Anatomia e Fisiologia patológicas, cargo que mais tarde foi denominado "professor substituto" e logo em seguida "professor extraordinário". Em 1894, também por concurso, conquistou a cadeira de Patologia Geral, a qual ocupou de 1894 a 1901, quando foi transferido para a sua antiga cadeira de Anatomia e Fisiologia patológicas e como seu catedrático permaneceu até o ano de 1916.

Por concurso, de igual modo, obteve a cátedra de língua inglesa, no Liceu da Bahia. Armindo Guaraná, a respeito do concurso de Guilherme Rebelo no Liceu da Bahia, diz o seguinte: "Conquistou no antigo Liceu, hoje Ginásio da Bahia, em outubro de 1890, a cátedra de professor de língua inglesa, após um concurso, que lhe granjeou não só aprovação unânime da congregação, como – fato ocorrido pela primeira vez e ainda não repetido – uma declaração na ata do julgamento feita pela congregação: "lamentando que a lei não lhe permitisse externar-se em uma manifestação de louvor ao candidato pelas provas magistrais por ele exibidas" (ata da sessão de 6 de outubro de 1890) ([6]).

Por anos seguidos foi delegado fiscal do governo federal no "Ginásio São Salvador" e professor livre de filosofia, português e inglês nos melhores estabelecimentos de ensino.

Exerceu, com igual brilhantismo, várias atividades tais como membro do Conselho Sanitário do Ensino e do Conselho Médico-Legal.

Guilherme Rebelo foi também clínico de renome, durante vários anos, nesta capital.

Ingressou na política em 1908, sendo inicialmente eleito para o Conselho Municipal da Cidade do Salvador. Foi eleito, logo depois, deputado estadual e como deputado estadual permaneceu

durante dois biênios, "ocupando os postos de maior destaque e da mais elevada confiança política, dentre os quais o de membro da Comissão de Finanças e relator da mesma Comissão"[6].

Colaborou em diversos periódicos literários e científicos, tais como a "Revista dos Cursos", da Faculdade de Medicina e a "Gazeta Médica da Bahia" (da qual foi membro do corpo redacional).

Em 1919 foi eleito membro honorário da Academia Nacional de Medicina do Rio de Janeiro. Sua cultura ampla e variada ensejou o domínio de várias línguas estrangeiras, tais como francês, inglês, espanhol e italiano, além do latim.

Pertenceu a várias sociedades literárias e científicas, destacando-se – além das já referidas – a "Sociedade de Medicina e Cirurgia" do Rio de Janeiro, o "Instituto Geográfico e Histórico da Bahia", a "Sociedade de Medicina da Bahia" e a "Academia Bahiana de Letras".

De Eduardo Sá de Oliveira destacamos o seguinte: "Foi o dr. Guilherme Rebelo um professor insigne, tanto do curso superior, como do secundário. No primeiro, revelou-se um mestre de rara cultura, sobretudo no setor de Anatomia Patológica, tendo, com grande brilho, desempenhado as funções de diretor do Laboratório de Anatomia e Fisiologia Patológicas da faculdade, organizado pelo célebre professor Manuel Vitorino. No segundo, no ensino secundário, mostrou-se, por igual modo, provecto, particularmente no cultivo da língua inglesa"[9]. É de sua autoria a versão, em inglês, da Memória sobre o Estado da Bahia, do dr. Francisco Viana, em 1893.

O quarto da nossa lista é o professor Josino Cotias, nascido na cidade de Estância, no dia 11 de maio de 1850. De Estância provêm muitos homens ilustres. Diz Epiphanio Dória: "Do seu úbere regaço saíram para as letras e para as ciências, para as artes e para a indústria, muitas das notabilidades de que se orgulha o estado. À medicina deu, além de outros, Constantino, Fiel de Carvalho, Jesuino de Ávila, José Lourenço de Magalhães, João Sabino, os três irmãos Teles Menezes, Josino Cotias, Constâncio Soledade, Fabrício Vampré, Moreira de Magalhães, Ladislau Barreto, Paula Freire e os dois irmãos José Eduardo de Magalhães"[13].

Formou-se em farmácia no ano de 1871; em odontologia, no ano de 1873 e em medicina no ano de 1881. Todos os cursos foram realizados na Faculdade de Medicina da Bahia.

Iniciou sua carreira docente em 1893, quando conquistou, por concurso, o cargo de preparador de Física Médica. Candidato aprovado em sucessivos concursos, a saber: lente substituto da 2ª sessão, lente substituto da 5ª sessão e professor catedrático de Medicina Legal. Exerceu a última função durante oito anos, de 1906 a 1914. Posteriormente foi transferido para a cadeira de Higiene (1914 a 1925), voltando para a cadeira de Medicina Legal, a qual ocupou até ser posto em disponibilidade, no ano de 1925.

Lecionou francês, geografia e história em diversos colégios, inclusive no Ginásio da Bahia e na Escola Comercial. "Culto e modesto, trabalhador e tolerante, inteligente e bondoso, foi o dr. Cotias, que possuía um verdadeiro espírito de filósofo, por todos proclamado, quer na cátedra, quer fora dela, verdadeiramente encantador, dado a sua simplicidade e vastidão de conhecimentos"[9].

O quinto e último da série de grandes sergipanos, professores da Faculdade de Medicina do Terreiro de Jesus, no último século e no início do século presente, é o dr. José Rodrigues da Costa Dória, nascido em Propriá, no dia 25 de junho de 1859.

Fez preparatórios de 1875 no Atheneu de Aracaju, matriculando-se na Faculdade de Medicina da Bahia em 1877.

Recebeu o grau de médico em 16 de dezembro de 1881, na mesma faculdade. Exerceu a clínica em Laranjeiras, de 1883 a 1885, quando se transportou para a Cidade do Salvador a fim de concorrer à vaga de professor adjunto de Medicina Legal e Toxicologia, em cujo concurso conquistou o primeiro lugar.

Viveu o "Doutor Dória", como assim era chamado em Laranjeiras, a "Idade de Ouro" daquela cidade. Naquela época (1878-1904) Laranjeiras "confirmou o seu título de "Atenas de Sergipe", aplaudindo nos teatros Santo Antônio e São Pedro os maiores atores nacionais, publicando os jornais "Horizonte", "Laranjeirense", "Republicano", "Cotinguiba", "Novo Século", "Gripho", cujas colunas foram iluminadas pelos cérebros brilhantes de Felisbelo

Freire, Guedes Cabral, Fausto Cardoso, Barbusa, Manuel Curvelo, Josino Menezes, Moreira Guimarães, Balthazar Góes, Gervásio Barreto, e levantando templos à religião, à instrução, à caridade, ao civismo, como a Igreja de Santaninha, o templo presbiteriano, o Liceu Laranjeirense, colégios: Inglês, Americano e Santana, Coração de Jesus, Gabinete de Leitura, clubes dramáticos e republicanos, de onde saíram os primeiros dirigentes da República em Sergipe, sendo Laranjeiras glorificada até na Europa pelo pincel mágico de Horácio Hora"[14].

Nomeado por decreto imperial de 28 de novembro de 1885, permaneceu José Rodrigues Dória como professor adjunto de Medicina Legal e Toxicologia, até 1888, quando prestou concurso para a cadeira de Patologia Médica, vaga com a morte do conselheiro Demétrio Tourinho. Em 1981, foi nomeado substituto da 2ª seção (reforma Benjamim Constant). No mesmo ano tornou-se catedrático de Medicina Legal da Faculdade Livre de Direito da Bahia, o qual foi um dos fundadores.

Inaugurou assim a tradição da cadeira de Medicina Legal daquela Faculdade ser ocupada por professor da Faculdade de Medicina: É o que ocorreu mais recentemente, com os professores Estácio de Lima e Maria Tereza Pacheco.

Em 1892 foi nomeado lente catedrático de Botânica e Zoologia médicas da Faculdade de Medicina da Bahia, "cadeira essa que depois se transformou em História Natural Médica e, por fim, Parasitologia"[9]. Em 1895 foi eleito conselheiro municipal da Cidade do Salvador – cargo que exerceu de 1895 a 1891. Em 1897 foi eleito deputado federal por Sergipe e como deputado federal permaneceu por quatro legislaturas.

Nessa época Sergipe lutava pela construção do seu hospital. "A história da construção do hospital – diz Ariosvaldo Figueiredo – é antiga e complexa; envolve o estado e a sociedade civil, diz respeito à saúde e à medicina em Sergipe, sabidamente difíceis, precárias, dramáticas. O estado é rico, mas o povo é pobre. Pobre, de modo especial, de emprego, conforto e justiça. E de hospital. A população tem dificuldades para cuidar das suas doenças, apela para a flora, cada casa faz seu chá, cada cozinha inventa uma "mesinha", cada sergipano, bom

brasileiro, vira médico"[15]. E acrescenta: "José Rodrigues da Costa Dória, médico e político, conhecido e prestigiado na Bahia e em Sergipe, batalha em defesa do Hospital Santa Isabel (precário e único hospital, até então existente). Em novembro de 1906 apresenta projeto na Câmara dos Deputados, fazendo passar, gratuitamente, para a Associação Aracajuana de Beneficência, os terrenos do encapelado de Santo Antônio. O projeto é aprovado em 1907 e, na forma do Decreto nº 2.995, de 29-09-1915, o presidente da República é autorizado a ceder à referida associação as terras do encapelado, atual e futura garantia material e patrimonial do Hospital Santa Isabel. Nada paga a iniciativa, ninguém tem mais serviços prestados ao hospital do que Rodrigues Dória" (Ibidem). A Associação Aracajuana de Beneficência, em sessão extraordinária, faz de Rodrigues Dória sócio benemérito e, logo após, o elege presidente de vez que, até com recursos próprios, Rodrigues Dória contribuiu para a construção do novo hospital.

A respeito do antigo hospital, relata Augusto Leite, grande clínico e figura de excepcional realce: "Contava Aracaju, em 1909, cerca de 30.000 habitantes. A cidade estendia-se em longas e estreitas faixas, à margem do rio. Não tinha transporte. Não tinha calçamento. Visitávamos os doentes, a pé, vencendo morros de areia, quantas vezes, de fraque, bengala e chapéu duro. Por esse tempo, reinavam o curandeirismo e as benzedeiras. Tornaram-se famosos, em Sergipe, os curandeiros Canuto, em Aracaju; em Propriá, Ezequiel"[16]. E continua: "Era ainda pequeno, o corpo clínico da cidade. Os médicos exerciam a clínica absolutamente desaparelhados. Firmavam o diagnóstico das moléstias, fiados tão-somente nos dados colhidos no exame direto do doente. Os seus únicos instrumentos de exploração clínica eram o termômetro e o estetoscópio mono-auricular. Não havia laboratório. O próprio médico fazia o exame de urina, circunscrito, tão-somente, à verificação da densidade, da reação e às pesquisas qualitativas de albumina e açúcar. Não iam além. Contavam apenas com a sua acuidade clínica. Excediam-se, na dedicação; faziam visitas de amigos. Tiravam o maior partido da sua observação e experiência. Serviam-se das mãos, dos olhos,

dos ouvidos. Até do olfato e do gosto se valiam. Faziam milagres. Os milagres da clínica, dessa clínica hoje nem sempre reconhecida e louvada."

"Havia um só hospital, na cidade – o Santa Isabel. Hospital paupérrimo, também sem raios-X e sem laboratório. Não possuía autoclave. Possuía apenas, alguns instrumentos cirúrgicos, alguns vidros de ventosas e um termo-cautério de Pequelin.

"Os doentes eram distribuídos, segundo o sexo, pelas duas únicas enfermarias, indiferentemente, doentes de moléstias agudas ou crônicas; infecciosas ou não. Ocupavam camas ou esteiras. Não havia lugar especial para as crianças.

"Eram lamentabilíssimas, pois, as condições higiênicas do hospital. Basta que eu vos diga – acrescenta Augusto Leite – que Pimentel Franco, chefe do serviço de mulheres, quando visitava a sua enfermaria, fazia-se acompanhar ordinariamente, de um empregado com um fogareiro, a queimar incenso ou alcatrão" (Ibidem).

Esse o hospital que Rodrigo Dória, com o seu idealismo e desprendimento, procurou transmudar, transferindo-o para novas e dignas instalações. Sua filantropia, no entanto, não se resumiu ao Hospital Santa Isabel. Posteriormente quando mais uma vez deputado, mandou distribuir cinco contos e oitocentos mil réis, "proveniente de ajuda de custo e quatro meses de sessões na Assembléia Constituinte, com hospitais de Aracaju, Propriá, Estância, Laranjeiras, Maroim, Rosário, Riachão, Simão Dias e escolas, orfanatos e asilos"[15]. Ariosvaldo Figueiredo acrescenta: "Quando presidente de Sergipe (1908 a 1911), com receita anual de apenas mil contos, gastou duzentos e vinte contos com a construção da Escola Normal" (Ibidem).

"Deputado atuante, corajoso, mesmo com "estado de sítio", muita gente, até congressistas presos em conseqüência do atentado à vida do presidente Prudente de Morais, Rodrigues Dória visita seu colega da Faculdade de Medicina, Manoel Vitorino Pereira, vice-presidente da República, impedido de sair de casa, praticamente preso, um dos suspeitos nas investigações oficiais"[15].

Em 1915 representou o Estado da Bahia, a Faculdade de Direito, o Instituto Histórico e Geográfico e a Sociedade de Medicina Legal e Criminologia da Bahia, no 2º Congresso Científico Pan-americano, realizado em Washington. Em 1916, representou a Faculdade de Direito no 1º Congresso Médico Paulista. Em 1918 tornou-se sócio correspondente da Academia Nacional de Medicina do Rio de Janeiro.

Mais uma vez deputado pelo Estado de Sergipe, no triênio 1918-1920. Em 1934 foi eleito deputado por Sergipe à Assembléia Nacional Constituinte e em 1937 foi eleito deputado estadual, mais uma vez, em sua terra natal.

Afirma Garcia Moreno que o melhor trabalho de Rodrigues Dória é o que publicou sobre a maconha, em 1915. Diz textualmente: trabalho hoje clássico, que assinala o ponto inicial das pesquisas brasileiras a respeito do assunto"[17].

Acrescenta Ariosvaldo Figueiredo: "Rodrigues Dória estuda e conhece o outrora denominado "pito do pango" ou "fumo de Angola". Segundo suas declarações ao jornal carioca "A Noite", edição de 21 de agosto de 1935, foram os escravos que trouxeram o vício da maconha. Cita a Câmara Municipal do Rio de Janeiro, sessão de 4 de outubro de 1830, que proíbe a venda e o uso da maconha, multados o vendedor em vinte mil reais e os escravos e mais pessoas, em três dias de cadeia"[18].

"Rodrigues Dória reforma a instrução pública, institui o serviço de identificação datiloscópica, constrói e inaugura o novo edifício da Escola Normal, instala a Escola de Aprendizes Artífices e torna efetiva a exigência de concurso no preenchimento dos cargos de magistério e do tesouro, então muito concorridos" (Ibidem).

Caráter reto e exemplar, quando presidente de Sergipe acompanhou o concurso do professor Abdias Bezerra à cadeira de francês, no "Atheneu Sergipense" e resistiu às pressões da politicagem local, de modo que a Carvalho Neto, disse certa feita o seguinte: "Carvalho Neto, meu amigo, Abdias Bezerra concorreu com vinte e três candidatos, os dois que entraram com ele no concurso e os vinte e um que mandaram pedir a cadeira!"[19].

A propósito do presidente Dória, o jornal "Folha de Sergipe", edição de 23 de março de 1911, diz que o ilustre homem público e professor, tomando conhecimento do pedido de uma professora da cidade de Boquim que deseja no último período de gravidez, noventa dias de licença, examinou o pleito e exarou um despacho até hoje famoso, nos seguintes termos: "Concedo a licença sem vencimentos visto não constituir moléstia o estado da suplicante nem situação independente da sua vontade."

Apesar de ter morado muitos anos fora de Sergipe, de modo particular na Bahia, Rodrigues Dória costumava dizer: "Nasci e criei-me sergipano e sergipano desejo morrer."

Seu desejo foi cumprido. O destino é força poderosa que traça o nosso fim sem indagar a nossa vontade. Cada um de nós é propriedade divina, é parte da imensa luz que nos ilumina. O romancista inglês Charles Morgam – diz Walter Cardoso – "nos compara a homens à noite numa sala vivamente iluminada por pequenas lâmpadas, lâmpadas que são a alegria e os prazeres dos nossos sentidos e que nos impedem de ver a grande noite divina, carregada de estrelas, na qual mergulhamos". E Walter Cardoso completa seu raciocínio, dizendo: "Vivemos em plena luz divina. Deus nos cerca por todos os lados, mas muitas vezes os nossos olhos são incapazes de avistar a Sua luz" [20].

Efetivamente, a 14 de junho de 1938, na Cidade do Salvador, "ao descer de um bonde para ir à farmácia – onde comparecia diariamente, seu paletó ficou preso no banco do veículo e ele, Rodrigues Dória, foi arrastado e, em conseqüência, morreu em plena via pública"[21].

Extinguiu-se assim a vida exuberante e bela de José Rodrigues da Costa Dória, um dos mestres mais insignes da nossa Faculdade de Medicina. Ele próprio, um traço de união entre a Bahia e Sergipe.

A propósito do seu sepultamento, Sá de Oliveira disse o seguinte: "Quando da inumação do corpo do dr. Rodrigues Dória, foram prestadas homenagens especiais a esse eminente professor e notável político, não somente por todas as classes da Bahia, mas também pelo seu estado natal, Sergipe. Em verdade foram

todas essas homenagens muito justas, por se tratar de um varão que alcançou tão altas posições exclusivamente pela nobreza do seu caráter e pelo seu espírito peregrino"[9].

Senhores Professores, Senhores Alunos, ilustres convidados, Minhas Senhoras e Meus Senhores:

Muitos sergipanos contribuíram para a grandeza da Bahia. Eu todavia, me contento com este punhado. Contemplando-os, faço minhas as palavras de Noel, dizendo:

"Há uma rocha no meio do oceano e uma árvore em pleno deserto, impedindo que pássaros como estes pereçam em tão longos e impetuosos vôos!"

BIBLIOGRAFIA

[1] DINIZ, Diana Maria de Faro e outros. *Textos para a história de Sergipe.* Universidade Federal de Sergipe, Banese – Aracaju, 1991.

[2] NUNES, Maria Thetis. *História de Sergipe a partir de 1820.* Inst. Nacional do Livro. Brasília, 1978.

[3] FREIRE, Felisbelo. *História de Sergipe.* Pétropolis, ed. Vozes Ltda. Reeditado pelo Governo do Estado de Sergipe – Aracaju, 1977.

[4] ROLEMBERG, Dalila Costes. *Coelho e Campos na História de Sergipe.* Revista de Aracaju, ano VI, Nº 6: 133 a 136. Aracaju, 1957.

[5] SILVEIRA, Junot. *O romance de Tobias Barreto.* Centro Gráfico do Senado Federal. 2ª edição. Brasília, 1989.

[6] GUARANÁ, Manuel Armindo Cordeiro. *Dicionário Bio-bibliográfico Sergipano.* Edição do Estado de Sergipe. Oficinas da Empresa Gráfica Ltda., S. Paulo. Pongeti e CIA. Rio, 1925.

[7] FREIRE DE CARVALHO FILHO, José Eduardo. *Notícia Histórica sobre a Faculdade de Medicina da Bahia.* Tip. Bahiana de Cincinato Melchiades. Bahia, 1909.

[8] AMARAL, Braz do. *A Sabinada.* Revista do Instituto Geográfico e Histórico da Bahia, Nº especial. Bahia, 1909.

[9] SÁ DE OLIVEIRA, Eduardo. *Memória Histórica da Faculdade de Medicina da Bahia*: concernente ao ano de 1942 – Centro Editorial e Didático da Universidade da Bahia.

[10] MONIZ, Gonçalo. *A Medicina e Sua Evolução na Bahia*. Imprensa Oficial do Estado da Bahia. Salvador, 1923.

[11] FONTES, José Silvério Leite. *Aracaju e a cidade cristã*. Revista de Aracaju, ano VI, nº 6: 9-19. Aracaju, 1957.

[12] SANTIAGO, Enoch. *Mudança da Capital*. Revista de Aracaju, ano VI, nº 6: 23-26. Aracaju, 1957.

[13] DÓRIA, Epiphanio. *Dr. Eduardo de Magalhães*. Rev. da Academia Sergipana de Letras, ano V, nº 8: 66-77. Aracaju, 1936.

[14] OLIVEIRA, Philadelpho Jonthas de. *Registro de Fatos Históricos de Laranjeiras*. 2ª edição – Subsecretaria de Cultura da Secretaria de Educação e Cultura do Estado de Sergipe – Aracaju, 1981.

[15] FIGUEIREDO, Ariosvaldo. *História Política de Sergipe*. 2º volume. Sociedade Editorial de Sergipe – Aracaju, 1889.

[16] LEITE, Augusto. Discurso pronunciado no Instituto Histórico e Geográfico de Sergipe, no dia 18-01-1959, durante o jubileu de sua formatura.

[17] MORENO, Garcia. Doce Província. Livraria Regina. Aracaju, 1960.

[18] FIGUEIREDO, Ariosvaldo. *História Política de Sergipe*. 1º volume. Aracaju, 1986.

[19] NETO, Carvalho. *Reminiscências*. Revista da Academia Sergipana de Letras. nº 12, setembro, 1947. Aracaju, 1937.

[20] ROLEMBERG, F. Guimarães, CARDOSO, Walter e MORENO, Garcia. Discursos na Academia Sergipana de Letras – Aracaju, 1979.

[21] CAMPOS, Edilberto de Souza. *A Passagem do Século*. Crônicas (5 volumes). Aracaju, 1936/1939.

Discurso pronunciado na solenidade de comemoração dos 30 anos de formatura*

*Thomaz Cruz***

Pensei muito no que dizer aqui hoje. Evocar episódios que envolveram nossa turma, engraçados ou simplesmente marcantes? Fazêmo-lo toda vez que nos encontramos. Transmitir uma mensagem de regozijo, de bons angúrios, de amizade? Já fiz no álbum que todos temos à disposição. Que dizer então?

Vejam bem – a gente fala da gente, brinca, goza, elogia. É bom, relaxa, une mais, confraterniza. Mas quando se constitui professor, então é que vai ter noção do que é e como é o lado de lá, de cá agora. Professor dedicado, nunca fui paraninfo, nem sequer homenageado. Mas reconheço que é o professor interessado, assíduo, pontual, amigo, não o populista, mas o exigente, não o que facilita, mas o facilitador que transfunde seu conhecimento, destila sua experiência e incentiva com seu exemplo, quem deixa sua marca, mais influencia e contribui, e nunca é esquecido.

Vivemos momentos inolvidáveis com alguns de nossos mestres. Vocês poderiam contar os seus, aqueles nos quais se envolveram. Vou falar dos que vivenciei, testemunhei, eventualmente dos que ouvi dizer. Não vou traçar os perfis dos nossos mestres. Tola pretensão, em tão pouco tempo. Apenas lembrar instantes que se gravaram na minha memória, gestos ou traços de personalidades dos que nos ensinaram a aprender a Medicina que hoje sabemos e praticamos.

Iniciemos pelo portal do curso – Anatomia. Do mestre Rafael de Menezes, como ele exigia ser chamado, aquela impressão de professor à antiga – bedéis, lugares marcados, aplausos no fim

---

* Em 15.12.199s4, na sala da Congregação da FAMED, perante seus colegas, médicos de 1964.

** Médico, Diretor da FAMED, UFBA.

das aulas, ameaça de perder o ano logo no início do curso, distância mais do que regulamentar. O que era um tanto amenizado pelos seus assistentes – o Bororó, prof. Ademário Guimarães, a quem respeitávamos e Milton Vilela, otorrinolaringologista, depois meu companheiro de sofrimento esportivo, porque torcedor assíduo do Vitória, de quem gostávamos. Lá fomos nós em comissão à casa do mestre, na Avenida Sete, convidá-lo para um coquetel de confraternização. Surge ele acompanhado de sua assistente, a professora Madalena, e nos recebe bem. Era época do concurso de Histologia – o querido e popular Silvani versus o desconhecido e alienígena Miraglia. E Rafael nos surpreende com a maneira com que nos acolhe – "Filhos, estávamos nós, a Madalena e eu, revendo os testes e refazendo as experiências do Silvani e do Miraglia... Se esta tarefa nos permitir, por certo compareceremos..." Marcou época o sucesso de Iraci, com um 10 na primeira prova parcial, não me lembro mais o que caiu – diafragma? Peritônio parietal? Do concurso de Histologia, acho que ninguém esqueceu – os aplausos, as pétalas de rosa para Silvani, dono da simpatia das classes mais adiantadas. E nossa expectativa sem querermos nos envolver mas impressionados com o prestígio do concorrente local. Anos depois Carlos Widmer, 61', colega radiologista, me mostrou uma foto do famigerado concurso, onde eu apareço, num canto dela. De Histologia, lembro-me, acho que vocês também, da assiduidade e pontualidade ítalo-paulistas de Túlio. E sobretudo, das aulas de Embriologia, e das voltas que o fetinho ia dando sobre si mesmo, no seu desenvolvimento. Das práticas, o agradável contato inicial com Augusto Teixeira e vale ressaltar as noitadas de estudo de Anatomia e Histologia na casa de Hélio Freitas – Waldeck, Loureiro, Lourival, e eu – e a gostosa e revigorante merenda de meia-noite, gentileza da mãe de Hélio. Aí, vencido o desfiladeiro do 1º ano, caímos em Novis. A elegância, a simpatia, a classe, a palavra fácil, a organização, de perto seguidas por Macedo Costa, o grande didata. Uma intensa emoção no exame prático do fim do ano, devido à greve. Acertada a primeira pergunta, o estímulo de Jorge: "Pelo dedo se conhece o gigante." Não sei se ele dizia isto a todo mundo, mas confesso que me senti a um só tempo envaidecido e incentivado. Fisiologia para mim foi uma beleza. Havia Simões, depois Magnífico Reitor

da UCSal, hoje meu companheiro de Rotary, a quem chamava espontaneamente de mestre e quem nos contava "poucas e boas" da escola e de seus professores. Um episódio engraçado me foi descrito por Paulo Ney, nosso cirurgião cearense: relaciona-se à aula prática do mestre Simões sobre a função vestibular, o equilíbrio. Simões pinçava a retaguarda dos sapos de experiência, obtendo um pulo impressionante. Destruído o ouvido interno, o sapo só pulava para um lado, dependendo de qual era o lesado. Destruído os dois, o sapo da experiência se atordoou mais ainda assim saltava. O professor Simões se surpreendeu com o inesperado. Achou que a experiência tinha dado errado. Ao que Nilton Barros retrucou, na sua escorreita pronúncia: "Tam...tam...bém, com...com o que se...se...nhor faz com o sapo, que...que...ria que ele não reagi...gis...se?" Como em Histologia, preparei cadernos muito organizados, com anotações das aulas complementadas por resumos de capítulos de livros e artigos. Tenho-os até hoje e, eventualmente, ainda me servem. No fim do ano, discurso em homenagem ao professor. Escolhido, vibrei, procurei uma maneira adequada de começar, que pudesse ganhar de logo a simpatia do mestre. Vira na Escola Baiana, que freqüentei dias antes do resultado da Federal, uma frase do pai dele, o famoso Aristides Novis, e comecei o discurso: "Deixe-me tornar deste reflexo sem arco que é o pensamento"... Jorge se emocionou, ficamos amigos. Fui até seu médico, uma vez, quando, governador do Rotary, estava ele em Nova Yorque para uma convenção internacional. De Química conservamos a saudade da simpatia da Dra. Ophélia Gaudenzi, das fichas de Trípoli de onde saíam as fórmulas que ele nos solicitava depois de cor, como a da vitamina B_{12}, que foi sorteada em uma das provas escritas. Nunca esqueci a aula de Trípoli, sobre a síndrome de adaptação geral nem a de Elsimar Coutinho sobre contração musculas. De Física Médica, ficou a lembrança das apostilas antigas, ultrapassadas e passadas de um ano para outro, uma matéria que parecia ainda ser escrita com Phy, apesar dos esforços de seus professores. O professor Carlos Geraldo de Oliveira, ultraconservador na opinião de todos, era o diretor da faculdade quando de nossa formatura, o que não impediu de, muitos de nós politicamente à esquerda, recebermos dele, com orgulho e respeito, nossos diplomas. De Micro-

biologia, a carretilha que era a palavra de Arudy Pena Costa, metralhando-nos micróbios e fazendo culturas e exames das secreções purulentas da turma, um prestimoso obséquio que beneficiou a fertilidade de muitos. Farmacologia – impressionou-me a lucidez de Pires da Veiga em convidar especialistas – Menandro Faria, Aluízio Prata, Heonir Rocha, Gerson Pinto para dar as aulas sobre assuntos de amplo domínio de cada um deles. A simplicidade burlesca do mestre Pinto ao declarar que duas pessoas conheciam mais a matéria – o professor e outro cujo nome a modéstia o impedia de declinar. O método rápido e surpreendente de Benedito para sacrificar ratos, finda a experiência, jogando-os com força ao chão. E uma prova feita com nome de atores de cinema, acumulada com um dez, resultado cujo anúncio foi precedido pelo receio de perder uma aposta e o medo de perder o bom conceito de que eu gozava. E aí entra Zapata, um dos peruanos, que infelizmente não se formou conosco. Mestre Pires toma-lhe o caderno que consultava durante a prova e exige que lhe entregue a sua, ao que ele retruca – "Mira, señor professor, me llamo Carlos Alberto Ceballos Zapata; este cuaderno no es mio, pertenece a Thomaz Rodrigues Porto da Cruz, cuya escrita no entiendo". E Pires deixou-o prosseguir. Adiante no curso alguém perguntou a Zapata que nota ele precisava. "Dez", retorquiu. "Para passar por média?". "No, para ir al bago"... De Parasitologia, o saber e a sabedoria de mestre Leal Costa e a lhaneza de Serravale foi o que mais me impressionou. Na Patologia Geral, presenciar Taciano bater nas costas do prof. Hélio Ramos que entrava na faculdade segurando uma pasta – "Que é que você tem de amostras para o doutor aqui, meu chapa?". E depois o esforço de Taciano para faturar um dez, conseguido, após infundado receio de uma possível vingança. Dra. Lúcia atenuava a sisudez e diminuía a distância. Na prova final, Fisiopatologia do Diabetes – um reforço para escolha futura da minha especialidade, por ter-me saído muito bem. Na Propedêutica Médica, as apostilas do nosso Taciano, copiadas literalmente das aulas de Augusto Mascarenhas, com todos os dados antropométricos que diminuíam nos campos de concentração nazistas, dos quais duvidávamos mas que nunca contra verificamos. Ainda quanto à Propedêutica, o valor que se dava a ser aluno do curso prático

de Jessé Accioli, a ponto de se ficar em fila desde cedo na manhã da matrícula. Valia a pena. Mas não tenho do que me queixar – tive boas aulas de anamnese com Cícero Adolpho, sempre seguidas de uma agradável conversa, e de exame físico com Rebouças, que conversava pouco mas ensinava muito. E aí, Coelho, o temor maior. Aula sábado de tarde, sala apertada, assunto: sífilis. Uma pergunta surge – disputa-se a autoria dela: Loureiro, Serra, eu?: "Professor, por que esta preferência do Treponema pallidum pela válvula aórtica?". Silêncio, expectativa, mais silêncio. Até que ele respondeu, para surpresa de todos nós: "Pergunte ao Treponema". Na prova escrita, Luís, repetente eterno, sentado atrás de mim, pedindo para ver minha prova e que eu soprasse as respostas. Tenho certeza de que Coelho ouviu, viu e permitiu. Vem uma greve, e era contra ele, como habitualmente, mas não organizada por nós – sai Coelho, entra Zilton Andrade, esta grande figura, unanimemente escolhido nosso homenageado especial – clareza, objetividade, oportunidade de aprender entendendo por quê. Lembro-me que caiu na prova oral hipertensão portal – aprendi mais com o que ele me ensinou durante a prova do que com o que estudara. Em Técnica Operatória, Rodrigo Argollo, que tanto respeitei, me assustou ao me anunciar que eu ia perder a matéria por faltas por que fora a Curitiba, representando o Diretório Acadêmico, a um Encontro Nacional Científico de Estudantes de Medicina, perdera duas aulas apenas; perguntei-lhe se um assistente seu me ministrasse as aulas ele dispensaria as ausências. Que sim, mas não cria que um deles aceitasse. Fui a Renato Tourinho Dantas, que me ensinou um dos assuntos e mandou estudar o outro – uma gratidão que cultivo até hoje. Propedêutica Cirúrgica – Jones Seabra: sério, circunspecto, aula sobre hiperparatireoidismo, assunto de prova, mais um estímulo para a minha escolha de especialidade.

Clínica Médica enfim: Adriano Pondé, mestre de quem me tornei amigo e de quem fui residente com carta branca; Cesar de Araújo, o grande professor para quem radiografia não tinha lado – podia lê-la e interpretá-la até de cabeça para baixo; Roberto Santos, inteiramente acessível a nós todos, e sua paixão pelo metabolismo hidro-salino. Eu acompanhava seus passos na liderança da reformulação do ensino, para participar, ainda aluno, assistin-

do às sessões da residência. E, de repente, Heonir Rocha, nosso grande paraninfo, quem logo se interessou pela turma e nos ofereceu a oportunidade de inaugurar o internato oficial, cujo programa e cujas reuniões ele organizou e supervisionou. O curso de Terapêutica Clínica fôra inesquecível. A admiração de nós todos foi conquistada e não imposta (apesar da hermética distância) e permanece até hoje, crescida e crescente.

E Jorge Valente, que queria que eu fosse andrologista, tentou convencer Ernane também. Ganhou, em troca, dois grandes admiradores, perdeu os especialistas que desejava, no seu projeto pioneiro e precursor. De Alício Peltier de Queiroz, uma lembrança indelével – Milton Barros residente, despedida, uma armadilha – ele e todos os assistentes criticaram-no, até Soni, também residente. E Milton, boquiaberto, tentando defender-se, já que com razão, até que Alício pontificou o grande ensinamento: "Quanto a razão lhe pertencer, discuta, brigue, bata com o pé e, se não reconhecerem que está certo, saia e bata a porta, com força!" Aprendi a me defender com unhas e dentes, quando correto. De Carvalho Luz, a exigência, a pontualidade requerida, a ponto de fechar a porta à chave, na reunião de sábado, à hora programada. Quase não acreditei nos elogios quando discuti um caso de seqüelas de queimadura e quando ele me mandou operar um cisto de mama e um apêndice inflamado – das minhas grandes emoções do curso, tê-lo ao meu lado me observando e me orientando. De Fernando Didier não fui aluno de graduação mas de vida, de convivência, de comissões e colegiados. Com ele aprendi o pouco de ser bom que sei, ele é um dos últimos gentis-homens que conheço. Em Obstetrícia, os plantões, os bate-papos e os ensinamentos de Djalma Ramos, os cursos de Barata e os partos quase reais dos manequins de Eládio Lassere. Ortopedia – Benjamim Sales e sua equipe – Filgueiras, Domeneck, Wolfovich, Colavolpe: o curso de verão e os engessamentos de membros fraturados no HGV. A impressão profunda deixada pelo mestre Hosannah, mormente quando descia ao ambulatório ou ministrava as aulas teóricas de Pediatria. Interno seis meses em Neurologia, ajudava figadais adversários, nas neurocirurgias – Carlos Bastos e Dival Porto – um triun-

fo diplomático; acompanhava Gilberto Rebelo e era monitor de Plínio Garcez na Escola Bahiana.

Momentos importantes e contrastantes: na Psiquiatria, uma certa intimidade com Nelson Pires, cujos jantares no Sanatório São Paulo freqüentava com Euvaldo, Waldeck Uracy, Sebastião. A grande recordação foi no entanto no terceiro ano. De novo Zapata, que ia perder o ano. Tempestade cerebral do grupo mais próximo para salvar o colega. Decisão: Zapata iria ficar doido. Mas como consegui-lo? Convencer a Nelson, que aceitou treiná-lo para um episódio agudo de agitação psicomotora. Concordou em interná-lo no seu hospital, onde seria prescrito sem ser medicado, com tempo – que teve – para estudar e ser bem-sucedido – o que foi. Nelson, comunista, um dia me surpreendeu em um comício da Petrobras – convidavam o representante dos estudantes. Disse-me: "É você, vá lá e mande brasa". Bem que me esforcei, mas não estava preparado para o improviso nem convicto do que devia dizer – fiz o que pude, esforcei-me, acho que não convenci de todo. Suei frio. Ao terminar, Nelson me disse que eu precisava melhorar minha aparência e atuação subversivas. Era este o homem que, ateu, um dia admitiu que, "na iminência de um desastre de avião com certeza deixaria escapar uma Ave-Maria"...

De Psiquiatria, vale recordar também as aulas de Propedêutica. Luís Simões: "Dona Albertina não é uma doente mental – ela sabe o que diz e o que faz – é uma neurótica e não uma psicopata." Aprendemos mas, a diferença ficou cada vez mais difícil de estabelecer atualmente.

Contrastando com Nelson Pires, Aluízio Prata, mas pelo seu conservadorismo e pelo seu rigor como professor e chefe de serviço. Ressaltava também sua capacidade de trabalho. Discutíamos muito, uma vez que politicamente opostos. Após 31 de março, eu interno na Tropical, finda a visita, ele quer falar-me. Temo mas não tremo. Vou vê-lo. Para resumir: disse Prata – "Divergimos, mas eu respeito seus pontos de vista. Aqui estão meus telefones. Se lhe prenderem, entre em contato comigo. Uma vez que pertenço ao Estado-Maior da Marinha, posso libertá-lo de onde lhe puserem." Não precisei, mas nunca esqueci. Anos depois, em 1971, Prata me convidou para Brasília, prometendo-me

carreira meteórica. Agradeci – meu desafio era aqui, mas também não olvidei jamais. Dignidade para mim também é isto – a dele.

Em Dermatologia, onde fui depois residente, aprendi muito, lá comecei a me interessar por hipercalcemia, assunto de minha tese de doutoramento, observando pacientes com micoses profundas recebendo doses elevadas de vitamina D. Grande mestre, Newton Guimarães. Seu ambulatório com Bahia e Yves, celeiro de aprendizado prático e duradouro. Na enfermaria, a figura maternal de Maria José Florence, com as botas que fazia destinadas a favorecer o fechamento de úlceras varicosas.

Passamos rapidamente pela fidalguia de Carlos Moraes e pela fineza de Marback. Mestre Silveira nos presenteou Ulpiano, que foi nosso anjo da guarda, como Ruy o fôra na Tropical.

E, finalmente mas não por último, os grandes patriarcas, duas figuras notáveis – Magalhães Neto, um cigarro aceso no outro, o professor que nunca faltava; a dúvida que corrigisse as provas até o dia em que, recebendo menos de 10 quando achava que merecia nota máxima, fui reclamar. "Ah, foi você quem escreveu sobre a transmissão das doenças pelos 4f-food, fomites, feces (e não me lembro o outro f em inglês) – água não é alimento..." Merece registro uma figura especial, mui ligada a boa parte da turma. Gestão de Altamirando, nosso eterno representante, como presidente do Diretório. Fundamos o Departamento de Estudos Médico-Sociais, eu responsável por ele. Resolvemos organizar um curso especial, o I Curso de Patologia Regional. Guilherme Rodrigues da Silva nos apoiou em tudo – da organização à execução, participando inclusive. Vieram Samuel Pessoa, Coutinho, Pupo Figueiredo. Participaram daqui Prata, Zilton, Heonir. O curso foi um sucesso, anfiteatro repleto, muitas perguntas, proveito científico e político. A ida de Guilherme para São Paulo se constituiu depois em grande perda para a nossa escola, uma vez que ele era realmente um grande professor. O outro patriarca, mestre Estácio Valente de Lima – as aulas de candomblé, in loco; a visita à penitenciária e a conversa com os remanescentes do grupo de Lampião e a aula prática sobre maconha, que todos nós fumamos um dia, pelo menos naquela ocasião. E as aulas sobre sexo,

com certeza estas ninguém perdia. Mestre Estácio dos discursos de paraninfo, sobretudo o mais famoso, o de 1934, intitulado Cavaleiros da Perfeição. Inesquecíveis suas provas, quando resumia as respostas às perguntas que fazia, tão bondoso o professor dos professores daquela época.

Lembrados para sempre estes momentos, inesquecíveis exemplos de vida, traços de personalidades, que preferi como assuntos de minha fala, mesmo com o risco de distorcê-los um pouco vistos pela minha óptica, mas uma homenagem aos mestres que nos ensinaram, alguns dos quais continuam sendo nossos paradigmas. Não os esquecemos 30 anos depois. E ainda lhes somos gratos e continuamos admirando-os. A eles e a esta escola venerada, berço e templo da Medicina pátria, por seis anos nosso segundo lar, ao qual respeitosa e contritamente hoje retornamos.

Nada mais.

Edgard Santos, o homem de visão e de ação*

*Thomaz Cruz***

"Importa vivir la vida de tal suerte que quede vida en la muerte"
Mote de um escudo castelhano

(Colhido em uma conferência do colega e amigo do homenageado, Dr. José Carreiro Oubinha)

Indivíduos há que durante suas existências têm ou alimentam expectativas maiores que as de seus contemporâneos. Podem ser chamados de sonhadores, futuristas, clarividentes ou visionários. Seus devaneios, suas perspectivas, suas antecipações, suas fantasias podem dar certo, se tornar realidade, consolidar-se ou se desmanchar no ar, desvanecer, dissipar.

O professor doutor Edgard Rego dos Santos foi uma dessas pessoas, mas das que conseguiram por em prática todos os seus sonhos, materializar seus anseios, preencher suas expectativas. Foi, por excelência, um homem de visão e de ação. Não apenas para a época em que viveu, já que o seria também hoje em dia, seguramente.

Não me sai da, nem me descolore na memória a primeira e vívida impressão: aprovado eu no vestibular, ótima colocação, mas como o resultado demorara, chegara atrasado para o início das aulas e, conseqüentemente, perdera a vaga no Restaurante Universitário. Fui a ele, o todo-poderoso reitor – suprema ousadia de calouro. Ouviu-me com atenção, até com simplicidade e sim-

---

* Discurso pronunciado na solenidade de comemoração do seu centenário de nascimento, promovida pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia para encerrar estes festejos

** Médico, Diretor da Famed, UFBA.

patia, me pareceu. Respondeu-me: "Em virtude das suas notas no vestibular, para compensar a ausência ao restaurante, ofereço-lhe uma bolsa de estudos." O valor da bolsa a tornava uma oferta irrecusável. Hoje, nem se fala, sê-lo-ia mais ainda. Acrescentou: "Não decida agora, pense e me responda amanhã." Voltei e insisti, rejeitando a bolsa, uma vez que o que realmente visava era o ansiado convívio acadêmico. Edgard se surpreendeu e então me surpreendeu ainda mais: "Se é assim, vamos ver". Chamou o Dr. Rubem Brasil Soares, responsável pelo RU; confirmada a ausência de vaga, disse-lhe: "Mande matriculá-lo no RU, por minha conta e risco. Se ele achou mais importante freqüentá-lo do que aceitar a bolsa que lhe ofereci, não deve ficar de fora." Este reconhecimento foi um dos maiores estímulos que recebi em toda minha existência e tem permanecido um desafio vitalício. Nunca mais eu me permiti ficar de fora e nunca sequer imaginei deixar esta querida UFBA antes da aposentadoria setentenária.

Assim foi o professor doutor Edgard Rego dos Santos para mim, desde que o conheci pessoalmente, em março de 1959. Diziam-no despótico, achei-o justo e bom. Sabia-o pragmático, revelou-se-me sensível. Tinha tudo para ser senhorial, distante, mas foi acessível, estimulante. De uma maneira marcante o seguro, tranqüilo, entusiasta comandante.

Esta sensação inicial gravou-se indelevelmente em minha mente. Depois, várias vezes assistindo mais que participando de protestos e passeatas estudantis contra o reitor Edgard Santos, não conseguia me envolver como se esperava de um estudante da época, rebelde, independente, ativista, como aliás eu fui.

Foi este homem que dirigiu por um quarto de século, de 1936 a 1961, a Faculdade de Medicina da Bahia. Homem de visão, logo entendeu que a escola necessitava de renovação e mudança. No dizer conhecedor do Prof. Cícero Adolpho da Silva, "foi precisamente isto que procurou fazer. Paladino da política mudancista..., estrategicamente iniciou a renovação de sua escola pelas instalações, o que culminou com a inauguração do Hospital das Clínicas", muitos anos depois ainda nosocômio modelo, exemplo adequado de sua capacidade empreendedora. "Homem de ação, de sentido prático irreprimível", continua Cícero

Adolpho, "foi com este sentido prático e com aquele poder de decisão que se entregou, com verdadeiro regime de tempo integral, à direção de sua escola". Por isto que, no seu jubileu de prata à frente dela, creio eu que já vinham a meio os anos dourados do colégio médico primaz do Brasil, sob, sua égide, seu exemplo e seu incentivo, cujo prelúdio se iniciara nos primórdios dos anos 40 e chegara aos primeiros anos da década de 50, áurea fase que atingiu o clímax do fim dos anos 50 ao meio da década de 60, já com seu filho Roberto e vários outros à frente, mas ainda sob a influência de sua índole renovadora e inovadora.

Como homem de visão, teve idéias precursoras. Bem o disse o mesmo Roberto (o Professor Doutor Roberto Figueira Santos, seu biógrafo) à página 8 do livro Vidas Paralelas: "Meu pai se antecipou, nos primeiros anos da década de 30 (quando projetou a construção e instalação de um moderno Hospital de Pronto Socorro, a ser entregue à faculdade"), aos conceitos de interação didático-assistencial, que vieram a ter voga três a quatro décadas mais tarde". E que, acrescento eu, se constituíram no alicerce do que apelidamos hoje uma nova iniciativa no ensino das profissões da saúde, a se implantar no ano em começo, o Projeto UNI. Edgard Santos foi, não há como negar, um pioneiro e um profeta.

A inserção dos dois hospitais já citados, o do Pronto Socorro, depois Getúlio Vargas (apesar de, após tê-lo criado e colocado em condições de funcionamento não ter voltadio Edgard a exercer qualquer influência sobre ele) e o das Clínicas (cujo funcionamento iniciou em 1949, último ano do curso médico de seu filho Roberto e de outro dos oradores desta homenagem, o Professor Doutor Geraldo de Sá Milton da Silveira, de cuja turma Edgard foi paraninfo) resultou "na profunda transformação por ele, Edgard, impressa às atividades hospitalares em nosso meio", uma vez que projetos, equipamentos, e organizações dos mesmos fá-los-iam funcionar, sob sua liderança, em moldes radicalmente inovadores.

A abertura do Hospital das Clínicas se constituiu em marco, linha divisória na história do ensino médico na Bahia e no Nordeste, momento culminante da revolução didática e assistencial e – por que não dizer – investigacional em Medicina, empreendi-

da por Edgard Santos. Justiça mais que merecida pois, além de fruto de profundo afeto e de sincera gratidão foi a designação do nome do fundador ao hospital que ele criou para sua faculdade, conseguida pela aprovação no Congresso, do projeto-lei do médico baiano e representante de Sergipe, filho adotivo no sentimento, o hoje senador Lourival Baptista.

Ainda no âmbito hospitalar não posso deixar de me referir a seu envolvimento, durante quase 30 anos, boa parte ao mesmo tempo em que dirigia a Faculdade de Medicina e presidia a universidade da Bahia, como diretor do Hospital Espanhol. Lhano no trato, firme na liderança, cordial no relacionamento, eficiente na função, basta que se ressalte três detalhes que caracterizam sua dedicação ao nosocômio e à colônia hispânicos. Conta o Sr. Manuel Suarez Meijon, meu caro companheiro de Rotary, seu colaborador por longo tempo, que Edgard levava, após o jantar, quando ia visitar os clientes internados, seus filhos consigo para passear no sanatório. Seu apego ao cargo que ocupava era tão intenso e o valor que lhe dava era tão grande que, em 1954, ministro da Educação de Getúlio Vargas por cerca de 80 dias, não solicitou demissão. Seu desempenho lá lhe valeu, em 1954, a Medalha do Mérito Civil de Sanidade, em 1955, a condecoração máxima da hispanidade, a Medalha Alfonso El Sábio, outorgadas pelo governo espanhol.

As lides da campanha para reformar e modernizar sua querida faculdade, mormente via a reestruturação, refuncionalização e revolução nos padrões de atuação hospitalar, tinham-no preparado e aberto seu caminho para a realização do sonho maior e do anseio secular, acalentado desde os primórdios da época colonial aqui mesmo onde funcionou o Colégio dos Jesuítas, ainda no século XVI, a criação da universidade. A qualidade do ensino aqui ministrado fundamentava a reivindicação, mas a Coroa jamais a atendeu.

Conta Alberto Silva, médico e historiador, patrono da cadeira número um da Academia de Medicina da Bahia, com muito orgulho por mim ocupada: "Em 1935, Pedro Calmon, deputado federal, apresentou à Câmara um projeto de lei mandando criar a Universidade da Bahia. Não foi atendido. O seu projeto não passou da comissão, caindo no esquecimento. Em 1945, Ernesto Souza

Campos (médico e engenheiro, então ministro da Educação e da Saúde, amigo de Edgard Santos) adotou no seu programa a idéia da fundação de duas universidades, Bahia e Recife." É o que se lê no capítulo final da publicação nº 1 da UFBA, intitulada Raízes Históricas da Universidade da Bahia.

O decreto de 08 de abril de 1946 criava uma universidade para o estado-mãe, berço da civilização pátria, após quatro longos séculos de esforço, de pertinácia, de sacrifícios. A 02 de julho do mesmo ano ocorre a solene instalação.

O papel desempenhado por Edgard Santos não só na criação mas no ulterior desenvolvimento da hoje UFBA pode ser considerado como ciclópico. Vencendo obstáculos, superando barreiras, amenizando resistências, para que o total da soma das unidades constituintes fosse superior ao conjunto das escolas que a comporiam. Árduo trabalho para que o todo resultasse maior que a adição das partes. Aí onde ressaltou sua capacidade administrativa, sua incontestável liderança, seu inarrefecível entusiasmo. Aglutinadas as faculdades existentes e instalados novos cursos e unidades, começa a instituição a crescer e progredir.

Valoriza-se a Enfermagem, buscam-se professores em São Paulo, enviam-se futuros docentes para cursos no exterior (Estados Unidos), a organização da escola ganha níveis de primor. Cria-se a Escola de Nutrição, por iniciativa do professor de Clínica Médica, Dr. Adriano Pondé, com todo o apoio do reitor, já que reconhecida a indispensabilidade do nutricionistra na moderna equipe de saúde. Do exíguo espaço que ocupava no andar térreo da Faculdade de Medicina, no Terreiro, a Faculdade de Odontologia se transfere para o esplêndido edifício do Vale do Canela. Também a Faculdade de Farmácia, como a de Odontologia antes curso anexo à de Medicina, vê ampliadas suas diminutas instalações pela transferência para um casarão situado no Canela, adaptado para abrigar laboratórios. E, na escola-mãe cria-se um novo mecanismo de aperfeiçoamento, inaugurando a era de pós-graduação, o treinamento em serviço, tempo integral e dedicação exclusiva – a Residência Médica, iniciada em 1958. Este novo programa, pioneiro no Norte-Nordeste do Brasil, dos primeiros

do país, facultou o desenvolvimento de novos mestres para a academia e especialistas para a comunidade. Os novos centuriões se aliaram aos antigos líderes e surgiu um novo Camelot. A excelência da qualidade atingiu a quintescência, jamais superada. Convicto da valia da residência médica como forma de especialização, após tê-la cumprido aqui e continuado no exterior, assumi por sete anos sua supervisão, quando me dediquei por inteiro à sua filosofia, de maneira democrática e progressista.

Não cabe neste momento avaliar o exercício ímpar de Edgard Santos na criação e na melhoria de outros cursos e escolas. É tarefa para fôlego muito maior que o de hoje. Vale no entanto salientar que em cada unidade de ensino e pesquisa básicos, em cada unidade de ensino profissionalizante e pesquisa aplicada, em cada órgão suplementar (biblioteca, museu, centro ou núcleo) que vieram a constituir a universidade da Bahia, Edgard Santos exerceu influência, momentânea ou futura, benfazeja. Não apenas no âmbito das ciências, já parcialmente comentado, como no campo das artes, onde o estilo de sua atuação foi nitidamente inovador. Digam-no de uma parte a Geologia, a Administração, a Biblioteconomia, as Ciências Econômicas e Contábeis, a Engenharia, o Direito, a Medicina Veterinária e a Agronomia. Reafirmem-no de outra os Seminários Livres, depois a Escola de Música, a Escola de Teatro, a de Dança, a de Belas Artes, as de Arquitetura, a de Comunicação, a Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras e a de Educação.

Peço emprestada novamente a autoridade de Cícero Adolpho da Silva no assunto em pauta, o homenageado centenário, para falar "do traço mais fascinante de sua personalidade multifária, a do homem de cultura no puro sentido do termo, do humanista". A restauração do Convento dos Terézios, transformado no Museu de Arte Sacra, que tanto o atraiu e encantou e em cuja capela seus restos mortais por mérito absoluto hoje repousam, e a celebração na Bahia dos Colóquios Luso-Brasileiros exemplificam bem sua devoção à arte e, na correta afirmação de seu filho Roberto, "sua convicção do sentido universal da cultura". Orgulha-me sobremodo lembrar, estudante do segundo ano, freqüentando não sei como algumas sessões públicas de um conclave destes, o que à época, como hoje, tanto me envaidecia, já que "eles alça-

ram a UFBA às alturas de um conceito jamais desfrutado por qualquer outra instituição congênere, na época".

Vou agora retornar ao início de minha fala, quando do depoimento a respeito do primeiro e único encontro exclusivo com o Magnífico Reitor. Para me referir a um aspecto do seu desempenho da maior importância e do seu maior agrado – a assistência do estudante. Em que pesem os dissabores que lhe causou, era o campo que mais o motivava, e o que realizou nele não dispunha de precedentes nem similares – tudo era novo: proporcionar moradia (as residências dos estudantes), alimentação (o Restaurante Universitário), atenção à saúde (o Serviço Médico Universitário), meios de aquisição de materiais de estudo, viagens de caráter cultural. Acho que a minha inexperiente mas sincera valorização do RU o sensibilizou. Mas eu realmente achava crucial a freqüência ao restaurante, não tanto pela alimentação barata e sadia, mas sobretudo pela exposição aos coevos de outros cursos e contemporâneos da escola, para ouvir, conversar, trocar idéias, discutir, principalmente para aprender a criar minha própria consciência crítica, cultural e política. De maneira que a minha inclusão tardia foi deveras apreciada e bastante aproveitada.

Para mim, bem como para muitos dos que o conheceram, Edgard Santos foi um homem de uma estatura imensa, uma das maiores figuras da história da Bahia, comparável a Castro Alves, Ruy Barbosa, J. J. Seabra, João e Otávio Mangabeira. Para mim e para tantos seu porte extrapolou as fronteiras do estado, foi grande no Brasil inteiro. Um homem público de tal envergadura, que elevou o cargo de reitor ao nível do governo do estado e do cardinalato. Seu prestígio chegou a ser tanto que ele utilizava o elevador privativo do ministro da Educação, o que se considerava o máximo que a fama permitia. Sabia ser o mais simpático dos homens quando queria ou necessitava. Sonhador, teve inclusive ilusões, como a de construir moradas para os professores da sua UFBA, no Vale do Canela, pagáveis a longo prazo em módicas prestações.

Defeitos tê-los-á tido, dizem uns que muitos, dizem outros que graves. Que importa? Eles não diminuem em nada a impressão que sempre persistirá dele para o futuro.

Reitor magnífico, homem de cultura, humanista, homem público, paladino, pioneiro, profeta, não esqueceu nunca o compromisso social do ser médico. Em suas próprias palavras, "antes que um explorador da doença, o criador e o conservador, diuturnamente vigilante, da saúde do povo". Nem deixou nunca de ser mestre, como ele mesmo um dia afirmou: "A verdadeira personalidade do mestre é aquela toda feita de tranqüilidade, da cultura bem constituída, a tranqüilidade de confiar no idealismo e na generosidade da juventude, a tranqüilidade, enfim, do homem cordial que estende permanentemente a mão para todos os homens, pronto a qualquer momento para oferecer alguma coisa e que, com este gesto, consegue desarmar até os próprios inimigos." Sem o saber Edgar se autodefiniu, desenhou seu próprio perfil, em toda grandeza que lhe cabe.

Grandeza esta que se encontra no seu conceito de UNIVERSIDADE enunciada na oração de posse como ministro da Educação: "A universidade de hoje é um órgão indispensável à construção de uma nova ordem econômico-política. Ordem eminentemente democrática, a Universidade livre poderá levantá-la agora, utilizando as ciências do homem, sobre uma idéia real da natureza humana e, portanto, uma concepção objetiva do povo, considerados assim todos os homens, detentores, não apenas de simples direitos abstratos mas de prerrogativas fundamentais da vida praticamente asseguradas e sem as quais – tenham certeza – nenhuma democracia poderá subsistir."

Diria certamente também dele Jean Cocteau: "Não sabendo que era impossível, ele foi lá e fez."

Para orgulho máximo deste prédio e dos que dele são egressos, aqui ele foi grande professor e dedicado diretor. Daqui ele idealizou o Hospital das Clínicas. Aqui ele fundou a UFBA e foi seu primeiro e, por todas as razões, Magnífico Reitor. Ele tornou, com certeza, esta casa muito maior do que já era.

Se "importa viver a vida de tal sorte que permaneça vida na morte". Vossa Magnificência, mestre Edgard Rego dos Santos, mui bem o fez. E por isto terá perenemente, nossa admiração e nosso respeito.

Discurso de recepção na Academia de Medicina da Bahia ao novel confrade Dr. Luís Meira Lessa*

*Thomas Cruz***

Há exatos três anos era eu recebido neste sodalício, feliz e emocionado. Humilde ouvi o discurso de recepção pronunciado pelo nosso paraninfo de formatura, o professor e confrade, Dr. Heonir Rocha, uma das glórias vivas da Medicina baiana.

Hoje, de novo feliz e emocionado, orgulhoso, começou a proferir a oração de boas-vindas a um colega da gloriosa e invicta turma de 1964, como nós mesmos vaidosamente a chamamos. Gloriosa porque seus componentes têm se havido bem nas lidas da vida, e invicta porque temos sobrevivido todos, três décadas após.

Em 1992, humildemente me unia aos hoje pares, com a mente repleta de sonhos e projetos, tanto para a nossa escola médica primaz, que há menos de três meses começara a dirigir, quanto para a nossa academia. Hoje, em que pesem as frustrações de não ter realizado ainda na Famed muito do que sonhei, sei que alguma coisa fizemos juntos, professores, estudantes, funcionários e eu. Já na nossa agremiação tenho testemunhado o empenho dos nossos presidentes e a resposta variável e flutuante de nossos confrades. Pessoalmente, continuo com o mesmo ânimo e a mesma disponibilidade iniciais. Tenho dado a minha contribuição e recebido muitos incentivos.

Não estou aqui no entanto para apresentar balanço nem relatórios pessoais. Estou aqui para receber, para abraçar, para fazer um desafio, para desejar sucesso.

---

* Salão Nobre da Faculdade de Medicina da UFba., em 11 de dezembro de 1995.

** Médico, Diretor da Famed, UFBA.

Motivos há para o orgulho – primeiro, o de ser distinguido com esta tarefa de grande responsabilidade e que representa deferência especial a mim, uma vez que tantos outros aqui mais ou igualmente a merecem, e igualmente ou melhor a desempenhariam. Apesar de, no caso presente ser, para mim uma missão fácil e que realizo com muita alegria, ela me enche de brio. Segundo motivo para estar aqui altivo – trata-se de receber alguém que há 36 anos adentrou comigo, ambos com as cabeças erguidas e cheias de anseios e planos, estes venerandos e venerados umbrais. Alguém que sentou ao meu lado nos bancos que a incúria e a autofagia arrancaram depois, mas nos quais sonhamos um dia voltar a sentar. Alguém que passou por dificuldades semelhantes, venceu obstáculos similares, sofreu e vibrou, e que chegou lá, à Reitoria, para colar seu grau e receber seu diploma, cônscio do dever bem cumprido. E que depois batalhou para melhorar ainda mais seu preparo científico sem se descuidar nunca de solidificar sua formação cultural.

Inconscientemente ou não, Luis Meira Lessa preparou-se a vida inteira para ser acadêmico. Recebo-o pois com satisfação invulgar no lugar a que ele merecidamente pertence.

E abraço-o, comovido, porque sei o quão ele está contente por entrar nesta casa de novo, não como aluno, mas agora como associado benjamim de um silogeu que este prédio de bom grado sedia e que vai se orgulhar de tê-lo no seu rol.

Antes do repto e dos auspícios, porém, julgo ter que responder a algumas questões: ***Quem é Luis Meira Lessa? Por que está ele aqui hoje? Que méritos teve para ser aceito na Academia de Medicina da Bahia?***

Luis Meira Lessa nasceu com o ano novo de 1940, em Caetité, berço de tantos baianos ilustres, inclusive um dos primeiros e grandes governadores, Rodrigues Lima, e de vários colegas médicos que tanto apreciamos. Alguns nomes representativos, entre tantos outros, os eteriamente mais próximos a nós são: Zequinha e Wolkiton, Oliveiros Guanais, Leli Cardoso Neves, Otto Hugo Prisco Teixeira. Os dois primeiros desenvolveram a profissão na região. Guanais foi e é o nosso guru político e retórico. Leli e Otto, dois pediatras, companheiros de 64, engrandecem a es-

pecialidade que professam, um de volta às suas plagas, outro no longínquo e enorme Canadá.

Seu curso médico, Lessa fê-lo com aplicação e revelou-se dos mais assíduos e estudiosos colegas.

Antes mesmo de se graduar, em 1961, ainda no 3º ano portanto, Lessa já evidenciava seus pendores para a pesquisa. Na 8ª Semana dos Estudantes de Medicina da Bahia, obteve medalha de honra ao mérito pelo trabalho intitulado "Alguns Aspectos da Hematologia do Sagüi", realizado na cadeira do saudoso Professor de Histologia, Júlio Miraghia.

Voltou-se, no ano seguinte à formatura, para a área básica, buscando robustecer seus conhecimentos em Farmacologia, cadeira onde estagiou, ao tempo em que obtinha treinamento especializado na Clínica Psiquiátrica do Hospital Professor Edgard Santos da Ufba. Na Farmacologia foi instrutor ('66) e depois Auxiliar de Ensino ('67) e foi aceito como Auxiliar de Ensino na Neuropsiquiatria a partir de '66. Neste mesmo ano recebia, por sua eficiente atuação, elogios da diretoria do Sanatório Bahia. Seu conhecimento geral lhe facilitou aprovação no exame do ECFMG, o Conselho de Educação para Médicos Estrangeiros, o que permitira exercer a medicina nos Estados Unidos e no Canadá. Preferiu porém ir aperfeiçoar-se em Berlim, Alemanha, na Clínica Psiquiátrica e Neurológica da Universidade de Freien. Nela fez curso de Neuroradiologia, ganhou experiência em Eletroencefalografia e estagiou na Neurofarmacologia, onde adquiriu conhecimento e segurança que até hoje caracterizam seu desempenho no setor.

Após o retorno à Bahia recomeçou a exercer funções de magistério, atuando no ensino de Pós-Graduação em Psiquiatria (Residência Médica) no HUPES. Voltou a ser preceptor do programa de Internato (1968 a 1974) do qual foi supervisor (70 e 71, de novo em 74) ao tempo em que era Professor Orientador da Graduação. A partir de 1971 foi coordenador do Ambulatório de Pesquisa sobre Doenças Afetivas no Hospital Universitário. Houve-se com afinco e competência nesta atividade até 1992.

Em 1970 foi-lhe conferido o título de Especialista em Psiquiatria outorgado pela Associação Brasileira de Psiquiatria.

No ano seguinte fez um curso de Epidemiologia ministrado pelo Departamento de Medicina Preventiva da Famed e, dois anos depois, resolveu fortalecer seus conhecimentos sobre Psicofarmacologia e Psiquiatria Biológica, na Divisão de Psicofarmacologia, do Departamento de Psiquiatria da Escola Médica de Mc Gill, em Montreal, Canadá, para o que foi subvencionado por bolsa de estudo da Organização Pan-americana de Saúde.

Meira Lessa ensinou, em regime de tempo integral e dedicação exclusiva, na nossa Faculdade, de 1970 a 1979, uma manifestação de vocação didática e privação pessoal.

Concursos públicos com defesa de tese, um o guindou, em 1975, à posição de professor assistente e outro lhe propiciou, em 1984, o doutorado e há dez anos progrediu funcionalmente a professor adjunto IV.

Sua tese de concurso para Professor Assistente, sobremodo original, versou sobre a Contribuição Psiquiátrica ao estudo da Esquistossomose Mansônica. Já sua tese para obter o doutorado, intitulada Contribuição ao Estudo da Morbidade Física em Psicóticos e Maníaco – Depressivos, se constituiu numa primorosa obra de investigação clínica.

Enquanto que cientificamente Lessa era distinguido como pesquisador do Conselho Nacional de Pesquisas (CNPq, 1978-1980) e seu Assessor "ad hoc", tornava-se membro do Conselho Editorial da Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação de Psiquiatria da América Latina e atuava como assessor da Fapex, instituição de auxílio à pesquisa e extensão e, há três anos, era eleito membro ativo da New York Academy of Sciences, do ponto de vista profissional era psiquiatra do IAPSEB, foi membro fundador da Associação de Psiquiatria da Bahia e membro da Comissão Especial de Psicofarmacologia da Associação Brasileira de Psiquiatria e é Conselheiro Suplente do Conselho Penitenciário da Bahia; há 15 anos tem exercido a clínica particular, onde se distingue em serviço junto a mais quatro competentes colegas da especialidade.

De atividades administrativas, exerceu a vice-chefia e depois a chefia do seu departamento, o comado do serviço de Psi-

quiatria do HUPES e foi representante da Famed na Comissão de Internato no Colegiado de Curso (em 1981) e do Departamento de Neuropsiquiatria na Congregação da Famed (1991-1992), tendo-se desempenhado com dedicação e habilidade, firmeza e competência.

Lessa já publicou 38 trabalhos sobre os mais diversos assuntos de sua seara: depressão e antidepressivos, neurolépticos, ansiolíticos, uso e paraefeitos do lítio, temas de psicofarmacologia. No seu mais recente artigo, "Caminhos da Medicina: Moral e Liberdade", demonstra sua erudição e enuncia seus princípios, combinando saber e sabedoria. Cinco capítulos da grande contribuição da Bahia ao ensino da Farmacologia, livro editado pelo confrade Penildon Silva, valorizaram a publicação, discorrendo sobre indicações psicotrópicas.

Em congressos médicos Meira Lessa apresentou mais de 40 trabalhos – sua polivalência se reflete na variedade dos temas: do estresse ao alcoolismo, das urgências psiquiátricas a aspectos metodológicos da pesquisa psicofarmacológica, da experiência adquirida com uso de lítio a modelos neuroquímicos das psicoses funcionais. Participou de congressos internacionais na Alemanha (1967 e 1968), na Tchecoslováquia (1967), na Espanha (1988) e na Suíça (1991), dos dois últimos como convidado.

Na sua labuta didática, dedicou-se tanto à graduação quanto à pós-graduação. No mestrado, por exemplo, foi professor orientador de três, membro da Comissão Examinadora de oito e professor conselheiro de dois discentes.

Uma análise, superficial que seja, ou o acompanhamento, mesmo relativamente a distância, como a que faço e o que fiz, conduzem-me a impressão de que Luis Meira Lessa trouxe de sua exposição ao seminário pré-sacerdotal uma base sólida, sobre a qual ele construiu um edifício de linhas discretas como o seu sóbrio temperamento, mais valioso como ele costuma transformar aquilo a que se dedica. Serve como exemplo sua atuação no Instituto Cultural Brasil-Alemanha, que lhe valeu a eleição em '93 e a reeleição em '95 como seu presidente. De diversos trabalhos científicos depreende-se sua densa e multifacetada formação cultural: aspectos socioculturais nas depressões; mística afro-

brasileira e doença mental; o interesse científico pelas manifestações espontâneas da Medicina popular e mística na prática psiquiátrica são pequenas amostras.

A análise aligeirada do curriculum vitae do recipiendário possibilita responder e seu resumo aqui enunciado demonstra estarem respondidas as perguntas que me fiz sobre o colega Luis Meira Lessa.

- Quem é ele? Além de médico, professor e cientista, um homem culto. De firmas convicções políticas mas inteiramente aberto à discussão; de idéias avançadas em que pese à primeira vista parecer um conservador; um indivíduo consciente de seu papel de cidadão, atuante e produtivo. A impressão inicial de hermetismo se desfaz nos mesmos rápidos e menos superficiais contatos. Não permiti, senhoras e senhores, confreiras e confrades, que o afeto e o respeito recíprocos influenciassem minha avaliação.
- Por que está ele aqui hoje? Porque tudo isto que ele realizou, e por tudo que construiu até agora, e pelo potencial que tem para realizar e construir mais.
- Que méritos tem para pertencer à Academia de Medicina da Bahia? Creio tê-los enunciado ao descrever o seu perfil e os seus feitos.

Quero voltar agora, para terminar e fechar o círculo, ao repto e aos augúrios.

Não sem antes todavia chamar a atenção para uma influência muito benéfica no crescimento de Lessa como pessoa. Tão próxima quanto eficaz, a de sua companheira e inspiradora, um dia nossa caloura Ines Celestino da Silva.

O primeiro e grande desafio é, obviamente, meu caro Lessa, ter de substituir à altura seu predecessor imediato. Dos inúmeros discípulos de mestre Rubim, você se tornou um dos seus poucos apóstolos. Isto já se constitui em uma vantagem. Mas não há como esquecer que, para nós dois como para muitos se não todos aqui presentes, Álvaro Rubim de Pinho era o protótipo do acadêmico – um cientista erudito, um scholar, um sábio. Por mais que nós dois queiramos imitá-lo, para atingir o que ele fez tere-

mos que trilhar muitos caminhos ásperos e subir íngremes ladeiras.

A chegada e a posse de Meira Lessa nesta academia significa literalmente – e não é um lugar comum uma vez que ele começou sua vida científica na Hematologia – transfusão de sangue novo: alguém com novas idéias e ideais antigos renovados, com uma maneira diferente de ver as coisas e alguém que pode se dedicar com perseverança à Instituição. Jovem aposentado por enquanto, dispõe ele de mais tempo e lhe sobra mais energia para labutar em prol do desenvolvimento dela.

Daí não incorrer em um erro ao provocá-lo – além de se haver no mesmo nível de quem substitue, espera-se que se supere em esforços para estimular a associação que adentra.

A retomada da publicação da Gazeta Médica da Bahia é um outro anseio de nós todos, seus hoje confrades e confreiras. Queremos sua ajuda e sua dedicação nesta empreitada. Este é um dos apelos. Outros há, que oportunamente se farão como a de desenvolvermos mecanismos de assídua participação e efetivo envolvimento dos nossos colegas de academia.

Minhas senhoras e meus senhores, diletas confreiras e prezados confrades: afirmou Balthazar Gracián que "o que é bom, se for breve, torna-se duplamente bom". Não sei se esta é uma boa oração de admissão. Procurei fazê-la a melhor que pude. Por isto não convém que seja extensa.

Meu caro colega e doravante prezado confrade: bons votos lhe desejei no dia em que pela primeira vez me comunicou sua intenção de se candidatar a acadêmico. Boas-vindas lhe dou hoje e você sabe quão sinceros são meus desejos e quão convicta é a minha certeza de seu amplo sucesso e plena realização, tanto alhures como aqui: ALLES GUTE, GOOD LUCK, BOA SORTE.

Augusto Leite: O homem e a obra*

Thomaz Cruz

Gregório Marañon, grande endocrinologista, notável homem de reflexão, inteligência e ação, paladino da liberdade de pensamento e um dos maiores patrimônios culturais da Espanha dêste seculo, afirmou, em 1935, em um curso intitulado Vocação e Ética:

"A vocação genuína, e poderíamos dizer ideal, é alguma coisa de muito semelhante ao amor. Tem as características deste, o amor: exclusividade no objeto amado e o desinteresse absoluto em dele servir-se".

Em 17 de junho de 1959, na solenidade comemorativa do 30º aniversário do Hospital de Cirurgia, em um discurso que chamou de Prestação de Contas, o dr. Augusto Leite, emocionado concluía:

"Perdi, meus colegas e meus senhores, perdi, certamente, com isso, uma fortuna. Estou satisfeito. Ganhei, em troca, um tesouro – o Hospital de Cirurgia, que é vosso, que é de todo mundo e que não tem preço."

Estas duas frases servem bem, cabem como uma luva, são ótimo frontispício para minha alocução – AGUSTO LEITE, O HOMEM E A OBRA. Porque ele foi um homem de pendor e aptidão puros e autênticos. A sua obra, a sua riqueza, à qual ele dedicou o melhor de si sem a menor intenção de tirar vantagem dela, pertence ao povo e é inavaliável, tal sua importância. Através dela, ele inscreveu seu nome em letras douradas na história de Sergipe, e na saga da Medicina Brasileira. Sua obra é, no feliz dizer do meu irmão Carlos, o **próprio coração de Sergipe.**

---

* Discurso pronunciado na festa no late Clube de Aracaju, em comemoração aos 70 anos de fundação do Hospital das Clínicas Dr. Augusto Leite, o Hospital de Cirurgia. Aracaju, 3 de maio de 1996.

Das maiores necessidades da sociedade brasileira atual uma é de paradigmas, modelos, exemplos. Há políticos que corrompem ou se deixam perverter, há profissionais que se mercenarizam, religiosos que perdem a fé, desportistas que se vendem. As idéias, as vocações, as crenças, a garra e a dedicação parecem entusiasmar menos, diminuíram de intensidade, de brilho, de motivação.

Por esta razão é muito importante falar de quem foi muito e muito fez no passado mas para o futuro, a fim de que a crônica de alguém que deixou sua marca indelével, sua herança digna, sua preciosa mensagem, alguém que foi além de si mesmo, se superou, se excedeu, seja esta história por si só um exemplo e um desafio.

Agrada-me e honra-me, por tudo isto, a missão de traçar o perfil, resumir alguns feitos, descrever as realizações mais revelantes de quem merece. De quem se enquadra no preenchimento da carência previamente citada. De quem se constitui modelo para mim. No caso do homenageado e sua obra, falo com orgulho e não me canso de fazê-lo. Busco sempre diferentes matizes a ressaltar.

A vida de Augusto Leite é uma lição, sua existência é, ela mesma, um discurso; mais ainda, uma oração à solidariedade humana.

Esta é a terceira vez que falo em público sobre Augusto César Leite: falei em 10.02.1978, pouco antes de seu corpo inerte deixar a casa que depois profanaram, derrubando-a, sem consideração ao que foi e representou aquela mansão; de novo, em 31.02.1986, na casa de sua filha Maria Isabel, quando do centenário do seu nascimento.

Na primeira ocasião elogiei as múltiplas facetas de sua personalidade: o pioneiro, o político, o mestre, o mágico, o médico, o patriarca, o pai. Foi uma oração emocionada, de saudade, onde ressaltei sua polivalência em ser, sua multiplicidade em fazer.

Na segunda oportunidade fiz questão de mostrar a outra face do homenageado: o homem. Disse da sua cultura, do seu estilo, da sua fineza. Chamei a atenção sobre a probidade, a lealdade, o

amor à ciência, o exercício da fé, a liderança. Dei novamente ênfase à sua dedicação à família: pai, avô e bisavô ímpar.

Ao Hospital de Cirurgia, a obra-prima de seu artífice dediquei um artigo publicado na Gazeta de Sergipe há 10 anos, quando do sexagenário do mesmo. Aí me referi a toda a equipe que conheci e com quem convivi de perto enquanto estudante, mais ainda nos períodos de férias e em algumas prolongadas greves estudantis. De certo modo, parcial que seja, o Hospital de Cirurgia testemunhou meu desenvolvimento – de criança a receber radiação ultra-violeta para prevenir raquitismo, a adolescente sendo duas vezes operado por Augusto Leite, a adulto jovem – ajudando cirurgias, acompanhando casos, de novo submetido à cirurgia, desta vez entregue a meu padrinho, tio e ídolo Lauro Porto.

Aqui faço questão de abrir um parêntesis que julgo importante na minha fala de hoje – esmero-me em traçar a silhueta de Augusto Leite. Mas seu biógrafo em potencial, a quem deve ser cobrada a história completa dos feitos e realizações do homenageado, quem tem a integral condição de descer ao detalhe e penetrar a intimidade é Lauro de Brito Porto. Se Augusto Leite foi o papa da Medicina Sergipana, seguramente meu tio Lauro foi e é um dos seus cardeais.

Ele, com certeza, quem devia estar falando aqui hoje em meu lugar. Se a mim foi oferecida esta distinção, a ele pertence o privilégio de biografá-lo, poucos ou ninguém fá-lo-ão tão bem.

O ser humano precisa admirar. É muito bonito amar, ser amigo, companheiro, camarada. Mas admirar tem outro significado. É algo sem compromisso nem obrigação, espontâneo, autêntico. Necessitam, o homem e a mulher, ter com quem não só conviver, ter quem não apenas acompanhar, mas ter alguém que imitar, que mimetizar, procurar repetir ou até superar, o maior desafio.

Augusto Cesar Leite, sobre quem me pediram para falar hoje, foi e é uma dessas pessoas – paradigma, modelo, exemplo.

Relendo seus discursos, vou encontrando informações que enriquecem meu perfil dele – tendo feito o curso primário em Riachuelo, foi cumprir o secundário em Salvador. Lá foi aluno do Colégio Carneiro Ribeiro, do ilustre médico e filólogo que lhe dava

o nome. Lá foi o melhor aluno de sua turma e trouxe atestado do próprio punho do mestre Ernesto que elogiava seu irrepreensível comportamento. Transferiu-se para o Rio de Janeiro, onde se matriculou em 1903 e se graduou em 01/1909. Foi aluno particular do grande patriarca de Propedêutica, Aloísio de Castro. Não foi interno de nenhuma clínica, pouco viu ou fez de cirurgia durante o seu curso médico. Nas férias, distraía-se e trabalhava em Riachuelo com seu irmão, Silvio Leite, clínico preparado e cuidadoso, a quem ajudava em cirurgias mais simples e quem o deixava operar, sob sua supervisão. Seu treinamento pós-graduado, fê-lo na França (1913 e 1920) e nos Estados Unidos (1920), com grandes nomes de lá. Foi estagiar em Capela. Digna de registro é, em sua primeira consulta médica ali, ter atendido o senador Leandro Maciel, pai do seu primo, já que suas avós eram irmãs e depois arquiadversário, Leandro Maynard Maciel, o grande caudilho* da política sergipana. A este fato Augusto Leite se refere com respeito em um de seus discursos. Ganhou mais experiência em Maroim. Instalou-se em Aracaju. Operou muito a domicílio, até a retirada cirúrgica de mamas; fez partos à luz do querosene. Ele mesmo conta isto, em seus escritos. No Hospital Santa Isabel praticou a primeira laparotomia realizada em Sergipe e inaugurou a história da cirurgia em nosso estado, em novembro de 1914. Em 1918 era professor de História Natural no Seminário Diocesano.

"Il faut travailler" – é preciso trabalhar, disse Pasteur. Fê-lo Augusto Leite, e bem. No seu consultório, nas residências dos clientes, nas salas de cirurgia, nos gabinetes de direção.

Reconhecendo a necessidade de um hospital moderno para atender à população de Sergipe, Augusto Leite estava entre os que convenceram o grande governador Graccho Cardoso que construiu o Instituto Parreiras Horta, o Instituto de Química, o Matadouro, o Pavilhão de Alienados, que iniciou o abastecimento de água depurada, convenceram-no a edificar o Hospital de Cirurgia.

---

* Caudilho, na concepção do autor, é o líder que, em nome da liberdade, assume o poder pretendendo governar em benefício do povo.

Nestes 70 anos de dificuldades e de glória, a presença de Augusto Leite persiste em cada sala do Cirurgia, em cada corredor, em cada enfermaria. Antes o estímulo cotidiano, hoje, 18 anos depois de sua partida física, a contínua inspiração.

O Hospital Infantil, a Maternidade, o Centro Cirúrgico, o Centro de Estudos, precederam o Serviço de Audiologia, a Endoscopia Peroral, a UTI, a Bomba de Cobalto, o serviço de hemodinâmica, a Cirurgia Cardíaca, a Tomografia Computadorizada.

Eronides de Carvalho, Lauro Hora, Juliano Simões e Augusto Leite, o corpo clínico inaugural. Setenta anos e uma plêiade de colegas, da qual não posso citar todos para não ser enfadonho nem correr o risco de esquecer alguém. Os cardeais, alguns apenas, como exemplos de dedicação permanente: o saudoso Benjamim Carvalho, meu querido pediatra José Machado de Souza; meu dileto dentista e colaborador permanente, no governo do Estado como na faina diária, João Garcez. Seu filho e discípulo, Oswaldo Leite.

Entre os auxiliares, há que ressaltar o mais íntimo, o divino charlatão José Ribeiro, mais cirurgião que muitos que conheci e a figura, para mim inesquecível, da irmã Clara, a eficiência e dedicação germânicas a toda prova.

Dos diretores, além dos já citados, o caminho é longo, de Fernando Sampaio a José Teles de Mendonça, padrões de devotamento, habilidade e integridade.

Disse Augusto Leite a 2 de maio de 1926:

"A construção de um hospital moderno é obra de insuperável benemerência – considerada não importa sob que aspecto: humanitário, econômico ou social." "Uma obra de justiça, de solidariedade humana, de piedade cristã."... "Um hospital é sempre uma obra vivedoira, destas que as traças do tempo não consomem..." exalta e dignifica"...

Falou ainda no discurso de inauguração do Hospital de Cirurgia: *"O verdadeiro cirurgião não se impõe, só e só, pela habilidade manual mas por um complexo de qualidades que a cultura médica, a cultura científica, filosófica e literária estimulam, afeiçoam e requintam, aldegaçando-lhe o entendimento para a prática*

do miraculoso mister em que as mãos maravilhando, refletindo sempre, em cada dos seus movimentos, a direção superior de um espírito altamente cultivado, fino e percuciente, na crítica, prolixo na perscrutar, pronto e refletido, no decidir, independente e fértil, no criar, e artista, no apuro e no remate da obra empreendida."

Nesta ocasião, há 70 anos, Augusto Leite tinha já uma visão futurista do papel que o Hospital de Cirurgia, que cresceu por sua inspiração e à sua imagem e semelhança, da relevância sócio-humanistica-cultural que sua realização viria a ter, do papel estimulador que iria desempenhar.

Sem querer, comentando sobre o cirurgião ideal, ele estava no entanto falando de si, como todos nós que o conhecemos e admiramos reconhecemos – um médico exemplar – imagem que nos ficou e que sempre nos calará nalma.

Ele mereceu pois, todos os títulos e honrarias com que foi cumulado: de Comendador da Santa Sé a Professor Emérito da UFES, de Sócio Honorário da União dos Ex-Alunos de Dom Bosco ao bisturi de ouro que seus colegas lhe presentearam.

Se quisermos cultuar a memória de Augusto Leite nós, médicos, clientes, admiradores, empresários, políticos e governantes devemos batalhar pela consecução de mais verbas, pela obtenção de mais ajuda para que o Hospital de Cirurgia Dr. Augusto Leite se desenvolva mais e mais continue sendo, como no dizer de meu irmão Eduardo, membro de seu Conselho Fiscal, **o templo da saúde** em Sergipe.

Armando Tavares: Médico e mestre, sábio e bom

Thomaz Cruz

"Grande médico, grande mestre, um sábio e um santo – Foi-lhe a medicina a dominante paixão. E nos misteres da clínica suas invejáveis aptidões profissionais se harmonizavam, à maravilha, com os inesgotáveis valores afetivos e morais generosamente utilizados em proveito dos doentes. Ninguém entre nós exerceu a profissão com mais seguro critério cientifico, mais desprendida e humanitariamente.

Docente livre e professor catedrático da Faculdade de Medicina, após concursos memoráveis, confirmativos da fama que conquistara como estudante excepcional, honrou sobremaneira as gloriosas tradições da 1ª Cadeira de Clinica Médica, palmilhando, vitorioso, as avenidas de luz que lhe foram abertas pelo mestre dos mestres – Clementino Fraga.

Não é este o lugar para um estudo analítico de sua volumosa produção científica, que orça por perto de uma centena de trabalhos preciosos, muitos dos quais citados com acatamento e respeito e até entusiasmo por consagradas autoridades da medicina alienigena.

A cultura opulenta de Tavares se não lhe limitava, entretanto, aos assuntos médicos e paramédicos. Suas horas de lazer, dedicava-as em grande parte a estudos filosóficos e de literatura. O vernáculo, conhecia-o a fundo e cuidava-o como um artista ao jeito de Francisco de Castro.

Além de tudo isso, amou ao próximo mais que a si mesmo, amando a Deus sobre todas as coisas. Dele se pode dizer com propriedade, parafraseando eminente e saudoso companheiro: Diante de Armando Tavares vivo – tinha a Bahia o orgulho de progenitora embevecida ante o portento da progênie. Diante de

Armando Tavares morto terá ela um luto maternal que só as glórias excelsas de outros, como ele, hão de amortecer na intensidade da mágoa e diluir na perenidade do tempo".

- Da alocução do ilustre mestre, o Acadêmico e Professor Doutor Francisco Peixoto de Magalhães Netto, proferida no Instituto Geográfico e Histórico da Bahia em 1944, a mim entregue cinquenta anos depois, para utilização nesta solenidade, pelo filho do orador o não menos ilustre acadêmico professor doutor José Maria de Magalhães Netto, ex-Diretor da FAMED e seu professor emérito e atual Vice-presidente da Academia de Medicina.

Individuos há que, atingido o centenário de seu nascimento, merecem ser relembrados pelo que fizeram. Seus feitos, dignos de recordação e elogio, constituem razão para a homenagem.

Há outras pessoas que vale lembrar pelo que foram. São memórias diferentes, reminiscências individuais, familiares, grupais, comunitárias, um perito que se impõe também. O ter sido sobrepondo-se ao ter feito.

Mas há quem cujo mérito de recordação e tributo se deve tanto ao que foram quanto ao que fizeram. Estes são seres maiores. Não são apenas uma lembrança. Deles não fica apenas a obra mas a figura persiste. Constituem-se, e continuarão a sê-lo, saudade e exemplo. Saudade para aqueles do seu conhecimento, do seu relacionamento, de sua intimidade. Exemplo para eles e mais também para quem, não tendo tido contato algum, mesmo anos depois, ao ler ou ouvir a rerspeito, possa até vir a considerá-los como marcos, como modelos, como paradigmas.

Similarmente, existem pessoas em quem o profissional supera o individuo; em outras, o individuo é melhor que o profissional. Raros e de um certo modo bem-aventurados aqueles nos quais individuo e profissional se equivalem em excelência. Aos primeiros se admira, aos segundos se ama, a estes se admira e se ama.

Quando, em meados do ano passado, o querido e saudoso mestre Álvaro Rubim de Pinho inicialmente me abordou, na qua-

lidade de diretor da Faculdade de Medicina, sobre a intenção da família do professor doutor Armando Sampaio Tavares de comemorar a passagem do centenário de nascimento dele, imediatamente me prontifiquei a colaborar. Fomos juntos ao Magnífico Reitor solicitar a publicação, pela Universidade Federal da Bahia, do livro que hoje é lançado, de autoria de dona Berenice Tavares Rubim de Pinho, filha do homenageado e esposa do pranteado professor Rubim. O professor Luis Filippe Perret Serpa foi mais adiante do que esperávamos – além de ser favorável à publicação, ofereceu o Museu de Arte Sacra, ex-convento de Santa Tereza, reformado pelo colega e orador da turma do mestre Tavares, o reitor magnífico Edgard Santos, cujos restos mortais lá merecidamente repousam. Na capela do Museu foi celebrada, na data natalícia do homenageado, 1º de novembro, missa em sua memória. Somente hoje, quatro meses e vinte e oito dias depois, em virtude da surpreendente e ainda dolorida perda da inesquecível e agradável companhia de mestre Rubim, reúnem-se sua Escola e sua Academia Médicas para o Tributo aos Cem Anos do seu dileto sogro e prezado mestre.

Tinha eu a convicção de que meu envolvimento no preparo da homenagem se encerraria com as providências iniciais. Qual não foi pois minha surpresa quando a família Sampaio Tavares me cumulou com a honra do convite para ser o orador desta solenidade, honra confirmada, em que pese minha discordância, já que considerava outros professores ou acadêmicos mais capacitados para fazê-lo pela Academia de Medicina da Bahia. A ela tenho que agradecer o prestígio desta incumbência. Diretor da FAMED, a outra instituição orgulhosamente participante deste preito, não tive como me eximir.

De modo que realmente me considero sumamente honrado e feliz com a tarefa de que ora me desempenho.

Eu já sabia, por ter ouvido atentamente o discurso de posse do professor doutro Heonir de Jesus Pereira da Rocha na Academia de Medicina da Bahia, em 1978, o qual pintou com cores vivas e indeléveis o retrato e contou as realizações de Armando Sampaio Tavares, que fora ele. Tinha à mão o livro de sua filha Berenice e à disposição quem eu julgava e continuo julgando que

era o arquivo vivo de lembranças e vivências de que necessitava, o mestre Rubim.

Hoje, na iminência de discorrer sobre Armando Sampaio Tavares sem nunca o ter conhecido pessoalmente sinto, apesar da falta que me fazem as informações e comentários de Rubim, minha missão facilitada pela releitura do discurso de Heonir Rocha e das Notícias e Reminiscências de dona Berenice e pela coleta de opiniões e dados em entrevistas que realizei com alguns médicos que tiveram o prazer de conhecê-lo bem e com algumas pessoas que tiveram o privilégio de privar de seu convívio.

Atinjo a razão da introdução do meu discurso – ao ler e ouvir sobre Armando Sampaio Tavares cheguei à conclusão sobre ter sido ele alguém que não só realizou mas foi. Aliou os verbos fazer e ser e os substantivos figura e obra, saudade e exemplo casam-se bem ao falar sobre ele.

E mais, indivíduo e profissional nele se equivaleram e se excederam em doses elevadas mas semelhantes. Foi Armando Tavares alguém para se admirar e amar, como comentei no início de minha fala. Destas raras pessoas que, quando nos deixam, tornam-se lembranças, nostálgicas e suaves, constituem-se em sinais de demarcação de sua época e a superam, e servem de exemplo ou norma, devem ser imitados, usados como padrão.

Minhas senhoras, meus senhores, confrades acadêmicos, colegas professores, estudantes de Medicina, familiares, amigos e companheiros de Armando Sampaio Tavares: não devo, como não pretendo fazê-lo, ocupar-lhes a atenção apenas para dizer-lhes o esperado, o óbvio. A história, a cronologia do homenageado pode ser encontrada em detalhes no livro que sua querida filha Berenice escreveu, resumindo-lhe a existência e a influência. Além de depoimento de amor filial, é um registro atento e completo da vida de Tavares. Cabe-me propagá-lo, como fonte de referência, do mesmo modo que o é o discurso do confrade acadêmico e colega professor, meu paraninfo na faculdade e padrinho no sodalício, Heonir Rocha.

Nascido em Santo Antônio de Jesus no Dia de Todos os Santos, filho se Manoel Dias Tavares e Maria da Glória de Almeida

Sampaio, depois Sampaio Tavares, veio à luz sob a égide não só de um patrono importante da igreja católica mas de todos eles. Chegou ao mundo sob total proteção de boas e virtuosas criaturas, todas canonizadas pela igreja cujos ensinamentos e princípios iria Armando professar e tornar-se exemplo vivo. Primeiras letras, prolegômenos de aritmética e bases do francês aprendeu-os com a família Almeida (dona Ignácia – Mocinha, sr. Francisco e dona Maria Angelina – Meminhazinha) entre 1902 e 1907. Dona Berenice afirmou apropriadamente, uma vez que a lingua gálica era o esperanto da época em que ele viveu, que "sua cultura francesa abriu muitos caminhos para a vida científica".

Em 1907 já era aluno interno do Colégio Ipiranga, onde entrou no 1º ano, sendo promovido ao 2º ano em dois meses. No ano seguinte realizava seus primeiros exames e lá brilhou até o 6º ano com aprovações distintas. O mesmo ocorreu em 1912, quando apenas ele e outro colega receberam estas qualificações, ao vencer as provas para início do curso médico. Três anos depois já é interno de seu grande mestre e depois amigo e admirador o professor Clementino Fraga, que um dia segredaria ter Tavares sido "o maior de seus discípulos" e alardearia ser "um de seus mestres". bom e promissor início. Em 1916 Tavares torna-se interno de guarda do Hospital Santa Izabel e membro da Sociedade de Beneficência Acadêmica (SBA), cujas belas cadeiras em breve voltarão a embelezar a sede do nosso Diretório Acadêmico aqui ao lado. Ainda estudante em 17 é membro da Sociedade Médica dos Hospitais da Bahia. Diploma-se em 15 de dezembro deste ano, após ter aprovada com distinção sua dissertação sobre o Sistema Nervoso Vegetativo e sua Exploração no Beriberi, assunto original. Aluno laureado, é escolhido orador ao paraninfo, o notável mestre Eduardo Rodrigues de Moraes. Após exercer por três meses com habilidade e dedicação a policlínica na sua cidade natal, 1918 o encontra médico auxiliar interino do Hospital de Isolamento, depois Hospital Couto Maia, um amigo sincero. Trabalhando lá por dois meses, deixa a melhor das impressões. Já era então assistente interno da 1ª Cadeira de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Bahia, tendo sido efetivado sete meses depois. Nos próximos dois anos freqüenta com proveito,

no Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Curso de Bacteriologia, Protozoologia e Helmintologia. Para a então Capital da República já fora casado com a sua triplamente parente e grande amor de sua vida, até o fim doce companheira e amiga e ainda hoje viva, aos 96 anos, Mara Magdalena, nascida Almeida Sampaio e mãe extremosa de seus dez filhos – Dulce, Myriam, Armando Filho, Berenice, Gabriel, Dagmar, Abelardo, Solange, Renato e Maria, três deles depois também médicos como o pai. Em 1921 dirige o Laboratório de Clínica e Microbiologia do Hospício João de Deus e em 1925 é assistente do Instituto Oswaldo Cruz da Bahia. Seis anos depois obtém, por concurso de títulos e provas, a designação de Docente Livre de sua escola médica, aprovado com média dez. Sua tese tratou com propriedade da Exploração Funcional do Figado na Doença de Manson-Pirajá da Silva (esquistossomose). Sua prova oral versou sobre Estudos Etiopatogênico e Clínico do Diabetes e a prova prática foi sobre um caso de nefropatia provacelmente devida a intoxicação pelo chumbo. Sua polivalência de clínico de escol pontificou neste concurso. Ainda em 1927 passa a reger, como professor Contratado, a 1ª Clínica Médica, da qual se torna Porfessor Catedrático em 1929, em memorável demonstração de preparo e eficiência, tendo obtido média 9,92, a mais alta nota obtida até então em nossa Faculdade durante certames que tais. Defendeu Tese sobre o Método Ectoscópico de Weiss. Constaram ainda deste concurso provas em que os assuntos foram tão variados quanto arteriosclerose, conceito atual; anemia verminótica, insuficiência aórtica e formas clínicas da tuberculose. Novamente a variedade dos temas valorizou o brilho do seu desempenho. O grande endrocrinologista Waldemar Berardinelli referiu-se a seu interesse sobre o método ectoscópico – inspeção dinâmica e provocada em um artigo famoso intitulado Olho Clínico, que abre uma coletânea de vários temas. A nálise crítica deste método demonstra o espírito observador e independente de Armando Sampaio Tavares, ao discordar de muita conclusões do seu autor. Em 1930 Tavares vai à Europa representar o Brasil no VII Congresso Internacional de Tuberculose, em Oslo, Noruega, onde apresenta memória sobre o ensino de Tisiologia aos estudantes de Medicina. Tavares foi membro do Conselho Técnico-Adminstrativo da Faculdade de

Medicina da Bahia em 1931, 1932 e 1937, com firme e proveitosa atuação. Em 1932 foi paraninfo da turma de médicos de nossa escola. Seu prestígio científico, meritoriamente conquistado e crescente, conquistou-lhe honrarias como a de Membro Correspondente da Sociedade de Medicina Interna do Rio de Janeiro e da Academia Nacional de Medicina (1933). Localmente participou da Sociedade de Medicina da Bahia (da qual foi operoso presidente), da Sociedade Médica dos Hospitais da Bahia e da Sociedade de Medicina Legal e Criminologia da Bahia. Distinguiu-se Tavares como Secretário da Gazeta Médica da Bahia. Grande professor que era, em 1939 foi homenageado da turma de diplomandos em Medicina por nossa querida Faculdade.

Publicou artigos científicos os mais diversos. Boa parte na Gazeta Médica da Bahia, periódico médico de maior expressão no país a seu tempo. Apenas como exemplo, para evitar cansar os ouvintes, alguns títulos – Lesões cardíacas na Bahia num período de 50 anos (1916); As proteínas do líquido cefaloraquidiano (1923); Ligeiras considerações sobre entamebas do intestino humano (1924). Na revista Brasil Médico, por exemplo, publicou Aspectos anátomoclínicos da esquistossomose (1935); Sobre um caso de insuficiência pulmonar (1935) e A questão patogênica das úlceras gastroduodenais (1938). Sua polivalência ressalta também de sua bibliografia. Até mesmo com minha especialidade, a Endrocrinologia, Tavares se envolveu. Em 1940 publicou com Jorge Leocádio artigo sobre Manchas pigmentares de origem hipofisária e um trabalho seu sobre hipertensão do climatério ou hipertensão no climatério foi apresentado no Congresso Pan-Americano de Endocrinologia, em Montevidéu.

Culto, dominador do vernáculo, dotado de um estilo elegante e agradavel, escreveu discursos e trabalhos literários de relevância. Quatro discursos seus ganharam fama – o de abertura do Curso de Clínica Médica (1927), aquele quando do Concursos para Docente Livre (1927), o de posse como professor catedrático (1929) e, em 1932, a fala aos doutorandos. Dois outros de saudação, em nomes da Congregação da Faculdade de Medicina da Bahia, ao professor Clementino Fraga e ao professor Annes Dias, este um dos fundadores da Endroclinologia brasileira. His-

toricamente importante, o discurso no lançamento da pedra fundamental do Hospital das Clínicas. Vale chamar a atenção para uma referência a Pacífico Pereira, intitulada Iniciador do Ensino Prático da Faculdade de Medicina da Bahia e uma página de abertura da Revista Labor, órgão oficial do Diretório Acadêmico da Faculdade de Medicina da Bahia. Presenteado pelo mestre José Calazans Brandão da Silva, recebi uma cópia damonografia A Igreja de Oliveira de Campinhos, onde se conta a incrível história de seu construtor Romão Gramacho Falcão e a lenda da coroa da Virgem, publicada em 1941 no nº V do Jornal de Ala.

Heonir Rocha, ele também excelente professor, ótimo clínico e com uma produção científica de primeira grandeza e homem de fé exemplar, ressaltou em Armando Sampaio Tavares valiosas qualidades que vale citar: "homem simples, amante da natureza e de sua terra. Grande professor..., com uma boa produção científica... e extraordinário clínico..., era um homem humilde, ... democrata consciente..., pai extremoso, profundamente dedicado à família..., via nos homens os verdadeiros valores..., era um homem amante da ordem, disciplinado e grato...; foi um humanista e um homem de fé..."

Pessoas que eu questionei a respeito de Armando Sampaio Tavares me repetiram quase sempre as mesmas impressões: sereno, agradável, bom, fantástico, irradiava paz, sua presença era gradável e sua chegada melhorava logo os doentes, sua conversa era deliciosa.

Uma cliente minha me definiu com segurança: suave e digno.

Alguém chegou a mo declarar: um santo.

Professor, Tavares trouxe de volta à 1ª Clínica Médica a intensidade da luz que brilhou na época de Clementino Fraga. Assíduo, competente, dedicado. Como disse Heonir, "apresentava com segurança a matéria teórica em aulas esquematizadas e claras, em linguagem escorreita e elegante"... mas também "fora ele sobretudo o grande mestre diante do doente, nas visitas de enfermaria... Afagava e confortava cada doente, antes de mais nada; depois, examinava-o com minúcia e interesse... e completando, orientava os jovens que o acompanhavam, mais levantando dúvidas, trazendo perguntas do que dogmatizando". Foram seus

assistentes na 1ª Médica: Júlio Olympio da Silva, Luiz Rogério de Souza, Jorge Leocádio de Oliveira, Carmen Mesquita, Luiz Pedreira Torres, Lourival Carvalho. Gravitaram em torno do serviço figuras do quilate de José Coelho dos Santos e Estácio Gonzaga, o hoje confrade acadêmico Menandro Novaes; Luiz Ramos de Queiroz Mirabel Sampaio e Oswaldo Dias Pereira, Durval Oliveira, Ofélia Pinto, Heli de Almeida Sampaio, Gorgônio de Almeida Araújo, José Adonias Aguiar, Luiz Seixas, Herval Bittencourt, Dina Carneiro e Mário Menezes, lista citada por sua filha e biógrafa Berenice.

Clínico de nomeada, dos mais respeitados de sua época, não apenas pela sua capacidade médica e sua argúcia diagnóstica, mas pela "sua noção profunda da responsabilidade médica, colocando a restauração do seu doente acima de qualquer outra situação ou circunstância (Heonir Rocha)". Meticuloso, doce, manso, encantador. E mais, disse Luiz Rogério de Souza, um dos luminares de '27, seu aluno e assistente, grande admirador: "ele jamais distinguiu o doente burguês, que lhe remunerava o trabalho, do indigente que sofria no leito do hospital".

Senhoras e senhores, acadêmicos, professores e estudantes, familiares, amigos e companheiros de Armando Sampaio Tavares: creio estar perto da comprovação da minha impressão. Tavares foi alguém que foi Tavares foi alguém que fez. Nele, homem e profissional se equivaleram.

Grande médico, grande mestre, grande homem: sábio e bom. Sábio não apenas pelo saber acumulado, mas destilado. Sábio pela sabedoria, vinda mais de seu belo coração do que de sua privilegiada mente. Bom como o descreveu o inesquecível mestre Cesar de Araújo, em sua despedida como catedrático: "Armando Tavares nunca esquecido e agora relembrado, sábio e santo, um dos mais nobres e imaculados modelos humanos que jamais conheci e em cuja companhia edificante aprendi a lição admirável de como é bom... ser bom".

Armando Sampaio Tavares morreu com apenas 49 anos, em 30 de março de 1944.

Ao pé do túmulo falaram o professor Eduardo Araújo, representando a Congregação e o estudante Luís Ramos Queiroz. Dis-

se o mestre: "Como estudante, como professor e como homem, Armando Sampaio Tavares foi um exemplo digno por todos os títulos de ser imitado". Disse o aluno: "...Vossa obra e vossa vida servirão de estímulo e exemplo às gerações que se seguem e a nossa recordação nos terá sempre presente como um grande mestre e um grande amigo".

Creio que posso terminar. Dou-me por realizado. Acho que cumpri minha missão. Espero que bem, já que envidei esforços para desempenhar-me à altura do evento e ao nível do homenageado.

É melhor que ele mesmo conclua este discurso que é para lembrá-lo, é mais dele do que meu. Em 1929, na sua oração de posse como catedrático de nossa idolatrada escola berço, sede e templo da Medicina brasileira, assim o sábio e bom mestre, médico e homem Armando Sampaio Tavares se expressou:

"Vale a vida pelo ideal que ela encerra.

O ideal, senão a força é pelo menos o momento dela na feitura das grandes ações humanas. À sua luz transfiguram as formas, fazem-se patentes as energias, atualiza-se o potencial criador e vivificante, onde põem suas raízes as grandes obras do espírito humano.

Não se lhes concebem barreiras, que a todas vence a virtude.

O intangível, para onde se alongam os olhos ansiosos, cheio de esperança, se faz muita vez realidade palpável.

Aquilo que só a imaginação concebe, num delineamento impreciso, por ele cobrará corpo e figura e se integrará no concreto das grandes aquisições.

Asas que transporta ao infinito o pensamento, o ideal é manancial inesgotável do Belo e do Bom, esculpindo a arte e criando a esmola, elevando o trabalho à dignidade do gozo, semeando o sorriso entre os espinhos, sustento para a fé, para o amor e para a glória".

Discurso de posse na Academia de Medicina da Bahia*

Profa. Sonia Gumes Andrade

Exmo Sr.Presidente da Academia de Medicina da Bahia. Caros confrades e confreiras. Meus Senhores e minhas Senhoras.

Ao ingressar na **Academia de Medicina da Bahia**, conduzida pela vontade dos seus ilustres e renomados componentes, que me indicaram, me aceitaram e me elegeram, sinto-me imensamente honrada e, ao mesmo tempo, feliz por estar de volta à minha velha **Faculdade de Medicina do Terreiro de Jesus**, desta vez não como uma jovem aluna mas, numa etapa de plena maturidade, recebendo o reconhecimento dos meus pares, por uma vida contínua de trabalho.

Os meus agradecimentos a todos os que demonstraram, inequivocamente, a sua confiança, ao aceitarem em seu meio uma artesã da pesquisa laboratorial, voltada inteiramente para o âmbito restrito do seu trabalho de ensino e investigação, sem pretensões filosófico-acadêmicas ou literárias.

Agradeço especialmente ao Prof. Geraldo Milton da Silveira, membro dos mais ativos e ilustres desta Academia e seu ex-Presidente, amigo de longa data, verdadeiro mentor da minha entrada para a Academia de Medicina da Bahia, e que primeiro expressou a idéia de me indicar como um membro da mesma.

Agradeço ao ilustre Presidente desta Academia, o Professor Alberto Serravalle, que, com o seu aval, seu cavalheirismo e a sua competência, me abriu as portas desta Academia durante a sua profícua gestão.

---

* 22/07/1998

Agradeço à Comissão Julgadora formada pelos Professores, Armênio Guimarães, Agnaldo David de Souza e José Antonio de Souza, que emitiu o seu Parecer favorável ao julgar o trabalho por mim apresentado para concorrer à vaga de Nº 25, antes ocupada pelo Prof. **Hosannah de Oliveira**, sob a égide do seu ilustre Patrono, o Prof. **Martagão Gesteira.**

Dedico este momento de tanto significado em minha vida, à memória do meu pai, **Huol Gumes,** à minha mãe, **Marieta Lobão Gumes**, a **Zilton** e aos nossos filhos e netos, todos eles criando o ambiente de amor e compreensão, que me permitiu a realização dos meus ideais.

A vida nos oferece inúmeros caminhos. Ao seguir um deles, buscamos nossos sonhos, nosso ideais, escolhemos nossas tarefas, nossas atribuições, nossos deveres, porém, mais de que tudo, nossos companheiros, nossos amigos. É a estes que me dirijo agora, para agradecer a todos que palmilharam e palmilham comigo os caminhos da ciência e do trabalho, companheiros de todas as jornadas, professores, alunos, colaboradores, difícil seria nomeá-los, pois todos contribuíram para que hoje eu aqui estivesse, carregando os louros que a todos caberiam.

Na fase mais inicial da minha formação, surge a figura ímpar do Prof. José Olympio da Silva, Catedrático da 2ª cadeira de Clínica Médica e os seus Assistentes Professores Cícero Adolfo da Silva e Rubem Tabacof, os quais, com mãos seguras, me levaram pelos caminhos árduos da Clínica.

A seguir, a vivência riquíssima na Fundação Gonçalo Moniz, onde entrei em contacto pela primeira vez, na década de 50, com a Anatomia Patológica e a pesquisa científica e onde encontrei, estudante ainda, a figura de Zilton, que me marcou para sempre, como o companheiro de toda a vida, como o orientador, o colega, o amigo. Mais tarde, já Professora da Faculdade de Medicina, contei com o apoio de seus Diretores e dos companheiros do Departamento de Anatomia Patológica, secundados também pelos que, durante todos estes anos, comigo conviveram na Fundação Gonçalo Moniz, depois Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz, como parte integrante de coesa equipe de trabalho. Nesta fase, não poderia deixar de citar os nomes dos seus Diretores: Aluizio Pra-

ta, José Fernando Figueiredo, Zilton Andrade, Moysés Sadigursky e Mitermayer Galvão dos Reis pelo apoio e incentivo constantes. A todos, os meus agradecimentos.

Devo confessar que, de início, a simples possibilidade de vir a fazer parte da Academia de Medicina da Bahia, me deixou até certo ponto perplexa. O peso da responsabilidade de preencher a vaga anteriormente ocupada pelo Professor **Hosannah de Oliveira**, o qual me acostumei a respeitar e admirar, como estudante ainda, e depois como Professora desta Faculdade, aquele de cujas mãos recebi o meu Diploma de Médica como Diretor desta Faculdade em 1953, transforma este ato solene, esta posse na Academia, em algo muito superior aos meus méritos, se é que os tenho. Senti-me pequena diante desta perspectiva.

Talvez eu tivesse uma visão ultrapassada do sentido de "Academia", baseada na acepção da palavra que nos conduz à sua origem primeira, quando Platão fundou, há mais de 300 anos antes de Cristo, a sua Academia filosófica, baseada em uma filosofia moral, especulativa e dogmática. Entretanto, a evolução se fez através os séculos, e, desde a Renascença, o termo "Academia" foi aplicado às sociedades voltadas para o culto ao saber que, não sendo escolas, num senso comum, eram ligadas a instituições de nível superior, especialmente a partir do século 18.

As academias científicas surgiram desde os séculos 16 e 17 na Itália , na França, na Inglaterra, na Alemanha e nestas encontramos nomes como os de Galileu, Descartes, Pascal e muitos outros. No mundo moderno, o conceito de Academia passou a significar, nas artes e nas ciências, os espaços onde os formadores do conhecimento passaram a ter um foro amplo e aberto, para discutirem e amadurecerem as suas idéias, dando-lhes um cunho de universalidade, capaz de criar pontos de interação entre os diversos âmbitos do conhecimento humano.

É pois, dentro deste espírito pós-moderno, que vejo agora a minha presença nesta Academia, no sentido de que ela me permitirá o contacto com uma comunidade médico-científica de escol, capaz de ampliar a minha visão acadêmica, trazendo-me imensos benefícios e novas energias nesta carreira que, em tão boa hora, resolvi seguir e à qual sempre me dediquei.

Será uma volta à Faculdade de Medicina, em que entrei pela primeira vez em 1948, com o ideal máximo de uma vida a ser dedicada à Medicina. A Academia de Medicina da Bahia, criada em 10 de julho de 1958, pela brilhante iniciativa do Professor Jayme Sá Menezes, é mais jovem do que o meu sonho, do que este ideal.

Sendo a nossa, a mais antiga Faculdade de Medicina do país, foi realmente tardio o surgimento desta Academia, principalmente se considerarmos que a Academia Nacional de Medicina do Rio de Janeiro tem mais de 160 anos. É surpreendente, portanto, que a Academia de Medicina da Bahia esteja ainda na sua juventude, ao completar agora, os seus 40 anos, fundada que foi em 1958. Analisando as razões pelas quais, somente então se houvesse criado esta Academia, o Prof. José Silveira, em seu discurso comemorativo dos seus 20 anos, em 1978 faz uma análise lúcida dizendo que "o motivo essencial do nosso retardamento esteve no fato, tranqüilamente aceito, de ter sido sempre a Faculdade do Terreiro a nossa verdadeira e real Academia de Medicina, como aliás, por muito tempo fora reconhecida e respeitada" diz Silveira. Entretanto, a necessidade de congregar os nomes de proeminentes médicos, e de imortalizá-los através de um "cunho consagratório" na visão de Sá Menezes em seu "Retrospécto histórico da fundação e funcionamento da Academia de Medicina da Bahia" fez com que surgisse e se concretizasse a idéia de sua criação. E aí está a nossa Academia, provando que, apesar de relativamente recente, está realmente fincada em alicerces seguros, provenientes das lides dos nossos ancestrais, e perpetuada através um fluxo contínuo, sempre atualizada e renovada.

A minha entrada na Academia de Medicina da Bahia, transcende, em significado, às expectativas de minha carreira como professora e pesquisadora.

Como mulher, não poderia deixar de ter uma visão feminina deste fato, o que me permite ampliar ao máximo este acontecimento, retirando de sobre mim os focos luminosos, para colocá-los sobre o fato maior que é a evolução da mulher no mundo moderno. Não se trata de uma posição "feminista" no sentido da palavra, mas gostaria que fosse reconhecida antes, como uma posição humanista, na medida em que reconhece, na mulher,

potencialidades idênticas para a realização de conquistas como esta, da qual agora, sou a personagem principal.

A trajetória da mulher na sociedade é cheia de percalços. Evoluiu em milênios, desde uma situação de extrema inferioridade, no que diz respeito às suas realizações pessoais, aos direitos individuais, à liberdade de pensamentos e ações, até a situação presente, em pleno século 20, em que a mulher pode atuar em todos os setores da atividade humana.

O direito de exercer a Medicina foi o resultado de uma luta de séculos, entre a mulher e a sociedade. De acordo com o historiador baiano Alberto Silva, que traçou brilhantemente a trajetória das primeiras mulheres médicas no Brasil, esta luta secular no mundo começou desde o instante em que a mulher desejou ser médica e atravessou assim a idade antiga, penetrou na idade média, invadiu a moderna, estendendo-se a grande parte da contemporânea, quando surgiu o triunfo da sua perseverança. Havia notória relutância em conceder à mulher o direito de exercer a profissão médica, sendo restrito aos homens, o direito de estudar a Medicina interna, fazer as provas de competência e se graduarem, permitindo-se à mulher, apenas, o exercício da cirurgia e da obstetrícia, sem o cunho científico que hoje têm estas especialidades.

Em 1754, na Universidade de Halle, na Alemanha, Dorotéa Cristina Erxleben foi a primeira mulher a receber o Diploma oficial de Doutora em Medicina no mundo, e marca o iníco da ascensão vitoriosa da mulher médica. Entretanto, as mulheres continuaram hostilizadas pelos colegas masculinos e pela imprensa, e mesmo por outras mulheres, em vários centros como na Inglaterra, na França, nos Estados Unidos, sempre que as jovens tentavam estudar Medicina.

No Brasil, somente em 1879, pela "Reforma Leôncio de Carvalho", permitiu-se o ingresso da mulher nas Faculdades, para obtenção de diploma científico. A primeira médica brasileira diplomada no Brasil foi a gaúcha Rita Lobato Velho Lopes, na Faculdade de Medicina da Bahia, em dezembro de 1887. Logo a seguir, em 1888, diplomou-se na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, a Dra. Ermelinda Lopes de Vasconcelos. Ambas fo-

ram muito bem recebidas pelos Professores e colegas masculinos em suas Faculdades, refletindo assim uma nova mentalidade, já então vigente no Brasil. Daí para diante, as mulheres continuaram a ingressar mais e mais nas Faculdades de Medicina e em todas as outras instituições de ensino superior.

De acordo com Rosalind Rosemberg, as nove décadas passadas determinaram enormes mudanças na vida da mulher. Na década final do século 20, as mulheres estão atingindo níveis mais elevados de educação, trabalhando mais freqüentemente, retardando a idade de casamento e de maternidade e vivendo mais tempo do que em qualquer época deste século. Nos Estados Unidos, um em cada cinco médicos e um em cada 5 advogados são mulheres. Na França, de acordo com Elisabeth Badinter, num espaço de 20 anos, a situação das mulheres se modificou radicalmente. Em 1906, as mulheres francesas representavam 39% da população ativa e destas, 44% trabalhavam no setor agrícola. Entretanto, estima esta autora que em 1985, 10 milhões de francesas estavam ativas. Além disto, o trabalho adquiriu para elas um significado diferente do que tinha para as mulheres do início do século, quando só tinham acesso aos trabalhos penosos e repetitivos, exploradas mais duramente que os homens e inferiormente pagas. "Na era do computador, não se distinguem mais as tarefas masculinas das femininas", diz esta autora.

Pouco a pouco as mulheres mais privilegiadas unem-se profissionalmente aos mais privilegiados homens.

Entretanto, não julguemos nós que as carreiras femininas estão facilitadas. Pelo contrário, cabe à mulher a capacidade de competir com os homens com igual proficiência, porém sem abdicar do seu direito maior de ser mãe, e do dever de ser esposa e companheira do homem, funções sociais estas da mais alta importância e que não poderão jamais ser subestimadas no papel da mulher na sociedade.

No Brasil, o desemprego, o subemprego e a menor remuneração por atividades semelhantes, atingem muito mais às mulheres. Apesar de tecnicamente preparadas, as mulheres levam desvantagens quanto aos níveis atingidos em suas carreiras, sem que isto signifique menor capacidade ou incompetência.

Nos países socialmente mais evoluídos, esta colocação seria, talvez, sem sentido. Basta se considerar que na década de 20, nos Estados Unidos, a Sociedade de Mulheres Médicas já batalhava, ativamente, no sentido de desenvolver programas de Saúde Pública e Medicina Preventiva com assistência gratuita, sendo veementemente combatidas pelos membros da Associação Médica Americana.

Entretanto, em nosso meio, a condição feminina é muitas vezes degradada a um nível de inferioridade. **Cabe à mulher, e só a ela, se preparar para ocupar o seu espaço na sociedade.**

Minhas homenagens àquelas que, por esforço próprio e por autodeterminação, conseguiram os níveis mais elevados de formação cultural e, hoje no Brasil, vencendo as dificuldades do meio, e acumulando as tarefas inerentes à sua condição feminina, conseguiram vencer em suas carreiras como professoras de todos os níveis, médicas, advogadas, arquitetas, escritoras, empresárias, cientistas, pesquisadoras, formando com os homens, a base cultural da sociedade. Estas homenagens vão também para as dezenas de outras que, anonimamente, dedicaram a sua vida à Medicina, ao Ensino e à Pesquisa, às Professoras e Pesquisadoras e a todas as mulheres que reconheceram o seu dever de contribuir para a ciência, para a evolução e a transmissão do conhecimento.

Enalteço o papel da Academia de Medicina da Bahia, pela sua contemporaneidade, ao criar em seu âmbito o espaço para que as mulheres como Maria Tereza Pacheco e Eliane Azevedo, conduzidas pelos ideais acadêmicos, neles compreendidos a atuação científica e profissional, possam compartilhar das suas atividades, contribuindo assim para o seu engrandecimento.

O conceito de **Academia** nos tempos modernos traz implícito o ideal de manter imortal a memória dos seus membros e, como tal, cabe ao sucessor a árdua tarefa de definir o perfil de seus patronos e reviver a memória do seu antecessor, trazendo à lembrança de alguns e ao conhecimento de todos, os pontos mais importantes de sua carreira e da sua contribuição. Dentro deste contexto, surgem diante de mim as personalidades de **Martagão Gesteira** e de **Hosannah de Oliveira.**

O patrono da cadeira nº 25: PROF. **JOAQUIM MARTAGÃO GESTEIRA,** nasceu em Afonso Pena (antiga Conceição do Almeida) em 17 de maio de 1884. Ingressou na Faculdade de Medicina em 1902 e defendeu sua Tese de conclusão do curso em 1908. Esta Tese inaugural já demonstra uma maturidade fora do comum para um jovem de 24 anos que concluía o seu curso médico. Intitulada "Etiologia e diagnóstico da septicemia de Bruce" o autor discorre fluentemente nesta Tese sobre o assunto, em revisão bibliográfica exaustiva, ao tempo em que investiga a ocorrência desta nosologia em nosso meio, usando os recursos disponíveis na época, com acerto e objetividade. Não faltou certamente ao jovem médico, a orientação segura na carreira científica, sendo de alto significado, o fato de que a sua Tese foi realizada na cadeira de Clínica Propedêutica, tendo como Professor o grande Alfredo Brito. Em 1912, submeteu-se Martagão Gesteira ao Concurso de Livre Docência da Clínica Pediátrica Médica com a Tese intitulada "Reação de Schimidt-Triboulet (seu valor prognóstico nas afecções dos lactentes)". Em 1914 foi regente interino de Clínica Pediátrica Médica e a seguir Professor Extraordinário Efetivo de Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil. Ainda neste mesmo ano defendeu a Tese de Catedrático intitulada "O exame médico da criança – Semiótica do aparelho respiratório", assumindo então, em 1915, o cargo de Professor Catedrático de Clínica Pediátrica Médica.

Em 1923 fundou Martagão Gesteira, com os seus colaboradores Álvaro Bahia, Álvaro da Franca Rocha, Hélio Ribeiro, Carlos Levindo, Durval Gama e Augusto Fernandes de Abreu, a Liga Bahiana Contra a Mortalidade Infantil, de fins filantrópicos, hoje designada Liga Álvaro Bahia Contra a Mortalidade Infantil. No presente momento, estão sendo comemorados os 75 anos desta Instituição filantrópica, que nasceu da sensibilidade deste grupo de médicos liderados por Martagão Gesteira, para fazer frente às condições alarmantes de mortalidade infantil que ocorriam à época na Bahia. Estas comemorações estão centradas em inúmeras conferências e debates científicos por especialistas, demonstrando que as sementes que foram lançadas em 1923 encontraram um solo fértil e têm produzido os seus frutos. A obra assistencial desenvolvida pela Liga Bahiana Contra a Mortalida-

de Infantil atingiu um nível tal de importância, que deu origem à criação de um Hospital, construído por seu continuador, Álvaro Bahia, cuja pedra fundamental foi lançada em 1946, o qual foi denominado Hospital Martagão Gesteira, como uma justa homenagem àquele que tanto batalhou pela defesa da criança na Bahia e no Brasil. Em 1930, fundou a Sociedade de Pediatria da Bahia e a primeira publicação especializada no Brasil, o "Boletim de Pediatria", depois "Revista de Pediatria e Puericultura".

Em 1935, foi Martagão Gesteira Diretor do Departamento Estadual da Criança, instalando consultórios de higiene pré-natal e de higiene infantil, em todos os distritos da cidade de Salvador, tendo fundado a Escola de Puericultura Raymundo Magalhães, localizada no Campo Grande.

Impressionado com a sua obra assistencial e científica, o Presidente Getúlio Vargas convidou-o, em 1937, para ocupar a 1ª Cadeira de Puericultura e Clínica da Primeira Infância na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Aquele que, na Bahia, havia sido o paladino das lutas em favor da saúde infantil, desenvolveu também no Rio de Janeiro uma obra notável, tendo sido Diretor do Instituto de Puericultura da Universidade Federal, de 1938 a 1941. Permaneceu como Professor Catedrático da Universidade Federal do Rio de Janeiro, até a sua morte, em 1954.

Ainda como Catedrático da Faculdade de Medicina da Bahia e depois na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, o Professor Martagão Gesteira fez várias viagens ao exterior e representou o Brasil em vários Congressos Internacionais, trazendo sempre novos conhecimentos, que muito contribuíram na formação de uma nova escola de Pediatria Científica. Na Bahia, foram seus alunos, entre outros, os ilustres Professores Hosannah de Oliveira, Braulio Xavier, Eliezer Audíface e, como continuadores de sua obra social, Raymundo Gesteira, seu filho, Álvaro Bahia, Franca Rocha, José Peroba, Elizio Athayde. Deixou uma grande obra científica que engloba Teses, Monografias, Conferências, numerosos trabalhos publicados em revistas nacionais e estrangeiras, além de 3 livros. De acordo com as palavras do seu contemporâneo, Prof. Eliezer Audíface, autor de sua biografia publicada na Sinopse Informativa da Faculdade de Medicina, em 1978,

"Martagão Gesteira não foi só o Professor admirável; a sua atuação como clínico, até hoje, tantos anos após a sua morte, ainda é evocada e recordada pela admiração dos assistentes e ex-alunos". Deste modo, foi Martagão Gesteira um grande marco na Medicina, e, especificamente, na Pediatria e na Puericultura. Sua obra assistencial é um atestado para a posteridade do seu valor humanístico que ultrapassa até mesmo o seu imenso valor científico.

Dentro desta grande Escola de Pediatria da Bahia surge a figura de **HOSANNAH DE OLIVEIRA,** continuador de Martagão Gesteira no magistério e na sua obra assistencial, como Catedrático da Clínica Pediátrica e como Diretor da Liga Bahiana Contra a Mortalidade Infantil. Hosannah de Oliveira nasceu na cidade de Belmonte, Bahia, em 22 de setembro de 1902, filho de Leopoldino Ferreira de Oliveira e de D. Francisca Sampaio de Oliveira. Durante o seu curso médico na Faculdade de Medicina da Bahia, foi interno da cadeira de Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil, da qual era catedrático o Prof. Martagão Gesteira, recebendo, portanto, desde cedo, na sua carreira, a influência deste Mestre. A prova disto é que em sua Tese de Doutoramento, em 1927, diz o doutorando "Foi-nos proposto pelo nosso eminente Mestre, Professor Martagão Gesteira, o estudo do fígado na desnutrição da criança e demos início às pesquisas que nos levariam ao fim almejado." A Tese resultante, para a obtenção do título de Doutor em Ciências Médico-Cirúrgicas foi intitulada: "O fígado na hypotrepsia" e representou um estudo geral sobre o figado na criança e em especial das funções hepáticas na desnutrição da criança, tendo como base as provas funcionais usadas na época. Aluno laureado da turma de Médicos de 1927, seguiu todos passos da carreira universitária. Em 1937, fez concurso para Docente Livre da Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil e, em 1938, entrou como Assistente desta Clínica. Posteriormente, ocupou o cargo de Professor Catedrático Interino, a partir de 1941 até 1946. Em 1945, fez concurso para Catedrático da Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil, tendo defendido a Tese intitulada: "A incidência da sífilis congênita no lactente, na cidade do Salvador". Esta Tese reflete a grande experiência do Professor Hosannah de Oliveira, além de mostrar a sua preocupação

com o problema que atingia principalmente as classes mais pobres. Na primeira parte desta Tese, discorre sobre a importância médico-social da sífilis congênita e faz uma análise do problema no Brasil. Na segunda parte, faz minuciosa análise sobre as bases do diagnóstico da sífilis congênita, descrevendo, não apenas os sinais clínicos, mas o exame radiológico, a pesquisa do agente etiológico e as reações sorológicas. Na terceira parte estuda a incidência da sífilis congênita nos lactentes na Bahia e apresenta os dados de bibliografia existentes. Diz Hosannah: "Durante 9 anos vimos estudando o problema da sífilis congênita no lactente, em nosso meio, e já em 1937 apresentamos um relatório ao 2º Congresso de Medicina, focalizando o assunto. Daí para cá, com observações mais cuidadosas, conseguimos levantar uma estatística da incidência da infecção treponêmica do lactente e as cifras encontradas nos deixaram verdadeiramente estarrecidos". Catalogou 735 casos, descrevendo as suas lesões e a incidência das suas diversas manifestações. Na quarta parte da sua Tese, descreve as medidas de proteção e assistência ao lactente sifilítico e os métodos de tratamento em uso na época, em longos períodos de 3 a 4 anos, à base de Arsênio-Bismuto, sendo incipiente, a esta época, o uso de Penicilina no tratamento da sífilis.

Difícil será, para mim, poder captar todas as nuances da personalidade de **Hosannah de Oliveira**. Sendo ele nosso coetâneo, todos trazemos no coração e na memória a sua imagem; eu a tenho viva pelas suas aulas, pela sua presença na enfermaria e por ocasião de minha formatura, quando recebi de suas mãos o meu Diploma de Médica. Muitos trazem dele, também no coração, a lembrança de seu convívio diário na clínica, na enfermaria, na vida e destes testemunhos me servi, através dos colegas Nelson Barros, Luiz Fernando Pinto, de artigos de outros mestres desta Faculdade, para melhor entendê-lo. Suas posições eram retas e firmes, e na sua carreira teve inúmeras oportunidades de demonstrar a força do seu caráter e a sua honradez. Foi Diretor da Faculdade de Medicina, Superintendente do Hospital Universitário Prof. Edgard Santos, Comendador da Ordem do Mérito da Bahia, e, após a sua aposentadoria, recebeu o Titulo de Profes-

sor Emérito e a Medalha de Ouro por excepcionais serviços prestados à Universidade.

Foi Membro da Academia de Medicina da Bahia, ocupando a cadeira de nº 25, tendo como Patrono Martagão Gesteira.

Continuador, como já me referi, de uma brilhante escola de Pediatria na Bahia criada por Martagão Gesteira, transmitindo aos jovens alunos as suas atitudes humanisticas de um grande chefe, um Professor Universitário no sentido mais amplo, distribuindo conhecimentos, dando exemplos de bondade, retidão de caráter e honestidade, até hoje os seus alunos diletos continuam a sua obra e continuam a amá-lo, como bem expressam os artigos publicados por ocasião do seu falecimento, em 1997. Um deles, o Professor Nelson Barros, seu sucessor na cadeira de Pediatria disse: "Foi um Professor notável, de incomparável humildade e, desse modo, nos transmitiu conhecimentos que, além de nos informar, sobretudo moldaram a formação de inúmeros discípulos." Do Prof. Luiz Fernando Pinto podemos ler: "Nesta trajetória brilhante, permeada por incontáveis títulos, reunidos num riquíssimo currículo, a grandiosidade da sua cultura e o papel altamente representativo que ele desempenhou na Pediatria nacional foram sobrepujados pela magnitude do seu espírito. O ser humano excepcional transcendeu a riqueza do currículo."

Estamos aqui, hoje, sob a aura magnífica destes dois Professores notáveis que se distinguiram não só pela inteligência e competência como, e principalmente, pela sua bondade e dedicação à causa das crianças, aos cuidados assistenciais indispensáveis a esta sofrida população infantil de nosso país, crianças estas que representam a célula mater da nossa nacionalidade.

Por todos os seus méritos, estes dois Mestres deverão ser reconhecidos agora e na posteridade como verdadeiros BENFEITORES DA SOCIEDADE.

OBRIGADA.

Quimioterapia experimental da doença de chagas: Influência do tratamento específico na regressão das lesões fibrótico – inflamatórias do miocárdio*

*Sonia Gumes Andrade***

I – INTRODUÇÃO

Apesar da transmissão da doença de Chagas pelo inseto vetor ter sido controlada em muitas áreas do Brasil a partir da década de 80, através de campanhas de desinsetização pelo Ministério da Saúde[32], persiste ainda, em uma parcela significante das populações das áreas endêmicas da doença, a infecção pelo *Trypanosoma cruzi.* Este fato é decorrente da própria história natural da doença, que se desenvolve em um período de tempo muito prolongado, persistindo contaminados por toda a vida aqueles que o foram em idade muito precoce. Relatos de auto-cura da doença são escassos, nem sempre comprovados. Em animais suscetíveis como o camundongo, não ocorre autocura após períodos prolongados de infecção, podendo-se detectar a infecção patente, utilizando-se metodologia adequada para este fim. Por outro lado, existem mecanismos de transmissão pouco controláveis, como a congênita e a transfusional, permitindo o surgimento de novos casos agudos esporádicos. O advento dos transplantes cardíacos em pacientes chagásicos ou mesmo o transplante de outros órgãos, trouxe o risco de reativação de infecções subpatentes pelo uso dos imunossupressores, com agudização e intensificação significante da miocardite.

A síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS), tem levado à reativação de infecções inaparentes em pacientes com a

---

* Trabalho apresentado à ACADEMIA DE MEDICINA DA BAHIA para concorrer à vaga No. 25

** Chefe do Laboratório de Doença de Chagas Experimental, Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz – FIOCRUZ. Rua Valdemar Falcão No. 121, Brotas, Salvador-Bahia

forma indeterminada da doença, determinando quadros graves de comprometimento do sistema nervoso central[23].

Em todas as ocorrências acima expostas, existe a necessidade do tratamento específico da infecção pelo *T. cruzi*. Tendo em vista a alta incidência nas áreas endêmicas, de individuos sorológicamente positivos, muitas vezes apresentando sinais evolutivos da doença ou mesmo na sua fase indeterminada, o tratamento etiológico tem sido indicado principalmente no caso de crianças e adolescentes[1] e hoje faz parte dos programas da Fundação Nacional de Saúde[24].

Dentro da perspectiva atual acima esboçada em que, ao par de uma aparente diminuição na gravidade do problema da doença de Chagas no Brasil, persiste uma real e preocupante situação qual seja a de persistência de uma legião de indivíduos infectados, a necessidade de erradicação do parasito passa a ser uma prioridade, após o êxito, ainda parcial, na erradicação do seu vetor.

O enfoque que daremos ao presente trabalho representa a temática de nossas investigações sobre a doença de Chagas e a exposição que faremos a seguir está, em sua maior parte, baseada nos resultados de estudos que temos desenvolvido, sempre levando em conta outras fontes de referência ligadas ao assunto.

II – ASPECTOS BÁSICOS DA QUIMIOTERAPIA DA DOENÇA DE CHAGAS

O problema da quimioterapia da doença de Chagas continua sendo um desafio, tanto do ponto de vista clínico como experimental. Além da dificuldade em se encontrarem drogas ao mesmo tempo eficazes, atóxicas, não mutagênicas, existem as dúvidas sobre o efeito curativo das mesmas, sobre a real valia do tratamento da fase crônica e a possibilidade da regressão das lesões fibrótico-inflamatórias.

A abordagem experimental tem permitido investigar algumas das questões acima listadas e tem contribuído para esclarecer, pelo menos em parte, alguns dos problemas relacionados com a

quimioterapia da doença de Chagas. As drogas ainda hoje em uso clínico são as mesmas de 20 atrás: o Nifurtimox ou Bay 2502, derivado nitrofurfurilidênico e o Benzonidazol (RO 7-1051), derivado nitroimidazólico, as quais têm sido objeto da maioria destas pesquisas. Além da investigação sobre a eficácia destas drogas e a sua capacidade antiparasitária tem-se procurado investigar nestes estudos a influência do tratamento sobre as lesões tissulares. Na fase crônica da infecção, onde os mecanismos de autoimunidade estão envolvidos, muitos médicos acreditam que o tratamento específico não seria benéfico para o paciente, baseados em uma suposta manutenção das lesões de caráter imunológico, mesmo na ausência dos parasitos. Os estudos experimentais têm entretanto evidenciado que, tanto na fase aguda, em que a ação direta do parasito é responsável pelas lesões, como na fase crônica em que os mecanismos imunológicos são importantes, o tratamento curativo com o Benzonidazol e o Nifurtimox leva a uma nítida diminuição do processo fibrótico-inflamatório[16, 17]. Estes achados sugerem que o tratamento específico pode ser benéfico aos pacientes que apresentem uma cardiopatia inicial ou naqueles da forma indeterminada, principalmente os mais jovens.

Além destes medicamentos têm sido testadas experimentalmente drogas também eficazes mas que não atingiram o uso clínico como MK-436 que, do mesmo modo que o Benzonidazol, é um derivado nitroimidazólico e demonstrou grande eficácia no tratamento da infecção experimental, determinando a cura parasitológica em alta percentagem dos animais, mesmo quando infectados por cepas do *T. cruzi* altamente resistentes aos outros quimioterápicos[6, 7].

Considerando os aspectos básicos das pesquisas sobre quimioterapia da doença de Chagas, torna-se patente que os novos compostos que poderão vir a ser eficazes contra o *Trypanosoma cruzi, in vivo*, deverão interferir no metabolismo parasitário, sendo inócuos aos sistemas metabólicos das células do hospedeiro[28]. Diferentes aspectos têm sido investigados como a catalisação da replicação dos minicírculos do kDNA que é feita por uma topoisomerase exclusiva dos tripanosomatídeos; a pre-

sença de glicosomas nos quais os processos enzimáticos podem ser alterados com finalidade terapêutica bem como nos ciclos metabólicos do oxigênio e das purinas. A interferência no sistema de proteção dos tripanosomatídeos contra a ação do Oxigênio (sistema tripanotione), pode tornar os parasitos mais suscetiveis à peroxidase e aos radicais livres. Os aspectos referidos foram extensamente revistos por Marr e do Campo[28].

As formas parasitárias intracelulares do *T. cruzi* se constituem em verdadeiras formas de resistência pela sua localização, sendo necessário que os medicamentos atuem intracelularmente, sem comprometimento das estruturas celulares do hospedeiro. No sentido de investigar a ação intracelular dos quimioterápicos com efeito tripanosomicida[6,16], foram utilizados camundongos inoculados com diferentes cepas do *T. cruzi* e submetidos ao uso das drogas em uso clínico ou com drogas em fase de investigação experimental como o MK-436. O tratamento foi acompanhado desde as primeiras horas após a administração do composto (6, 12 e 24 horas) e os animais sacrificados sequencialmente, foram examinados, não só pela microscopia ótica como pelo exame ultraestrutural, tanto no tratamento com Nifurtimox e o Benzonidazol[16], como com o MK-436[6]. Nestes estudos foi verificado que, logo às primeiras horas (6 horas), após a administração dos medicamentos, os ninhos parasitários sofrem alterações das formas amastigotas, e ao exame ao microscopio eletrônico, evidencia-se, além da acentuada vacuolisação citoplasmática, tumefação mitocondrial, condensação nuclear e enrugamento da membrana das formas parasitárias intracelulares[10]. A miocélula cardíaca sofre alterações, com lise citoplasmática em torno das formas parasitárias em degeneração, condensação nuclear e citoplasmática, inclusões lipídicas, além de alterações mitocondriais. Estes achados demonstram a ação seletiva sobre as formas intracelulares do parasita. A destruição parasitária, condiciona a liberação de produtos antigênicos do parasito ou da própria célula destruída, levando assim a uma exacerbação do processo inflamatório, o que agrava a miocardite, nos casos agudos, com as conseqüências previsíveis, levando a uma falência miocardica. O uso, nestes casos, dos corticoesteróides com ação

anti-inflamatória, no sentido de inibir e controlar a acentuada miocardite, poderia levar a uma exacerbação parasitêmica e o aumento do parasitismo cardíaco nos animais experimentais, em consequência da ação imunossupressora destas drogas. Deste modo, para o tratamento em casos indicados, seria necessário testar experimentalmente o efeito dos corticoides quando associados aos quimioterápicos, na inibição da miocardite da fase aguda, exacerbada pela destruição parasitária intracelular. Com este objetivo, foram utilizados cães jovens experimentalmente infectados com a cepa 12SF do *Trypanosoma cruzi*, a qual é muito virulenta e miocardiotrópica, isolada de um caso agudo fatal de São Felipe, BA[4]. Os cães foram acompanhados quanto à evolução da fase aguda, pela realização de eletrocardiogramas, antes e após infecção e pela avaliação da parasitemia. Após estabelecida a infecção grave os cães sobreviventes foram submetidos a tratamento com Nifurtimox a partir do 17º ao 21º dias de infecção na dose de 30mg/kg/dia, seguida após 24 horas, de doses diárias de 1mg de Betametasona. O tratamento combinado com Nifurtimox e Betametasona teve uma duração de 12 dias. O acompanhamento eletrocardiográfico demonstrou regressão das alterações do ECG e maior sobrevida naqueles tratados com esta associação quando comparados com os infectados não tratados ou com os infectados e tratados apenas com Nifurtimox. O estudo histopatológico mostrou que o uso associado do quimioterápico com corticóides[4] propicia a regressão do processo inflamatório sem prejuízo da ação antiparasitária. Esta mesma associação foi empregada em dois pacientes com forma aguda grave tendo melhorado a condição clínica, as alterações radiológicas e eletrocardiográficas destes pacientes, propiciando a sobrevida dos mesmos[14]. Este pode servir de exemplo de como o modelo experimental pode ser utilizado para responder a uma questão de interesse para o tratamento, quando o clínico se deparar com um caso de forma aguda grave de doença de Chagas. Isto não implica na conclusão de que os estudos experimentais possam vir a ser transferidos diretamente para o uso clínico. Há entretanto evidências de que nos modelos experimentais da doença de Chagas aspectos ligados à patogenia e à patologia podem ser esclarecidos, observando-se mesmo a reprodução de caracte-

rísticas da infecção do homem no modelo experimental. Um bom exemplo disto é o caso de um paciente de 17 anos, com a forma aguda fatal da doença de Chagas, do qual foi isolada a cepa designada como 12 SF, de alta virulência, que foi utilizada em numerosos trabalhos experimentais como protótipo do biodema Tipo II. Esta cepa determinou em cães as mesmas lesões observadas ao exame anátomo-patológico do paciente do qual a mesma foi isolada, mostrando mais uma vez que o modelo experimental pode oferecer importantes indicações para o acompanhamento e o tratamento em seres humanos.

III – O PROBLEMA DA RESISTÊNCIA AOS QUIMIOTERÁPICOS

Os compostos atualmente em uso clínico, especialmente o Benzonidazol (RO 7-1051 – Rochagan), tiveram a sua eficácia comprovada clínica e experimentalmente, tornando-se entretanto problemática a comprovação da cura parasitológica em uma percentagem de casos tratados. Por outro lado, os resultados obtidos pelos pesquisadores em diversas áreas geográficas do Brasil e de outros países da América mostraram resultados discrepantes quanto aos índices de cura obtidos, indicando diferenças geográficas na resposta aos medicamentos[32]. Estudos experimentais vieram a demonstrar a existência de cepas do *T. cruzi* com nítida resistência ao Nifurtimox e ao Benzonidazol o que se constitui em uma característica intrínseca, ligada ao tipo biológico da cepa[8, 9]. Deste modo, vale salientar o importante papel da cepa do parasito nas diferenças de resposta ao tratamento observadas por diversos autores em pacientes de diferentes áreas geográficas. As cepas do *T. cruzi* caracterizadas do ponto de vista biológico em diferentes biodemas[2,3] e bioquímico em zimodemas[30], têm um distribuição ubíqua nas diversas regiões do Brasil e em outros países da América do Sul e Central[15] o que pode, pelo menos em parte, estar associado às diferentes respostas aos quimioterápicos em pacientes de diferentes áreas geográficas. Resulta destas observações a recomendação do estudo e tipagem das cepas isoladas de pacientes de áreas

endêmicas em que programas de tratamento venham a ser desenvolvidos. Em estudo de colaboração clínico – experimental[18] foram estudadas laboratorialmente cepas do *T. cruzi* isoladas de pacientes em diferentes formas clínicas da doença de Chagas da região Centro-Oeste do Brasil, compreendendo localidades de Minas Gerais, Goiás e Oeste da Bahia. As cepas isoladas foram caracterizadas do ponto de vista biológico e isoenzimático e inclu]idas em dois diferentes biodemas: Tipo II e Tipo III. As cepas do Tipo II (zimodema 2), têm mostrado boa resposta ao tratamento quimioterápico[5] e as de Tipo III (zimodema 1) são muito resistentes e têm demonstrado experimentalmente, índices de cura nulo[9]. Os resultados dos testes terapêuticos experimentais das cepas isoladas dos pacientes da área endêmica do Brasil Central foram comparados com os resultados do tratamento dos pacientes dos quais as mesmas foram isoladas[18]. Foi demonstrada uma correspondência em 81,8% dos casos entre os resultados do tratamento dos pacientes quando comparados com os obtidos nos camundongos inoculados com as cepas isoladas dos mesmos, indicando que os resultados experimentais se superpõem, até certo ponto, aos resultados clínicos. Isto cria uma nova perspectiva para a triagem de drogas a serem usadas no tratamento de pacientes nas diferentes áreas endêmicas.

Merece registro o fato de que o composto nitroimidazólico MK-436 (Merck Sharp Dhome), testado experimentalmente em camundongos infectados com os diferentes tipos de cepa[6,7] mostrou-se eficaz, mesmo nas cepas resistentes aos outros medicamentos, determinando a cura parasitológica em alta percentagem de casos, não só tratados na fase aguda[6] como na fase crônica[7]. Este composto, entretanto, embora aprovado por diferentes pesquisadores, não foi testado em pacientes e sua produção foi descontinuada. Entretanto os estudos experimentais com esta droga sugerem a possibilidade da síntese de drogas realmente eficazes, com capacidade curativa para os diferentes tipos de cepa, o que permitirá a eliminação do parasita mesmo naqueles pacientes portadores de cepas que até o momento não têm respondido ao tratamento quimioterápico com as drogas em uso clínico.

IV – CORRELAÇÃO ENTRE CURA PARASITOLÓGICA E NEGATIVAÇÃO SOROLÓGICA: A MEMÓRIA IMUNOLÓGICA

Entre os problemas relacionados à quimioterapia da doença de Chagas e que têm desafiado os clínicos em áreas endêmicas da alta prevalência está a comprovação da cura nos pacientes tratados. De acordo com Cançado[22], a cura só poderá ser comprovada quando, ao lado da negativação parasitológica comprovada por xenodiagnósticos repetidamente negativos, durante periodo prolongado, ocorrer também a negativação sorológica. Os testes sorológicos ditos "convencionais" são a imunofluorescência indireta (IFI), hemaglutinação e o ELISA. Além destes tem sido preconizado o teste de lise mediada por complemento (LMC) o qual, de acordo com Krettli et al.[27] pode detectar a persistência de parasitos vivos após o tratamento. Entretanto os resultados obtidos com este teste em vários laboratórios são controvertidos e, além disto, a técnica é muito trabalhosa e dificilmente poderia ser usada em trabalhos de rotina. No modelo experimental por nós utilizado, não houve correlação entre o teste de LMC e os testes já referidos, de cura parasitológica.

Na experiência clínica de vários pesquisadores, entre a negativação do xenodiagnóstico e a negativação sorológica há um acentuado lapso de tempo, de mais de um ano nos casos agudos e periodo maior nos casos crônicos. Estes aspectos dificultam o estabelecimento de critérios de cura em pacientes tratados.

Os estudos experimentais têm demonstrado em diferentes grupos de tratamento, não só na fase aguda como na fase crônica da infecção que a cura parasitológica, comprovada por vários métodos, não coincide com a negativação sorológica. Os testes de cura aplicados aos animais tratados são variados e simultâneos como o xenodiagnóstico, a hemocultura, a subinoculação do sangue em camundongos recém-nascidos, o tratamento com drogas imunossupressoras e o estudo histopatológico, todas com o objetivo de demonstrar a ausência de parasitos isto é, a comprovação segura da "cura parasitológica". São também realiza-

dos os testes sorológicos nestes animais os quais têm revelado, na maioria dos casos, a falta de correlação entre a negativação parasitológica e a sorológica. Com o objetivo de investigar os mecanismos determinantes destes achados foi levantada a hipótese de que antígenos parasitários estariam sequestrados em "células de memória" no baço[11]. A memória imunológica está associada ao desenvolvimento de centros germinais no baço onde se alojam as células dendríticas foliculares, na zona B, as quais capturam complexos antigeno-anticorpo e, como células apresentadoras de antígenos os fornecem às células B antígeno-específicas dando origem às células B de memória imunológica, envolvidas na resposta humoral. As células dendríticas podem manter complexos imunes por períodos prolongados e, através de determinantes antigênicos livres, mantêm a estimulação continuada da resposta sorológica e da produção de anticorpos. Para investigar esta hipótese, camundongos infectados por diferentes cepas do *T. cruzi,* tratados na fase crônica da infecção, foram acompanhados em um período de 3 a 6 meses após o término do tratamento, quando foram submetidos aos diversos testes de cura parasitológica citados anteriormente. Esta triagem inicial permitiu detectar os seguintes grupos de estudo, tomando como base a cura parasitológica: 1) camundongos tratados e parasitologicamente curados; 2) camundongos tratados porém não curados; 3) controles infectados não tratados. Em todos os animais a sorologia avaliada pelo teste de IFI foi mantida positiva com títulos variando de 1:10 a 1:160 nos tratados e curados e em títulos mais elevados, (1:160 a 1:640) nos não curados e nos não tratados. A investigação dos antígenos do *T. cruzi* sequestrados em células dendríticas foi realizada pela técnica da imuno-eletronmicroscopia com marcagem dos antigenos pela peroxidase após o tratamento das secções criopreservadas com anti-soro monoespecífico purificado anti-*T.cruzi.* Os resultados mostraram marcagem positiva de células dendríticas nos centros germinais dos folículos linfoides, visualizada como depósitos densos osmiofílicos na membrana celular, idênticos aos que são evidenciados nas formas parasitárias intracelulares em controles positivos[11]. Estes achados dão apoio à hipótese de que a memória imunológica é mantida por células do baço identificadas como células dendríticas

foliculares. Isto pode explicar porque pacientes tratados e curados podem permanecer sorologicamente positivos por um lapso de tempo ainda não bem determinado e somente um cuidadoso acompanhamento poderá detectar, com segurança a fase em que ocorre a negativação sorológica. No animal experimental há uma variação de acordo com a espécie, quanto ao tempo de persistência do estímulo após a injeção de diferentes antígenos em ratos, coelhos e camundongos. Neste sentido, novas investigações têm sido desenvolvidas para o esclarecimento do problema no modelo experimental. A possível existência de uma "memória imunológica" mantendo a estimulação à formação de anticorpos, abre novas perspectivas na avaliação do efeito curativo de drogas anti-*T. cruzi* e na avaliação dos resultados do tratamento em pacientes das áreas endêmicas.

V – IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO NA REGRESSÃO DAS LESÕES FIBRÓTICO-INFLAMATÓRIAS

O desafio do tratamento específico da Doença de Chagas não está apenas na procura de drogas capazes de eliminar os parasitos do organismo mas, e principalmente, na possibilidade de que a cura parasitológica possa contribuir para a regressão das lesões, quer seja na fase aguda, onde as reações antígeno/anticorpo estão envolvidas ou na fase crônica onde os mecanismos de imunidade celular são predominantes. Dai o interesse em se obter modelos experimentais capazes de indicar se o tratamento curativo da doença de Chagas influenciaria ou não na evolução das lesões tissulares. O modelo experimental do camundongo permite monitorizar as múltiplas alterações nos diversos orgãos e tecidos as quais variam com a cepa do parasito, sua virulência e patogenicidade e o seu tropismo. Tem sido demonstrado que na fase aguda da infecção por diferentes cepas as lesões histopatológicas decorrem diretamente do parasitismo tissular. Os orgãos e tecidos que apresentam uma maior densidade parasitária são os que apresentam o maior grau de lesões

quer seja em nível de miocárdio e músculo esquelético com as cepas miotrópicas ou lesões disseminadas, com as cepas macrofagotrópicas, na fase aguda da infecção.

Deste modo, no tratamento da infecção aguda a regressão ou não das lesões tissulares está na dependência da cura parasitológica. Nesta fase, o exame histopatológico pós-tratamento em diferentes modelos experimentais (camundongos ou cães), mostrou regressão total das lesões nos animais curados que foram infectados com cepas susceptíveis, porém mesmo naqueles infectados com cepas resistentes, em que não houve cura parasitária, detectou-se nítida diminuição das lesões quando comparados com os controles não tratados[4,6,16]. Estes dados vêm confirmar que as lesões desenvolvidas na fase aguda são dependentes da presença de parasitos nos tecidos e que a cura ou mesmo a diminuição da carga parasitária pode fazê-las regredir.

Nos animais infectados pelo *T. cruzi*, que evoluem para fase crônica da infecção, uma gama de alterações pode se desenvolver a dépender da cepa do parasito, variando desde lesões inflamatórias focais, discretas a lesões acentuadas em miocárdio e músculo esquelético com densos infiltrados de macrófagos, linfócitos e plasmócitos e a proliferação de fibroblastos.

No camundongo cronicamente infectado pelo *T. cruzi* o processo de fibrose intersticial do miocardio é proeminente e há uma predominância dos colágenos Tipos III e IV nos estados avançados de evolução. A identificação dos tipos genéticos de colágeno é importante para a avaliação das possibilidades evolutivas do processo de fibrose bem como da possibilidade de regressão, desde que diferentes tipos de colágeno têm acentuadas diferenças na suscetibilidade ao ataque enzimático. Um estudo seqüencial das alterações da matriz extracelular do miocardio[12] demonstrou que o espessamento da matriz intersticial ocorre no camundongo desde a fase subaguda precoce. A fibronectina, importante molécula de adesão, é o componente mais proeminente nesta fase, aparece em nítida relação com o processo inflamatório que dissocia as fibras cardíacas e está nitidamente correlacionada com a atração e aderência de fibroblastos aos tecidos. A laminina também está nitidamente aumentada, tendo a mesma

distribuição do colágeno de Tipo IV e está relacionada com o espessamento da membrana basal dos miócitos. Com a evolução da infecção observa-se espessamento da matriz conjuntiva com depósito de colágeno dos tipos III e IV[12]. As lesões fibrótico-inflamatórias nos casos com infecção crônica têm sua patogenia ligada aos processos imunológicos de hipersensibilidade tardia e autoimunidade, capazes de manter a inflamação e de determinar o depósito colagênico. Além disto, os parasitos são escassos e não poderiam ser diretamente correlacionados com as lesões presentes. A presença de antigenos parasitários nas lesões da fase crônica, detectados por métodos imunohistoquímicos[25] e pela reação de PCR *(polymerase -chain reaction)*[26] indicam entretanto um importante papel do parasito na manutenção das lesões nesta fase.

A pesquisa orientada no sentido de detectar a reversibilidade da fibrose miocardica na doença de Chagas experimental[19] sob o efeito do tratamento quimioterápico demonstrou que, concomitantemente com a regressão do processo inflamatório havia uma progressiva diminuição da matriz colagênica. A imunomarcagem dos diversos tipos de colágeno, da fibronectina e da laminina mostrou acentuada diminuição ou o desaparecimento dos depósitos matriciais intersticiais. O estudo realizado permitiu avaliar evolutivamente a regressão das lesões pois os animais foram examinados de 30 a 150 dias após o término do tratamento. Em nivel ultraestrutural foram constatadas alterações líticas e aspectos característicos de degradação do colágeno, com depósitos amorfos eletrondensos, alterações estas de caráter progressivo. Estes aspectos indicam que, embora as lesões fibrótico-inflamatórias da cardiopatia chagásica tenham um caráter imunológico, ligado à hipersensibilidade tardia, como já demonstrado experimentalmente, a presença do parasito parece fundamental para a evolução e manutenção das lesões. A formação e a degradação da matriz se constituem em processos dinâmicos, reversiveis. Quando a formação da matriz excede a degradação, ocorre a fibrose. A inflamação crônica, importante componente das doenças parasitárias é um potente estimulador da formação da matriz extracelular[21]. Quanto mais recente a fibrose, mais rápida a sua de-

gradação embora esta possa ocorrer em fibroses de longa duração. A possibilidade de reversão da fibrose intersticial difusa do miocardio após o tratamento etiológico pode-se constituir em um fato novo na conduta terapêutica da doença de Chagas a partir da observação de que não apenas as alterações inflamatórias mas também o processo de acúmulo de colágeno na matriz extracelular podem regredir na dependência do "clearence" parasitário.

Uma evolução peculiar das lesões fibrótico-inflamatórias pela infecção com o *T. cruzi* foi observada no roedor silvestre *Calomys callosus*[13], reservatório vertebrado encontrado naturalmente infectado no seu habitat natural e que foi posteriormente adaptado ao laboratório por Mello[29]. Este animal é mais resistente do que o camundongo e sobrevive à infecção por cepa virulenta do *T. cruzi* (cepa Y) porém apesar de sua maior resistência avaliada pela sobrevida, desenvolve intensas lesões do músculo esquelético e miocardio com cepa de Tipo III (cepa F), associadas com intenso e precoce processo de fibrogênese[13] com depósitos de colágeno caracterizados através de coloração especial com o método do picro-Sirius e pela imunomarcagem dos tipos de colágeno, laminina e fibronectina. As lesões fibrótico-inflamatórias sofrem regressão espontânea e aos 40 dias observa-se uma volta à estrutura normal a não ser por infiltrados focais residuais. Esta regressão espontânea das lesões é de grande interesse porque, através do seu estudo é possível melhor interpretar a patogenia da fibrose. Neste modelo os macrófagos são o componente mais importante do infiltrado e mostram sinais de ativação caracterizada à microscopia eletrônica pela emissão de prolongamentos e o contacto com os miócitos determinando lesões necróticas focais das miocélulas cardíacas, sugerindo o seu papel como células efetoras no processo de miocardite no *C. callosus*. O papel dos macrófagos no processo de fibrogênese decorre da produção pelos mesmos de citocinas com potencial fibrogênico através da estimulação da proliferação fibroblástica. A regressão rápida da fibrose neste modelo parece ligada ao fenomeno de "down regulation" da hipersensibilidade tardia, com significante imunossupressão da imunidade celular e conseqüente diminui-

ção da fibrogênese. Embora o estudo ultraestrutural tenha demonstrado alterações evidentes do colágeno, com perda da periodicidade, depósitos eletrondensos e aspectos líticos, indicando um processo de fibroclasia, como tem sido descrito em outros modelos[20], a regressão da fibrose parece mais ligada ao decréscimo da fibrogênese resultante da regressão do processo inflamatório. O processo descrito no *C. callosus* não ocorre no camundongo em que as lesões da fase crônica são evolutivas e cuja regressão só ocorre mediante tratamento específico curativo.

É importante, deste modo, estabelecer qual seria o real efeito do tratamento específico curativo, na regressão das lesões anatomopatológicas da forma crônica da doença de Chagas. Em camundongos com infecção prolongada submetidos a tratamento específico tanto com o Benzonidazol e o Nifurtimox, como com o MK-436, houve total regressão do processo fibrótico- inflamatório do miocárdio nos animais curados e com a persistência apenas de focos inflamatórios residuais naqueles tratados, porém não curados[7, 17]. Nos animais curados em que persistiram lesões inflamatórias, estas eram discretas ou residuais. No tratamento com a droga MK-436[7], que tem efeito curativo amplo, sendo eficaz mesmo em animais infectados com cepas do Tipo III observou-se nítida regressão das lesões quando comparadas com os controles não-tratados.

De acordo com Andrade[20, 21] o processo de fibrose se constitui em uma manifestação proeminente em diferentes doenças parasitárias tais como a doença de Chagas e a esquistossomose, porém não é irreversível, como se julgava há tempos atrás e, além de ser suscetível de uma remodelação fisiológica como ocorre na involução uterina após a gravidez ou em outras oportunidades, pode tarnbém regredir após a cura do parasitismo nas doenças parasitárias (especialmente na esquistossomose).

Em pacientes cronicamente infectados, a fibrose cardíaca é um dos mais importantes componentes da forma crônica cardíaca da doença de Chagas. Esta fibrose evolui concomitantemente com a miocardite crônica difusa e aparece como um depósito difuso, perimisial e endomisial, intersticial e peri-vascular de colágeno ou como cicatrizes focais no miocárdio.Também o sistema

excito-condutor do coração mostra, nos casos de cardiopatia crônica chagásica, a presença de focos de fibrose como seqüelas de um envolvimento deste tecido na fase aguda da infecção, ou como resultado de destruição progressiva, na fase crônica. De acordo com Weber et al. [33] os depósitos de colágeno fibrilar no interstício do miocárdio são de grande importância no desenvolvimento da insuficiência cardíaca e na disfunção diastólica em diferentes cardiopatias. A cardiopatia crônica chagásica se enquadra nestas características e apresenta, além disto, um caráter evolutivo evidente.

Estes resultados indicam que é de grande interesse o tratamento de indivíduos infectados pelo *T. cruzi* não só na forma aguda como na forma crônica indeterminada ou naqueles com envolvimento cardíaco inicial, levando-se em conta a possibilidade de involução do processo fibrótico-inflamatório que é fundamental nas lesões cardíacas da doença de Chagas.

REFERÊNCIAS

[1] **Andrade, ALSS, Zicker, F, Oliveira, RM, Almeida e Silva,S, Luquetti, A, Travassos, LR.** Randomised trial of efficacy of benznidazole in treatment of early *Trypanosoma cruzi* infection. **The Lancet**, 348: 1407-1413, 1996.

[2] **Andrade, SG** – Caracterização de cepas do *Trypanosoma cruzi* isoladas do Reconcavo Bahiano. **Rev. Patol. Trop.** 3: 65-121, 1974.

[3] **Andrade, SG.** Morphological and behavioural characterization of *Trypanosoma cruzi* strains. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** 18 (Suppl): 39-46, 1985.

[4] **Andrade, SG, Andrade, ZA, Sadigursky, M.** Combined treatment with a Nitrofuranic and a corticoid in experimental Chagas'disease. **Am. J. Trop. Med. Hyg.** 29:766-773, 1980.

[5] **Andrade, SG, Andrade, ZA, Figueira, RM.** Estudo experimental sobre a resistência de uma cepa do *Trypanosoma cruzi* ao Bay2502. **Rev. Inst. Med. Trop. São Paulo.** 19: 124-129, 1977.

[6] **Andrade, SG, Castro Silva, R, Santiago, CMG, Freitas, LAR.** Therapeutic action of the MK-436 (2-5 Nitroimidazol) in *Trypanosoma cruzi* infection in mice: a parasitological, serological, histopathological and ultrastructural study. **Bull. Wrld. Health Org**, 65: 625 – 633, 1987.

[7] **Andrade, SG, Castro Silva, R, Santiago, CMG.** Treatment of chronic experimental Trypanosoma cruzi infections in mice with MK436, a 2-substituted 5-nitroimidazole. **Bull. Wrld. Health Org,** 67: 509-514, 1989.

[8] **Andrade, SG & Figueira, RM.** Estudo experimental sobre a ação terapêutica da droga RO 7-1051 na infecção por diferentes cepas do *Trypanosoma cruzi*. **Rev. Inst. Med. Trop. São Paulo,** 19: 335-341, 1977.

[9] **Andrade, SG, Figueira, RM, Carvalho, ML, Gorini, DF.** Influência da cepa do *Trypanosoma cruzi* na resposta à terapêutica experimental pelo Bay2502. Ver. Inst. Med. Trop. São Paulo, 17: 380-389, 1975.

[10] **Andrade, SG & Freitas, LAR.** *Trypanosoma cruzi*: cardiac myocells alterations due to spontaneous or therapeutically inducedmintracellular parasite desintegration. Cel. Mol. Biol. 33:797-805, 1987.

[11] **Andrade, SG, Freitas, LAR, Peyrol, S.** Experimental chemotherapy of *Trypanosoma cruzi* infection: persitence of parasite antigens and positive serology in parasitologically cured mice. **Bull. Wrld. Health Org.** 69:191-197, 1991.

[12] **Andrade, SG, Grimaud, JA, Stocker Guerret, S.** Sequential changes of the connective matrix components of the myocardium (fibronectin and laminin) and evolution of cardiac fibrosis in mice infected with *Trypanosoma cruzi* . **Amer. J. Trop. Med. Hyg,** 40: 252-260, 1989.

[13] **Andrade, SG, Kloetzel, JK, Borges, MM, Ferrans, VJ.** Morphological aspects of the myocarditis and myositis in *Calomys callosus* experimentally infected with *Trypanosoma cruzi*: Fibrogenesis and spontaneous regression of fibrosis. **Mem. Inst. Oswaldo Cruz.**89:379-383, 1994.

[14] **Andrade, SG, Macedo, V.** Tratamento combinado da doença de Chagas com Bayer 2502 e corticoide (Estudo experimen-

tal e clínico). **Rev. Inst. Med. Trop. São Paulo**, 15:421-430, 1973.

[15] **Andrade, SG. & Magalhães, JB**. Biodemes and zymodemes of *Trypanosoma cruzi* strains. Correlations with clinical data and experimental pathology. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** 30: 27-35, 1997.

[16] **Andrade, SG, Magalhães, JB & Pontes, AL.** Evaluation of chemotherapy with benznidazole and nifurtimox in mice infected with *Trypanosoma cruzi* strains of different types. **Bul. Wrld. Health Org.** 63: 721-726, 1985.

[17] **Andrade, SG, Magalhães, JB & Pontes, AL**. Terapêutica da fase crônica da infecção experimental pelo *Trypanosoma cruzi* com o Benzonidazol e o Nifurtimox. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop**. 22:113-118, 1989.

[18] **Andrade, SG, Rassi, A, Magalhães, JB, Ferriolli Filho, F., Luquetti, AO**. Specific chemotherapy of Chagas'disease. A comparison between the response in patients and experimental animals inoculated with the same strain. **Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg**. 86: 624-626, 1992.

[19] **Andrade, SG, Stocker-Guerret, S, Pimentel, AS & Grimaud, JÁ**. Reversibility of cardiac fibrosis in mice chronically infected with *Trypanosoma cruzi* under specific chemotherapy. **Mem. Inst. Oswaldo Cruz**, 86: 187-200,1991.

[20] **Andrade, ZA.** Morphological features of collagen degradation in advanced hepatic schistosomiasis of man. **Mem. Inst. Oswaldo Cruz**, 87: 129-138, 1992.

[21] **Andrade, ZA.** Extracellular matrix degradation in parasitic diseases. **Brazilian J. Med. Biol. Res.** 27: 2273-2281, 1994.

[22] **Cançado, JR.** Tratamento específico. In Cançado, JR, Chuster, M. Cardiopatia Chagásica. Fundação Carlos Chagas, Belo Horizonte, MG, pp. 327-355, 1985.

[23] **Ferreira, MS, Nishioka, SA, Rocha, A, Moreira Silva, A, Ferreira, RG, Olivier, W, Tostes Jr. S.** Acute fatal *Trypanosoma cruzi* meningoencephalitis in a human immunodeficiency virus-positive hemophiliac patient. **Am. J. Trop. Med. Hyg**. 45:723-727, 1991.

[24] **Fundação Nacional de Saúde** – Tratamento etiológico da doença de Chagas: Informe técnico. **Rev, Pat. Trop**. 25: 323 – 334, 1996.

[25] **Higushi, ML, Brito, T, Reis, M, Barbosa, A, Bellotti, G, Pereira Barreto, AC, Pileggi, F.** Correlation between *T. cruzi* parasitism and myocardial inflammatory infiltrate in human chronic chagasic myocarditis. Light microscopy and immunohistochemical findings. **Cardiovasc. Pathol**. 2: 101-106, 1993.

[26] **Jones, EM, Colley, DG, Tostes, S, Lopes, ER, Vnencak-Jones, CL, McCurley, TL.** Amplification of a *Trypanosoma cruzi* DNA sequence from inflammatory lesions in human chagasic cardiomyopathy. **Am. J. Trop. Med. Hyg**. 48: 348-357, 1993.

[27] **Krettli, AU, Cançado, JR, Brener, Z.** Effect of specific chemotherapy on the levels of lytic antibodies in Chagas disease. **Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg**. 76: 334-340, 1982.

28 **Marr, JJ & Docampo, R.** Chemotherapy for Chagas'disease: a perspective of current therapy and considerations for future research. **Reviews Infect. Dis**, 8: 884-993, 1986.

[29] **Mello, DA**, *Calomys callosus*, Renger, 1830 (Rodentia cricetidae): sua caracterização, distribuição biológica, criação e manejo de uma cepa em laboratório. **Mem. Inst. Oswaldo Cruz**, 79: 37- 44, 1984.

[30] **Miles, MA, Lanham, SM, Sousa, AA, Povoa, M.** Further enzymic characters of *Trypanosoma cruzi* and their evaluation for strain identification. **Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg.** 74: 221-227, 1980.

[31] **Pinto Dias, JC.** Profilaxia. In : Doença de Chagas, pp. 195-202, Editor: Jarbas Malta, Editora Servier, São Paulo, 1996.

[32] **Prata, A,** Diferenças geográficas na Doença de Chagas. **Simpósio Internacional,** Brasília, DF, 1985. Editora da UnB.

[33] **Weber, KT, Brilla, CG, Janicki, JS.** Myocardial fibrosis: functional significance and regulatory factors. **Cardiovasc. Res.** 27: 341-348, 1993.

De Nina Rodrigues a Thales de Azevêdo: alargando os limites da medicina brasileira*

Carlos A. Marcilio de Souza

À Academia de Medicina da Bahia agradeço a generosidade da acolhida.

Com o enlevo que cultuo a Medicina, sempre enxerguei uma distância inatingível separando o que até agora realizei e a condição de membro de uma Academia que tem como missão desenvolver as ciências de promoção à saúde. Assim, quando recebi de amigos e companheiros acadêmicos o estiímulo espontâneo para concorrer à Academia achei tratar-se de simples gesto generoso. Posteriormente, cheguei a enumerar professores e colegas que, com mais brilho e propriedade, poderiam aqui enaltecer a Medicina. Vencido nos argumentos, devo confessar que a jornada entre inscrição, eleição e posse foi fonte de extraordinárias vivências, onde vi amizades e admirações antigas se consolidarem, e também, o engrandecimento de novas, muitas das quais, obscurecidas por imposições da labuta diária, mas que nesses dias se cristalizaram pela honrada altivez, independência e solidariedade. Assim, essa acolhida, em noite memorável, me deixa feliz. Espero, com convicção e humildade, contribuir para o engrandecimento da Academia.

É tradição da casa, que o ritual de acesso de novos membros tenha por discurso inaugural, o culto aos feitos e talentos do Patrono e dos Predecessores. É uma graça que a Academia me concede, iniciar falando de uma das figuras maiores da Medicina brasileira: **Nina Rodrigues**. Em seguida, abordar a trajetória do grande médico e cultor de artes: **João Frois**. E terminar, evocando a personalidade grandiosa, luminar da ciência e da cultura naci-

---

* Discurso de Posse na Academia de Medicina da Bahia.

onal que, para minha felicidade, tive a honra de conhecer, admirar e sobretudo escutar: **Thales de Azevedo**. São portanto figuras singulares da Medicina, da cultura e do talento nacional. Se de um lado essa oração pode parecer facilitada pela imensidão, brilho e conteúdo da obra desses mestres, por outro, pesa, e pesa muito, sobre o orador, a vastidão dos conhecimentos e a incapacidade de, em fugidios minutos, dar conta, ou mesmo uma simples notícia, sobre tão vastas, densas e significativas obras, cuja repercussão tem alcance para muito além da Bahia e do Brasil.

Raimundo Nina Rodrigues viveu muito pouco entre nós, apenas 43 anos, mas soube imprimir a essa curta existência um brilho fulgurante. Nasceu em 1862, no interior do Maranhão, no seio de família proeminente e abastada. Iniciou seus estudos em São Luís e formou-se em Medicina em 1887, no Rio de Janeiro. Dois anos após, por concurso, iniciou a docência como Professor da 2ª Cadeira de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Bahia. Clínico por vocação, foi um dos mais brilhantes profissionais da cidade, sempre respeitado por enorme clientela. Mais adiante assume a Cátedra de Medicina Legal onde, durante onze anos, desenvolveu um pólo efervescente de novas idéias e de intensiva produção intelectual. De acordo com cuidadoso estudo bibliográfico da Professora Maria Tereza Pacheco, Nina publicou 81 trabalhos, muitos dos quais originais, cobrindo um amplo espectro de assuntos médicos relevantes. Seus estudos e pesquisas versaram sobre diagnóstico e tratamento de doenças como febre amarela, aneurisma de aorta abdominal, sífilis e até mesmo dados estatísticos sobre nefrites crônicas na Bahia. Abordou questões de Saúde Pública, tal como a profilaxia do cólera.

Entretanto, foi sobretudo na Antropologia Criminal que plantou as mais fundas raízes.

De acordo com Thales de Azevedo, **Nina "...faz na Bahia as primeiras investigações de campo sobre aculturação religiosa e lingüística de africanos no Brasil, formula uma teoria sobre o hibridismo de crenças dos escravos, empreende pesquisas pioneiras sobre mestiçagem e suas conseqüências biológicas e clínicas e exerce uma forte influência sobre os que, no fim do século passado e começo do atual, se entre-**

gam ao estudo médico, sociológico e jurídico da criminalidade, da religiosidade popular, do alcoolismo, da sífilis e das doenças mentais". Por sua relevante e pioneira contribuição à *Antropologia Social e Criminal, à etnologia e etnolingüística e à Medicina Legal,* Nina é reconhecido internacionalmente como chefe da Escola Antropológica da Bahia.

Nina Rodrigues, como acentua Lamartine Lima, era também comprometido com a modernização da educação médica, militando no círculo de intelectuais que almejavam a renovação do ensino superior brasileiro, eivados de retrógrada tradição conservadora. Nessa sua vertente, ocorreu fato dos mais marcantes a estigmatizar nosso ensino.

Àquela época, costumava a Congregação da Faculdade indicar dentre seus docentes mais destacados, algum que se encarregaria de redigir e apresentar a "Memória Histórica" do ano vigente. Em 1897, coube a Nina Rodrigues, aos 35 anos de idade, relatar a matéria. Não perdeu então a oportunidade de, em relato pormenorizado, documentado e veemente, colocar a nu a precariedade do ensino e sua dissintonia com os progressos científicos de então. A contundência e precisão das críticas, fez com que a Congregação da Faculdade não aprovasse sua "Memória Histórica". Essa injusta manifestação de intolerância, somente foi corrigida quase 80 anos após.

Portanto, nosso Patrono é personalidade de contribuição intelectual sem limites à nossa terra e ao país.

O primeiro titular da cadeira 39 foi **João Américo Garcez Fróes.** Era um cultor do conhecimento clássico. Desenvolveu amplos interesses no campo das ciências, nos estudos humanísticos e mesmo na estética, sendo eleito membro da Academia de Letras da Bahia. Como médico, foi considerado de saber enciclopédico. Mas foi sobretudo um clínico com vasta compreensão e tirocínio em semiologia, em patologia e em doenças infecciosas e parasitárias.

De grande importância para o ensino médico foram seus livros Lições de Clínica Médica e Manual do Exame Clínico.

Doutor **Thales Olympio Goes de Azevedo,** meu predecessor imediato, é para mim uma figura próxima e tangível que

desde jovem comecei a admirar e respeitar.Tenho consciência **da imensidão, coerência, sapiência, brilho** e **permanência** de sua obra. Por isso, tenho sentimento pleno de não poder estabelecer um elo de continuidade entre sua ciclópica realização e o que teria eu, até agora feito, para merecer tamanha distinção, sucedendo a pessoa de tantos predicados, que tanto fez para enriquecer as artes e as ciências, para a Bahia, para o Brasil e mais além.

Se existisse uma única linha de encadeamento de toda sua produção intelectual, essa seria certamente a do humanista. Porém, é perceptível que lidamos com conjuntos que podem ser separados sem que se perca contudo, a homogeneidade. Assim, temos o estudioso que se notabilizou como catedrático de Antropologia e de Pesquisa Social. Com o seu monumental trabalho **Povoamento da Cidade do Salvador** mostra-se o cientista social pôr inteiro. De igual relevo e importância foi o conjunto de obras que revelam o pesquisador; quer quando liderou estudos sociais, quer quando predominou seu papel de orientador de Teses de Doutorado e Mestrado no País e no Exterior. Empreendedor, construiu ou organizou obras importantes como a Fundação para o Desenvolvimento da Ciência na Bahia e o Instituto de Ciências Sociais. Isso tudo, sem nunca ter deixado de lado, o papel de observador arguto do quotidiano, das pessoas e da sociedade, veiculando na imprensa seus comentários inteligentes e sempre claros. Mas existe entretanto um conjunto na obra de Dr. Thales de Azevedo que tem merecido até agora menos atenção que deveria. Trata-se de sua missão de médico.

Mas quem melhor poderia falar sobre essa faceta, senão o próprio Thales? Assim, já realizado como cientista social, ao tomar posse nessa Academia, nessa mesma cadeira 39, ele dizia não tratar-se de **"...um regresso ou uma reconciliação"** mas que o ato da posse lhe trazia para mais perto de seus colegas de profissão e mais adiante revela a intenção de **"...deixar evidente minha participação ininterrupta nas responsabilidades decorrentes do juramento de Hipocrates e, antes de tudo, mais relevante que qualquer outra coisa, impelido e inspirado pelo espírito humanístico da própria Medicina".**

Inicia sua produção científica com a tese inaugural defendida na Faculdade de Medicina da Bahia ao diplomar-se em 1927, intitulada "**Fibromyomas do útero: notas clínicas e estatísticas**". É aprovado com distinção. Apesar de sempre requisitado para palestras e conferências, nunca se afastou da pesquisa de metodologia apurada, na época considerada medicina experimentalista. Assim desenvolve a técnica da **hemosedimentação**, publicando em 1929 um dos primeiros trabalhos no Brasil sobre este teste diagnóstico, que permanece em uso até nossos dias.

Até inicio dos anos quarenta Thales continua trabalhando e pesquisando em medicina, publicando ativamente sobre temas dos quais tinha experiência pessoal. Assim aborda a **predisposição hereditária para hérnias, uso de coramina nas intoxicações por entorpecentes, filaríase, pneumotórax artificial no tratamento de tuberculose pulmonar, e auroterapia no lúpus eritematoso, e muitos outros**. Seus trabalhos denotavam grande atualização sobre os progressos científicos da época. Assim, em 1931, abordava distúrbios do equilíbrio ácido-base ao publicar "Diagnóstico Clínico da Acidose: notas a propósito de um caso." Esse artigo, note-se, teve resumo transcrito no JAMA, The Journal of the American Medical Association.

Sua preocupação com a acuracia de dados pode bem ser inferida de suas 277 observações individuais, validando o método de Heitor Froes para medida da "robustez física" resultando na sugestão de fatores de correção, que aumentaram a precisão do índice.

Seu estudo, **Doença de Chagas no Município de Castro Alves** seguido de outro trabalho, relacionado à epidemiologia da doença e tipos de habitação rural, permite notar-se claramente, uma ponte, entre o fato biológico (Doença de Chagas) e condicionamento social (tipo de moradia).

Mas a década dos quarenta representa a transição. Nela delineia-se a tendência a fixar-se em estudos de maior abrangência social, caracteristicamente antropológicos, sem perder entretanto o interesse por Saúde. É a fase onde, no Rio de Janeiro, em colaboração com Josué de Castro, figura de importância maior da Medicina Social brasileira, publica vários trabalhos sobre nu-

trição. Daí por diante os estudos antropológicos e etnográficos se adensam e crescem em importância, tanto em nível nacional quanto internacional. Essa é uma fase de intenso labor, resultando em uma das mais importantes fontes de estudos originais realizados no País. Thales passa então quase quatro décadas de extraordinária atividade e produção intelectual, onde revela-se e é consagrado como **o scholar, o cientista social, o historiador, o educador, e também o realizador de obras importantes.**

Em 1979 Thales de Azevedo realiza importante e alentado trabalho sobre "**Os médicos e a Antropologia Brasileira**". Nele analisa a contribuição dos profissionais que emprestaram "**seu talento e seu saber, seu espírito crítico, sua capacidade de apreensão de novos métodos e esquemas de referência heurística e epistemológica à Antropologia**". Nesse trabalho seminal, coloca em evidência uma linha de raciocínio que, se não pode ser interpretada como um retorno, significa uma síntese, em direção à qual, deixa claro, que uma vez vocacionado e formado para a medicina, inúmeros são os caminhos para o exercício fecundo da profissão.

A vida de Thales de Azevedo como **médico, cientista, antropólogo** e sobretudo **humanista**, teve momentos de grande importância e brilho. Porém, do que senti em seus trabalhos, o que mais me tocou, foi quando, ao tomar posse nessa Academia, nessa mesma cadeira de Nina Rodrigues, ele declara: "**A minha ambiência foi desde cedo um convite e um incentivo a tomar a medicina como meta, como caminho de realização**".

E, mais adiante, confessa não ter esquecido "**... as lições aprendidas na Faculdade gloriosa do Terreiro de Jesus, de que a Medicina não é uma fria técnica científica, uma prática mecânica e impessoal, mas uma missão de profundos compromissos com o homem e a condição humana e societária**".

Há nessa declaração uma adesão clara a princípios que o pensamento médico mais **modernizado** de nossos dias procura, mas não sem dificuldades, alargar a base dos fundamentos da Medicina desse século.

Com efeito a Medicina atual está fortemente dominada por um paradigma mecanicista, segundo o qual, a doença é simplesmente o resultado da desordem de algum processo bioquímico ou molecular ou então da agressão de algum patogeno ou agente físico. Com base nesse paradigma onde, **a cada doença corresponde uma única causa**, baseiam-se a prática, a educação, a pesquisa e a organização de saúde atual. A insatisfação com esse paradigma decorre sobretudo de sua incapacidade de explicar de modo completo as doenças e o curso de enfermidades.

A atual epidemia de AIDS é um exemplo disso: apesar de todo o crescimento científico e instrumental da virologia, imunologia e biologia molecular existe uma larga incapacidade de explicar diversos fatos relacionados à sua incidência, prevalência, fatores de risco, demografia, evolução, controle etc. Isso corrobora a observação vivenciada por médicos, epidemiologistas e cientistas sociais, enfatizando o conceito de que as doenças podem se manifestar de modos diversos nas pessoas, sendo a experiência de cada paciente, frente a uma determinada doença, tão individualizada, quanto uma impressão digital. O moderno paradigma proposto, não pretende de forma alguma substituir as chamadas ciências básicas de hoje e, tão pouco, reduzir a importância de métodos modernos de diagnóstico ou regimes terapêuticos de **segurança, eficácia e efetividade comprovadas.** Pretende mesmo, é alargar a base, ampliar os fundamentos do conhecimento médico para, incorporar e valorizar, com idêntica ênfase e atenção, o papel da epidemiologia, da antropologia, da sociologia e das ciências comportamentais. Passaríamos a ter uma abordagem tri-axial dos pacientes, da pesquisa e da educação médica: **Biologia, Psicologia e Ciências Sociais.**

Alguns pensadores médicos confiam que essa abordagem seria capaz de trazer tantos progressos quanto os decorrentes da revolução ensejada pela biologia molecular. Desse modo, poder-se-ia romper com o enclausuramento flexneriano, em direção a uma medicina que responda às necessidades sociais de saúde, dos **indivíduos** e das **populações.**

Nesse aspecto, Thales de Azevedo, mostra-se clarividente ao dizer em frase lapidar: "**A Antropologia e a Medicina, partindo de uma comum matriz epistemológica, buscam agora, sem perda de suas identidades, se não uma unidade, certamente um esforço integrado em ordem à abordagem de problemas que não podem ser inteligidos de uma só perspectiva.**" A trajetória de Thales de Azevedo não foi apenas um exemplo, mas **fértil e forte semente**, a ter impacto sobre as necessárias mudanças na assistência, pesquisa, educação e organização médica.

Que essas mudanças venham e promovam mais e melhor saúde.

Caro Presidente **Agnaldo David de Souza** peço licença para dirigir-me ao **Professor Humberto de Castro Lima**: quero enaltecer o gesto cortês de nos acolher com suas palavras, neste rito de passagem à Academia. Receba nossos agradecimentos como justa homenagem ao bravo idealista, que conserva o espírito empreendedor próprio dos jovens, refinado por sabedoria e bondade.

Permitam-me mencionar a meu pai **Alfredo de Oliveira e Souza,** que me iniciou na Medicina. Não posso deixar de me referir aos que mais contribuíram na minha formação: **Jorge Valente, Alvaro Rabêlo, Roberto Santos, Cícero Adolpho, Alexander Leaf e Kerr L. White.**

A Thereza pelas alegrias e apoio. **A Daniel, Pedro, Matheus, Izabel e Ana,** filhos e amigos. A minha mãe **Carmelia e a todos os irmãos.**

À **Real Sociedade Espanhola de Beneficência** e aos companheiros do **Hospital Espanhol,** especialmente aos queridos amigos da incansável equipe de **Nefrologia e Transplante Renal**, pela compreensão e apoio.

Finalmente aos **amigos**, aos **colegas** que aqui compareceram e especialmente aos **estudantes**, que repartiram comigo, durante tantos anos, as alegrias de aprender e de ensinar, muito obrigado.

Unindo informação científica aos cuidados médicos: Uso e interpretação de dados clinicos e de exames complementares*

Carlos A. Marcilio de Souza

Unitermos: Diagnóstico. Raciocinio diagnóstico. Medicina baseada em evidencias.
Key Words: Diagnosis. Diagnostic reasoning. Evidence-based Medicine

INTRODUÇÃO

Com este texto, iniciamos uma série de artigos visando abordar conceitos que visam unir informação científica atualizada e prática clínica com maior grau de efetividade. Este tipo de preocupação é cada dia mais importante diante da velocidade de introdução de novas tecnologias de diagnóstico e tratamento. Pois, cabe ao profissional que exerce o dia-a-dia da clínica um papel fundamental na decisão sobre as que devem ser aceitas, porque são benéficas, ou que devem ser rejeitadas, por motivos opostos, atuando assim no melhor interesse de seus pacientes. Ou seja, pretende-se uma prática médica cada dia mais efetiva, porque utiliza métodos de prevenção, tratamento, de diagnóstico e de avaliação de prognóstica, baseados em sólidas evidências científicas. Nestes últimos anos esta preocupação tem sido associada a diversos rótulos: Epidemiologia Clínica, Metodologia Clínica, Avaliação de Práticas Médicas, Avaliacão Crítica de Evidencias Científicas e mais recentemente, Medicina Baseada em Evidências. Embora não se tenha ainda o título ideal, o importante é que o conteúdo reflita a permanente procura de práticas clíni-

* Apresentado no III Congresso Brasileiro de Clínica Médica.
Programa Cientifico: Epidemiologia Clínica. São Paulo.SP. 07.10.95

cas efetivas, que tragam aos pacientes benefícios cientificamente comprovados.

Os artigos dessa série serão sempre ancorados em um cenário clínico, expondo um problema a ser solucionado pelo médico do paciente. Esperamos que contribuam para fortalecer a ponte entre informação científica de boa qualidade e cuidados aos pacientes.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é uma etapa fundamental do encontro entre o médico e seu paciente. Não é entretanto, um fim em si mesmo. Sobre o diagnóstico alicerça-se o que é mais importante tanto para o paciente quanto para o médico: as perspectivas de prognóstico e as decisões terapêuticas. O processo diagnóstico entretanto fica delimitado por importantes elementos de custo-benefício que incluem risco, invasividade, demora e custo financeiro. Estes elementos devem ser cuidadosamente contrabalançados com os possíveis benefícios terapêuticos a serem alcançados com um diagnóstico correto. Daí a enorme importância do processo diagnóstico basear-se em métodos de elevada validade e confiabilidade. Este texto aborda algumas estratégias neste sentido e sobretudo, renova a ênfase que merecem o exame e o raciocínio clínico, por maior que seja a sofisticação tecnológica disponível.

CENÁRIO CLÍNICO

De início, vamos tomar emprestado do noticiário jornalístico um hipotético caso clínico que assim teria tido início: **RRR 29 anos, profissional do futebol, logo no início do treino matinal apresentou sensação de mal-estar, sudorese profusa e forte dor precordial, descrita como fisgado no peito, irradiando-se para as costas. Ficou desacordado por alguns minutos. Foi de imediato transportado ao Hospital asonde chegou em menos de 15 minutos após o início de seus sintomas. Estava vigil, orientado, sentindo dor precordial que se**

exacerbava quando respirava ou mobilizava o tórax. Não tinha história prévia de dor precordial e seus exames periódicos sempre foram normais. Desconhecia casos de hipertensão arterial ou de diabetes melito na família. Foi feito eletrocardiograma (ECG) que estava normal: ritmo sinusal, sem alteração de S-ST e ausência de onda Q em derivações precordiais. Foi colhida amostra de sangue para enzimas e leucograma e solicitada repetição do ECG e determinação da atividade de CK-MB a cada 6 horas, durante as 24 horas seguintes.

O cardiologista de plantão sentia-se seguro e tranqüilo pois, além do paciente estar estável e haver chegado em poucos minutos ao Hospital, ele tinha larga experiência com problemas cardiológicos. Estava inclusive alerta para causas não-ateroescleróticas de infarto agudo do miocárdio em jovens [1 e 2]. Porém não se tratava de uma situação comum. O peso de sua responsabilidade era maior e mais complexo que de habitual, pois tratava-se de personalidade famosa, tetracampeão do esporte nacional. Se em qualquer situação a condução do atendimento não deve comportar deslizes, imagine-se nesse caso, com toda a mídia atrás de produzir notícias excitantes sobre o campeão. Seu "olho clínico" entretanto dizia que o paciente não tinha nada de importante. Provavelmente uma distensão da musculatura intercostal. Porém... e se tivesse?!! A questão mais significativa deste atendimento clínico não era exatamente fazer um diagnóstico e sim, afastá-lo. Todo mundo sabe da ocorrência de jovens atletas que faleceram subitamente com isquemia cardíaca. Por isso tinha que tomar todas as precauções. Estes cuidados, entretanto tinham também um outro lado "não médico" que não era nada tranqüilo: se ele retivesse o jogador no Hospital por um tempo que parecesse arbitrariamente muito longo, logo a imprensa iria divulgar que o campeão teria algo muito grave e os boatos nunca iriam ser desfeitos, totalmente. Nesse caso voltaria ele a ser convocado para a Seleção? Como ficaria a cotação de seu passe? Portanto, qualquer passo em falso, para um lado ou para outro, poderia ter repercussões muito sérias sobre o paciente. Mas não adiantava o plantonista ficar agoniado: em medicina cada coisa tem seu tempo certo. E, no momento, a hora era do diagnóstico.

Lembrou-se já ter visto na televisão os jogadores fazendo tudo que era teste de função cardiorrespiratoria. Solicitou por fax uma cópia da última cicloergometria do atleta feita há quatro meses. Lá estava: "**Prova de Tolerância ao Esforço (PTE) normal. Atingiu 92% da freqüência cardíaca estimada. Comportamento pressórico normal. Observou-se infradesnivelamento do segmento ST-T inferior a lmm durante 80 mseg. após o ponto J, com segmento ST ascendente.**" Bom, se há quatro meses atrás a prova de tolerância ao esforço era normal, provavelmente o jovem atleta não teria porque desenvolver uma isquemia coronariana nesse período. Esse raciocínio tranqüilizava o plantonista? Nem tanto...

Como todo profissional bem informado, ele sabia das **características operacionais** dos principais testes diagnósticos de uso habitual em sua prática clínica. Assim a **sensibilidade** da PTE para doença coronariana significativa era de 80%. Ou seja, 80% dos pacientes que tinham isquemia coronariana apresentavam uma prova de esforço positiva enquanto que 20% restantes tinham o resultado do teste normal, apesar da presença inequívoca de doença coronariana ateroesclerótica (DCA). Isso equivale a dizer que a taxa de falsos negativos é de 20%. Por outro lado o teste tinha uma **especificidade** de 74%. Ou seja quando aplicado em indivíduos sem DCA a prova era negativa em 74% dos indivíduos. Dito de outro modo: o teste tinha uma taxa de 26% de **falsos positivos,** indivíduos com coronárias sadias e PTE positiva. Cabia então a pergunta: com tais características a PTE é ou não é, um bom teste diagnóstico? Não existe em medicina nenhum exame que seja 100% positivo na doença ou 100% negativo em sua ausência. Por comparação com outros testes diagnósticos de largo uso em clínica (ver tabela 1) pode-se observar que a PTE é um bom teste e que sua performance pode ser melhorada na dependência das condições e dos objetivos para os quais é realizado.

Que não existe nenhum dado laboratorial perfeito, todo médico sabe e sempre conviveu com essa falibilidade. Mas o que o plantonista precisava saber era qual probabilidade de a PTE estar correta. Isso é, já que o teste foi negativo qual probabilidade dele estar correto?

Resolveu ir à biblioteca do Hospital para informar-se mais sobre o valor da PTE em pacientes com doença isquêmica do coração. Na sua pesquisa bibliográfica inicial, chamou a atenção dois trabalhos muito citados e por sorte os encontrou intactos. O primeiro deles, estava ligado ao CASS (Coronary Artery Surgery Study). Neste compara-se a PTE com a cineangiografia coronária em 1.465 indivíduos matriculados em uma clínica cardiológica.[3] A cineangiografia funciona aqui como o diagnóstico padrão, de certeza ou **"gold standard"** para a comprovação da presença ou não de doença coronariana ateroesclerótica. Isso por que para determinar-se a validade de um teste complementar, sinal ou sintoma clínico, é fundamental que seu resultado seja comparado com um outro que apresente suficiente acurácia, Um ***diagnóstico padrão*** ou ***gold standard*** poderá ser uma biopsia, um exame radiológico, a evolução do quadro clínico ou mesmo a necropsia. Faz-se então uma comparação entre os resultados obtidos com o diagnóstico padrão, com os que se pretende avaliar, utilizando-se uma tabela 2X2. Assim é possível analisar-se as características operacionais do teste, tal como é apresentado na **Fig. 1-A** do painel. Do total de indivíduos estudados neste artigo do CASS, 1.023 ou seja cerca 70%, foram considerados como portadores de importantes evidências de doença coronariana comprovada pela cineangiografia e 442 foram considerados como portadores de coronárias normais. A cineangiografia foi portanto o exame padrão. Havia portanto um diagnóstico de certeza de quem tinha e de que não tinha doença coronaria. Quando estes mesmos indivíduos fizeram PTE observou-se que o teste foi positivo em 80% dos coronariopatas e que foi negativo em 74% daqueles com coronárias normais. Ou seja, de 1.023 pacientes com doença comprovada, 815 tiveram a PTE positiva e 208, negativa, constituindo portanto 20% de falsos negativos. Por outro lado, entre os 442 indivíduos controles nos quais a DCA foi afastada, a PTE diagnosticou 327 apropriadamente como normais, ou seja apresentou uma especificidade 74% enquanto, os outros 115 indivíduos normais, foram considerados como portadores de DCA, ou seja, foram falsos positivos. Estes dados são apresentados na **Fig.1-B** do painel.

Conseqüentemente, essas informações – **sensibilidade/ especificidade** – dizem respeito à qualidade ou à acurácia do teste, que demonstrou ser capaz de acertar em 78% das vezes o diagnóstico do paciente, quer ele tivesse ou não a doença. (Ver o cálculo da acurácia na Fig. 1). Porém, o que era mais importante para o médico naquele momento era saber qual a probabilidade da última PTE do jogador estar de fato correta. Em outras palavras, diante de uma cicloergometria positiva ou negativa, qual a probabilidade do teste acertar o diagnóstico. Ou seja, qual o valor preditivo do teste. Pois essa é a pergunta da qual os pacientes e seus familiares querem saber da resposta. Nesse sentido a **Sensibilidade / Especificidade** dizem muito pouco pois representam apenas as propriedades intrínsecas do teste. Quem responde a essa pergunta é o **Valor Preditivo Positivo (VP+)** ou o **Valor Preditivo Negativo (VP-)** do teste o qual é sempre extraordinariamente dependente da prevalência da doença. Com os dados do CASS na Fig.-1B, pode-se calcular que o **VP+** é de 88% e, por outro lado que o **VP-** é de 61%. Em outras palavras, o PTE realizado em 1.465 indivíduos foi positivo em 933 embora desses, apenas 815 (88%) tivessem a doença. E foi negativo em 535 indivíduos embora desses apenas 327 (61%) fossem sadios. Poder-se-ia então dizer, com base nos dados do CASS, que a preditividade do teste ajudava a afastar o diagnóstico de coronariopatia em nosso jogador, mas não muito. Com efeito, uma preditividade de 61% estava bem mais próxima das chances do jogo de cara-ou-coroa do que de uma alta probabilidade. Uma outra questão era a **validade da comparação**: se a prevalência influi na preditividade dos testes, seria válido transpor dados do estudo CASS onde quase 70% dos integrantes era de coronariopatas severos para a realidade da população (hígida) de onde provinha o jogador? Esse problema é, infelizmente, até hoje, muito pouco lembrado em estudos relatando as características operacionais de testes de diagnóstico, apesar de ser uma informação fundamental para quem realiza, solicita, interpreta ou paga exames complementares. Nas condições clínicas de cuidados primários em que habitualmente lidamos, tal como demonstra o outro artigo[4] selecionado pelo plantonista, a prevalência de DCA é de menos que 2% para indivíduos até 40 anos, atingindo

12,3% para o grupo etário entre 60 e 69 anos de idade. Se recalcularmos os dados do estudo CASS para uma situação que reflita a ocorrência da doença a nível da comunidade pode-se determinar com maior validade o **valor preditivo** da PTE. Calcula-se como em torno de 6,4% a prevalência de doença coronariana ateroesclerótica na comunidade (incluindo pessoas dos 30 aos 69 anos de idade) de acordo dados obtidos em 23.996 autopsias

Fig. 1 A **Diagnóstico de Certeza. DOENÇA**

Resultado do exame:	presente	ausente	
positivo	a	b	a+b
negativo	c	d	c+d
	a+c	c+d	

sensibilidade: a/(a+c)
especificidade: d/(b+d)
valor preditivo+ : a(a+b)
valor preditivo -: d/(c+d)
acurácia: a+d/(a+b+c+d)
prevalência: a+c/(a+b+c+d)

Fig.1 B **Doença Coronariana no serviço de cardiologia**

Prova de tolerância ao esforço:	presente	ausente	
positiva	818 a	115 b	933
negativa	205 c	327 d	532
	1.023	442	
			n= 1.465

sensibilidade: a/(a+c):
818/1.023 = 0.80 ou 80%
especificidade: d/(b+d):
327/442 = 0.74 ou 74%
valor preditivo+ : a(a+b):
818/933 = 0.88 ou 88%
valor preditivo -: d/(c+d):
327/535 = 0.61 ou 61%
acurácia: a+d/(a+b+c+d):
1.142/1.465 = 0.78 ou 78%
prevalência: a+c/(a+b+c+d):
1.023/1.464 = 0.70 ou 70%

Fig.1 C **Doença Coronariana na comunidade**

Prova de tolerância ao esforço:	presente	ausente	
positiva	818 (a)	3.890 (b)	4.708
negativa	205 (c)	11.071 (d)	11.276
	1.023	14.961	n= 15.984

sensibilidade: a/(a+c):
= 818/1.023 = 0,80 08 80%
especificidade: d/(b+d)
= 327/442 = 0.74 ou 74%
valor preditivo+ : a(a+b)
= 818/4.708 = 0.17 ou 17%
valor preditivo -: d/(c+d)
= 11.071/11.297 = 0.98s ou 98%
acurácia: a+d/(a+b+c+d)
= 11.886/15.984 = 0.74 ou 74%
prevalência: a+c/(a+b+c+d)
= 1.023/15.984 = 0.064 ou 6.4%

*Fig. -1: Em **A**, observa-se a utilização da Tabela 2x2 na análise das características operacionais de dados clínicos e de exames laboratoriais em geral. Em **B**, avalia-se as características operacionais da prova de tolerância ao esforço em portadores de DCA e em controles submetidos a cineangiocoronariografia (gold standard). Em **C**, desse mesmo estudos são extrapoladas de modo simulado, para a prevalência de DCA na comunidade.*

de vítimas de acidentes e de outras condições, mas que não tinham doença coronária conhecida.[4] Com estes dados podemos fazer uma simulação da ocorrência de DCA a nível da comunidade. Assim, pode-se reconstruir o diagrama anterior fazendo com que os 1.023 pacientes do CASS passem a corresponder a 6.4% da população (ver Fig.1-C.). Nesse caso, os indivíduos com DCA ausente passam a constituir 93.6%, mantendo-se a proporcionalidade numérica. Como se pode ver, a **sensibilidade** e a **especificidade** não mudam, permanecendo estáveis. Porém, veja-se o que acontece com a preditividade do teste quando a freqüência da doença aproxima-se da encontrada na população. Aqui o **VP+** do teste cai para 17%. Por outro lado, se o teste é negativo, a probabilidade dele indicar corretamente a ausência de doença é de 98%, demonstrando que a PTE é um método bastante válido para comprovar a ausência de doença em indivíduos sadios. Como

a prevalência de doença coronária na faixa etária do paciente é ainda menor, (abaixo de 2%) o **VP+** cai ainda mais, para 6% e, quando negativo, o **VP** atinge 99.5%. Em resumo, a PTE negativa feita anteriormente tinha altíssima probabilidade de estar correta, podendo-se inferir que o jogador não tinha nenhuma lesão obstrutiva de coronárias em passado recente.

Utilizando uma abordagem probabilística (Fig.-2) para os mesmos dados atrás analisados, pode-se demonstrar que, se o teste for aplicado em uma população não selecionada de cerca de 16 mil pessoas representativas da comunidade ou como exame preventivo em pessoas assintomáticas e sem fatores de risco conhecidos, ocorreria um total de 4.708 testes positivos e destes, 3.890 seriam falsos positivos. Ou seja, pode-se estimar que apenas 17% dos testes positivos corresponderão às pessoas que têm de fato a doença. E que, 83% dos testes positivos, ocorrem em pessoas sem doença coronariana. Portanto, voltando ao nosso paciente, **mesmo que o teste tivesse sido positivo**, o probabilidade dele não ter a doença era quase 5 vezes maior do que ser um coronariopata. Esse raciocínio ressalta a importância que deve ser dada à existência de manifestações clínicas ou de fatores de risco antes de solicitar-se um exame complementar para que o mesmo, por mais sofisticado que seja, possa ter algum impacto clínico.

Até aqui, o plantonista raciocinava com informações de quatro meses atrás. O fato de o jogador ter sentido dor localizada no precórdio e ter estado desacordado por alguns minutos preocupava o plantonista. Poderia ter sido uma arritmia em decorrência de lesão isquêmica do miocárdio. Objetivamente, os dados colhidos até agora indicavam que não. Mas é claro que nenhum profissional iria correr o risco de liberar o paciente antes de afastar (ou de confirmar) em definitivo um diagnóstico, ainda mais tratando-se de um tetrascampeão, com as cores da camisa que vestia. O médico voltou à Unidade Coronariana, para onde o paciente foi transferido para ficar em observação. Continuava bem, hemodinamicamente estável e, agora, dormindo. O monitor mostrava ritmo sinusal sem qualquer extrasistole. Como em caso de infarto os níveis da iso-enzima CK-MB somente elevam-se de modo signi-

ficativo de 3 a 6 horas após a lesão, era previsível que o primeiro resultado laboratorial viesse normal. Aliás, ele foi solicitado para servir de controle. O segundo exame é que seria decisivo, provavelmente. Felizmente o paciente mostrava-se bem, embora a questão diagnóstica no momento fosse crucial. Isso por dois motivos, embora que opostos. De um lado, se ele tivesse de fato um Infarto Agudo do Miocárdio as primeiras seis horas seriam o momento ideal para se usar um agente trombolítico e assim obter-se a reperfusão de algum segmento trombosado. Assim, ele teria uma evolução na qual a ocorrência de morte pelo IAM cai de 6.2 (controles) para 3.7% (uso de trombólise). Uma redução, portanto, de 40% na mortalidade, tal como evidenciou o estudo ISIS-2, para pacientes com menos de 60 anos de idade[5]. Porém este tipo de medicação somente pode ser utilizado se existir uma certeza de benefício, tal como no caso de indiscutível ocorrência de obstrução coronariana aguda. Pois o uso da trombólise pode significar risco desnecessário de uma série de complicações indesejáveis como sangramentos, hemorragia cerebral, anafilaxia, febre, para citar algumas.

O TEOREMA DE BAYES, SEM MATEMÁTICA

Resolveu voltar à biblioteca para ler mais sobre o diagnóstico. Nos últimos tempos vinha notando na literatura e em congressos falar-se muito sobre **características operacionais de testes diagnósticos** que mencionavam outros conceitos além de sensibilidade e especificidade. Alguns artigos abordavam o Teorema de Bayes exibindo uma série de equações e um espírito muito matemático para aquele momento. Melhor seria guardar para outros momentos essas leituras e concentrar-se no problema do paciente. Resolveu fazer uma consulta ao sistema Medline e identificou vários artigos abordando questões diagnósticas. Um deles lhe chamou particular atenção embora não fosse específico sobre o problema clínico atual: "Uma introdução à precisão e à acurácia do exame clínico", escrito por David L. Sackett[9]. Leu o artigo e concentrou sua atenção na parte intitulada "Uma abordagem mais rápida e poderosa: o índice de probabilidade". Era essa

a sua necessidade: como tirar melhor proveito dos dados clínicos e laboratoriais que tinha em mãos sobre a situação do jogador. Resolveu então deter-se no eletrocardiograma e avaliar como poderia integrar as informações clínicas com os métodos complementares, usando o **índice de probabilidade (IP):**

ABORDAGEM PROBABILÍSTICA DE TESTES DIAGNÓSTICOS:
Detecção de Doença Coronariana ateroesclerótica como exemplo.

Indivíduos assintomáticos na comunidade:

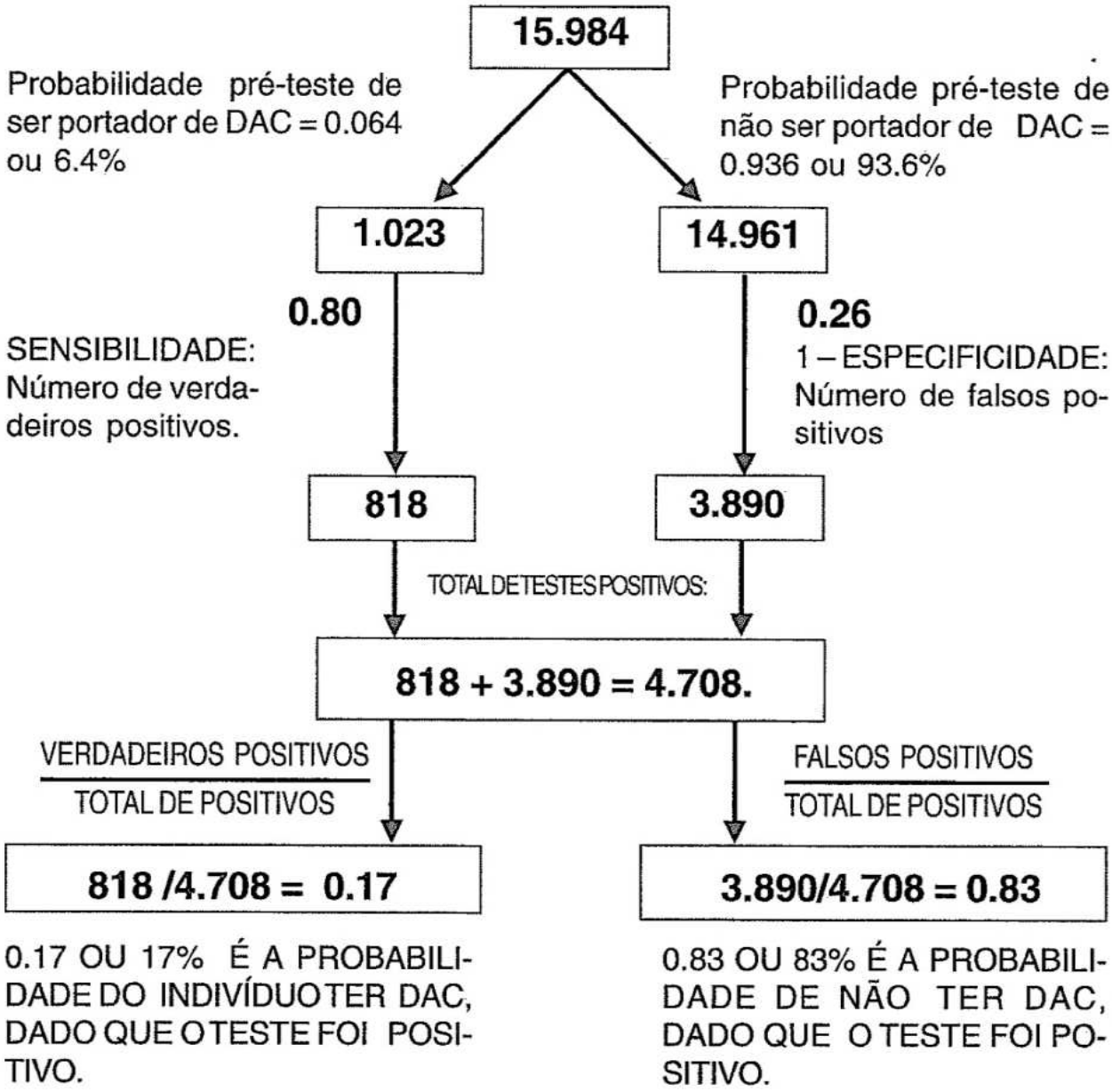


Fig. 2: Neste diagrama são apresentados os mesmos dados discutidos no texto, enfatizando porém o raciocínio probabilístico envolvido no processo diagnóstico.

O Diagrama III analisa estes mesmos dados, de um modo um pouco diferente, porém enfatizando o raciocínio probabilístico envolvido no processo diagnóstico.

O Eletrocardiograma inicial, já descrito, não evidenciava alterações compatíveis com isquemia ou necrose. Porém, apesar do ECG ser peça fundamental no diagnóstico e acompanhamento do paciente com infarto agudo do miocárdio, cabe a questão do quanto efetivo ele é no diagnóstico inicial da lesão. Essa questão tem sido abordada de diversas formas, ora procurando-se adotar critérios que privilegiam o aumento da sensibilidade do ECG e reduzindo portanto a especificidade, ora vice-versa. Entretanto, de acordo com Sox[6], Behar[7] e McGuiness[8] e respectivos colaboradores, admite-se que o ECG inicial de pacientes que dão entrada em serviços de emergência com suspeita de isquemia cardíaca tenha uma **sensibilidade** de 57% e uma **especificidade** de 98%. Conseqüentemente, com um ECG inicial e isolado, muitos pacientes que têm IAM deixarão de ser diagnosticados devido à baixa **sensibilidade** dos critérios adotados para diagnóstico. Porém, a **especificidade** é bastante elevada, sendo muito raramente indicador de doença quando inexiste lesão.

O cálculo de **índice de probabilidade** pode tornar muito mais decisório o ECG, ou qualquer outro tipo de exame, quando analisado de modo integrado a outros dados clínicos.

Determinando o índice de probabilidade:

O **índice de probabilidade** (**IP**) é uma medida que sumariza as características de um teste, sintoma ou sinal, dado que ele seja positivo ou negativo, esteja presente ou ausente. O **IP positivo** pode ser definido como a probabilidade de um resultado positivo em um indivíduo com a doença sobre a probabilidade de um teste positivo na ausência de doença, ou seja:

$$\frac{\text{Sensibilidade:}}{\text{1-Especificidade}} \quad \text{ou} \quad \frac{\text{Taxa de verdadeiros positivos}}{\text{Taxa de falsos positivos}}$$

O **IP negativo** corresponde à probabilidade de um resultado negativo em uma pessoa com a doença sobre a probabilidade de

um resultado negativo em uma pessoa sem a doença, ou seja:

$$\frac{\text{1-sensibilidade}}{\text{especificidade}} \quad \text{ou} \quad \frac{\text{Taxa de falsos negativos}}{\text{Taxa de verdadeiros negativos}}$$

No caso de ECG no Infarto do Miocárdio teríamos:

Sensibilidade: 57% ou 0.57

Especificidade: 98% ou 0.98

Índice de Probabilidade positivo:

$$IP + = \frac{\text{Sensibilidade}}{1 - \text{Especificidade}} = \frac{0.57}{0.02} = 28.5$$

Índice de Probabilidade negativo:

$$IP - = \frac{1 - \text{sensibilidade}}{\text{especificidade}} = \frac{1 - 0.57}{0.98} = 0.44$$

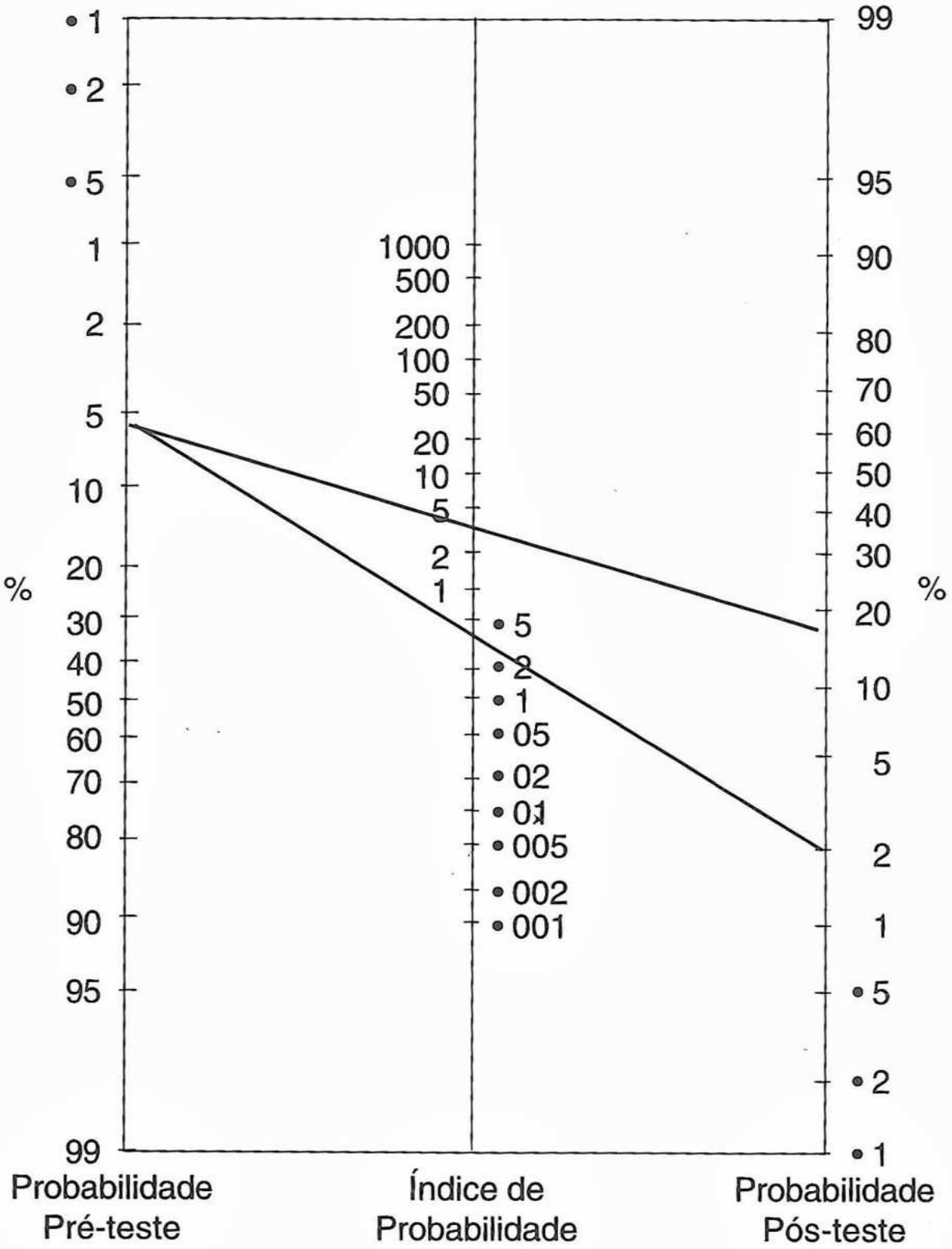
Quando o **IP +** ou **IP –** é **1,0** ou próximo de **1.0,** o teste, sintoma e sinal nada acrescentam ao processo diagnóstico. Um índice de probabilidade de **0** indica que o resultado elimina a probabilidade de doença. Quanto mais elevado que **1,0** o **IP** dá maior certeza de que a doença está presente. A tabela do Apêndice dá alguns exemplos de índice de probabilidade.

Aqui, a dor torácica sentida pelo jogador não tinha característica de dor coronariana. O estudo CASS[3] e o estudo de Diamond e Forrester[4] classificam a dor torácica, visando ao diagnóstico de doença coronariana, em três tipos: **1) Angina típica:** dor subesternal precipitada por esforço e aliviada dentro de 10 minutos pelo repouso ou pelo uso de nitroglicerina; **2) Angina atípica:** dor subesternal que não se acompanha de uma ou mais das caraterísticas acima; **3) Dor torácica não-anginosa:** quan-

do não tem nenhuma das características acima. Já a **dor torácica do infarto do miocárdio** parece-se com a da angina típica, sendo porém mais severa, com maior duração e não aliviada pelo repouso ou uso de nitroglicerina. Casualmente existem **sintomas acompanhantes** tais como dispnéia, náuseas, vômitos, fadiga, suores, frios e palpitações. Irradiação da dor, ou sua localização no pescoço, mandíbula, ombro ou braço esquerdo também ocorre, tal como na angina.

Vamos deixar de lado, por um momento, o índice de probabilidade e voltar aos dados clínicos do paciente: pela análise dos sintomas pode-se classificar a dor do campeão como **dor torácica não-anginosa.** No estudo de Diamond e Forrester, este tipo de dor ocorrendo no grupo etário de 30 a 39 anos corresponde a uma prevalência de Doença Coronária significativa da ordem de 3%. Como o jogador tem 29 anos, por aproximação, pode-se enquadrá-lo nesse grupo. Esta prevalência corresponde à **probabilidade pré-teste** ou **probabilidade anterior**. Isto é, a probabilidade de ocorrência da doença mesmo antes de solicitado qualquer exame complementar para um paciente. Pode-se agora, com o ECG solicitado para o jogador, gerar-se um índice que é a **probabilidade pós-teste.** É exatamente isso que o Teorema de Bayes[9 e 10] faz. A partir de uma probabilidade pré-teste (prevalência por exemplo) ele gera uma probabilidade pós-teste, que poderá ser confirmatória do diagnóstico. O Nomograma de Fagan nos permite fazer isso sem usar a dedução matemática do teorema. Neste caso, ancoramos uma régua no número 3 da coluna esquerda, correspondendo à prevalência de 3%,(dor torácica não-anginosa) que no caso é igual à **probabilidade pré-teste**. Em seguida faz-se a régua passar pela coluna central, correspondendo ao **IP-** de 0.44, vez que o resultado do ECG foi negativo para IAM. Obtém-se assim a **probabilidade posterior** ou **probabilidade pós-teste** de IAM que é 1.2%, muito próxima a zero. Suponhamos entretanto que o ECG neste jovem atleta fosse positivo. Neste caso, o índice de probabilidade sendo 28.5, a chance dele ter de fato infarto do miocárdio estaria próxima a 50%, uma probabilidade igual a cara-ou-corôa, mas não desprezível de um evento clínico potencialmente grave.

NOMOGRAMA DE FAGAN



Agora, apenas por hipótese, suponha-se que o atleta tivesse de fato uma dor anginosa típica, "de livro". Neste caso, usando os dados do CASS, a probabilidade pré-teste ou prevalência de doença coronariana importante estaria em 83%, para esta faixa etária. Como o ECG foi negativo para IAM, a probabilidade pós-teste mesmo assim estaria em torno de 65%, uma probabilidade elevada e que enfatizaria a importância dos sintomas (história clínica) do paciente. Nesse exemplo, se o ECG fosse positivo, a probabilidade de infarto se aproximaria a 99%. Este exemplo realça o fato de como devem funcionar integrados os dados da clínica e os dados dos exames complementares e enfatizando que, mesmo em uma era de avançadas inovações tecnológicas, permanece a primazia do exame clínico.

O médico pôde então tranqüilizar o paciente, seus familiares e à inquieta mídia, que o campeão tinha apenas uma dor muscular. Por precaução, o convenceu a pernoitar no Hospital. E assim, segundo consta, ele compensou o sono atrasado dos agitos noturnos.

Nesse período completou-se os níveis seriados da atividade de CK-MB que variaram entre 5 e 8.0 UI, normais portanto. Esse exame, quando feito de modo seriado nas primeiras 24 horas, tem uma elevadíssima sensibilidade, 97%, e uma especificidade que se aproxima a 100%. E neste caso seu **índice de probabilidade**, quer negativo (0,03) quer positivo (38.0), integrado com os dados clínicos, fecham o diagnóstico.

APÊNDICE: EXEMPLOS DE SENSIBILIDADE, ESPECIFICIDADE E ÍNDICE DE PROBABILIDADE USADOS EM CLÍNICA

		Sens. %	Esp. %	IP +	IP -
R-X simples de abdome: obstrução Intestinal. (8)		40	90	4.0	0.1
Arteriografia para estenose de artérias renais: (8,9)		100	99	100.0	0.0
Antigeno carcinoembrionário no câncer de cólon (10); diversos estágios de Duke:	A	28	17	1.6	0.87
	B	45	17	2.6	0.66
	C	75	17	4.4	0.30
	D	84	17	4.9	0.19
Aumento da área Cardíaca: (8,11,12,13)	Ultra-som:	92	85	18.4	0.08
	R-X de tórax:	88	83	5.2	0.14
Câncer de Pâncreas: (14)					
	Ultra-som:	70	85	4.7	0.35
	Tomografia:	85	90	8.5	0.17
	Colangiopancreatografia (r,e):	95	97	32.0	0.05
Pancreatite Aguda: (8,14,15,16)					
	Amilase (1.5 a 2x o normal):	95	98	47.5	0.05
	Ultra-sonografia:	88	90	8.8	0.13
	Tomografia:	70	93	10.0	0.32
Antígeno específico da prostata. (>4.0ng/ml) (17);	câncer agressivo:	100	83	5.0	< 0.01
	câncer não-agressivo:	56	83	3.3	0.5
Escore do APACHE II em pacientes submetidos a cirurgia de emergência: (18)		87	78	3.9	0.17

REFERÊNCIAS

[1] MINOR, R.L. Jr., SCOTT B.D., BROWN, D.D., e WIINIFORD M.D.: Cocaine-induced myocardial infarction in patients with normal coronary arteries. Ann. Int. Med.: 1991; 115: 797-806.

[2] HOLLANDER, J.E.: The management of cocaine-associated myocardial ischemia. N.Eng.J.Med. 1995;333:1267-1272.

[3] WEINER D.A., Ryan T.J., Mc Cabe C.H., et col: Exercise stress testing: correlations among history of angina,ST-segment response and prevalence of coronary artery disease in the coronary artery seugery study. (CASS) N.Eng. J. Med.: 301:230-235,1979.

[4] DIAMOND G.A. e Forrester, J.S.: Analysis of probability as an aid in the clinical diagnosis of coronary-artery disease. N. Eng. J. Med.: 1979; 300: 1350-1358.

[5] ISIS-2: Randomized trial of intravenous streptoquinase, oral aspirin, both or neither among 17.187 cases suspected of acute myocarcial infarction. Lancet 1988; 2:349-60.

[6] SOX, H.C.: Exercise testing in suspected coronary artery disease. Disease-a-month.1985;31:(12) 1-70.

[7] BEHAR S., Ccher S., Kariv I., et col: Evaluation of electro-cardiogram in the emergency room as a decion making tool.: Chest 1977;21:486-490.

[8] MCGUINESS J. Begg T., Sample T.: First electricardiogram in recent myocardial infarction. Brit. Med. J.: 1976;2:449-501

[9] SACKETT, D.L.: A primer on the precision and accuracy of the clinical amination, JAMA 1992; 267:2638-2644.

[10] MARCILIO, C.: Dicionário de Pesquisa Clinica. Ed. Artes Gráficas, Salvador, 1995.

[11] MC NEIL, B.J et Abrams,H.L.(editors) Brigham and woamen's hospital handbook of diagnosting imaging. Boston, Little, Brown, 1986,

[12] HAVEY RJ, Kr.mlousky F, delGreco F et col: Screening for renovascular hypertension. Is the renal DSA preferred non invasive test? JAMA 185;254:388-391.

[13] FLETECHER RH. Carcinoembryonic antigen. Ann.Int.Med.: 1986;104:66-72.

[14] CHILCOS PM, Figley MM, Fisher L.: Visual assessment of total heart volume and specific chamber size from standard chest radiographs. Am. J. Roentgenol. 1977;128:375-382.

[15] WOYTHALER JN, Singer SL, Kwan OL, et col. Accuracy echocardiography versus eletrocardiography in detecting left ventriculat hypertrophy: comparison with post mortem mass measurements. J.Am.Clin. Cardiol.: 1983;2:305-313.

[16] REICHECK N, Devereaux R.B., Left ventricular hypertrophy: relationship of anatomic, echocardiographic and electrocardiographic findings. Circulation 1981; 63:1391-1397.

[17] FITZGERALD PJ, Fortner J.G., Watson RC, et al.: The value of diagnostic aids in detecting pancreas cancer. Cancer 1978; 41:868-1870.

[18] STEINBERG WM, Goldtein SJ, Davis ND et col.: Diagnostic assays in acute pancreatites: a study of sensitivity and specificity Ann. Int. med.: 1985;102:576-584.

[19] SILVERSTEIN W, Isikoff mb, hillMC, et col.: Diagnostic imaging of acute pancreatites:Prospective study using CT and sonography. AJR 1981;137:497-504.

20 GANN, H.P., Hennekens, C.H., Stampfer et col.: A prospective evaluation of plama prostate specific antigen for detection of prostate cancer. JAMA 1995;273:289-294.

[21] BERGER,M.M., Marazzi,A., Freeman, J., et Chioléro,R.: Evaluation of the consistency of APACHE II scoring in a surgical intensive care unit. Crit. C. Med.:1992;20:1681-1687.

Diagnóstico clínico

Carlos A. Marcilio de Souza

INTRODUÇÃO

> *"Pedia-se ao paciente para segurar uma lamparina cheia de óleo e acendia-se o pavio. O médico, então, deixava cair sementes na chama, de uma a uma, e para cada semente que caía, ele invocava alto o nome de um espirito. A primeira semente que se incendiava, indicava o nome do espirito causador da doença".* ***Singerist. História da Medicina***

Hipocrates é merecidamente reverenciado como o pai da Medicina. Sem duvida, por seu extraordinário legado de detalhadas observações escritas sobre pacientes e suas doenças, por suas considerações prognosticas, pensamentos e valores éticos que permanecem vivos até hoje é justo ser assim reconhecido. Coube a Platão, entretanto, desenvolver o método do raciocínio que é utilizado até hoje, tanto em pesquisa científica quanto em investigação diagnóstica em medicina e mesmo em investigação criminal.

No presente texto, procura-se abordar conhecimentos atualmente existentes sobre o processo diagnóstico. Observa-se na literatura médica uma permanente preocupação pelo tema, o que vem resultando em continua aquisição de novas informações e sobretudo na integração de conhecimentos multidisciplinares, preexistentes. Com esse objetivo, espera-se agrupar uma série de informações dispersas na literatura, facilitando o acesso de estudantes em início de aprendizado bem como aos demais interessados desse importante tema.

O diagnóstico em si é um instrumento de classificação do funcionamento anormal do organismo. Serve de meio para o fluxo de comunicações, comparações de experiências prévias, e sobretudo para uniformização de conhecimentos sobre as doenças

de diversas patologias. Esta é uma questão instrumental: sem diagnóstico – por mais elementar que possa ser seu nível de formulação em um determinado momento – não existe tratamento efetivo, nem orientação prognóstica. O médico somente pode estabelecer um diagnóstico de um paciente através do conhecimento, análise e comparação dos quadros clínicos reconhecíveis como manifestações de anormalidade de funcionamento do organismo.

DEFINIÇÕES NECESSÁRIAS

> *"Quando eu uso uma palavra"- disse Humpty Dumpty, – num tom de desdém, – "é para significar exatamente o que eu quero que signifique nem mais nem menos".*
> *"A questão entretanto é" – disse Alice" – se se pode fazer as palavras significarem tantas coisas diferentes".*
> *"A questão é – "disse Humpty Dumpty," – o que é para ser ensinado, isso é tudo"*
>
> ***"Olhando através do espelho" de Lewis Carroll.***

Visando uniformizar conceitos utilizados no texto, são apresentados a seguir algumas definições básicas.

Diagnóstico significa a identificação de uma doença, através da determinação de suas manifestações. Quando a palavra **diagnóstico** é adjetivada (diagnóstico laboratorial, diagnóstico ultrassonográfico, diagnóstico cintilográfico etc.) isto denota características ou limitações próprias do método de investigação utilizado.

Diagnóstico Diferencial: processo que visa determinar a validade de hipóteses diagnósticas alternativas ou competitivas ao final do processo que antecede a opção por um **diagnóstico presuntivo** ou **de trabalho.**

Diagnóstico presuntivo: (também chamado de diagnóstico de trabalho ou de suspeição) consiste na seleção de uma hipótese diagnóstica suficientemente aceitável para a tomada de decisões iniciais, tais como, solicitar exames complementares adicionais, antecipar prognóstico, manter o paciente sob observação ou iniciar tratamento.

Hipótese Diagnóstica: doença, entidade, condição ou síndrome que pode ser considerada entre as possíveis doenças responsáveis pelo quadro clínico do paciente. Corresponde geralmente a um número variável de doenças (ou quadros nosológicos) que podem explicar as manifestações clínicas observadas e que deverão ser analisadas, confirmadas ou refutadas, até à conclusão da investigação diagnóstica.

Raciocínio Clínico (em diagnóstico) consiste em um processo interativo, inferencial, decorrente do exame clínico e exames complementares, que visa determinar a natureza e as circunstâncias de uma doença.

Quadro nosográfico: consiste na descrição sistematizada dos sintomas, sinais e resultados de exames complementares do paciente. Alguns autores fazem diferença entre **quadro clínico** e **quadro nosográfico** porque o primeiro não incluiria dados de exames complementares. Nesse texto os dois termos são utilizados como sinônimos.

Quadro nosológico: corresponde a classificação e descrição de doenças tais como o médico as percebe em decorrência de sua experiência pessoal em combinação com os conhecimentos adquiridos nas fontes de informação médica. É um instrumento essencial no processo de inferir uma hipótese diagnóstica, quando o médico deve comparar os dados nosográficos com os quadros nosológicos e inferir, uma ou mais de uma, hipótese diagnóstica, ou mesmo um diagnóstico presuntivo ou de trabalho.

Taxionomia: A classificação ou taxionomia das doenças serve para indexar ou catalogar o conhecimento e a experiência clínica de tal modo que diferentes doenças tenham o mesmo significado para diferentes clínicos. Essa consistência somente é obtida quando temos definições universalmente aceitas. Ou seja, os critérios que definem uma doença estão presentes nos pacientes que sofrem da mesma entidade patológica.

A COLETA DE DADOS

"Ouça o paciente. Ele lhe dará o diagnóstico".

Hermann Blumgart.

O meio utilizado para chegar-se ao diagnóstico é a coleta de dados ou informações que compreende história clínica, exame físico e os exames complementares.

História clínica:

A história clínica é o meio mais importante de obtenção de dados para chegar-se ao diagnóstico. Hampton e colaboradores desenvolveram um cuidadoso estudo para comprovar a importancia da história clínica no diagnóstico final de pacientes. Esses autores tomaram como ponto de partida a afirmativa de Sir Robert Platt de que, na maioria dos casos, a história clínica sozinha era capaz de dar o diagnóstico. Assim Hampton e colaboradores organizaram estudo com 80 pacientes encaminhados a um ambulatório de Clínica-Geral. Os médicos que atenderam esses pacientes preencheram após o término de cada uma das três etapas do exame clínico (historia, exame físico e exames complementares) um questionário onde eram escritos: a) o diagnóstico presuntivo; b) o plano de tratamento; e c) sua confiança na certeza do(s) diagnóstico (s) em uma escala linear de 1 a 10. Dois meses após, o diagnóstico obtido na consulta inicial foi comparado com o diagnóstico aceito após dois meses de acompanhamento do paciente. Observou-se em 66 (ou 82%) dos 80 pacientes a história clínica isoladamente foi capaz de identificar o diagnóstico correto. O exame físico permitiu o diagnóstico de mais 7 pacientes (9%), e os exames complementares contribuíram com mais 7 diagnósticos (9%). Outros estudos mostram resultados semelhantes. Assim Saudler observou em 630 pacientes, a maior parte dos quais constituída de cardiopatas, que a história clínica contribuía com 56% dos diagnósticos, o exame físico com 17%, e os exames complementares com mais de 23%. Nesse estudo o autor observou também que a história clínica permitiu 69% dos diagnósticos quando o problema principal era cardiológico e apenas 29% quando era gastroenterológico. Peterson e colaboradores em 1992 fizeram uma análise quantitativa, prospectiva, da contribuição da história, exame físico e exames complementares de 80 pacientes atendidos em ambulatórios. Esses pacientes eram portadores de doenças sem diagnóstico prévio. Os

internistas que examinaram os pacientes preencheram questionário onde eram listadas as doenças incluídas no diagnóstico diferencial, bem como uma estimativa do grau de certeza que cada médico tinha nos diagnósticos listados, após a história clínica, em seguida ao exame físico e ao completarem os exames complementares. Observou-se que a história clínica contribuiu com 61 dos diagnósticos corretos (76%) o exame físico com 10 (12%)e os exames complementares com 9 (11%). Na escala de (1 a 10) o grau de certeza do diagnóstico com a história clínica foi de 7.1 passando para 8.2 após o exame físico e para 9.3 após os exames complementares. Os autores chamam atenção para o fato de que tanto o exame físico quanto os exames complementares, apesar de darem contribuição menor ao diagnóstico final, terem sido instrumentais para a exclusão de certas possibilidades diagnósticas e para aumentar o grau de confiança dos internistas em seus diagnósticos.

A história clínica é obtida ao encontro inicial do médico com o paciente. Seguramente esse é o momento mais importante da relação médico-paciente onde o clínico exerce sua arte de mostrar-se profissional confiável e pessoa capaz de dedicar-se aos problemas dos pacientes ou mesmo compadecer-se em situações críticas. Deficiências que possam ocorrer na entrevista inicial poderão ser de difícil correção posterior. Na obtenção da História Clínica o paciente descreve seus sintomas. Estes podem ser classificados como: **objetivos** ou **subjetivos**. Os primeiros correspondem a observações feitas pelo paciente sobre seu corpo ou secreções. Exemplos: edema, inflamação em articulações, urina sanguinolenta, fezes pretas etc. Os subjetivos correspondem a sensações. Exemplos: falta de ar, ansiedade, tontura, dor torácica, anorexia etc.. Sintomas objetivos e subjetivos são expressos de três modos diferentes: a) de forma espontânea. Esses correspondem geralmente ao motivo principal ou queixa principal da consulta. Constitui o **sintoma iatrotrópico**, termo criado por Alvan Feinstein para indicar a motivação que levou o paciente a procurar o médico; b) durante o interrogatório sistemático quando o médico indaga ordenadamente sobre o funcionamento de órgãos e sistemas; e c) quando são feitas perguntas especificas com o objetivo de identificar problemas médicos adicionais

ou, então, estabelecer ou refutar alguma hipótese diagnóstica. Em contraste com a primeira parte da história clínica, os sintomas destas duas últimas são chamados de sintomas não-iatrotrópicos. Um paciente que procura o médico motivado por dor severa no grande artelho, mas que durante o exame informa acordar à noite três vezes para urinar, poderá representar uma situação clínica iatrotrópica de artrite gotosa e, ao mesmo tempo, uma condição não iatrotrópica de tumor de próstata. Essa distinção é relevante porque, para o paciente, é sempre importante que o médico resolva o problema para o qual ele o procurou, mesmo que possam haver achados outros, até mais importantes, para a saúde do paciente.

QUADRO I

Entrevista com o paciente:

1 – Dados Demográficos: idade, cor, sexo, procedência etc.
2 – Queixa principal e sua duração ou motivo da consulta
3 – História da doença atual.
  a – caracterização e análise dos sintomas
  b – revisão dos sintomas pertinentes
4 – História Médica Pregressa
  a – outros problemas médicos.
  b – doenças regionais prevalentes
  c – doenças da infância e imunizações
  d – acidentes, hospitalizações e cirurgias.
5- História familiar
  a – composição familiar
  b – doenças hereditárias
  c – ocorrência de doenças prevalentes específicas: hipertensão arterial, diabetes.melito, canceres etc.

História Psicossocial
a – estilo de vida
b – história sexual
c – atividades profissionais
  – natureza do trabalho
  – exposições tóxicas
  – em caso de desemprego, caracterizar situação atual.
d – uso de álcool, fumo e drogas ilícitas.
7 – Medicamentos e hábitos
  Medicamentos
  Atividades físicas
  Sedentarismo
8 – Revisão de sistemas.

Dados demográficos como idade, cor, sexo, procedência, moradia, escolaridade, atividade profissional etc. contribuem de modo relevante para o estabelecimento de hipóteses diagnósticas, que podem inclusive levar a um diagnóstico causal. Exemplo: paciente com queixas de fadiga fácil iniciada há dois meses. Se ele trabalha em indústria petroquímica e o hemograma revela anemia com leucopenia, intoxicação por benzeno, deverá fazer parte do diagnóstico diferencial. O Quadro I lista os principais itens da entrevista com o paciente

Durante a tomada da história clínica, o profissional é responsável por criar uma situação de empatia que faça o paciente sentir-se à vontade para informar o que ele acha que o médico deve saber. A história deverá fluir livremente. Após ter dado ao paciente tempo suficiente para ouvi-lo relatar, sem interrupções, seus motivos para procurar ajuda médica, o profissional poderá passar a uma fase mais estruturada de coleta de dados. Assim indagará sobre antecedentes de saúde do paciente e de sua família, continuando depois com a história sexual, medicamentos e hábitos seguida da revisão de sistemas. (Ver anexo I)

A doença atual do paciente deve ser anotada na ficha médica ou no prontuário como uma narrativa, seguindo uma seqüência cronológica. Cada manifestação importante do curso da doença deverá ser um tópico em um novo parágrafo. O tempo de aparecimento dos sintomas, sua evolução e modo de desaparecer, se for o caso, devem ser indicados com precisão. No prontuário baseado em problemas, cada problema pode ser descrito separadamente. (Ver anexoII)

Muitas vezes é difícil tipificar a queixa principal do paciente quando ele tem várias recebendo o mesmo grau de importância ou se são pouco consistentes. É também habitual que o paciente deixe de descrever os seus sintomas menos marcantes, acreditando que os mesmos sejam irrelevantes. Assim, algumas perguntas feitas aos pacientes poderão provocar essas descrições. Isso é importante pois doenças crônicas com períodos de exacerbações e remissões de manifestações não-inter-relacionadas, podem ficar sem diagnóstico durante um longo tempo tal como é o caso do Lupus Eritematoso Disseminado ou mesmo de algumas formas de câncer de evolução lenta.

Exame físico

O exame físico guarda ainda1 hoje suas características originais, tal como foi desenvolvido na Áustria e França, no início do século dezenove. Merecem referência especial o trabalho de Leopold Auvenbrugger (1722-1809) que publicou em latim o "Inventum Novum ex-Percussione Thoracis Humani" (1761), descrevendo pormenorizadamente características dos sons obtidos por percussão torácica em indivíduos sadios e doentes. Esse trabalho ganhou enorme repercussão nos meios médicos após divulgação de sua tradução em francês por Jean Nicholas Corvisart, médico de Napoleão e mestre de Laennec. Este último, René-Théophile-Hyacinthe Laennec (1781-1826), o inventor do estetoscópio, foi o grande inovador no conhecimento do diagnóstico médico graças à sua dedicação ao exame detalhado do corpo humano, especialmente do tórax, descrevendo os sons respiratórios e os sons cardíacos em "De L'auscultation mediate" (1819). A contribuição de Corvirsart, de Laennec e de muitos outros contemporâneos, à percussão e à ausculta, permitiu que essas técnicas fossem definitivamente introduzidas na prática clínica. Assim, o exame ganhou muito mais objetividade, pois, até então, predominava entre os lentes longas discussões teóricas, desprovidas de qualquer base sobre o que de fato passava-se no organismo. Depois da percussão e da ausculta, tornou-se comum na França, centro irradiador das ciências médicas de então, correlacionar-se as doenças descobertas, descritas e classificadas através da anatomia patológica, com os quadros clínicos conhecidos. Assim, o clínico competente era aquele capaz de dizer, enquanto o paciente estava vivo, que diagnóstico lhe correspondia, dentre os quadros nosológicos já identificados através da autopsia. Esse conceito, fazer corresponder as doenças às lesões anatômicas, até hoje influencia o estabelecimento de quadros clínicos e diagnósticos.

O exame físico deve ser realizado de modo completo, com extremo cuidado e alerta para detectar não apenas as alterações físicas inequívocas, mas também os desvios da normalidade. Deve-se seguir de modo disciplinado, toda a seqüência do exa-

me físico tal como a descrita em Porto ( ) por exemplo. O médico experiente muitas vezes faz alguns atalhos visando tornar o exame mais instrumental. Por exemplo: se logo no início do exame ele percebe escleróticas ictéricas – um sinal, na maioria das vezes, relacionado à doença do fígado e vias biliares – o médico poderá pular a seqüência do exame procurando sinais periféricos de hepatopatia crônica, de hepatomegalia e mesmo voltar a questionar sobre hábitos de ingestão alcoólica. Obviamente, o médico deverá voltar à seqüência inicial interrompida para completar o exame físico. Ao estudante ou médico em treinamento, recomenda-se seguir integralmente a seqüência do exame físico, pois praticá-lo por inteiro é um aspecto importante do tirocínio clínico, possibilitando a aquisição e incorporação de habilidades que só a prática permite. Se o iniciante não se dedica ao tirocínio do exame físico por inteiro, dificilmente adquirirá habilidades suficientes para aplicá-las em condições emergenciais.

Um cuidado importante é não confundir um achado ao exame físico, com um diagnóstico. Assim, se à ausculta identifica-se ruído de atrito sobre o precórdio é importante se tentar primeiro caracterizá-lo, observando se permanece inalterado quando o paciente pára a respiração e se está relacionado a determinada fase do ciclo cardíaco. Se este ruído tem estas características poderemos designá-lo, de fato, como atrito pericárdico, que, em si, já indica uma condição clínica específica decorrente de processo inflamatório que torna rugosos os folhetos do pericárdio, mas não rotulá-lo como pericardite, que indica processo inflamatório do pericárdio. Da mesma forma que não se deverá equacionar mucosa hipocrômica como igual a anemia, ou faringe hiperemiada como faringite. Mesmo que esses sinais possam ao final do exame corresponder ao diagnóstico do paciente.

O exame físico é uma arte que, como qualquer uma outra, requer repetição, persistência e aperfeiçoamento. Como toda arte, requer um conhecimento sistematizado das técnicas envolvidas. Seu aprendizado deve ser sempre feito em colaboração com um médico mais experiente, um tutor, que domine as técnicas de um exame completo e efetivo.

Exames Complementares ou Testes Diagnósticos

Findo o exame clínico cabe ao médico estabelecer um **diagnóstico presuntivo** ou de **trabalho** geralmente acompanhado de um, ou mais **diagnósticos alternativos**. O diagnóstico presuntivo é aquele em que o médico, ao findar o exame clínico, tem maior grau de certeza de corresponder à doença do paciente, indicando-lhe que exames complementares devem ser solicitados para comprovar ou refutar o diagnóstico. Estes exames servirão, também, para afastar os diagnósticos alternativos, ou mesmo para refutar a possibilidade de diagnóstico presuntivo estar correto e comprovar que um dos diagnósticos alternativos é o mais provável.

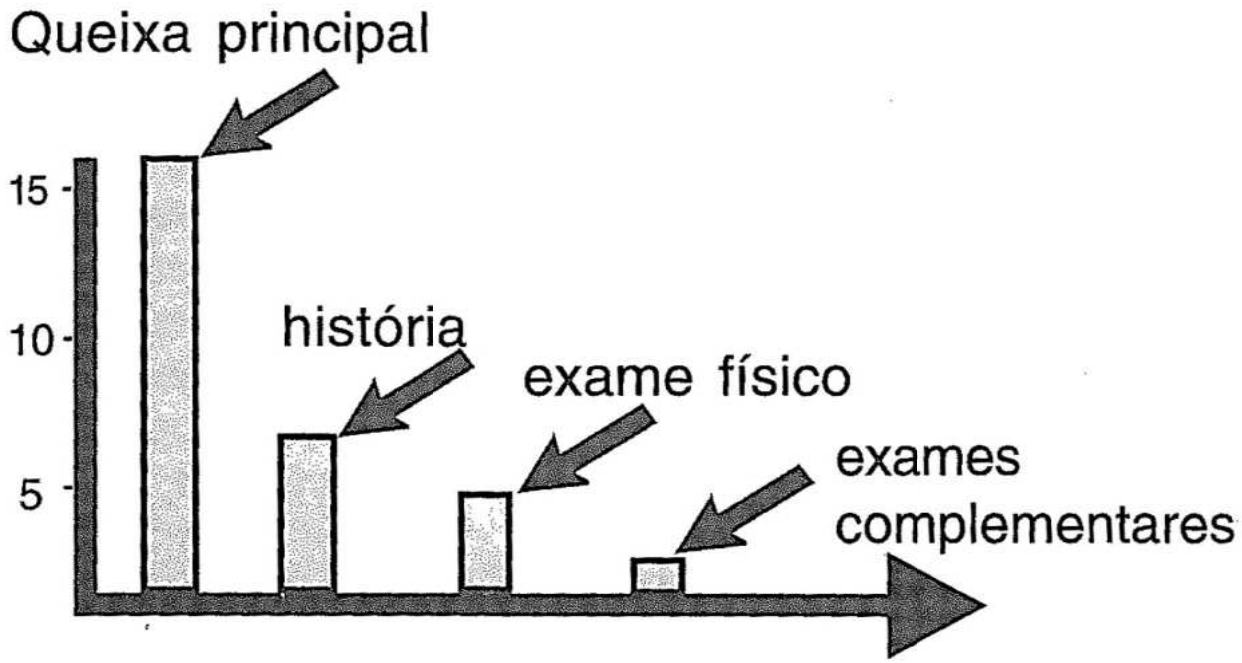
O uso de exames complementares, devido a sua importância e aspectos peculiares, será analisado adiante, separadamente.

GERANDO HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

"De repente, vi-lhe no rosto um clarão, um reflexo de idéia."
Bentinho em Dom Casmurro de Machado de Assis.

O objetivo do médico alcançar o diagnóstico decorre de que este é o ponto de partida para o estabelecimento do prognóstico e do tratamento da doença. Portanto, essa tarefa do clínico chegar ao diagnóstico constitui uma típica situação de **resolução de problema,** tal como é conhecida em ciência cognitiva.

O passo inicial nesse processo é a consciência de que o quadro clínico que o paciente apresenta deverá corresponder a um determinado quadro nosológico reconhecível, quer seja porque o médico já o conhece e tem experiência sobre o mesmo, quer porque tem conhecimento teórico de sua ocorrência ou porque é capaz de acessar fontes (consulta a colegas especialistas, informações bibliográficas, base eletrônica de dados etc.) que contribuam para o estabelecimento do diagnóstico. Conseqüentemente, o pré-requisito para chegar-se ao diagnóstico é o



reconhecimento da tarefa de "resolução de problema" que no caso consiste em adequar o quadro nosográfico (os dados do paciente) ao quadro nosológico (doenças reconhecíveis) visando decisões terapêuticas e prognósticas.

Estabelecido esse requisito, tem início o processo de geração de hipóteses que se desencadeia aos primeiros contatos visuais e verbais da relação médico-paciente, passando depois para o exame físico até alcançar a etapa de exames complementares e até mesmo a própria evolução imediata da doença, tal como ocorre em situações graves e complexas que evoluem rapidamente. Exemplo: bacteriemia conduzindo a choque séptico. O elemento que desencadeia a geração de hipóteses é variável e múltiplo. Dados demográficos como idade, sexo, aparência geral relacionados à queixa do paciente, já são elementos suficientes para desencadeamento de passos elementares do raciocínio clínico. Exemplo: **ele – o paciente – parece ser sadio... ela é jovem demais para queixas de menopausa... em sua profissão, pneumoconiose é altamente prevalente...nunca ouvi falar de malária em sua região...** etc... etc. Muitas vezes um único dado relevante (porque agrega uma série de informações) como hematuria ou taquipnéia, por exemplo, já constituem elementos suficientes para desencadear hipóteses, capazes, por exemplo, de enquadrar o paciente em um grupo de doenças relacionadas entre si e ao mesmo tempo excluir outros grupos de doenças ou de diagnósticos.

Exemplos:

Homem, 60 anos com hematuria, hipóteses iniciais: Glomerulonefrite aguda, tumor vesical, tumor renal etc.

Mulher 28 anos com taquipnéia, hipóteses iniciais: Embolia pulmonar, insuficiência cardíaca, acidose metabólica etc.

À medida que progride a interação médico-paciente durante a coleta de dados do exame clínico, novas informações geram refutação ou substituição de hipóteses ou mantém operativas as hipóteses iniciais. Assim, no exemplo da **hematuria,** se o paciente nunca apresentou edema de face, ou hipertensão arterial, essas informações favorecem colocarmos a hipótese de glomerulonefrite em um segundo plano e procurarmos mais evidências que fortaleçam as hipóteses de tumor vesical ou renal. Hiperplasia benigna da próstata também deverá ser incluída dentre as hipóteses. Da mesma forma que, se no exemplo da paciente **taquipnéia**, dados adicionais indicam que ela é fumante, portadora de hipertensão arterial e usa anticonceptivos orais, portanto a hipótese de embolia pulmonar ganha extraordinária importância, colocando as outras hipóteses em um nível de probabilidade muito inferior.

Dessa descrição, vê-se que o raciocínio clínico é um processo dinâmico, interativo, onde a cada novo dado ou peça de informação obtida, evocam-se novas possibilidades, fortalecendo ou afastando as hipóteses prévias. Esse processo de refinamento de hipóteses permanece até o ponto em que é encontrada uma solução satisfatória para o "problema do clínico", naquela etapa do exame ou evolução do paciente. Ou seja, o médico encontra o quadro nosológico compatível com o quadro nosográfico do paciente. Essa compatibilidade, entretanto, é dinâmica no sentido que passa também por etapas de validação, percorrendo uma trilha que tem início em hipóteses diagnósticas bastante gerais (ou includentes) a hipóteses altamente específicas (ou excludentes).

Exemplo:

anemia: nível de diagnóstico geral, inespecífico, includente.

anemia hemolítica congênita por defeito de enzima glicolítica: nível de diagnóstico restrito, específico, excludente.

Assim, o diagnóstico em sua etapa de evolução poderá passar de "síndrome febril" para "síndrome infecciosa" até o diagnóstico final de "pneumonia pneumocócica".

O PAPEL DA HIPÓTESE

"Se procuro estou achando... Se acho, ainda estou procurando?" ***João Porém em Tutaméia, Guimarães Rosa***

Cada hipótese é um quadro nosológico, funcionando como uma **moldura** ou um **contexto de referência** que deve ser compatível com o quadro nosográfico. Isso é fundamental no processo do raciocínio clínico dado que, ao inicio do exame (na primeira consulta do paciente), o médico encontra-se em um estágio de **incerteza máxima** sobre o diagnóstico do paciente. Neste **contexto** a hipótese tem o papel essencial de servir de **moldura** para adequar os dados demográficos do paciente e ao mesmo tempo gerar o **contexto** para novos raciocínios e indagações. Ou seja, a hipótese, ao ser ativada, ou entrar nas considerações do clínico, passa a servir de guia para o processo diagnóstico subseqüente. Quanto mais cedo uma hipótese diagnóstica é ativada, desde que procedente, mais facilmente o médico desenvolverá raciocínios e perguntas apropriadas para esclarecer a história da doença atual e orientar o exame físico para aspectos mais específicos, bem como vislumbrar que exames complementares poderão ser mais úteis para um diagnóstico final. De acordo com Kassirer, as evidências sugerem que os médicos não incorporem os dados clínicos ao raciocínio, até que um diagnóstico seja ativado (daí o papel da **"moldura"** e do **"contexto"** antes mencionados). A hipótese diagnóstica serve portanto de guia para predizer que informações adicionais deverão ser úteis e que exames complementares terão valor. Por exemplo, se a queixa é de dor torácica, o clínico coloca doença coronariana ateroesclerótica como hipótese. E essa doença irá requerer um nível de enquadramento do paciente em um contexto no qual sexo masculino e mais de 40 anos favorecem a hipótese. A dor torácica anginosa típica requer localização sobre o precórdio, e deve durar menos de 10 minutos após ter cessado esforço físico. Se não preenche

essas características, poderá tratar-se de dor torácica atípica ou mesmo, caso dure mais de trinta minutos, não sendo aliviada pelo repouso, faz-se ativar a hipótese de uma apresentação mais grave de doença coronariana, como infarto agudo do miocárdio, requerendo medidas diagnósticas e terapêuticas mais imediatas. A hipótese desse exemplo corresponde a uma doença de elevada prevalência e de origem multicausal, que costuma associar-se a fatores de risco, cuja ocorrência favorece o diagnóstico: fumo, hipercolesterolemia, hipertensão arterial, diabetes melito e sedentarismo. Outras características deverão ser acessadas e que podem ajudar no diagnóstico: história familiar de angina ou de morte súbita, características comportamentais tipo A, hiperatividade e competitividade social, perdas recentes (desemprego, morte na família ou desenlace conjugal) etc. Todos esses elementos poderão ser usados em confronto com os dados do paciente. Assim, gradualmente, novos dados vão sendo pesquisados levando ao fortalecimento da hipótese, sua rejeição, ou seu refinamento.

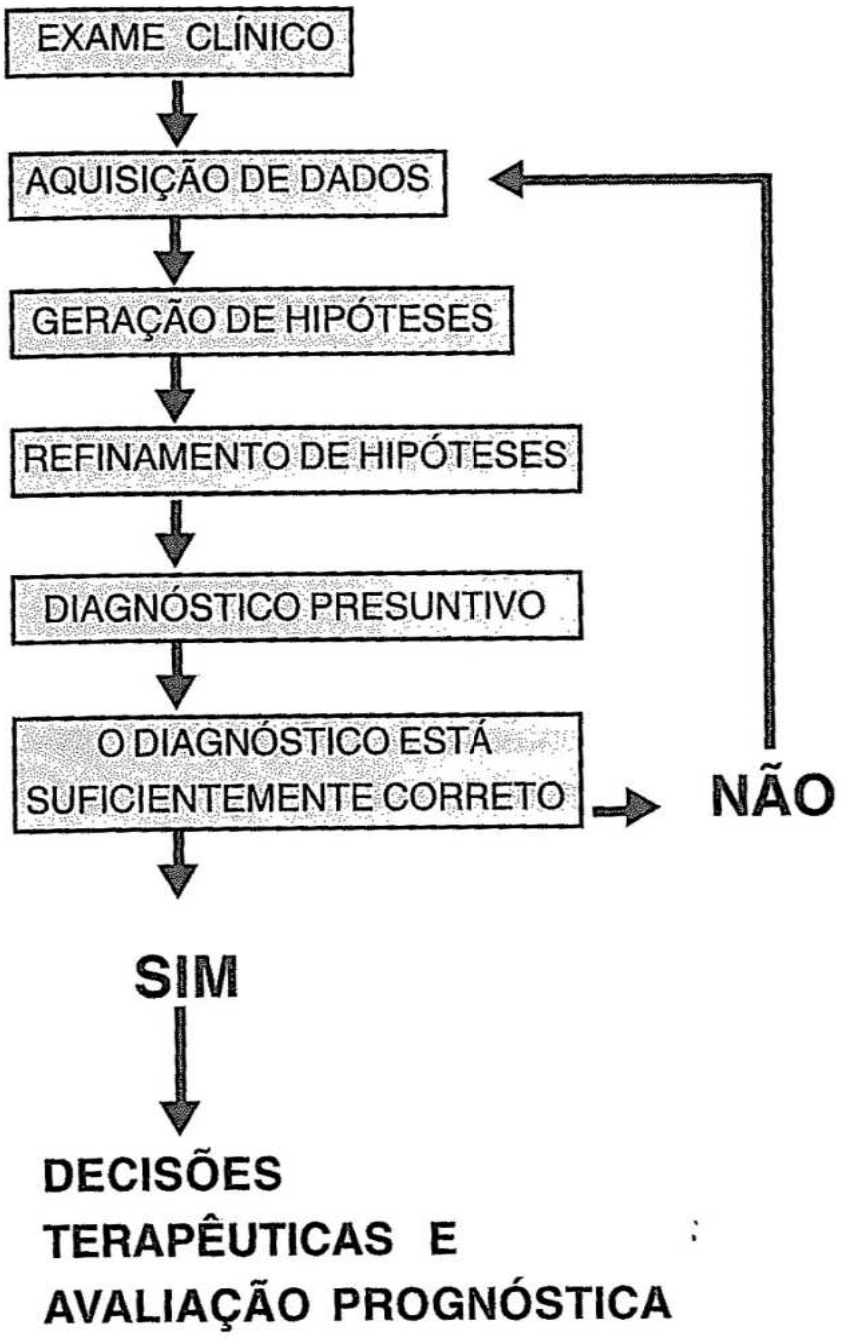
DO REFINAMENTO DE HIPÓTESES AO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

A formulação de uma hipótese diagnóstica durante o exame clínico é um mecanismo operativo da procura de um quadro nosológico consistente. Esse diagnóstico deverá servir de diagnóstico presuntivo ou de trabalho, o qual envolve um grau de confiança ou de certeza do clínico que lhe possibilita ordenar medidas diagnósticas e terapêuticas iniciais. Entretanto alcançar o diagnóstico presuntivo requer duas etapas anteriores que consistem em refinamento de hipóteses e diagnóstico diferencial.

Refinamento de Hipóteses

Logo que surge a primeira hipótese diagnóstica e quando quer que ela tenha ocorrido durante o exame clínico, tem início o processo de refinamento de hipóteses ou de "construção do caso". Pode ser definido como um processo seqüencial de aquisição de dados e de interpretação. Habitualmente o processo tem início

NATUREZA INTERATIVA DO PROCESSO DIAGNÓSTICO



com um grupo de doenças relacionadas (exemplo: patologia respiratória englobando bronquite crônica, pneumonia, doença pulmonar obstrutiva, sarcoidose etc.), ou como uma hipótese definida (pneumonia). Estas hipóteses geram questionamentos específicos que, à medida que forem sendo respondidos, permitirão discriminação entre hipóteses alternativas, o descarte de algumas delas ou mesmo o aparecimento de novas. Nesse ponto, várias estratégias de raciocínio (probabilístico, causal e determinístico) são usadas de modo consciente ou inconsciente até que surja

uma hipótese suficientemente consistente para obter-se um (ou mais de um) diagnóstico presuntivo ou de trabalho.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

"...após você ter eliminado o impossível, o que ficar, mesmo que improvável, deve ser a verdade."

Sherlock Holmes de Sir Arthur Connan Doyle

De acordo com Sox, o Diagnóstico Diferencial tem inicio no instante em que o paciente diz ao médico qual sua queixa principal ou o sintoma que lhe fez procurar ajuda. Definir, entretanto, o que é diagnóstico diferencial é tarefa difícil, pois existem diferentes conceitos e práticas de como ele é realizado. Mais facilmente pode-se descrever algumas modalidades de sua execução. Assim temos:

1 – Listagem de hipóteses, ou mais de um diagnóstico, que podem explicar o quadro clínico. Essa listagem poderá ser exaustiva, contendo todos os diagnósticos plausíveis para os dados do paciente. Normalmente essas listas são organizadas dentro de uma estrutura hierarquizada de doenças de acordo com a fisiopatologia envolvida ou mesmo sua localização anatômica. Nestas listagens procura-se não excluir doenças muito raras e não se dá, por exemplo, ênfase na gravidade da doença, sua prevalência etc. Essa lista serve para cotejar os dados clínicos e laboratoriais que o paciente apresenta. Assim, as hipóteses vão sendo afastadas até encontrar-se aquele diagnóstico que melhor se ajuste ao quadro nosográfico.

2 – Critérios probabilísticos. Uma variante do modelo anterior consiste em listar os possíveis diagnósticos de acordo com a maior ou menor probabilidade de ocorrência (prevalência) e cotejar o quadro clínico do paciente com os mesmos até optar por um ou mais diagnósticos compatíveis.

3 – Listagens de evidências. Outro modo de ordenar-se o processo de diagnóstico diferencial é o de elencar sintomas e sinais ou dados complementares mais relevantes do paciente e em seguida relacionar cada uma dessas manifestações com as

principais doenças capazes de explicá-las. Assim, se o paciente apresenta vômitos, febre, cefaléia e convulsões as causas de cada uma dessas manifestações são registradas. Ao final do processo, o médico procura integrar manifestações clínicas e suas possiveis causas e assim obtém um ou mais de um quadro nosológico capaz de explicar o conjunto de sinais e sintomas do paciente.

4 – listagem simples. Ao final do exame clínico o examinador lista um pequeno conjunto de hipóteses. De acordo com essa lista são solicitados exames complementares com o objetivo de comprovar ou afastar diagnósticos. Uma crítica a este procedimento é que doenças raras são eliminadas antes da lista ser elaborada.

Autores como Feinstein, Weed, Cox e Kassirer, clínicos dedicados ao estudo de ciências cognitivas, teoria de decisão e inteligência artificial aplicadas ao raciocínio médico, advogam que o processo do diagnóstico diferencial é operacionalizado na **memória de trabalho** ou **memória de curto prazo** a qual, tendo capacidade bastante limitada, somente é capaz de armazenar ou trabalhar com 5 a 9 itens, em um dado momento de tempo. Portanto, durante o exame clínico o médico trabalha apenas com algumas poucas hipóteses a um só tempo, mesmo que ele possa reter na memória conceitos sobre 20 ou mais doenças compatíveis com o quadro clínico do paciente. Admite-se que, enquanto o médico procede à aquisição de dados, um pequeno número de hipóteses são elicitadas em sua mente, gradativamente algumas são substituídas por outras competitivamente mais plausíveis, algumas são descartadas e uma ou duas emergem como as de maior grau de certeza, para uma delas, em uma etapa ulterior, ser confirmada ou descartada. A hipótese que restar será o diagnóstico presuntivo ou de trabalho, ou mesmo o "diagnóstico de certeza".

MODALIDADES DE DIAGNÓSTICO:

Nem sempre é possível alcançar-se o nível mais elaborado de diagnóstico. Por isso, procura-se sempre um diagnóstico cuja

definição tenha um máximo de **sensibilidade** (isto é, as características da doença estão presentes em uma elevada proporção de pacientes com a doença) e de **especificidade** (isto é, as características da doença estão ausentes em elevada proporção dos pacientes que não têm a doença). Gradativamente, à medida que informações são adicionadas (ressonância magnética, cultura microbiológica, ou biopsia, por exemplo), o diagnóstico atinge um nível maior de acurácia.

A seguinte subdivisão de diagnóstico é comumente utilizada com o propósito de hierarquizar o grau de refinamento do mesmo:

1- Diagnóstico sintomático

2- Diagnóstico anatômico

3- Diagnóstico sindrômico ou funcional

4- Diagnóstico causal ou etiológico

1 – Diagnóstico sintomático: corresponde àquele baseado na presença de uma única manifestação da doença. É o nível mais elementar de formulação diagnóstica. Por exemplo: paciente com história de freqüentes episódios de diarréia pode receber o diagnóstico de **diarréia crônica** como diagnóstico inicial. Exames posteriores podem demonstrar tratar-se de uma colite (diagnóstico anatômico) que, após exames mais completos, poder-se-á estabelecer o diagnóstico de colite ulcerativa (doença inflamatória do intestino) que é um diagnóstico sindrômico. Neste exemplo não atingimos um diagnóstico causal, mais elaborado. Tanto a colite ulcerativa quanto a doença de Chron são hoje caracterizadas como os principais exemplos de Doença Intestinal Inflamatória de etiologia indeterminada, para as quais são aventadas diversas hipóteses causais: influência genética, agentes infecciosos, lesão do epitélio intestinal por agressão auto-imune, anormalidade na produção de mucina e fatores psicológicos.

Diagnóstico sindrômico: a lesão de órgãos ou sistemas pode manifestar-se por um conjunto de sinais e sintomas não-específicos de uma única doença. Por exemplo: quando um paciente apresenta tireóide aumentada (bócio) exoftalmia e taquicardia

diz-se que ele é portador da síndrome de Basedow-Graves (descrita em 1835/40). Sabe-se hoje que essa síndrome é causada por tireotoxicose (diagnóstico causal) a qual, nem sempre, se acompanha das características nosográficas da tríade acima descrita. Outros exemplos: insuficiência cardíaca congestiva, Síndrome Nefrótica, síndrome de choque etc.

Diagnóstico anatômico: neste caso o diagnóstico indica a localização da lesão. Exemplo: hematoma subdural, trombose da veia cava superior, carcinoma renal etc.

Diagnóstico causal: neste caso, a denominação requer conhecimento dos mecanismos fisiopatogênicos envolvidos na determinação de lesão: distúrbios bioquímicos, fisiológicos imunológicos etc.: Ex.: pericardite urêmica, meningite meningocócica, anemia ferropriva etc.

Outra maneira de abordar o diagnóstico de um paciente é através da identificação de problemas que ele apresenta. Neste caso, um sinal ou um sintoma, da mesma forma que a designação de um diagnóstico anatômico ou causal podem figurar como problemas na dependência de possuirmos ou não informações e conhecimentos suficientes para um diagnóstico mais preciso. (Este assunto será abordado em tópico anexo).

ESTRATÉGIAS DE DIAGNÓSTICO

O médico experimentado usa sempre algumas estratégias consagradas pelo tempo e que são instrumentos poderosos em obter hipóteses plausíveis de serem confirmadas ou então que, se não forem trabalhadas, podem resultar em baixa resolubilidade diagnóstica com repercussões para o médico e o próprio paciente. Essas estratégias se baseiam principalmente na prevalência da doença, na heurística (*) e na gravidade real ou potencial da situação do paciente.

---

* *Heurística:conjunto de regras que levam a uma descoberta; processo do fazer inferências sobre dados, raciocínio que apela para um senso intuitivo de plausibilidade.*

1 – Estimativas de probabilidade. Uma das maneiras do clínico inferir ou afastar hipóteses diagnósticas é usar as informações acumuladas em experiência pessoal ou das observações publicadas na literatura, sobre a probabilidade de ocorrência da doença.

A experiência prévia, pessoal, com pacientes semelhantes é a influência mais marcante sobre as estimativas de probabilidade desenvolvidas pelos clínicos, consciente ou inconscientemente. Um exemplo dessa situação é o que ocorre com o diagnóstico de uma doença que aparece de forma epidêmica. Assim, durante início de uma epidemia de Dengue, o diagnóstico da doença requeria do clínico grande meticulosidade em estabelecer o diagnóstico diferencial e acompanhamento rigoroso do paciente. Entretanto, com a disseminação da epidemia na região e o ganho da experiência no acompanhamento da doença, praticamente todo paciente que se apresentava com febre, dores musculares e oculares acompanhadas de exantemas e leucopenia, recebia o diagnóstico presuntivo de Dengue, a não ser que algum dado completar refutasse o diagnóstico.

A estimativa probabilística consiste no clínico estabelecer seu grau de crença em que uma determinada doença corresponde às manifestações clínicas de um paciente. Esse grau de crença passa a funcionar como uma âncora. A prevalência de uma doença é uma das estimativas probabilísticas mais usadas em clínica. E, o método da ancoragem, da mesma forma que o Teorema de Bayes e a chamada heurística de ajustamento, usam a prevalência da doença na comunidade como estimativa probabilística do diagnóstico. Ou seja, diante do quadro clínico de um paciente deve-se usar o conhecimento prévio da probabilidade de ocorrência de uma determinada doença ao cotejá-la com o quadro clínico de um paciente. Assim, por exemplo, se um paciente masculino de 35 anos tem como motivo de consulta "dor precordial constrictiva" o clínico "ancora" seu nível de crença na possibilidade de doença coronariana ateroesclerótica em grau elevado. Entretanto, tratando-se de uma mulher com a mesma idade e queixa, é possível que o clínico ancorasse seu nível de crença em um grau mais baixo do que o escolhido para o homem, com queixa similar. Se, entretanto, essa paciente fosse fumante e usasse

anticonceptivos orais, o ponto de ancoragem da estimativa probabilística passa a um nível extraordinariamente elevado. Segundo Tversky e Kahmemem, o principio da ancoragem ou heurística de ajustamento é freqüentemente usado incorretamente por clínicos, pois estes tendem a não reajustarem suas estimativas originais diante de novas informações, principalmente hiperestimando a ocorrência de doenças com as quais têm mais experiência.

2 – Heurística representativa: corresponde ao grau de probabilidade que o clínico atribui à ocorrência de doença quando o quadro clínico do paciente se assemelha ao de uma doença ou síndrome específica. O exemplo anterior da Dengue se enquadra nessa modalidade de estimativa de probabilidade. Outro exemplo: se um paciente previamente sadio apresenta oligúria e elevação súbita dos níveis de uréia e creatinina após uso de antiinflamatório não-esteróide, o quadro clínico desse paciente assemelha-se com as características essenciais do quadro de Insuficiência Renal Aguda decorrente do uso desse medicamento e portanto ele recebe esse diagnóstico. Esse tipo de raciocínio probabilístico ou heurística representativa é útil e largamente utilizado, porém, em algumas situações pode induzir a conclusões diagnósticas errôneas. É o que pode acontecer quando a doença é rara (por exemplo: paralisia supranuclear progressiva) e tem como manifestações principais sinais e sintomas (tremor, rigidez, bradicinésia e instabilidade postural progressiva) de uma doença freqüente (Doença de Parkinson). Do mesmo modo, se a representação mental que o médico tem da doença baseia-se em experiências atípicas, essa experiência pode levar o clínico a valorizar aspectos que são maus preditores de evolução da doença pois, no meio em que ele exerce sua prática clínica, somente comparecem pacientes graves com múltiplas co-morbidades, constituindo o *bias* ou viés de Berkson.

– **"Heurística disponível"** é uma outra forma de representação da probabilidade de ocorrência de doença, baseado na facilidade em que eventos similares são evocados. Assim, se um médico descobre herpes zoster em paciente com síndrome nefrótica ele tende a superestimar a probabilidade da ocorrência da infecção herpética nos próximos primeiros pacientes nefróticos que atender.

1 – Triagem: impõe-se quando o paciente tem tantas queixas ou elas são tão vagas que fica difícil estabelecer qual o motivo que o levou à consulta. Nesse caso, uma estratégia adequada é indagar sobre a presença de um dos sintomas característicos de doenças importantes e, se o sintoma estiver presente, interrogar detalhadamente sobre a presença de manifestações de doenças relacionadas. Exemplos: dispnéia e/ou edema (insuficiência cardíaca); perda de peso e/ou hematúria (tumor urinário); ingesta alcóolica excessiva e/ou dor epigástrica (pancreatite) etc. Deve-se considerar que se o sintoma procurado estiver sempre presente em uma determinada doença, a triagem será muito útil na exclusão da doença em consideração. Ou seja, a doença poderá ser excluída se a manifestação clínica estiver ausente. Exemplo: se dispnéia estiver ausente, essa será uma informação útil, tornando muito pouco plausível a hipótese de ocorrência de insuficiência cardíaca congestiva, vez que essa síndrome não ocorre sem algum grau de dispnéia. Porém, se dispnéia estiver presente, como existem muitas outras causas desse sintoma, o diagnóstico de insuficiência cardíaca é apenas plausível, merecendo comprovação ou refutação. Quando o clínico tem elevado grau de certeza de que uma hipótese pode ser verdadeira, ele não deverá descartá-la por meio de uma única evidência negativa. A triagem é também uma estratégia de exame físico. Se uma anormalidade é descoberta, um exame muito mais detalhado da região é realizado. Se por outro lado nenhuma anormalidade é encontrada, o examinador passa para o próximo segmento do exame. Assim, se petéquias estiverem presentes, o examinador passa a pesquisar minuciosamente outras manifestações de endocardite bacteriana ou de discrasias sangüíneas.

A estratégia da triagem não deve ser usada quando existe alguma evidência de doença capaz de produzir séria conseqüência se caso não venha a ser diagnosticada e tratada, ou quando não existirem sintomas, ou sinais, que sejam confiáveis como meios de triagem.

2 – "Princípio minimax". Exemplo: Indivíduo com boa saúde, 25 anos, apresenta dor torácica severa em região precordial após esforço físico, praticando ginástica aeróbica. Nesse caso, o

diagnóstico mais provável poderá ser alguma forma de traumatismo osteomuscular. Porém, o mais urgente e importante, nesse caso, é descartar a presença de doença coronariana aguda. Essa estratégia consagrada pelo tempo e pelo preceito que **"prevenir é melhor que remediar"**, pertence à teoria cognitiva de jogos. Essa teoria postula que para se impedir uma perda máxima, deve-se selecionar uma estratégia que produza o **resultado menos ruim possível,** caso o **resultado pior possível** vier a acontecer. No exemplo acima, o **resultado menos ruim** é reter o paciente no hospital (apreensão, tempo, custos etc.) para investigação diagnóstica adequada de uma doença pouco provável, em contraposição ao **resultado pior possível** que poderiam ser as complicações de um infarto agudo do miocárdio não-tratado.

O clínico – que usualmente confia fortemente na estratégia de "minimax", mesmo sem ter conhecimento formal da mesma – tem como principal objetivo evitar a ocorrência de casos "falsos negativos" que tenham alguma gravidade. Porém, essa estratégia precisa ser utilizada com bom senso, pois leva forçosamente a um numero desnecessário de investigações diagnósticas, que podem ter custo elevado (dinheiro, tempo, invasividade, malefícios) e levar a resultados falsos positivos (desgaste emocional) e a tratamentos desnecessários com riscos de iatrogenias.

3 – Achados Patognomônicos: achados desse tipo estabelecem o diagnóstico, pois ocorrem apenas em uma doença. Recomenda-se aos clínicos procederem como se os mesmos não tivessem essa função diagnóstica, pois, além de raros, eles podem induzir a uma interrupção prematura do processo de geração de hipóteses. **Exemplo:** paciente com dor torácica apresenta ruído de atrito pericárdico. Nesse caso, conclui-se que o paciente tem pericarditis. Apesar de ser um dos poucos exemplos de achado patognomônico, pois sua presença indica processo inflamatório, usualmente a presença de atrito pericárdico é sinal de um processo onde a pericardite é apenas parte dele, como na insuficiência renal ou na Síndrome de Dresler (pós-infarto agudo do miocárdio), por exemplo. É importante não confundir **achado patognomônico** isolado com um pequeno conjunto de sinais e sintomas capazes de evocar um diagnóstico sindrômico. Exemplo: Edemas, proteinuria e hipoalbuminemia, levando ao di-

agnóstico de Síndrome Nefrótica. Essas manifestações tomadas em conjunto são patognomônicas e têm um grande poder de inferência diagnóstica.

TIPOS DE RACIOCINIO DIAGNÓSTICO:

"O que um dia vou saber, não sabendo eu já sabia."

Retrato de Cavalo de Guimarães Rosa

A literatura médica permanece sem uma descrição global, ou uma teoria, suficientemente aceita, para representar o processo mental de resolução de problema. No caso do raciocinio clínico existe um consenso de que ele possa efetivar-se de três modos principais:

Raciocínio probabilístico.
Raciocínio causal.
Raciocínio determinístico.

1 – Raciocínio probabilístico:

Diante de determinado quadro clínico e dos resultados de exames complementares o clínico, usualmente, de modo consciente ou inconsciente, espontâneo ou estruturado, estabelece seu grau de crença "particular" de que determinado diagnóstico percorre um largo espectro entre o altamente provável e o altamente improvável. Esse raciocínio abriga dois tipos de constatações: a primeira diz que é inerente ao processo de diagnóstico um determinado **grau de incerteza** e, a segunda, que os eventos clínicos se apresentam diante do médico de acordo com o grau de sua **prevalência** na comunidade ou no serviço onde o médico exerce sua prática. **Por exemplo: paciente masculino, 36 anos, procurou o ambulatório por apresentar alterações de batimentos cardíacos. Procedia de São Felipe, área endêmica de Doença de Chagas. Exames complementares revelaram reação de Machado Guerreiro positiva e o eletrocardiograma mostrou freqüentes extra-sístoles ventriculares e bloqueio completo**

de ramo direito. Obviamente, o clínico com conhecimentos sobre Doença de Chagas atribuirá a esse paciente o diagnóstico de miocardite chagásica e o orientará como tal. Entretanto, a menos que esse paciente seja submetido a uma biopsia de miocárdio ou então ser acompanhado por um período de evolução que poderá levar anos para o quadro clínico tornar-se mais evidente da presença da doença, seu médico nunca poderá estar 100% certo de que o paciente tenha miocardite chagásica, vez que, essas alterações eletrocardiográficas podem ocorrer em outras cardiopatias e doenças ateroescleróticas. E, outrossim, muitos pacientes com Machado Guerreiro positivo nunca desenvolvem Miocardiopatia Chagásica. Se esse mesmo paciente fosse proveniente de uma área onde inexistisse ocorrência de Tripanosomiase Cruzi, provavelmente o clínico que o atendesse não selecionaria o diagnóstico de Doença de Chagas como um diagnóstico provável e, se o incluísse no diagnóstico diferencial, certamente ficaria surpreso se a reação de Machado Guerreiro solicitada fosse positiva. Esse exemplo ilustra as duas características mais marcantes do raciocínio probabilístico: de um lado, ter em conta um inevitável grau de incerteza e, de outro, valorizar os extremos da prevalência, alta e baixa, para acatar ou afastar um diagnóstico.

O raciocínio probabilístico requer, em primeiro lugar, uma estimativa da prevalência da doença, ou do grupo de doenças relacionadas, no local onde o paciente vive, ou de onde é originário e, em segundo lugar, uma estimativa da freqüência com que as características nosográficas de uma doença ocorrem, quando ela está presente. No exemplo anterior seria muito útil as informações: a) qual a prevalência de Doença de Chagas na população de onde o paciente se origina? e, dado que um paciente tenha Doença de Chagas, com que freqüência a Reação de Machado Guerreiro é positiva nestes pacientes? e ainda, dado que um paciente tenha Doença de Chagas com que freqüência ele desenvolve bloqueio completo de ramo direito e/ou extra sístoles ventriculares?

O raciocínio probabilístico é um instrumento de grande poder de inferência clínica e científica. Requer, entretanto, cuidados

especiais. A lista de possíveis diagnósticos para um paciente deverá ser bastante completa, porque, se descartamos alguma possibilidade diagnóstica por questões de probabilidade de ocorrência, ela dificilmente voltará a ser cotejada com os sinais e sintomas do indivíduo. Assim, se o paciente é portador de uma doença rara, ela poderá deixar de ser reconhecida de imediato. Também deve-se levar em conta que muitas doenças não podem ser consideradas simplesmente como presentes ou ausentes, de modo dicotômico, mas que graus intermediários de sua evolução podem significar considerações diagnósticas e terapêuticas muito diferentes. É o caso, por exemplo, de várias doenças do colágeno que podem ter uma evolução inicial lenta, com curso protraído e de repente adquirir intensa morbidade, requerendo mudanças na abordagem terapêutica.

Quando procuramos estabelecer um diagnóstico de trabalho ou presuntivo, costumamos aferir mentalmente se sua ocorrência é "muito provável", ou se é "comum" ou mesmo, "altamente provável" ou, então, se é "incomum", "rara", "muito pouco provável" etc. Essas seriam as **probabilidades pré-teste** de ocorrência da doença hipotetizada. Trata-se portanto de expressões que dão uma idéia quantitativa, porém, não padronizável. Uma doença "rara" ou "comum" corresponde às mais diversas interpretações quantitativas por diferentes médicos, como tem sido demonstrado em diversos estudos. Porém, essas expressões podem dar origem a "índices de probabilidade" que, como será visto adiante, poderão resultar em probabilidades quantitativas.

O raciocínio probabilístico – como qualquer um outro – é usado com o objetivo de uma tomada de decisão em relação a um provável prognóstico ou plano terapêutico, ou mesmo sobre a necessidade de mais investigações diagnósticas, podendo resultar em protelar um tratamento benéfico ou então ter custos elevados (agravo à saude, às finanças etc.) e, por outro lado, o tratamento poderá significar risco de complicações indesejáveis para o atual grau de incerteza de diagnóstico. Esses problemas de graus de incerteza começam a ser abordados hoje em termos de "Limiar de Diagnóstico" e "Limiar de Tratamento". Pode-se definir limiar como o momento do cuidado a um paciente no qual, tratar ou não tratar, tem um valor equivalente para o prognóstico

do paciente. O limiar seria então um guia de decisão. **Exemplo:** paciente com suspeita de Infarto Agudo do Miocardio. Se em um extremo, a suspeita baseada em dados clínicos, ECG e enzimas cardíacas é muito fraca, (Exemplo: mulher, 30 anos, sem fatores de risco) a opção é não fazer uso de trombolíticos, nem fazer uma arteriografia de imediato visando angioplastia. Porém, se em outro extremo (Exemplo: paciente 55 anos, masculino, com fatores de risco) baseado nos mesmos dados de exames complementares, a suspeita é muito forte, a trombólise deve ser feita porque aumenta a probabilidade de uma recuperação sem complicações. Entre esses dois extremos, usar ou não usar trombólise, com seus riscos inerentes (sangramento, AVC, hipersensibilidade etc.) e ampliar a investigação clínica, fazendo uma cineangiocoronariografia poderá ser, ou não, a melhor estratégia. A análise computacional dos dados relativos a efetividade e riscos da trombólise neste exemplo, em relação à acurácia e segurança da cineangiocoronariografia podem dar o **limiar diagnóstico** que serve de guia para indicar ou não o tratamento de paciente.

2 – Raciocínio Causal:

O raciocínio causal consiste no modelo mais elaborado de geração de hipóteses diagnósticas, baseando-se em relações de **causa e efeito**. Ou seja, utiliza-se de conhecimentos fisiológicos, bioquímicos e anatômicos para dar suporte e explicar a ocorrência de sinais, sintomas e dados de exames complementares. **Exemplo**: Paciente masculino, 35 anos, foi internado com história de dor epigástrica intermitente há 5 meses e vômitos freqüentes nos últimos 3 dias. Ao exame, apresentava confusão mental e torpor com sinais de desidratação. Foi realizada endoscopia que revelou obstrução pilórica ocasionada por úlcera péptica. Nesse caso, os vômitos do paciente motivaram perda severa de secreções ricas de Ions CL e de H^+, causando desidratação e alcalose metabólica por perda de ácido clorídrico. Como resultado da alcalose, o centro respiratório é deprimido e o indivíduo hipoventila visando reter o CO^2 (H20 + C02 = H^2 CO^3, ácido carbônico) tentando assim compensar com acidose respiratória a alcalose metabólica. A hipoventilação conduz à hipoxemia que, por sua vez, ocasiona torpor ou mesmo coma. Assim, pode-se explicar

porque esse paciente desenvolveu estado de confusão mental e torpor na evolução de quadro sugestivo de úlcera péptica.

Como denota o exemplo acima, o raciocínio causal insere a hipótese diagnóstica dentro de um contexto coerente, capaz de explicar os diversos componentes e variações do quadro clínico do paciente. Um ponto forte do raciocínio causal é que ele pode dar explicações para fatos que podem parecer não se ajustarem ao quadro clínico. Assim, se o paciente com alcalose metabólica do exemplo acima desenvolve arritmia cardíaca, pode-se dizer que essa complicação não seria uma manifestação inesperada. Pois, a hipovolemia resultante dos vômitos ativa mecanismos de conservação de Na^+, ocasionando perda de K^+ e CL^- pela urina. A hipocalemia resultante, ao lado da alcalose metabólica e hipoxemia, podem ocasionar arritmia cardíaca. Modelos fisiopatológicos semelhantes, contra os quais podem-se testar e avaliar hipóteses diagnósticas, existem em todas as áreas da medicina.

3 – Raciocínio Determinístico:

Chama-se raciocínio determinístico ao conjunto de regras simples e não ambíguas que, aplicadas ao quadro nosográfico do paciente, permitem seu reconhecimento, isto é, inferir uma hipótese diagnóstica. Essa modalidade de raciocínio também é conhecida como "modelo reconhecível" ou "raciocínio categórico".

Assim, por exemplo: Menina de 5 anos, febre alta há 4 dias, seguida de erupção na pele que começou na cabeça e pescoço e disseminou-se pelo corpo. Queixa-se também de irritação nos olhos e tosse. A avó dessa criança levou-a ao pediatra para comprovar se a mesma tinha sarampo. O médico concordou. Outro exemplo: Paciente masculino 28 anos, usuário de drogas endovenosas, HIV positivo, desenvolve febre alta e insuficiência respiratória. Ao exame chama a atenção a escassez de ruídos adventícios ao exame dos pulmões, contrastando com o Raio-X de Tórax mostrando extensas áreas de infiltrado difuso. O médico estabelece a hipótese diagnóstica de pneumonia por *pneumocisti Carini*. Nesses dois exemplos infere-se que um pequeno conjunto de informações foi capaz de, categoricamente,

pelo reconhecimento de determinadas características, evocar hipóteses relevantes. Esses poucos dados constituem um conjunto de regras (ou itens) que, se presentes, levam ao diagnóstico. Entretanto, pequenas mudanças no quadro clínico (ou seja, uma violação às regras) é capaz de requerer um esforço diagnóstico muito mais complexo.

O raciocínio determinístico apoia-se em lógica simbólica e conjuntos matemáticos que levam ao desenvolvimento das regras "**SE-ENTÃO**". Ou seja, "**SE** A ocorre, **ENTÃO** B está presente". Por exemplo: **SE febre + dor na fossa ilíaca direita + leucocitose estão presentes, ENTÃO apendicite aguda** é uma forte hipótese diagnóstica a ser considerada. Essas regras simples, diretas e não ambíguas formam o contexto para o desenvolvimento de modelos mentais que são instrumentos poderosos de solução rápida de problemas diagnósticos. Dai a facilidade com que as avós, por exemplo, reconhecem viroses exantemáticas e outras situações clínicas usuais.

Interdependência dos modelos de raciocínio.

Provavelmente nenhum desses modelos é usado isoladamente e, de modo consciente ou inconsciente, o clínico passa de um para o outro padrão de raciocínio.

O raciocínio probabilístico é considerado como um instrumento forte para gerar hipóteses iniciais. Por outro lado, as regras deterministícas ou os modelos reconhecíveis têm enorme sucesso em fazer chegar a um diagnóstico de trabalho ou presuntivo, vez que muito da prática médica em diagnóstico (nos ambulatórios, emergências etc.) é repetitiva e direta, embora o dito "**cada caso é um caso**" seja especialmente verdadeiro para o clínico envolvido no dia-a-dia de estratégias diagnósticas.

O raciocínio causal, mais refinado, é dependente de conhecimentos fisiopatológicos e por requerer um processo mental mais elaborado, com fragmentos de informações que devem se encaixar em uma seqüência previsível e não-ambígua, é sempre precedido pelo modelo probabilístico ou de regras determinísticas.

Pode-se dizer que o conhecimento sobre o processo diagnóstico ainda é muito tópico e elementar. Porém, os diversos ramos das ciências, que contribuem com pesquisas nessa área, têm possibilitado aumentar a efetividade e acurácia dos métodos diagnósticos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1 – DEPARTMENT OF CLINICAL EPIDEMIOLOGY AND BIOSTATISTICS, McMASTER UNIVERSITY HEALTH SCIENCES CENTRE. How to read clinical journals: II. To learn about a diagnostic test. Can Med assoc J. 1981;124:703-51.

2 – EDDY DM. Screening for Cancer: Theory, Analysis, and Design. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall Inc.; 1980.

3 – GALEN RS, GAMBINO SR. Beyond Normality: the Predictive Value and Efficacy of Medical Diagnoses. New York: John Wiley and Sons; 1975.

4 – GRINER PF, MAYEWSKI RJ, MUSHLIN AI, GREENLAND P. Selection and interpretation of diagnostic tests and procedures: principles and applications. Ann Intern Med. 1981;94(4 Pt 2):557-600.

5 – PHILBRICK JT, HORWITZ RI, FEINSTEIN AR, LANGOU RA, CHANDLER JP. The limited spectrum of patients studied in exercise test research: analyzing the tip of the iceberg. JAMA. 1982;248:2467-70.

6 – RANSOHOFF DF, FEINSTEIN AR. Problems of spectrum and bias evaluating the efficacy of diagnostic tests. **N Engl J Med. 1978;299:926-30.**

7 – McNEIL BJ, KEELER E, ADELSTEIN SJ. Primer on certain elements of medical decision-making. N Engl J Med. 1975;293:211-5.

8 – McNEIL BJ, WEICHSELBAUM R, PAUKER SG. Fallacy of the five-year survival in lung cancer. **N Engl J Med. 1978;299:1397-1401.**

9 – McNEIL BJ, WEICHSELBAUM R, PAUKER SG. Speech and survival: tradeoffs between quality and quantity of life in laryngeal cancer. **N Engl J Med. 1981;305:982-7.**

10 – METZ CE. Basic principles of ROC analysis. Semin Nucl Med. 1978;8:283-98.

11 – PATTON DD. Introduction to clinical decision making. Semin Nucl Med. 1978;8:273-82.

12 – PAUKER SG, KASSIRER JP. Clinical application of decision analysis: a detailed illustration. Semin Nucl Med. 1978;8:324-35.

13 – PAUKER SG, KASSIRER JP. The threshold approach to clinical decision making. **N Engl J Med. 1980;302:1109-17.**

14 – SCHWARTZ WB. Decision analysis: a look at the chief complaints. **N Engl J Med. 1979;300:556-9.**

15 – SWETS JA, PICKETT RM. Evaluation of Diagnostic Systems. Methods for Signal Detection Theory. New York: Academic Press; 1982.

16 – WARNER KE, LUCE BR. Cost-Benefit and Cost-Effectiveness Analysis in Health Care. Principles, Practice, and Potential. Ann Arbor: Health Administration Press; 1982.

16 – WEINSTEIN MC. Economic assessments of medical practices and technologies. Med Decision Making. 1981;1:309-30.

17 – WEINSTEIN MC, STASON WB. Foundations of cost-effectiveness analysis for health and medical pracices. **N Engl J Med. 1977;296:716-21.**

18 – WEINSTEIN MC, FINEBERG HV. Clinical Decision Analysis. Philadelphia: W.B. Saunders Co.; 1980.

Discurso de posse na Academia de Medicina da Bahia*

*Antonio Carlos Aleixo Sepúlveda***

INTRODUCÃO

Neste sagrado templo da cultura baiana, berço do ensino médico e da educação superior no Brasil, é neste salão majestoso, sem dúvida o mais deslumbrante cenáculo de sua expressão cultural, em que na minha mocidade assisti a brilhar a medicina baiana em embates gloriosos, e que venho, ao empossar-me, agradecer a bondade com que fui acolhido, quando foi aprovado por unanimidade em sessão desta Academia o parecer da comissão integrada pelos eminentes Professores Renato Tourinho Dantas, Nelson Barros e Antonio Jesuino dos Santos Netto, que julgou o meu currículo e modesto trabalho.

Julgaram minha vida, na medida em que foi analisando o caminho percorrido, o esforço empreendido e os frutos colhidos. Fizeram-no com extrema generosidade. E eis-me aqui no vosso meio.

Senhores Acadêmicos, comovido, assinalo a honra que me conferes, aceitando-me em tão ilustre companhia. Cheio de esperanças, ingresso neste sodalício para ser impregnado pela cultura e pelo talento de todos vós.

Confesso que, felizmente, na vida sempre fui mais aquinhoado de coisas boas. A mãe, que me educou com energia, mas, sobretudo, com bondade e amor, na observância do bem como atributo da felicidade. O pai, com quem aprendi, pelo exemplo, a

---

** Cadeira nº 07 – Patrono Profº Antonio Borja*

*** Profº adjunto da Faculdade de Medicina da UFBA, Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica e Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.*

ser médico. Claudelino Sepúlveda foi para mim a imagem de como o médico deve ser: competente e digno. Exerceu a medicina com a humildade dos justos e a grandeza instintiva dos escolhidos. Era admirado, adorado pelos pacientes. Penetrava em seu mundo, pela atenção e carinho que demonstrava a cada um, pela bondade e desinteresse ao atender aqueles que dele necessitavam. As doenças, curava aquelas que a Medicina do seu tempo permitia. Se nada podia fazer, o interesse que demonstrava captava a confiança dos pacientes, aliviando-os das tensões e angústias, tornando-o credor de admiração e reconhecimento.

Foi médico de família. Foi professor de várias gerações. Sozinho, manteve durante anos, apesar da falta de recursos, a revista "Bahia Médica", que divulgou e honrou a Medicina baiana.

Sempre mal remunerado, beneficiou milhares de pessoas ao longo da sua vida. E este homem, este médico "puro, superior e quase santo", como disse José Silveira, que evoco neste momento, com gratidão e saudade.

Por ele conheci e passei a admirar grandes e prestigiosos vultos da Medicina baiana, como Prado Valadares, meu padrinho, e José Silveira, seu aluno e que mais tarde seria para ele, até o fim, motivo de orgulho.

A nossa casa era a redação da "Bahia Médica". Pronta a nova edição, sentávamos eu e meus irmãos, em volta da grande mesa da sala de jantar, a colar nome e endereços. Como respeitávamos e reverenciávamos vários daqueles nomes: Otávio Torres, Fernando São Paulo, Leôncio Pinto, Clementino Fraga, Praguer Fróes, Pinto de Carvalho, José Adeodato de Souza, Martagão Gesteira, Albino Leitão, Eduardo Moraes, Caio Moura, Antônio Borja, Fernando Luz, Magalhães Neto, Alexandre Leal Costa, José Coelho dos Santos, Heitor Marbarck, Hosanah Oliveira, Eliezer Audiface, e tanto e tantos outros. A minha opção de vida, a escolha da minha profissão, foi assim definida na admiração a esses grandes médicos e no benefício que prestavam à comunidade.

Coisa boa a vida acadêmica de 1947 a 1952. A figura exponencial de Edgard Santos criando e construindo a Universi-

dade Federal da Bahia. Famosos concursos, que aqui neste mesmo salão aconteceram, com notáveis debates... As conferências, os congressos... A inauguração do Hospital das Clínicas, modelar na sua época. A passagem pela política estudantil, quando fui representante de série no Diretório Acadêmico, Secretário da Assistência Médica, Vice-Presidente e Presidente da União dos Estudantes da Bahia. Contudo, esta foi uma experiência passageira, logo renunciada, pela emoção de aprender e o desejo de exercer bem a ciência e a arte médicas. Lembranças que agora ocorrem com nitidez. A definição pela cirurgia, influenciado pelo mestre Rodrigo Argolo, na segurança e objetividade de suas lições. Para tornar-me cirurgião, contei com a bondade e a competência de Johnes Seabra, Jesuino Netto, Luis Augusto Santos Souza, mestre e irmão, Jaime Tavares e a magnífica escola cirúrgica que foi o Pronto Socorro do Hospital "Getúlio Vargas", dirigido por Matias Bittencourt. Fiz-me cirurgião-geral, traumatologista, até defrontar-me com o problema dos queimados, deformados e mutilados.

A carência de conhecimentos especializados naquela época na Bahia fez com que fosse buscá-los com o Professor Ivo Pitangui, expoente entre os cirurgiões plásticos do mundo. A ele devo não somente a minha formação, mas o despertar do mundo maravilhoso da Cirurgia Plástica.

Coincidência do destino, para alcançar esse objetivo contei com o apoio do meu caro Professor Renato Tourinho Dantas. Ajudou-me na partida e agora assiste-me na chegada. Sempre o mesmo. O excelente cirurgião que se fez professor pelo amor ao ensino da técnica operatória. O mestre da pesquisa, respeitado e admirado por todos. Orgulho de seus amigos.

Traçado o caminho, não foi difícil percorrê-lo, ainda mais meu lado a companheira que sempre me estimulou e ajudou em todos os momentos.

Nada fiz, fizemos; Nada construi, construímos; Nada criei, criamos. A encantadora e admirável Maria Duarte, trouxe a minha vida a sua inteligência, objetividade e determinação e juntos criamos, construímos e realizamos pelo esforço comum do nosso trabalho.

Mas aqui não vim para falar de mim, senão para relembrar dos grandes vultos da Medicina baiana: Prof. Antônio Borja, patrono da cadeira que agora ocupo, e o Prof. Eduardo Cerqueira, meu ilustre antecessor.

ANTÔNIO BORJA

Quem foi este Homem que com sua morte comoveu uma cidade inteira? Quem era este médico que recebeu honrarias de Chefe de Estado no seu sepultamento?

Nasceu o Profº Antonio Borja na Fazenda Candeal, no dia 30 de dezembro de 1878, no Município baiano de Feira de Santana, filho do fazendeiro Coronel Antonio Alves de Freitas Borja e de dona Elvira Bastos de Freitas Borja. Cedo, seus dotes intelectuais impressonariam seu pai, que o enviou a Feira de Santana, e depois, ao Colégio do Padre Araújo em Santo Amaro, para instruir-se.

Em 1895, matriculou-se nesta Capital no Colégio Spencer, onde começou seus estudos preparatórios, tornando-se logo querido e admirado por seus mestres, que lhe confiavam alunos mais atrasados. Em julho de 1897, ofereceu-se ao Governo para seguir para Canudos afim de tratar dos feridos nos hospitais de sangue, sendo indicado para servir na Farmácia do Hospital montado na Faculdade de Medicina.

Em 1898 matriculou-se na Faculdade de Medicina, fazendo simultaneamente os cursos de Farmácia e Medicina. Sempre teve pela medicina verdadeira vocação. Durante o curso interessou-se por questões sociais, ingressando na Sociedade Beneficiente Acadêmica, sendo eleito Diretor da 2ª série, depois 1º Secretário e, em seguida, Vice Presidente colaborando na assistência aos estudantes pobres. Em 1902, no quinto ano médico, por proposta do Profº Brás do Amaral, foi nomeado interno da 2ª Cadeira de Clínica de Cirúrgica, revelando as suas tendências para a cirurgia. Permaneceu no cargo até 10 de dezembro de 1903, quando ele se exonerou por ter terminado seu curso médico.

Defendeu com brilhantismo a sua tese inaugural sobre "Os fibromiomas do útero e a cirurgia", aprovada com distinção.

Em necrológico feito na Revista Médica da Bahia, em agosto de 1933, o Profº Fernando Luz afirmou: "Durante o seu tirocínio acadêmico, as suas virtudes cívicas começaram a se manifestar. O amor acendrado à verdade, à justiça e à liberdade; a repulsa decidida à subserviência, à bajulação e ao suborno; a reação enérgica contra a prepotência e a força, tiveram em Antonio Borja um paladino intransigente que esgotava todos os recursos para ver brilhar o sol da liberdade."

Em seu curso médico, mostrou-se sempre estudioso, trabalhador incansável, revelação de que seria, no futuro astro da 1ª grandeza.

Em seguida a sua formatura, viajou para o Rio de Janeiro, onde, por concurso, ingressou no Corpo de Saúde do Exército Nacional, no posto de 2º Tenente Médico, servindo nas guarnições de Piquete e de Lorena, onde prestou excelente serviço.

Convocado pelos ex-mestres que lhe conheciam a capacidade e o talento, volta a Bahia, aceitando o convite do Professor Almeida Gouveia, catedrático da 2ª Cadeira de Clínica Cirúrgica, sendo nomeado seu assistente em 21 de dezembro de 1907. Exerceu o cargo ate 1914. Ali consolidou sua personalidade cirúrgica, criando nome e fama, justiça que lhe conferiam os que lhe apreciavam o trabalho e os que dele se beneficiavam.

Em março de 1911 foi nomeado médico de guarda do Hospital Santa Isabel, passando a ser o cirurgião efetivo em 1914, cargo que exerceu até a morte. Em outubro de 1911 viajou para a Europa, onde freqüentou centros cirúrgicos de renome.

Em 1912, interessado no magistério, requereu a Livre Docência, apresentando um trabalho sobre "Esfacelo do intestino delgado nas hérnias inguinais estranguladas e a cirurgia", que, julgado por uma comissão de professores, foi considerado de valor, dando-lhe o direito a **venia docenti**.

Em 1913, com sua formação cirúrgica já feita e requintada pela experiência adquirida e pela sua cultura, foi convidado a reger interinamente a 2ª Cadeira de Clínica Cirúrgica.

Em 1914 fez concurso a vaga de Professor extraordinário de clínica cirúrgica, apresentando o trabalho "Contribuição ao es-

tudo do tratamento das peritonites agudas", que mereceu aprovação unanime da comissão julgadora e a sua escolha pela Congregação da Faculdade de Medicina para o primeiro lugar.

Em 1915 fez brilhante concurso para a Cátedra de Patologia Cirúrgica, na qual foi empossado. Em setembro de 1916 foi nomeado catedrático da 3ª Cadeira de Clínica Cirúrgica, cargo que ocupou até a morte.

O Professor Antonio Borja deixou vasta bibliografia:

- "Os fibriomas do útero e a cirurgia" tese de doutoramento.
- "O esfacelo do intestino delgado nas hérnias inguinais estranguladas e a cirurgia", trabalho apresentado para concorrer a docência livre da Clínica Cirúrgica, publicada em 1912.
- Escrevendo sobre um assunto de terapêutica controversa naquela época, quando uns cirurgiões propunham a feitura de ânus artificial e outros a resseção da parte gangrenada do intestino seguidos de entero-anastomose, o Professor Borja, baseado em experiência pessoal de três casos consecutivos operados com sucesso, afirma: "não teremos hesitações diante de um caso de hérnia inguinal estrangulada com esfacelo do intestino; faremos sempre a enterectomia seguida da entero-anastomose. E esse nosso desautorizado modo de pensar e agir, e o manteremos enquanto, pelo constante evoluir das ciências médico-cirúrgicas, não surgir alguma coisa superior, qualquer processo operatório ou método terapêutico que nos force a mudar de idéia".
- "Contribuição ao estudo do tratamento das peritonites agudas", tese de concurso para Professor Extraordinário de Clínica Cirúrgica (Bahia, 1914)
- "Lições de Clínica Cirúrgica" (Bahia, 1914)
- "Discurso de paraninfo", proferido no ato da colação de grau dos doutorandos de 1925.
- Publicou ainda artigos em jornais médicos e fez inúmeras comunicações em Sociedades Médicas.

A família do Prof. Antonio Borja guarda com carinho três carteiras de anotações suas, em verdade três pequenos diários de

fases passadas ao longo da vida. Dele tiramos alguns dados que nos ajudaram a enriquecer este trabalho.

Em uma dessas cadernetas descubro que o futuro cirurgião habilidoso, frio e eficiente surgiu do poeta que na juventude, cantou em versos a beleza da natureza, as noites enluaradas de Feira de Santana, a liberdade e o amor, traduzindo os seus mais íntimos sentimentos.

O Professor Antonio Borja, por ocasião do seu casamento, modificou seu nome para Antonio Bastos de Freitas Borja, em homenagem ao seu tio pelo lado materno, o Profº Felinto Bastos, por quem nutria verdadeiro amor filial e a quem muito deveu em orientação e apoio no início da sua vida.

Era casado com Dona Oliva Rocha de Freitas Borja. Da feliz união nasceram Antonio Bastos de Freitas Borja Filho, seu assistente de clínica cirúrgica que, após sua morte, se transferiu para São Paulo; Clóvis Rocha de Freitas Borja, bacharel em ciências jurídicas e sociais, casado com Dona Nair Santos Borja, pais do nosso colega Dr. Antonio Santos de Freitas Borja, que vem honrando as tradições do seu ilustre avô; Elvira Rocha de Freitas Borja, e Felinto Borja, que se tornou médico clínico nesta capital, admirado por sua cultura e inteligência, e que, com sua morte precoce, deixou uma lacuna na medicina baiana, dificilmente preenchida.

Gostava o Prof. Antonio Borja de ver na rinha as lutas, para admirar a coragem e a resistência dos galos de briga, repelindo a afronta com energia, desejando que assim também procedessem os homens na defesa dos seus direitos.

Em outubro de 1930, quando as forças revolucionárias marchavam contra a Bahia, foram convocados reservistas para defender o Governo, entre os quais estavam dois filhos seus: Antonio e Clóvis. Sabe então o Professor Antonio Borja que os convocados iriam partir para o Interior do Estado, às presas, sem armas, sem munições, para defender um Governo já desmoralizado e certo da derrota. Vai então ao quartel general do 19 BC, mas não consegue demover os responsáveis pelo empreendimento absurdo. Em um ímpeto de cólera e bravura, fala então aos mo-

ços convocados, filhos das melhores famílias baianas, convidando-os a desobedecer as ordens, pois "um Governo que não sabe manter o decoro da personalidade que é a Pátria, é indigno de merecer a defesa e o apoio dos seus soldados". Ante a perplexidade de oficiais e praças, ladeado por seus dois filhos e acompanhado de todos os convocados, abandonou o quartel sob vivas e aplausos.

E, assim, ele foi um bravo, reagindo sempre as afrontas contra si e os seus, contra a Bahia ou contra a Faculdade de Medicina a que tanto amou.

Pertencia ao Conselho Deliberativo da Liga de Ação Social e Política da Bahia, que se transformaria na Concentração Autonomista, partido político baiano de resistência à intervenção federal no Estado, tendo à frente Octavio Mangabeira e Simões Filho.

Sua última participação nos embates cívicos foi do triste episódio da Revolução Constitucionalista a 22 de agosto de 1932, quando, inflamada, sua palavra de protesto fez-se ouvir cheia de revolta contra o sítio feito a Faculdade de Medicina pelas tropas do Governo e a prisão de sete professores e cerca de 500 estudantes rebeldes. A um amigo influente que se propôs a interferir, junto ao governo discricionário, pela liberdade de seus filhos, opõe veemente recusa, dizendo fazer questão de que fossem eles os últimos a sair do presídio.

Saúde já comprometida, talvez este fato tinha contribuído para imobilizá-lo ao leito em outubro de 1932.

Entregou-se aos cuidados de seu médico, o Professor Armando Sampaio Tavares, que tudo fez para salvá-lo de "endocardite malígna de curso lento" que o vitimou aos 54 anos.

O Professor Antônio Borja sempre demonstrou uma inteligência privilegiada. Aprendeu a arte médica e utilizou-a com eficácia e probidade. Praticou a medicina como sacerdócio. Jamais o interesse econômico entrou em suas cogitações. Cuidava dos pobres e desafortunados com o mesmo desvelo que dos de melhor sorte. De todos fazia amigos e admiradores, pela bondade, eficiência e humanitarismo.

Como professor honrou o magistério. Aliando vasta cultura médica ao talento, transmitiu o que sabia com dedicação fraternal. Era venerado pelos estudantes, que nele reconheciam, ao lado do professor e do grande cirurgião, um grande líder, pelo civismo e coragem com que defendia as causas que achava justas.

Foi admirado e respeitado pelos colegas, sempre leal e pronto para defender a classe. Procurou unir a todos.

Homem simples, professor eminente, cirurgião notável, cidadão exemplar, prestou a Bahia relevantes serviços. Foi um padrão de virtudes e honradez. A cidade de Salvador lhe prestou as honras merecidas.

EDUARDO CERQUEIRA

O serviço do Prof. Antonio Borja. no Hospital Santa Isabel permitiu a formação de vários cirurgiões que honraram o magistério e a cirurgia baiana. Dentre eles destacou-se a figura de Eduardo Dantas de Cerqueira, nosso ilustre antecessor, primeiro ocupante da cadeira que tem como patrono seu mestre o Professor Antonio Borja.

Eduardo Cerqueira nasceu em 15 de agosto de 1910, filho do Dr. Mário Cardoso de Cerqueira e de D. Laila Dantas de Cerqueira. Não chegou a conhecer o pai, que era médico e poeta, além de grande amigo do Prof. Antonio Borja. Logo após seu nascimento, o pai viajava a Suíça em busca de tratamento médico, de onde não retornaria por haver falecido.

Foi educado pela mãe, e por cinco irmãs que igualmente participaram da sua formação. Reconhecido, amparou-as até o fim.

Fez seus Primeiros estudos no Colégio Antonio Vieira, onde sempre se destacou, como ótimo estudante, tornando-se amigo dos padres de quem foi depois médico por longo tempo.

Tinha um pendor especial para o estudo das línguas. Sabia bem o latim. Estudou profundamente a língua portuguesa. Falava francês, inglês e alemão.

Aos 16 anos de idade fez o vestibular para a Faculdade de Medicina, onde se matriculou, apesar da pouca idade.

Em 1928 foi nomeado auxiliar acadêmico da 3ª Cadeira da Clínica Cirúrgica – Serviço do Professor Antonio Borja, onde começou a despertar sua vocação para a cirurgia.

Em 1931 passou a interno na mesma Cadeira, onde, ficou até concluir seu curso médico em 19 de novembro de 1932.

A morte do Professor Antonio Borja, em maio de 1933, foi uma grande perda para ele. Continuou entretanto empenhado em completar sua formação cirúrgica, tornando-se, ainda em 1933, professor extraordinário da Cadeira de Clínica Propedêutica Cirúrgica – Serviço do Professor Sá de Oliveira. Em 1934 foi nomeado assistente efetivo da mesma cadeira.

Em 1936 foi nomeado professor honorário da Cadeira de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental, dirigida pelo Professor Inácio Menezes, alargando seus horizontes e consolidando sua formação cirúrgica.

Em 1937 após concurso de títulos e provas, foi aprovado como docente livre da Cadeira de Propedêutica Cirúrgica.

Em 1938 é nomeado pelo Professor Sá de Oliveira chefe de Clínica da Cadeira de Propedêutica Cirúrgica.

Em apenas 5 anos, Eduardo Cerqueira conseguiria galgar todos os cargos da carreira de Professor da Faculdade de Medicina, exceto o de Professor Catedrático.

Estimulado pelas lições que vinha recebendo ao longo da sua formação e integrado numa escola de inteligência, dignidade e competência cirúrgica, não lhe foi difícil projetar-se no cenário cirúrgico do Hospital Santa Isabel.

Trabalhador incansável. Acordava diariamente às 5 horas da manhã. Às 6 hs já estava pronto para iniciar suas atividades cirúrgicas. Queria ser sempre o primeiro a começar. Seu ato cirúrgico era simples, metódico, hábil. Seu trato com os pacientes era de interesse, compreensão e dedicação. Com os colegas, era correto e íntegro.

Encontrou no Professor Sá de Oliveira um verdadeiro mestre que o apoiou e que acreditou na sua capacidade de trabalho e competência. Sob sua orientação e estímulo, aperfeiçoou-se cada vez mais na cirurgia-geral e passou a interessar-se por duas es-

pecialidades que iria exercer com sucesso até o fim da sua carreira de Médico: a patologia e a urologia.

Em 1943 é nomeado Primeiro Assistente do Serviço de Patologia do Hospital Santa Isabel.

Em 1949 passa a ser Chefe do Serviço.

Foi também Chefe do Serviço de Protologia do Hospital Naval de 1950 a 1963.

De 1954 a 1957 foi professor da Clínica Proctológica da Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública da Universidade Católica do Salvador.

Eduardo Cerqueira ao lado de Fernando Salazar, foi um dos pioneiros da Proctologia como especialidade na Bahia, tendo contribuído bastante para sua divulgação, através de aulas, conferências, participações em simpósios e realizando cursos no serviço de Proctologia do Hospital Santa Isabel, promovidos sob os auspícios do Centro de Estudos Eduardo de Cerqueira.

Deixou, no campo da Proctologia, duas contribuições importantes: um trabalho sobre aspectos protosigmoidoscópios na esquistossomose, publicado nos Arquivos da Medicina Naval, e um outro sobre "Contribuição Técnica das Hemorroidectomías" - técnica cirúrgica pessoal, filmada com cirurgia executada pelo autor, pertencente a Filmoteca do Laboratório Torres.

Em 1963 foi nomeado Prof. Adjunto da Cadeira de Clínica Urológica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, tendo representado a Universidade no XII Congresso da Sociedade Internacional de Urologia em Londres, em setembro de 1964.

Em 1969 foi indicado catedrático interino da Clínica Urológica, cargo que ocupou até 1971, quando se aposentou.

No campo da Urologia, também deixou importantes contribuições.

Realizou original trabalho de pesquisa, na Clínica Urológica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia – Serviço do Prof. Jorge Valente, sobre a "Punção biópsia prostática transretal". Para esta longa e minunciosa pesquisa, concebeu uma agulha de punção para a retirada do tecido prostático, cuja paten-

te lhe foi concedida. Este trabalho está publicado nos Anais do 11º Congresso Brasileiro de Urologia, de dezembro de 1965, e suas conclusões, nos Anais do século XII Congresso Brasileiro de novembro de 1967.

Exerceu a clínica privada, ininterruptamente, desde a sua formatura, em dezembro de 1932, durante mais de 40 anos. O zelo pelos pacientes, sua dedicação e competência fizeram com que merecesse alto conceito e pleno êxito como profissional médico.

Eduardo Cerqueira foi casado em primeiras núpcias com D. Julieta Espinheira, que faleceu 08 meses após o casamento.

Casou-se, em segundas núpcias, com D. Helena Carvalho Cerqueira. Tiveram três filhos dessa união.

Foi bom pai, atestam seus filhos, Eduardo, Ana Maria e Vera Lúcia: " Um verdadeiro pai, rígido e duro nos seus princípios, tentando transmitir o que lhe parecia correto e enquadrado nos padrões morais de sua época, embora amigo e transmissor de experiências em conversas demoradas, de onde se retiravam sábias lições de vida".

Eduardo Cerqueira amou a vida e disputou-a palmo a palmo. Além da Medicina, teve duas paixões: a ópera e os cavalos. Dono de uma bela voz, confessou, certa vez que, em determinada fase de sua vida, esteve prestes a abandonar a Medicina pela música. Mas a Medicina venceu.

Nos últimos 15 anos de vida, estudou e aperfeiçoou a voz. Participou de vários recitais e óperas promovidas pelo Conservatório de Música da Bahia, tendo sua atuação sempre elogiada.

Cantou e gravou canções de Enrico Caruso e Bengiamini Gigli, seus ídolos. Costumava cantar a Ave-Maria em diversas ocasiões, como o fez na primeira Comunhão de seus netos.

Estudou detalhadamente a vida dos cavalos. Conhecia bem os seus movimentos e suas reações. Apreciava a equitação esporte que praticava com destreza.

Recordo-me do seu porte elegante, nos corredores do Hospital das Clínicas, sempre afável e atencioso no trato com os colegas. Dizia aos amigos e familiares que iria escrever no fim da

vida sobre os assuntos que mais gostava: a Medicina, a Música e a Filosofia. A doença crônica e pertinaz nos roubou o escritor.

Eduardo Cerqueira faleceu em 20 de agosto de 1989, aos 79 anos.

O panegírico a Eduardo Cerqueira é o elogio a competência, ao trabalho e à honradez. O médico que amou a profissão que exerceu hipocraticamente. Conseguiu o êxito. O homem correto e digno, que respeitou e amou a vida, conquistou a admiração de todos.

A Academia fez justiça acolhendo-o como um dos seus pares.

Minhas senhoras. Meus senhores

Senhores acadêmicos,

A primeira vez em que estive nesta academia, a convite do Professor Jaime de Sá Menezes, esta figura ilustre e incentivadora, no dia 15 de maio de 1983, para fazer uma palestra sobre minha especialidade, pude ver que aqui se reúne um grupo de intelectuais da Ciência Médica, consciente da importância da Preservação de seus valores, a serviço da comunidade.

Médicos e professores que consagraram suas vidas à Medicina, que exerceram e a exercem através dos seus mais variados aspectos, com sabedoria e humanismo.

Como casa de Cultura e de Ciência Médica, a Academia me seduziu. Como trincheira na defesa da dignidade do médico, a Academia me conquistou.

Creio em vós, Senhores Acadêmicos.

Muito obrigado.

Palavras de saudação ao acadêmico Prof. Dr. Sérgio Almeida de Oliveira

Ruy Msachado da Silva

Prof. SÉRGIO DE OLIVEIRA: tenho para mim que, das oportunidades mais gratas concedidas a um acadêmico, sobressai a de dirigir a palavra a um outro confrade. Honrado assim, com a designação de nosso estimado presidente, Agnaldo David de Souza, mister se faz, que se diga, nesta hora e neste instante, o quanto se sente lisonjeada a Academia de Medicina da Bahia, pela sua ilustre presença.

Esta Instituição onde "respira-se o plácido e morno clima de cultura pela cultura, de saber pelo saber, da Ciência pela Ciência" no dizer de um dos nossos confrades Newton Alves Guimarães, de quando em quando, abre suas portas, para o reconhecimento de figuras exemplares de nossa comunidade, especialmente médicos que honram e dignificam a arte e a ciência de curar.

Engalana-se, este sodalício, em mais uma noite memorável, com o propósito de ouvir com atenção e carinho um confrade de mais elevada competência científica e de exemplar formação moral. Se tanto não bastasse, uma das raras virtudes humanas – a gratidão – julga-se no direito de se fazer presente nesta noite, tal uma voz autorizada a dar um testemunho eloqüente de reconhecimento diante de zelo e competência com que o médico e professor tem cuidado das coronárias de muitos baianos das mais diversas categorias sociais.

Prezados confrades, senhoras e senhores.

A trajetória do médico-cirurgião cardiovascular e prof. Sérgio de Oliveira se inclui, entre aquelas recomendadas a todos quanto desejem, com constância e pertinácia, esforço e talento, alcançar grandes vôos em nossa tão difícil, complexa, e exigente profissão, notadamente nos dias que correm, carente cada vez mais de valores que a dignifique e enobreça.

Sem pretensões de traçar o perfil do expressivo homenageado, permito-me o direito de realçar os três importantes pilares que, assentados em bases sólidas e firmes, permitiram-lhe credenciar-se ao título de cirurgião cardiovascular consagrado no país e no estrangeiro.

ITINERÁRIO COERENTE

Dos pilares o primeiro, se põe em evidência quando, logo após a graduação pela Faculdade de Medicina de Minas Gerais, em 1960, inicia no ano seguinte a pós-graduação em cirurgia-geral, com concentração em técnica operatória e cirurgia experimental durante dois anos. Prossegue sua formação em tempo integral durante um ano no Serviço de Cirurgia Torácica do Prof. Alípio Corrêa Neto da Universidade de São Paulo, complementando-a com a residência em tempo integral durante dois anos no Serviço de Cirurgia Torácica e Vascular do prof. Euriclides de Jesus Zerbini, no Hospital São Joaquim da Real e Benemérita Sociedade Portuguesa de Beneficência de São Paulo. Adquirindo o título de especialista em cirurgia torácica, pela Associação Paulista de Medicina, continua seu itinerário indo em busca de cursos de Aperfeiçoamento e estágios nos Serviços dos renomados cirurgiões cardiovascular – Michael De Bakey e Danton Cooley.

Despontava, deste modo, o autêntico cirurgião cardiovascular ao credenciar-se com um aprendizado sistematizado e porque não dizê-lo propedêutico no campo da técnica operatória, da cirurgia experimental e da cirurgia-geral, até alcançar o último período de formação em Serviços de cirurgia cardiovascular da mais alta notoriedade científica.

Cabia agora demonstrar, na carreira acadêmica, publicamente, a experiência de um cirurgião bem formado e o faz com inteligência e brilho ao defender tese de doutorado e realizar o concurso de docência-livre vindo então a ocupar o cargo de prof. adjunto da disciplina – Cirurgia Torácica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Com passos firmes e seguros, direciona-se o cirurgião e professor ao aprofundamento das questões de natureza cardiovascular, consoante veremos, ao anali-

sarmos, em breves palavras, a construção do segundo pilar, ao qual designo:

COMPETÊNCIA LEGITIMADA NO SABER E PRAXE DA CIRURGIA CARDIOVASCULAR

Da praxe, que falem por si só, mais de 30.000 cirurgias cardíacas realizadas, posto que opera em média quatro vezes ao dia, às vezes cinco e não raramente seis. Integrante durante 15 anos da equipe do prof. Zerbini, exerceu durante 30 anos atividades no Instituto de Coração da Universidade de São Paulo (Incor) sendo o atual chefe de Serviço de Cirurgia cardiovascular no hospital S. Joaquim da Real Benemérita Sociedade Portuguesa de Beneficência de São Paulo, desde 1979. Cirurgião, portanto, de competência técnica legitimada, por suas mãos hábeis tem passado desde a modesta dona-de-casa a figuras de relevo na política, no magistério, na vida militar, na vida artística e jurídica do nosso país. Do cirurgião Sérgio de Oliveira há que salientar-se não somente a habilidade mas sobretudo a segurança de suas indicações. No plano teórico, especificamente na área docente, sua obra escrita consolida e demonstra o professor preocupado em contribuir para a literatura médica mundial. Das revistas de cunho internacional das quais salientamos: Scandinavian Journal Thoracic Cardiovascular; Angiology; Journal Cardiovascular Surgery; Shock; Journal cardiovascular surgery; Enciclopédia Italiana de La Ciência e de La técnica constam suas principais publicações, quer como autor principal ou co-autor sobre os grandes temas da cirurgia cardiovascular: revascularização miocárdica, tratamento de fístulas congênitas das artérias coronárias, revascularização miocárdica direta em pacientes jovens, tratamento cirúrgico de Endomiocardio fibrosa, reparação cirúrgica de anomalias congênitas da artéria coronária esquerda e da artéria pulmonar e tantos outros.

Membro de inúmeras sociedades médicas internacionais tem assim o reconhecimento de seus méritos de médico e professor. Delas valem ser lembradas:

1 – Fellow do Americanm College of surgeons-Chicago.

2 – Fellow do International Society of Hearth Transplantation – New Jersey.

3 – Fellow do International College of Cardiology dos Estados Unidos

4 – Membro da Sociedade Internacional cardio-torácica do Japão.

Da América latina é membro associado da Sociedade Mexicana de Cardiologia, membro correspondente, da academia Peruana de Cardiologia, membro honorário da sociedade peruana de cirurgia torácica e cardiovascular, membro, correspondente da Sociedade Boliviana de Cardiologia. Membro honorário da Associação Boliviana de Cirurgiões. Além da participação constante em Congressos no Brasil e exterior está familiarizado com a informática – CD-Roms e acesso eletrônico a bibliotecas do exterior. Vê-se assim, bem estruturado, o segundo pilar a que aludimos: competência legitimada no saber e praxe da cirurgia cardiovascular.

Por fim, vem a constituir o terceiro dos pilares, considerado a meu ver como um exemplo dos mais visíveis, aos desafios que a si próprio propôs, por muitos desejado e poucos realizado. Diria mesmo, mais que um pilar uma ponte já que desta é exímio construtor. Refiro-me à invejável conciliação entre as exigências do conhecimento científico e as necessidades do conhecimento humanístico. Esta, talvez, a maior de suas pontes, aquela que busca harmonizar os dois saberes a torná-lo um cirurgião de escol, obedecendo a assertiva de que a ciência e a técnica nos tornam mais fortes, não melhores.

É sabiamente conhecida e reconhecida as contribuições meritórias decorrentes das profundas transformações técnico-científicas por que passa a medicina. Afirmamos em nossa publicação, Humanismos e Medicina: Na medicina de nossos tempos, não resta dúvida, assume ambas, a ciência e técnica a posição de novos deuses. Delas, incontestáveis e expressivas conquistas envaidecem, enriquecem e prestigiam a arte de curar. Ressalte-se: o controle das doenças infecciosas pela participação das drogas antimicrobianas e vacinações; a perspectiva de subs-

tituição de órgãos pelos transplantes; a possibilidade de cura em muitos tumores malignos; a importância e desafios de novos conhecimentos na reprodução humana e nos mecanismos imunológicos de defesa. Todavia, não podemos negar que conflitos, perdas e conseqüências perigosas tem sofrido a medicina. O maior dos perigos afirma Douglas Robb, talvez o perigo atual, resida no fato de contarmos com uma excessiva segurança e confiança nas aplicações da ciência e na possibilidade de que cheguemos a perder a antiga e premente razão de ser da medicina, o desejo de socorrer o doente, o ferido e o indigente. Urge assim que se faça necessária a conjugação dos dois saberes e a fusão de ânimos com intenções de apreender uma ação eficaz. Não sem razão, um dos grandes da Cardiologia, prof. Inácio Chaves assim afirmara: "não existe pior espécie de mutilação espiritual num médico que a ausência de cultura humanística". Deste mal, podemos afirmar, sem margem de erros: não padece o médico e prof. Sérgio Oliveira. Muito pelo contrário, a sua familiaridade com a música sobretudo erudita, com a literatura e as artes e até mesmo com o esporte situa-o entre aqueles que não aceitam a redução dos problemas humanos à dimensão técnica. São exemplos de nossa afirmativa o estudo regular da História da música com a qual convive diariamente, posto que, aos acordes eruditos de Mozart, Beethoven e Bach além dos compositores modernos entre os quais Mahler e Prokofiew busca suavizar as tensões inerentes ao complexo e absorvente ato cirúrgico de penetrar no íntimo do coração humano. Além de sócio da Cultura Artística de São Paulo, é um frequentador assíduo, quer no Brasil ou no exterior, de concertos. Seu carinho pela música erudita também se faz presente na intimidade do lar, quando na tarefa do estudo diuturno e até mesmo, quando possível, ao dirigir seu próprio carro; É sabido que possui uma apreciável discoteca cuidando pessoalmente com esmero de seu equipamento de som. Conhecido como um leitor eclético quase compulsivo diríamos, revela-se um apreciador da literatura, com predileção especial pelos clássicos, além de fatos históricos e biografias. É sobremaneira interessado nas artes plásticas além de um expressivo colecionador de trabalhos de artistas brasileiros. E o que dizer das atividades esportivas? Nos últimos 10 anos tem recebido aulas regulares de tê-

nis, jogando com amigos sempre que pode. Não fora suficiente a prática do tênis é também um admirador da prática de equitação.

Visto portanto a formação técnico-científica e humanística do nosso homenageado cabem algumas palavras sobre sua figura humana. Pai afetuoso, descontraído e informal. Há dez anos sempre usa 10 dias de férias escolares para viagem com toda a família, sem qualquer obrigação profissional, oportunidade em que aproveita para uma maior aproximação com os filhos com eles aprendendo e os ensinando. Completa a harmoniosa personalidade do prof. Sérgio de Oliveira a presença constante da esposa D. Fátima Oliveira, hoje entre nós, e integrada ao acompanhamento psicológico dos seus pacientes e comungando com o grande ideal que o impele a seguir seu destino: Obedecer sempre a um itinerário coerente; legitimar cada vez mais a sua competência técnico-científica, e, sobretudo, regar com carinho e afeto a ponte de conciliação e harmonia entre o saber técnico-científico e o saber humanístico. Que na ambiência acolhedora deste sodalício lhes seja dirigida uma calorosa salva de palmas.

Muito obrigado.

Discurso de recepção aos acadêmicos Almério de Souza Machado e Carlos Alfredo Marcílio de Souza*

Humberto de Castro Lima

"A história da medicina é uma história de vozes. As vozes misteriosas do corpo: o sopro, o sibilo, a crepitação, o estridor. As vozes inarticuladas do paciente: o gemido, o grito, o estertor. As vozes articuladas do paciente: a queixa, o relato da doença, as perguntas inquietantes. A voz articulada do médico: a anamnese, o diagnóstico, o prognóstico. Vozes que falam da doença, vozes calmas, vozes ansiosas, vozes curiosas, vozes sábias, vozes resignadas, vozes revoltadas. Vozes que se querem perpetuar: palavras escritas em argila, em pergaminho, em papel; no prontuário, na revista, no livro, na tela do computador. Vozerio, corrente ininterrupta de vozes que flui desde tempos imemoriais e que continuará fluindo."

Nesta noite de festa, quando a Academia de Medicina da Bahia tem a honra de receber dois novos confrades, Almério de Souza Machado e Carlos Alfredo Marcílio de Souza, que trazem suas novas vozes para tornar ainda mais caudalosa a corrente de que nos fala, de forma tão bela, o médico e escritor Moacyr Scliar, quero fazer ouvir minha voz, e através dela, todas as outras vozes desta Academia, para dizer-lhes que muito nos alegramos com sua chegada.

A Academia, tal como a entendemos, é um organismo vivo, que precisa estar em constante movimento e alimentar-se, todos os dias, de idéias novas.

Nada mais animador, portanto, do que tê-los agora aqui conosco, num momento dramático da história da medicina e porque não dizer, do homem, pois, talvez, mais do que nunca, nós

* Em 5 de junho de 1997

médicos, precisemos nos reaproximar da filosofia e da ética, das quais já fomos parceiros íntimos e por vezes inspiradores, como no final do século V e no século IV a.C., na antiga Grécia, onde, segundo as eruditas palavras de Werner Jaeger, "o médico aparece como o representante de uma cultura especial do mais alto grau metodológico e é, ao mesmo tempo, pela projeção do saber num fim ético de caráter prático, a personificação de uma ética profissional exemplar, a qual, por isso, é constantemente invocada para inspirar confiança na fecundidade criadora do saber teórico, para a edificação da vida humana".

A voz da Academia, diferentemente de outras vozes, das escolas, das associações de classe, dos sindicatos, é uma voz eminentemente cultural e assim precisa se fazer ouvir.

Confrades Almério de Souza Machado e Carlos Alfredo Marcílio de Souza, com suas presenças, nossa irmandade se sente com a voz mais firme e vigorosa para cumprir sua missão.

Cabe a mim, para acolhê-los a esta que será, a partir de agora também sua casa, dizer porquê.

Vou, então, contar, a todos aqueles que hoje aqui estão para recebê-los e homenageá-los, a história de duas vidas. Tentarei fazê-lo de forma breve, apesar da missão ser difícil.

Uma vida é feita de muitos caminhos, acontecimentos e escolhas e aqueles que lhes acompanharam através deles, talvez fizessem outros recortes e apontassem outras imagens como as mais significativas da sua trajetória.

Destacarei, portanto, os aspectos que particularmente me tocaram.

CONFRADE ALMÉRIO DE SOUZA MACHADO

O que se pode dizer de um homem que adora cores vivas embora prefira o azul?

Que, talvez, este homem ame a vida, a alegria, mas também busque a paz e a harmonia.

O que se pode dizer de um homem que muito cedo escolhe ser médico e mantém esta decisão, apesar de todas as dificuldades?

Que, talvez, este homem seja fortemente influenciado pelas figuras de seu pai e de sua mãe.

De Adelmo de Souza Machado, professor de Farmacologia, na Faculdade de Medicina do Terreiro de Jesus e de Botânica, na Faculdade de Farmácia, clínico geral, médico de família, com vasta clientela, trabalhador incansável, deve ter herdado o gosto e a dedicação no trato ao doente. Deve ter herdado, também, a atração pelo ensino e o prazer no estudo, pois até os 11 anos, quando um infarte agudo do miocárdio o levou, o menino Almério viu seu pai passar incontáveis fins de semana trancado na biblioteca, lendo, estudando.

De sua mãe, Anita, certamente, absorveu a força, a coragem e a obstinação, pois viúva jovem, com 7 filhos, criou-os todos com dignidade, honestidade e determinação.

Os acasos da vida lhe deram têmpera e moldaram o caráter.

Aos 15 anos, o jovem Almério que você ainda traz dentro de si, ia trabalhar na tipografia dos Beneditinos e, depois de ter entrado na Faculdade, dar aulas práticas de química, no Colégio Estadual da Bahia. Quantas não foram as aulas particulares para alunos da escola e também, as mais divertidas, para as alunas das Sacramentinas?

É com justo orgulho que você diz ter concluído o curso médico às suas próprias expensas.

E continuando a trajetória, de há muito traçada, talvez não de modo consciente, mas com o intuito claro de ir cada vez mais à frente, você é escolhido pelo Prof. Roberto Santos, primeiro para ser residente de Clínica Médica no Hospital Prof. Edgar Santos e depois, bolsista para pós-graduação na Universidade de Pittsburg, na Pensilvânia, onde se especializa em doenças pulmonares.

Pelo visto, o ensino continua a atraí-lo e, na volta à Boa Terra, inicia sua carreira docente, na Universidade Federal da Bahia, onde até hoje você está, como professor-adjunto, distribuindo seus conhecimentos e sua sabedoria, conquistados através dos anos. Com certeza, a sorte lhe bate à porta, e você é lotado na 3ª Cadeira de Clínica Médica, para que possa receber a poderosa influência do grande mestre César Araújo.

É, inclusive, por seu incentivo, que se torna o primeiro médico baiano com formação em Pneumologia.

Daí em diante, será o primeiro Coordenador da Disciplina de Pneumologia do Departamento de Cárdio-Angio-Pneumologia, depois, com a reforma, Coordenador da Disciplina de Pneumologia do Departamento de Medicina. Em seguida, será eleito, por 4 anos, chefe deste tão importante Departamento. Ocupará, sempre com a mesma responsabilidade, inúmeros cargos ligados à Faculdade, ao Hospital Prof. Edgar Santos e às Sociedades Bahiana e Brasileira de Pneumologia, que ajuda a fundar e das quais se tornará presidente.

Na Escola Bahiana de Medicina, substituindo o Prof. José Silveira, exercerá, com brilho, a cátedra de Pneumologia, até sua extinção, por uma reforma curricular.

Há mais de 20 anos, também, sua vontade de servir e ensinar o conduz, até hoje, uma vez por semana, ao Hospital Santo Antônio.

Sua relação com os alunos de graduação e pós-graduação sempre têm a marca da transmissão efetiva do saber e do afeto, e não foi à toa que, por duas vezes, você foi escolhido paraninfo, uma delas quando era quase um menino, aos 32 anos de idade.

A presença constante, em numerosos encontros e congressos da especialidade, nacionais e internacionais, leva-o a lugares como a Itália e o Japão. Talvez, estas oportunidades tenham encontrado um campo fértil e vindo ao encalço de seu gosto pelas viagens, pelos museus, pelas obras de arte.

São, também, de sua autoria numerosos artigos e conferências e a monografia, *"História da Pneumologia na Bahia - tributo ao professor César de Araújo"*, apresentada à apreciação desta Academia, é uma contribuição de grande importância para a memória da sua especialidade, nos carregando por um passeio histórico que se inicia em 1903, com Clementino Fraga e passa pelas grandes figuras médicas e humanas da fisiologia, como as de José Silveira e de César Araújo. Este seu trabalho, através das palavras do extraordinário César de Araújo, nos faz lembrar, com saudade, a bondade do mestre, a sua cultura, a sua capacidade de "garimpar valores" e ajudá-los a se desenvolver, a sua grande

dor e revolta em face do tratamento desigual dado àqueles "que, da vida, só conhecem as limitações miseráveis do destino, tanta vez injusta e cruel".

E nos revela, também, num momento de mágoa, a grandeza do homem que, ferido, diz: "Talvez um dia façam justiça ao meu esforço. Por enquanto, a maior recompensa que tenho tido é a da consciência que me segreda, na intimidade de suas confidências, que como homem e como médico tenho procurado cumprir o meu dever."

Almério, você certamente aprendeu com o mestre estas e muitas outras grandes lições de humanidade e, olhando-o, na sua intimidade, como agora eu o faço, é fácil perceber porque ao lado do médico mora um homem que é um colecionador, um conhecedor de antiguidades que sai garimpando pelo mundo, principalmente pelas terras do Oriente.

Este homem sensível, cercado de belos objetos e quadros, partilhados com seus amigos todas as vezes que abre sua casa e seu coração, também coleciona preciosidades que atendem pelos nomes de Marlise, Adelmo Neto, Almerinho Belo, Jacqueline, Paulo César e 6 belas miniaturinhas de gente de verdade, seus netos.

Almério, estas raridades de amor, solidariedade, fraternidade, honestidade, determinação, aconchego e esperança são, sem dúvida, a coisa mais bela que você juntou durante toda sua vida.

CONFRADE CARLOS MARCÍLIO

Filho de Jacobina, você há de ter sido influenciado, pelo exemplo de seu pai, Dr. Alfredo de Oliveira e Souza, médico de família, médico do interior, onde as dificuldades fazem dos médicos, freqüentemente, heróis anônimos. Foi com ele, sem dúvida, que deve ter aprendido a saber ouvir com paciência e compaixão. Foi com ele, sem dúvida, que intuiu sobre a arte e a ciência do diagnóstico, o que o levaria, muitos anos depois, após tantos estudos, experiências e reflexões, a escrever um primoroso trabalho, elegantemente intitulado *"Ensaio sobre a arte e a*

ciência do diagnóstico clínico", onde nos ensina, numa prosa clara, concisa, com talento de contador de estórias e pitadas de Sherlock Holmes, que é da interação entre a relação direta com o doente e os conhecimentos técnico-científicos de outras áreas, tidas como exatas, que nasce a possibilidade do diagnóstico, prognóstico e tratamentos adequados. Numa mistura, em doses certas, do cientista e do humanista, sem que um jamais domine o outro.

Seu caminho, caro confrade, que começa na casa paterna, no interior da Bahia, vai tomando rumos traçados pelo seu desejo e sua vontade, mas também pelo destino e pelo acaso. Passa por Salvador, pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, onde se torna médico, na segunda turma formada pela Escola, que, neste ano de 1997, acaba de completar 45 anos de vida.

Seus interesses e talentos dividem-se entre o exercício da medicina, no dia-a-dia com o paciente, a preocupação constante com o ensino, as pesquisas, os trabalhos e livros publicados, as assessorias e coordenadorias na administração pública, Tereza, Daniel, Pedrinho, Matheus, Izabel, Aninha, os muitos amigos espalhados pelo mundo, os compadres, a bela casa cheia de quadros e jardins, Popper, as tintas e pincéis em algum canto abandonados até um dia, quem sabe ....

O médico de hoje, hábil e eficaz clínico, uma referência em diálise e em transplante renal na Bahia e no Brasil, sempre buscou o conhecimento que lhe tornaria o conceituado especialista de hoje. Já na sua formação básica, vemos a influência da medicina americana de um modo de pensar, que internaliza como residente, por indicação do prof. Roberto Santos, no Departamento de Medicina Interna do Cambridge City Hospital, da Harvard Medical School, sob a supervisão do Dr. Charles Sanders e como Research Fellow, da Unidade Renal, da Harvard Medical School, sob a supervisão do Prof. Alexander Leaf. Vive, também, a experiência como Research and Clinical Fellow, do Massachusetts General Hospital.

Continuando a rastrear o percurso do seu pensamento e as buscas de seu espírito, vamos descobri-lo, mais tarde, caminhan-

do por uma vertente da medicina moderna que tem como centro a Universidade de MacMaster, no Canadá, onde se leva em conta, prioritariamente, a qualidade das evidências que devem embasar a prática médica.

Ensinar, transmitir aquilo que você aprendeu, parece ter sido desde cedo uma inclinação e você começa como instrutor de ensino no Departamento de Fisiologia da Faculdade de Medicina da UFBA, vai subindo degrau por degrau, até chegar a professor adjunto do Departamento de Medicina Interna. Torna-se docente-livre da Universidade Federal de Goiânia, Membro titular do Conselho Nacional de Saúde, Coordenador de Ciências da Saúde do Conselho Nacional de Saúde, Professor da Disciplina de Metodologia Científica da pós-graduação de Medicina Interna da UFBA e orientador de muitas teses de mestrado e doutorado.

Sua preocupação com a qualidade da residência médica e uma conversa sobre pós-graduação, com um desconhecido, acaba levando-o ao MEC e a Brasília, sem que você tivesse pensado nisto antes. E, então, de repente, inaugura-se uma longa temporada em numerosas comissões de organização do ensino superior e sua participação, como assessor, em diversos órgãos, como o Ministério de Educação e Cultura, nas gestões de Nei Braga, Euro Brandão e Eduardo Portela.

De seus numerosos trabalhos, publicados no Brasil e no exterior, queremos relembrar o seu precioso " Dicionário de Pesquisa Clínica", dedicado menos aos que fazem pesquisa e mais aos que precisam entender essas pesquisas, nós, médicos usuários, como você bem diz. Este livro, elaborado aos poucos e metodicamente organizado, tem, entre muitos outros méritos, o de nos dar "conhecimentos básicos de metodologia e ingerência científica aplicada à clínica", para nos ajudar a separar o joio do trigo, em meio à avassaladora onda de novas tecnologias que são lançadas, todos os dias, através de centenas de artigos publicados em revistas científicas.

Com certeza, não seria necessário dizer mais nada para demonstrar o prestígio que, nosso agora confrade, goza no meio acadêmico e científico, mas tivemsos a oportunidade de ler algu-

mas cartas da sua correspondência particular, especialmente com os professores Robert Fietcher e Kerr White, que corroboram, de forma indubitável, esta afirmação.

Talvez, seja ainda necessário dizer que nosso agora confrade é antes de ser médico, antes de ser professor, antes de ser cientista, um homem preocupado com que todos os outros homens tenham igualdade de acesso aos recursos médicos mais adequados de prevenção, cura e reabilitação.

Um homem que, antes dos quarenta anos, passou pela terrível experiência de um enfarte, com parada cárdiorrespiratória, que o obrigou a vivenciar o outro lado da díade médico e paciente, o outro lado do binômio vida e morte. Experiência enriquecedora, que o fez conhecer, na própria carne, a dor, a insegurança, o medo, o alívio dado pela presença reconfortante dos médicos em que se confia, a necessidade de se saber o que está ocorrendo com o próprio corpo, o direito de decidir o que fazer consigo mesmo, a dúvida sobre seu tempo de sobrevida, a ausência de respostas confiáveis nas publicações. Acreditou que seria em torno de 11 anos e passou a viver com esta perspectiva.

Dezenove anos já se passaram, e você, há muito tempo esqueceu-se da marca que havia estabelecido. Mas, como você mesmo diz, num interessante artigo escrito para a "Folha de São Paulo", depois deste episódio, seu diálogo e suas atitudes com as pessoas ficaram mais ricos, verdadeiros e solidários.

E disto, pelo visto, você não se esquecerá jamais!

Senhoras e Senhores,

Não me permeia o pensamento, nem sequer por um instante, a idéia de que, após o que aqui lhes contei, todas as vozes presentes não se tenham transformado numa única e uníssona, a dizer:

Sim, a Academia de Medicina da Bahia, a partir desta noite especial, fica mais forte e vigorosa com a chegada de Almério de Souza Machado e Carlos Alfredo Marcílio de Souza.

E, em nome desta Academia que, sobre a dinâmica e corajosa presidência de Agnalsdo Davi de Souza, teve o prazer e a sabedoria de acolhê-los em seu seio, dou-lhes as boas-vindas,

esperando juntos, um dia, poder dizer, àqueles novos confrades que os novos anos trarão, o que Ernesto Rena pôde dizer, quando recebeu Louis Pasteur, na Academia Francesa:

"Encontrareis, senhores, em nossas sessões, um descanso para vosso espírito".

Discurso de Agradecimento*

Humberto de Castro Lima

Meus queridos amigos, meus colegas, meus irmãos, meus filhos André, Mariana e Humberto, meus sobrinhos, minha mulher, todos.

Gostaria de não citar nomes, mas antes de complementar a arenga, cujas anotações aqui tomei, não posso deixar de registrar a presença de tantos amores, de tantos afetos. Particularmente me permitiria uma exceção, ao falar de três pessoas que em nada excluem todas as outras, pelo contrário, num certo sentido as simbolizam.

Juju Viana que reflete a presença do meu amado amigo Luiz Viana Filho.

Regina Simões, cujas relações de amizade se igualam nas nossas próprias idades, que são idênticas, e que me faz recordar o grande amigo da minha infância. Ela (agora, amiga do meu filho, do meu mais moço, que teve a oportunidade de conhecê-la mais de perto) me faz lembrar, me traz à memória, a figura excepcional de Ernesto Simões Filho.

E, finalmente, a presença do amigo Manoel Gonzaga, símbolo, de um certo modo, dos bairros onde morei, das festas que freqüentei, dos conselhos que recebi dele, é verdade, mas, muito mais, da magnífica figura humana de Ubaldino Gonzaga.

Humberto de Castro Lima Filho, aprendiz de ator, indispensável a nossa peça, entrando em cena, por simples acaso, entrega-me há dois dias, texto de Sir William Shakespeare, na comédia. *"As you liked it":*

"All the world´s a stage,
And all the men and women merely players;

---

* *Improviso pronunciado por ocasião da comemoração dos 70 anos do acadêmico Humberto de Castro Lima*

They have their exits and their entrances;
And one man in his time play many parts;
His acts being seven ages."

"O mundo todo é um palco,
E todos os homens e mulheres são apenas atores;
Eles têm suas saídas e entradas;
E cada um desempenha, sucessivamente, os diferentes papéis,
De um drama de sete atos."

Seria fastigioso, mas é possível que um dia, para todos vocês, meus amigos, eu escreva alguma coisa sobre esta noite, sobre as recordações da infância, da adolescência, da mocidade, de todas as idades, trazidas pelas lembranças de alguns e pela presença de outros.

Os bairros e as escolas, os Maristas, o Ginásio da Bahia, a Faculdade de Medicina do Terreiro de Jesus e as instituições que me deram educação me deram, também, para usar as palavras de Gilberto Gil, régua e compasso.

A Faculdade de Medicina do Terreiro de Jesus, o New York Eye and Ear Infirmary, o próprio Instituto Brasileiro de Oftalmologia e Prevenção da Cegueira, o Hospital Santa Isabel, a Fundação para o Desenvolvimento das Ciências, as Sociedades, os Conselhos, a Academia de Medicina da Bahia.

Seria cansativo, e até imprudente, que sobre esses episódios, sobre a vida que vivi naqueles ambientes, naquelas instituições, na convivência de tantos amigos, de tantos discípulos e de tantos mestres, pretendesse, de alguma maneira, me estender.

Escolheram os meus amigos, e não seria outra minha escolha, os oradores que vão representá-los. A Sociedade Brasileira de Oftalmologia, meu colega Marcelo Freitas. A Academia de Medicina da Bahia, a Fundação para Desenvolvimento das Ciências, o Instituto Brasileiro de Oftalmologia e Prevenção da Cegueira, os meus colegas de série, José Maria de Magalhães Netto e Geraldo Leite, para representar a todos.

José Maria de Magalhães Netto não é apenas e, simplesmente, esta pessoa, este orador isento que diz ter-me feito justi-

ça. José Maria de Magalhães Netto é um amigo que iniciou esta amizade na adolescência, no Ginásio da Bahia, sendo amigo de vários dos meus irmãos, muito particularmente de Evandro de Castro Lima.

José Maria de Magalhães Netto tem um galhardão na vida, traz uma herança da qual muito se honra e que, profundamente, atinge a minha educação e a minha sensibilidade. Ele e Antônio Carlos Magalhães, meus contemporâneos e meus colegas, Antônio Carlos meu calouro, vivemos juntos sob a proteção, não apenas eu e eles, mas todos os seus colegas, das asas daquele amor extraordinário, daquela capacidade excepcional de tratar bem e com carinho os amigos dos seus filhos, daquela grande figura humana, daquela grande cultura, daquele homem de exceção, o velho, querido e amado professor Magalhães Netto.

Geraldo Leite, cujas palavras eruditas em nada o afastam da simplicidade quase angelical, é, indubitavelmente, uma das grandes figuras da Medicina na Bahia. Geraldo Leite é, além disso, e aqui ele foi apenas isso, o grande amigo, afetuoso e leal, a se intitular de justo.

Poucos aqui podem ter ainda sentido a alegria desta noite, ao completar setenta anos. Esta alegria, entretanto, me levou, já que comecei com Shakespeare, já que Humberto Castro Lima Filho deu-me a dica, a ir um pouco mais fundo, e ler não apenas um pedaço do personagem Jaques, ao descrever o teatro que é a vida e o palco que é todo o mundo. Levou-me a ler um pouco mais e, na realidade, essa peça de Shakespeare não é uma tragédia, pois não caberia a mim, para esta noite tão alegre e tão feliz, trazer qualquer traço de tristeza. É, exatamente, uma comédia shakespeareana. Desenvolvendo um tema, com a felicidade que seria acaciano referir, Shakespeare descreve as diferentes idades por que passa o homem, neste grande teatro que é a vida.

A mocidade compartilhada por muitos aqui presentes, com quem vivi e convivi. A maturidade que nos deu a capacidade de realizar, de produzir e de amar. E, enfim, porque a comédia se passa, exatamente, meus queridos colegas e professores, meus queridos amigos, em mil quinhentos e noventa e três, se não me

falha a memória, setenta anos significava, no estudo das sete idades, a última delas. E na descrição hilária de Shakespeare, sua característica maior é o fato do personagem, o protagonista, se encontrar sem dentes, sem olhos, sem rosto, sem nada. Felizmente, a medicina evoluiu, as sociedades se organizaram e setenta anos, pelo menos assim parece aqui, os com setenta (alguns um pouco mais que isso) e aqueles entrando na sétima idade têm dentes, têm olhos para ver e têm boca para falar, além do gosto pelo belo e a beleza do encantamento dos homens pelas mulheres e das mulheres pelos homens.

Com esta expectativa, eu passei a pensar num outro tema, muito do meu agrado, muito na moda, a que Milan Kundera dá um tratamento especial: a imortalidade.

Kundera pergunta, e não apenas pergunta, por si mesmo afirma que nenhum jovem, na adolescência ou quem sabe um pouco mais além, deixa de sonhar com a imortalidade. A imortalidade, diz Kundera, não é a imortalidade divina, não é a imortalidade da alma, mas é a imortalidade profana, aquela a que vou também referir-me.

Divide, com extraordinária sensibilidade, dois tipos de imortalidade.

A pequena imortalidade, aquela que eu talvez, de alguma maneira, tenha alcançado esta noite, quer a amizade, quer o reconhecimento, quer a lembrança daqueles que o conheceram. Esta pequena imortalidade pode até, em certos casos, ser risível.

Kundera cita um caso muito interessante, dessa aspiração de todos nós. O daquele prefeito, da pequena cidade da Morávia, em que Kundera passou a sua infância. Ele tinha na sua residência um caixão, um caixão preparado para o dia da sua morte! Mas nos dias em que ele estava mais feliz, pensando na glória, passava horas deitado no seu caixão, para ter o gozo da sua imortalidade.

A grande imortalidade é para nós, raramente, acessível. Eu diria que é mais acessível aos políticos e aos artistas, ainda que seja dificilmente alcançada.

Esta é a noite da minha pequena imortalidade! E não haja dúvida que somos participantes da grande peça. Estamos, indubitavelmente, no grande teatro da vida. São os aplausos no meu penúltimo ato, adiado que foi o último. Na música que a pouco nos deliciava, nas luzes, nas cores, nas flores, nos elogios, nas honrarias, nos sorrisos, no amor! No amor que eu tenho conseguido, no amor que eu tenho conquistado de amigos, no amor dos pais, dos filhos, no amor desta que realmente me proporcionou estes filhos adoráveis: a minha mulher e companheira.

Estamos todos juntos neste teatro, mas o espetáculo deve ter uma pequena interrupção.

Como ator, eu agradeço com os seguintes versos, que não são meus:

"Vês, sou um homem, sofri, amei, meditei, e com o meu trabalho procurei deixar-te qualquer coisa."

Ainda como ator desta peça, que espero continue em cartaz por um bom tempo, agradeço a todos os outros atores aqui presentes, que dela participaram e participam com os seus sonhos, talento, carinho, amor, paixão pela vida e por seus personagens.

E peço, invertendo o palco com a platéia, aplausos para todos aqueles que hoje estão aqui comigo, e sem os quais essa festa seria impossível.

Medalha do Mérito Virgílio Damazio

Humberto de Castro Lima *

Sua presença neste cenáculo, Senador Virgílio Damazio, deve-se à vontade de apresentar e preservar, para nossos filhos e netos, a memória de grandes homens que, como o senhor, ajudaram a construir, com a sua integridade e idealismo, a pátria de todos nós.

Tristemente, a destruição do passado é uma das características mais dramáticas deste fim de século.

Nossos jovens vivem hoje um presente contínuo, sem compreenderem as relações que ligam nossa experiência pessoal à das gerações passadas.

É isto que nos diz Eric Hobsbawn, num livro chamado, *"A era dos extremos"*, que, com certeza, gostará de ler.

Não estranhe, também, após 83 anos de ausência, o tratamento diferente e mais íntimo que lhe dirigiremos.

Não é sinal de desrespeito e vosmecê talvez se acostume com ele mais rápido do que imaginamos, exatamente por ter um espírito desbravador, libertário e progressista.

Exatamente por ser um dos primeiros homens desta terra que lutaram para abrir as portas deste nosso século à República e à igualdade e fraternidade entre as raças.

Neste ano da graça, desculpe Senador, que não se fala mais assim, neste ano de 1996, fim de século outra vez, onde nós somos marinheiros de primeira viagem, não deve ser tão diferente do que foi o seu: dúvidas, angústias, expectativas, melancolia.

---

* Discurso em homenagem ao Senador Antonio Carlos Magalhães, agraciado com a Medalha do Mérito Virgílio Damazio, proferido em sessão solene a 15 de agosto de 1996 no salão nobre do Fórum Rui Barbosa.

Coisas que o senhor já viveu e que podem nos ajudar a entender melhor este momento de passagem.

Por nossa parte, tentaremos lhe contar do presente e, quem sabe juntos, encontrarmos saídas para o futuro.

Um novo século, um novo milênio, uma nova esperança.

O senhor deve estar curioso e sua pergunta é justa:

– "Afinal, que instituição é essa Fundação para Desenvolvimento das Ciências que outorga uma medalha com meu nome? Não me lembro de ter ouvido falar dela."

Vosmecê tem razão, ela é jovem, tem só 44 anos de idade, e o senhor esteve algum tempo fora.

Mas hoje, vindo para cá, certamente viu como esta sua querida cidade cresceu.

Éramos cerca de cem mil, hoje, somos quase três milhões.

A nossa velha e querida Faculdade de Medicina da Bahia, do Terreiro de Jesus, que o conheceu primeiro como um estudante brilhante, depois como professor de Medicina Legal e Toxicologia, respeitado e admirado não só por seus alunos, mas também por seus pares, ainda existe.

E o senhor deve lembrar que em 1883 eles o escolheram para ir a Europa com o fim principal de organizar entre nós, assentando em bases mais científicas e práticas o exercício importantíssimo da Medicina judiciária.

Tarefa que, como tantas outras, realizou com seriedade, vontade persistente, elegância, espírito científico, preocupações humanísticas e retidão de caráter, sem temer ou se dobrar diante de pressões que pudessem amesquinhar os seus trabalhos e, principalmente, suas crenças e ideais.

E ainda existem também, Senador, homens que o senhor não conhece, mas que partilham com vosmecê de suas idéias e, por mais absurdo que possa lhe parecer, enfrentam dificuldades que provavelmente o senhor julga atualmente superadas.

Vou repetir, professor, palavras suas, escritas em 1884, onde dizia da nossa Faculdade da Bahia:

– "Comparando a pobreza dos meios de ensino com a opulência de talentos de seu professorado, eu não sei qual mais pronto

acode à mente, se a censura aos governos desditosos ou mesquinhos, que regateiam migalhas em assuntos que se prendem à saúde dos povos, se o louvor aos professores que, no desempenho de sua missão civilizadora, não desanimam e sabem multiplicar-se em esforços de inteligência para disfarçar a penúria dos meios materiais que lhes recusam.

Nada mais atual. Quanto a isso, parece que os anos não passaram...

Outra notícia que sou, a contragosto, obrigado a lhe dar:

É que os seus esforços, lendo mais de 1.200 volumes escritos em francês, espanhol, português, italiano e alemão para escolher as seiscentas obras que enviou da europa para a biblioteca da faculdade, os 92 periódicos pelo senhor assinados, as coleções da gazeta médica pelo senhor fundada e dirigida em **1866,** estão em grande parte perdidos. A biblioteca parcialmente destruída.

E como uma notícia ruim nunca vem só, aproveito para lhe contar, também, e espero que seu coração de 158 anos agüente (aliás, Dr. Virgílio, não se preocupe, caso ele não resista, há uma moderna cirurgia que implanta mamarias e safenas para melhorar a circulação deficiente do músculo cardíaco e, aqui, alguns de nós carregam essas pontes e até pericárdios transplantados, com galhardia). Enfim, aproveito para lhe contar que o belo prédio, inaugurado em 1909, após o incêndio de 1905 que destruiu as velhas e **precárias** instalações da Faculdade e do Hospital São Cristóvão, também está degradado, só abrigando entre suas paredes o Memorial de Medicina e a Academia de Medicina da Bahia.

Por mais que lhe peçamos desculpas e por mais esforços que alguns estejam empreendendo no sentido de reparar este crime, professor, sabemos ser ele imperdoável.

Mas, voltando à Fundação para Desenvolvimento das Ciências de que lhe falávamos, a criação da Universidade Federal da Bahia, da qual a Faculdade de Medicina passou a fazer parte, o seu deslocamento para os prédios do novo campus e a construção do Hospital das Clínicas abriram o espaço físico e pedagógico do Hospital Santa Izabel, da Santa Casa de Misericórdia.

Ninguém aqui sabe tão bem quanto o senhor quantas lutas custou a construção do Hospital Santa Izabel!

Foram 65 anos em obras, concluídas, finalmente, em **1893,** após inúmeras paralisações por falta de recursos, não foi Senador?

É, quanto a falta de verbas para a saúde, o senhor não será surpreendido. Continuamos exatamente iguais ao século passado!

Voltando àqueles novos fatos, um grupo de idealistas decidiu fundar uma nova Escola de Medicina.

A cidade havia se desenvolvido muito, comportava mais uma escola e a Bahiana de Medicina e Saúde Pública, mantida, então, por esta Fundação, nasceu.

A Bahia continuou crescendo e a Fundação para Desenvolvimento das Ciências, também.

Hoje, além de mantermos a Escola Médica, temos diversos cursos na área biomédica, em nível de formação e pós-graduação e caminhamos em direção à criação de cursos na área das ciências humanas o que, ao humanista e educador, certamente, agradará.

Gostaria de aproveitar esta oportunidade e lhe apresentar o Professor Geraldo Leite, diretor da Escola de Medicina e Saúde Pública, fundador e ex-reitor da Universidade de Feira de Santana.

Este homem correto, trabalhador incansável, qualidades que alia à gentileza, à lealdade e à elegância, está diretamente ligado a história da medalha com seu nome.

Foi ele que, no momento da criação, pelo conselho deliberativo da Fundação para Desenvolvimento das Ciências, do Instituto Virgílio Damazio, propôs que, a partir de então, a mais alta distinção a ser conferida àqueles que tenham servido aos ideais que nos norteiam, fosse a Medalha do Mérito que leva seu nome e sua esfinge em ouro gravada.

O Instituto Virgílio Damazio atuará em pesquisa e extensão nas áreas de Medicina Social, Medicina do Trabalho e Medicina Forense, com licença de Vosmecê.

Tenho a honra, também, de lhe apresentar outro homem cujo convívio lhe dará muito prazer: o Cardeal Dom Lucas Moreira Neves, primaz do Brasil, Príncipe da Igreja, acadêmico, culto, companheiro de fé.

Vosmecê tem razão, este salão nobre do Fórum está cheio de gente que gostaria de conhecer, mas o Senador me perdoará por eu não ser capaz de apresentá-lo a todos num só dia.

Precisaremos de mais tempo e surgirão novas oportunidades.

Eu compreendo sua ansiedade e seus receios, mas como vê não temos só más notícias.

Ah! A escola de Belas Artes? Sim, eu sei que o senhor é um de seus fundadores .... E não a viu quando andou pela cidade? Não, não. Sossegue!

Ela só mudou de lugar, mas continua viva e formando jovens que como o senhor vibram com o belo e se dedicam a buscar formas para expressá-lo.

É verdade que surgiram novos conceitos, novos métodos, novos materiais.

Logo mais terá a oportunidade de ver coisas chamadas vídeos, computadores, parafernálias eletrônicas.

Espero que consiga se familiarizar.

Elas nos assustam, aos mais velhos, mas me garantiram que não mordem, e as criancinhas lidam com esses objetos com uma intimidade de nos causar inveja.

Hoje em dia é quase impossível viver sem essas máquinas, escrever relatórios, trabalhos científicos, discursos...

Bem, Vosmecê terá que se adaptar.

E, com certeza, se espantará com o volume e a rapidez com que são feitas novas descobertas científicas e desenvolvidas novas tecnologias.

Até nós, que já chegamos depois, nos maravilhamos e não conseguimos nos acostumar.

O tempo e o espaço foram praticamente abolidos.

Hoje, vindo para cá, o senhor deve ter andado num desses automóveis que correm a mais de 200 km por hora (não sei bem para que, pois em alguns momentos, nos congestionamentos de tráfego corremos à incrível velocidade de 4 ou 5 km!).

Chegamos a qualquer lugar do planeta em poucas horas.

É possível fazer New York-Paris em 4 horas!

Visitamos a Lua, vamos a Marte, vemos, através de fotografias, o início do universo.

A reunião desta noite poderia estar sendo observada, via satélite, em qualquer lugar do mundo e pessoas que se encontram, por exemplo, na China, poderiam lhe fazer perguntas e dar opiniões.

E, imagine que se estivéssemos no seu século, o senhor poderia conversar com Balzac, com seus colegas europeus como Lombroso, Adelon, Ambroise Tardieu, Paul Brouardel, Casper, Taylor, quem sabe com Freud, Charcot, com seus companheiros abolicionistas e republicanos, Castro Alves, Rui Barbosa (que em vez de bilhetes manuscritos lhe enviaria bilhetes eletrônicos aconselhando-o a falar com Seabra), José do Patrocínio, Joaquim Nabuco, Silva Jardim, Quintino Bocaiúva, Benjamin Constant, com seu querido e íntimo amigo Nilo Peçanha, com seus diletos discípulos e seguidores Nina Rodrigues e Oscar Freire que lhe tributam a fundação da verdadeira orientação da Medicina Legal no Brasil.

Vosmecê poderia mandar relatórios, receber trabalhos, participar de pesquisas conjuntas, entrar em várias bibliotecas do mundo e ler livros, copiando os trechos que lhe interessassem.

Passear por museus, como o seu amado Louvre, admirando as obras dos artistas que lá se deixam admirar.

Tudo isso sem sair da cidade da Bahia, instalado confortavelmente em sua casa, no corredor da Vitória, em tempo real (como se diz hoje em dia), cercado por seus entes queridos como Leonor Damazio, a "inglesinha", sua esperta, inteligente e curiosa sobrinha que certamente se sentaria junto ao senhor, à frente de uma pequena tela, de um desses infernais computadores e, então, juntos, falariam com o mundo.

A palavra mágica, Senador, é Internet.

Mas, por vezes, diante das guerras das quais o senhor escapou, pois se ausentou em 1913, e de lá para cá tivemos duas guerras mundiais, coisa que a Humanidade nunca tinha visto antes; diante de 'inúmeros outros conflitos menores, mas de triste memória; diante de duas grandes revoluções, sem contar uma tal de guerra fria, que eu lhe explico depois; diante daquelas lutas que nos habituamos a ver, todos os dias, num aparelhinho chamado televisão, onde as atrocidades, como o terrorismo, nos são mostradas ao vivo e em cores, nos perguntamos se o que estamos descobrindo nos tem feito melhores.

Senador, não sabemos o que lhe responder.

O senhor, que vem de um século mais civilizado, habitado por pessoas menos egocêntricas, ficará confuso e poderá pensar que voltamos à barbárie.

A sua tão querida medicina fez progressos fantásticos.

O mundo está também muito mais rico. Produzimos muito mais, muito melhor e muito mais rápido uma louca e interminável variedade de bens e serviços (diante de alguns deles vosmecê, com certeza, se perguntará se têm, realmente, alguma importância para a humanidade).

Só que, para nos vangloriarmos disso, é preciso fazer um pequeno exercício e abstrair os milhões e milhões de pessoas, vítimas de verdadeiras catástrofes que também fomos e somos capazes de produzir pelo mundo afora. Pessoas que deixamos que fossem mortas ou abandonadas à morte.

Hoje, como pode ver, tudo é em larga escala!

Na década de 80, apesar da população mundial ser três vezes maior que quando o senhor partiu, a maioria das pessoas vivia melhor que seus pais, e nos países mais ricos, melhor do que jamais poderiam ter imaginado.

Lá pelo meio deste nosso século pensamos, também, que pelo menos nos países mais desenvolvidos havíamos encontrado meios de distribuir, de forma mais justa, a fantástica riqueza produzida.

Hoje, a desigualdade voltou a se instalar onde julgávamos estar praticamente abolida e entra de forma arrasadora até nos países ex-socialistas (uma outra hora tentarei lhe explicar o que é isso).

Há ainda muita intolerância religiosa e étnica, há ainda muitas formas de escravidão, mas os negros pelos quais o senhor lutou têm, a cada dia e em todos os lugares do mundo, conquistado mais e mais espaço.

A sua cidade da Bahia orgulha-se de ser negra.

As economias nacionais, baseadas em estados territoriais, praticamente desapareceram.

O globo é agora "a unidade operacional básica".

O senhor se cansará de ouvir a palavra globalização.

Entretanto, a distância entre os mais ricos e o mais pobres em vez de diminuir, cresceu!

E há cada vez menos empregos. Gerar empregos tornou-se o grande desafio deste fim de século e, quiçá, do próximo.

E as mulheres?

O senhor quer saber como vão?

Maravilhosas como sempre.

Como sempre, melhores do que nós.

Bem sabe o senhor como precisamos delas e elas nos suportam!

Estão em todos os lugares, exercem todas as profissões. Alcançam altos postos de comando.

Caso o senhor volte a dar aulas na Faculdade de Medicina, encontrará as salas cheias delas.

Na câmara e no Senado, também terá o prazer de debater com mulheres os temas políticos do momento.

Ainda lutam por seus direitos, ainda encontram resistências, mas vieram para ficar.

Falando no Senado, ele não está mais no Rio de Janeiro.

Lembra-se daquela idéia de uma nova capital para a República, no Planalto Central, que o senhor defendeu com entusiasmo e que parecia loucura?

Hoje é uma realidade e se chama Brasília.

Aliás, muitas lembranças devem estar, agora, rodando em sua cabeça, como em um filme de cinema que, em sua época, chamava-se cinematógrafo.

Sofisticou-se tanto que o senhor ficará impressionado quando for assistir.

Sabe que os momentos que o senhor viveu dariam um belo filme épico?

A luta pela proclamação da República, com as manifestações de rua, onde o senhor e seus companheiros lideravam os estudantes e entusiasmavam o povo com suas idéias, suas palavras e suas ações.

A sua posse como primeiro Governador da Bahia, "aquele a quem, em primeiro lugar, de direito, cabe a investidura de representante do governo neste Estado", nas palavras de Manuel Vitorino.

As disputas políticas, a eleição, como Senador da Bahia, para a Assembléia Constituinte de 1890, as discussões e batalhas travadas, nos muitos anos de Senado.

Sim, Senador, vosmecê, um homem culto, elegante, amante e protetor das artes, de palavra fácil mas dura, quando necessário, que nunca fugiu a uma missão pelo tamanho da dificuldade a ser enfrentada.

Um homem revolucionário, obcecado pela idéia da importância da educação para o crescimento de um Povo e de uma Nação.

Um homem que lutou pelo direito à igualdade dos homens de todas as raças, cores e condição social.

Um democrata de sempre. Um republicano de primeira hora. Um defensor intransigente dos direitos e necessidades da Bahia.

Um homem sensível, um homem apaixonado pela vida, pela terra que o viu nascer. Pela liberdade!

E enquanto, Senador, formos capazes de manter a liberdade, ou pelo menos o ideal de liberdade, todas as conquistas de justiça e igualdade que nosso século mostrou muitas vezes serem efêmeras, poderão ser reconquistadas.

Senador, quando alguns homens partem, como o senhor o fez, outros chegam e muitas vezes, sem serem nossos filhos de sangue, o são por ideais comuns, por amor à mesma terra, por defesa dos meus interesses.

Este homem, Senador Virgílio Clírnaco Damazio, que há poucos instantes, recebeu em seu peito a medalha com seu nome e sua efigie, é um destes que chegaram!

Peço-lhe, então, que neste instante, junte-se a todos nós, para homenageá-lo.

Caro Senador Anoônio Carlos Magalhães

"Se não for agora, quando? Senão formos nós, quem? Agora, sim, até porque nossa sorte não está fora de nós, mas em nós e na nossa vontade."

Esta frase, Senador, é capaz de delinear em poucas, mas fortes palavras, o que se deseja de um verdadeiro homem:

Que não adie aquilo que deve ser feito, que não espere que outros façam a sua parte, que não coloque nas mãos do destino as soluções de seus problemas, e que acredite na força inquebrantável de sua vontade.

Esta frase, Senador, mostra o caráter de seu autor e o senhor deve reconhecê-la com facilidade.

Esta frase, senador, tem pautado todas as ações de sua vida pública e, provavelmente, de sua vida pessoal.

Esta frase, Senador, deve ter começado a ser gestada perto daqui, na casa de sua infância, ou até mesmo aqui, no lugar onde este Fórum, que hoje o recebe e homenageia, está erigido. Esta frase e este homem podem ter começado nas brincadeiras e lutas do velho e saudoso Campo da Pólvora!

Esta frase é a de um homem de ação, ligado à construção do presente e do futuro, um homem que não admite a passividade, o imobilismo.

Esta frase é a de um homem que, apesar de ter tido desde cedo, e muitas vezes, a convivência íntima com a morte, parece não acreditar nela.

Um homem que talvez não tenha prosseguido na carreira médica porque seu pendor natural não é lutar contra a morte, e sim construir a vida.

E nesse afã, deixar marcas, que hoje já são indeléveis, de sua passagem.

Quando atravessamos a cidade, no corre-corre do cotidiano, lá estão suas avenidas e viadutos, artérias vitais rasgadas pelo meio dos vales.

Quando em nossos carros velozes cruzamos a avenida Paralela, não conseguimos deixar de olhar e admirar os belos edifícios públicos do Centro Administrativo da Bahia e, todas as vezes que precisamos deles, nos alegramos com sua funcionalidade.

Nos alegramos, também, com o novamente belo teatro Castro Alves.

Nos alegramos com sua Orquestra Sinfônica e com seu Balé.

Nos alegramos com os espetáculos de teatro, música e dança que voltaram a ter patrocínio, fazendo da Bahia, outra vez, depois de décadas, um pólo cultural.

Nos alegramos com a reabertura e recuperação do Museu de Arte Moderna, no Solar do União, do Museu de Arte da Bahia, do Museu Abelardo Rodrigues e do Recolhimento dos Humildes.

Nos alegramos com os convênios assinados que nos garantem a existência da Fundação Casa de Jorge Amado, do Museu Carlos Costa Pinto, da Academia de Letras da Bahia.

Nos alegramos com as bibliotecas recuperadas e os acervos ampliados.

Nos alegramos com os livros e o discos editados.

Nos alegramos e nos pacificamos com o Mosteiro de São Bento e sua belíssima biblioteca.

Nos alegramos com o talento de nossos pintores e escultores, que passeia por paredes de edifícios e por praças da cidade.

Nos alegramos com a restauração e revitalização do Pelourinho, patrimônio da humanidade.

Mas hoje, Senador, não falaremos, apesar de também nos alegrarmos com elas, de mais marcas suas, gravadas na defesa de outros interesses sociais e econômicos de nossa terra, de nosso povo.s

Hoje, estamos aqui, Senador Antonio Carlos Magalhães, somente para celebrar nossa cultura mais viva, nossa história mais preservada, nosso orgulho recuperado.

Hoje, estamos aqui, a Academia de Letras Jurídicas da Bahia, a Academia de Educação da Bahia, a Academia de Letras da Bahia, a Academia de Medicina da Bahia, o Instituto Geográfico e Histórico da Bahia, a Associação dos Magistrados da Bahia e a Fundação para Desenvolvimento das Ciências, para, junto com o seu povo, lhe dizer:

Muito obrigado.

Evolução social do pensamento e ação médica

Almeida Gouveia (Raymundo) *

Querendo dar certa ordem didática, na exposição de idéias sôbre "Evolução Social do Pensamento e Ação Médica", preliminarmente, atendo a um rigor de linguagem, talvez de somenos, porém, sempre necessário, quando faço concordância do adjetivo, no singular, determinando dois substantivos (plural). É que "pensamento" e "ação" têm igual significado ou natureza, um contido no outro, se toda ação deriva de um pensamento anterior, intrínseco, embora, nem sempre, o pensamento seguido de ação.

À semelhança do que ocorre no regime dos verbos, dois sujeitos formados de palavras de significação semelhante, o verbo deve ir para o singular, também, o adjetivo deve ficar no singular, quando qualifica dois substantivos do mesmo significado, pensamento e ação.

"Ação" é o resultado de um "pensamento", quando este se transforma em desejo, vontade, prática, na seqüência em favor ou contra determinado problema ou necessidade; esforço organizado, ou mesmo não definido, visando a mudança de alguma coisa, que implique em reformulação de atividades, no caso, médicas, mediante trabalho de investigação, propaganda e ação executiva. A "ação" é o ato avaliado do ponto de vista moral e social, estético e pragmático; avaliação da conveniência ou necessidade de modificações a serem aplicadas na estrutura social, na vida da comunidade, e, em caso, na prática médica.

"Pensamento médico" é o conjunto de noções e idéias, conceitos e princípios, postulados científicos que fundamentam e regulam a "Ação médica", esta não entendida como, simplesmen-

* Prof. universitário da UFBA e da UVSal, membro titular das Academias de Medicina, de Educação e de Médicos Escritores e do Instituto Bahiano de História da Medicina

te, a "prática médica". O termo "ação", no caso, "ação médica", como parte ou aspecto da "ação social", traduz a ação do médico (da medicina) no sentido de melhorar a saúde, esta na sua multíplice dimensão, corporal (bem estar físico); mental (equilíbrio psíquico); social (relativo bem estar econômico, cultural (educação); espiritual (filosofia de vida).

"Pensamento" resulta do raciocínio lógico que produz idéia, juízo, desejo a respeito de certa necessidade ou provocação; é uma resposta do cérebro e outros centros neuro-encefálicos, sensitivos e motores.

De sua vez, o termo "ação" – do grego "Praxis" – tem o significado, segundo Engels, de "reação do homem às condições materiais de existência, sua capacidade de inserir-se nas relações de produção e de trabalho e de transformá-la ativamente". Ação é efeito do pensamento e este permanece nela, dá-lhe seu sentido elevado, de superior e ulterior aplicação; está na intencionalidade e não na prática em si mesma, como é ou deve ser feita (técnica).

No presente estudo, os termos "pensamento" e "ação" tomam significado, respectivamente, de "filosofia e "sentido superior da intenção" (praxis).

– O Pensamento Médico não é bem a totalidade de pensamentos e opiniões, expressa por maioria estatística ou qualificação apurada. Verdadeiramente, é mais uma prevalência ou dominância de juízos e verdades médico-científicas, em certo tempo e lugar; ou seja, mais exatamente, uma tendência expressiva do que os estudiosos e praticantes de medicina pensam e consideram como exato, verdadeiro, valioso, em certo tempo, momento e lugar.

A Ação Médica é o trabalho organizado, esforço continuado, iniciativas e realizações, no sentido de melhorar as condições de saúde da comunidade e de aprimorar a "arte de curar", condicionando-a e relacionando-a com a realidade social (conjuntura géo-sócioeconômica, demo-política e cultural), utilizando as conquistas científicas e os avanços tecnológicos, em proveito da saúde e prevenção de doenças, num trabalho social continuado e efetivo, penetrante em todos segmentos e camadas sociais

da comunidade; uma ação médica conjugada com o trabalho das instituições sociais, econômicas, culturais, políticas, jurídicas, outras. Ação Médica com aspecto e forma de Ação Social.

O Pensamento Médico, de sua vez, é aspecto ou parcela do "Pensamento Social". Este, o pensamento social, deve ser entendido como o conjunto ou complexo de idéias, noções, conceitos, meditações e elucubrações a respeito do homem como ser social e seus problemas, sem fazer maior base nas comprovações experimentais científicas, sendo mais empírica, intuitiva, emocional. O Pensamento Médico é mais científico, deve estar baseado na verificação, acumulada e estratificada, estatisticamente apurada, dos fatos da clínica médica, comprovados pela observação repetida e continuada e, na medida do possível, pelos resultados da experimentação.

O Pensamento Social não é, rigorosamente, o "pensamento científico", mas, eles são interlegados. O pensamento social é a utilização indouta do científico, o pensamento social reflete o senso comunitário, o juízo comum, coletivo; enquanto o pensamento científico traduz a verdade comprovada pela verificação experimental, na observação continuada dos fatos.

– O pensamento médico qual seria mais, pensamento social ou pensamento científico? Ou, exata e realmente, mais científico e menos social?

A resposta seria que o pensamento médico, sem perder sua qualidade de científico, é parte ou aspecto, modalidade do pensamento social. O social não se dissocia do científico, tem base nele. O conhecimento científico começa "empírico", factual, ocasional, sensorial, emocional, pessoal, meio leigo, para, depois, buscar a comprovação científica.

O pensamento médico, por natureza, costuma ser misto, meio científico e meio ou mais social, porque posto a serviço do social (bem estar da comunidade).

Em verdade, o pensamento social resulta de reflexões, meditações, conjecturas, conceitos e noções, empiricamente aceitos, sem fazer maior base nas verificações experimentais e comprovações científicas; vale como u'a média ou, mais exatamente, u'a prevalência ou tendência de opiniões. Mais do que o pensa-

mento científico, o pensamento social é variável, sujeito a mudanças de natureza não científica, a circunstâncias acima da realidade visualizada.

Como parte, aspecto ou modalidade do pensamento social – o "pensamento médico" é reflexo do que neste ocorre, tanto como o pensamento social reflete idéias científicas, às vezes, deturpadas.

– O médico e todos os que praticam a Medicina são lídimos "trabalhadores sociais", técnicos de uma arte superior – a Medicina Social – cujo conhecimento tem envolvido no acompanhamento do Pensamento Social, passo a passo. Há o "Pensamento Médico-Científico" que se baseia na observação controlada, na verificação experimental e há o "pensamento médico-social" que analisa e interpreta a verdade médica, em face da realidade social vigente – Medicina Social.

– A Medicina, sem perder sua grande qualidade de ser ciência positiva, passa a ser, em sua aplicação, uma "tecnologia social" (conjunto de conhecimentos e práticas aplicados, segundo uma "técnica", na solução de problemas sociais). A Medicina, quero crer, no passado como no presente e, mais, no futuro, não é, precisamente, uma ciência restrita, bem definida nos limites de conhecimentos próprios e de práticas especializadas, de vez que os problemas de saúde são complexos e por natureza, acentuadamente, sociais. A prática da medicina não deve ser entendida como "técnica" ou "modo de fazer", execução material, tarefa ocupacional, mas, como "Praxis" – está significando o sentido alto, a finalidade ulterior, fim nobre, elevado a ser atingido, buscando o mais justo, o mais completo bem estar da comunidade (da humanidade).

– A Medicina Social, como a mais completa, mais verdadeira e mais autêntica forma de medicina, considera a "saúde" e a "doença" como resultantes ou reflexos, próximos ou distanciados, da organização e funcionamento da sociedade (comunidade); toma sentido de ação – "Praxis" – nas "estruturas sociais" vigentes e atua conforme as circunstâncias da realidade social respectiva, do que se há de compreender que ela, a Medicina Social, dá à prática médica um sentido de trabalho e aplicação ajustado às

contingências da realidade social. O médico, com ser um trabalhador social, integrado na comunidade, deve conjugar o seu "pensamento científico" ao "pensamento social".

EVOLUÇÃO SOCIAL DO PENSAMENTO E AÇÃO MÉDICA

A Evolução Social do Pensamento e Ação Médica poderia ser posta em termos de indagação seguinte: – como o homem, a sociedade, a humanidade vem pensando, através das eras, no tempo, desde a caverna (pré-história) aos nossos dias, quando já ele, na impossibilidade de dominar a extensão de seus conhecimentos, tem de guardá-los nos livros e enciclopédias, arquivos, bibliotecas e computadores, confiando à máquina pensar e memorizar por ele.

Então, o tema seria visto como uma "corrida no tempo", desde o tempo que o homem começou a pensar, talvez, no período quaternário, época do pleistoceno, há mais de um milhão de anos, ao momento em que começou a falar, depois, a escrever, a ter alguma consciência de si mesmo, de sua saúde – tudo isso será uma tarefa exaustiva e difícil de apresentar, a que não me proponho nem saberia fazê-la. Nem pretendo avaliar por que somente o homem, dos animais, é o único que pensa e fala e tem memória (?)

– Quero dizer que o "Pensamento e Ação Médica" não se fez de modo brusco, total (revolução), mas vem se modificando, gradativamente, parcial e parceladamente, lentamente (evolução). As "mudanças sociais" refletem "pensamentos" que se vão sucedendo, no tempo e no espaço, como expressão de vitalidade social. A vida social é dinâmica, por natureza e necessidade. Viver é mudar. Mudar é melhorar (presume-se). Houve e está havendo a "evolução das espécies" e, com ela, a evolução do homem para melhor (?). Vida é crescimento, é transformação, lenta (evolução) ou rápida, brusca (revolução). As mudanças do "pensamento e ação" do homem se fazem, em maior freqüência, por evolução.

"A civilização está em mudança", disse-o muito certo, o pensador social, Kilpatrick. O pensamento e ação médica reflete a civilização, o pensamento coletivo (social). Marcar "fases" e "eta-

pas" de sua evolução não é tarefa fácil, capaz de mostrar um quadro satisfatório.

– Na abordagem do tema "Evolução Social do Pensamento e Ação Médica" – não devo separar o "pensamento médico" do "pensamento social", ou seja devo admitir e ver a medicina partindo do empirismo ao cientificismo, sem, todavia, encarar o tema muito à luz da epistemologia (crítica do conhecimento).

Deve-se ao gênio de Augusto Comte (1798-1857), criador da "filosofia positiva", a famosa "lei ou teoria dos três estados" do pensamento social, etapas evolutivas: pensamento místico, religioso – pensamento filosófico, metafísico, dogmático – pensamento positivo, científico. Direi que o pensamento médico veio passando pelos três estados para, agora, atingir o quarto estágio "prático", pragmático, verdadeiramente social.

Já passados quase dois séculos do postulado de Augusto Comte, podemos dizer que vivemos um quarto estágio – a fase prática ou pragmática do pensamento social, incluso o pensamento médico, positivo e apurado na sua aplicação a serviço do bem estar comum, no pressuposto de que a "saúde" é a sua base.

– O pensamento médico, sem perder qualidade de pensamento social, é científico e, na medida do possível, experimental. Escrevi, em "Promoção da Saúde Materna" (1960).

"A Medicina, como ciência e arte, é velha e já viveu, no seu desenvolvimento cultural, as fases sucessivas, não importam os resíduos deixados, do misticismo, do curativismo, do prevencionismo, do economicismo, para chegar, nos dias atuais, à do sociologismo e do pedagogismo (medicina social e educação sanitária)."

Devo lembrar que cada fase ou "estado" de Comte ou período, que vamos esquematizar, teve sua duração, mas logo, passou o lugar ao seguinte, pois, cada um, de certo modo, ficou penetrando e coexistindo no sucessor, para, em nossos dias, conviverem no mesmo pensador (o cientista físico e matemático que é, também místico e religioso, filosófico).

A Medicina, ao tempo de A. Comte, já estava na fase científica, positiva, experimental, com alguma preocupação prática e social, sem perder, como ainda não perdeu, as qualidades de

quando foi muito mística, intuitiva, racional, dogmática (hipocrática). Hoje, ela é positiva (naturalista, experimental, psicofísica, científica e social), mas, guarda "resíduos culturais" de todas as fases passadas, anteriores.

– Houve, irrecusavelmente, um processo lento e progressivo de "evolução", não se podendo dizer que tivesse havido, em algum tempo, "revolução" (mudanças bruscas, totais).

Avaliada ou julgada, posteriormente, na distância do tempo, a duração das "mudanças" parece encurtar o que durou muitos anos para que a mudança se implantasse, como efetiva – o tempo parece curto ao observador, dele distanciado, e o faz supor que houve "revolução" (mudança brusca, total). A distância, no tempo, funciona como uma "lente de grau" (lupa) diminuitiva.

– O Pensamento Médico e a Ação Médica, como partes ou aspectos do "pensamento social", vem passando por necessárias e conseqüentes mudanças – "mudanças sociais" – que têm seguido um ritmo lento, gradativo, verdadeiramente, evolutivo (evolução social), não se podendo falar em "revolução" (mudanças bruscas, totais, pois vezes, contrárias ao já estabelecido).

Todavia, algumas aquisições científicas e avanços tecnológicos imprimiram, ao pensamento e à ação médica, acentuadas mudanças que se marcaram como referências evolutivas. As fases "pasteuriana" (evidenciação dos micróbios e bactérias) e a "listeriana" (da antissepsia e assepsia); da anestesia local, regional, raquiana, e geral; o uso de antibióticos e da quimioterapia, as imunizações preventivas; o domínio de técnicas cirúrgicas avançadas de transplante de órgãos (cardiovasculares e neuro-cerebrais); a utilização na medicina dos Raios X e Laser, do ultrassom, a fisioterapia, a endoscopia, a medicina nuclear; a transfusão de sangue e os usos da hemoterapia; as evidências da psicossomática; as revelações da genética e suas manipulações; tantas outros avanços e aquisições aceleraram o progresso da medicina, prenunciando e assinalando momentos ou fases de notáveis mudanças, mas, creio, não lhe fizeram imediata "revolução, mudança abrupta, como se fora um achado ou descoberta. Houve demora no achado e maior o tempo de sua implantação e adoção.

A história, quando registra uma fato científico ou avanço tecnológico, já o faz devidamente concluído, deixando a impressão que aconteceu num dado momento ou que não demorou a sua aceitação. A vacinação jeneriana (antivaríola) demorou muito para ser aceita; a penicilina esperou alguns anos para ser posta em uso, ser uma realidade prática; o ultrassom e a sonografia não se difundiram facilmente; o "raio Laser", já conhecido, faz muito tempo, só agora, está começando a ser posto na prática hospitalar; as idéias de Freud – a psicanálise ou o método psicanalítico – esperaram mais de um século para serem aceitas, só agora estão entrando, mais francamente, na prática da psicologia clínica (ainda há quem duvide da validade no tratamento das neuropsicoses). No entanto, há quem ache que elas causaram, fizeram ou trouxeram uma "revolução" na prática médica. Se julgados ou avaliados depois, na distância dos tempos, o passado faz-se pequeno, a hora é um minuto, o século é passagem de um ano, porque a vida, sendo breve, o tempo é curto. Lao-Tsé, Confúcio, Budha, Sócrates, Zenon, Platão, Aristóteles, Tomaz de Aquino, Hegel, Engels, Nietsche, Rousseau, Heidderger, Comte, Marx, outros de outros séculos, parece, convivem conosco e aceitamos suas idéias.

– Estabelecido ou entendido que "Pensamento e Ação Médica" sofre um processo de "evolução" – procurarei fazer, esquemático, um levantamento de suas sucessivas "fases" ou "períodos" evolutivos, caracterizando-os pelo "tipo" ou qualidade de pensamento predominante, admitindo e advertindo que nenhuma fase ou período desapareceu para dar lugar ao seguinte, senão que se continuou e comparece, ainda um pouco, no seguinte, daí, a tentativa holística de unificação superior, globalização e integralização, ou síntese do conhecimento, concluindo o material, o psicossomático no espiritual ou sensoafetivo.

FASES E PERÍODOS DA EVOLUÇÃO SOCIAL DO PENSAMENTO E AÇÃO MÉDICA

I – Fase Primitiva, pré-lógica
- a) instintiva
- b) mítica e mística

II – Fase proto-lógica, pré racional, pré-científica	c) intuitiva d) empírica
III – Fase lógica, racional, filosófica, proto-científica	e) metafísica f) dogmática
IV – Fase experimental, positiva, científica, aplicada	g) prática h) pragmática
V – Fase tecnológica, mecanizada	i) motorizada (robotizada) j) computacional
VI – Fase holística	k) unificação superior global l) volta à metafísica

Dentro dessas fases esboçadas, ocorreu, como ainda está ocorrendo, que alguns pensadores sociais, médicos e não médicos, tiveram e têm pontos de vista filosóficos próprios, diferentes, no mesmo tempo:

Atitudes Mentais ou Pontos de Vista Filosóficos

a) animista	i) cepticista
b) espiritualista	j) experimentalista
c) vitalista	k) especulativista
d) naturalista	l) psicanalista
e) materialista	m) sociologista
f) energicista	n) economicista
g) criticista	o) política
h) epistemológica	p) outros

Os quadros ou esquemas apresentados não pretendem ter feito uma exposição completa do assunto, mas, valem como tentativa de mostrar que houve uma relativa seqüência das fases evolutivas, sempre lembrando que uma não desapareceu para

dar vez a outra, seguinte. Pretendem dizer que o pensamento médico (social, também) primitivo era, somente, instintivo, muito aproximado do que, ainda ocorre nos animais, isto é, que não pensam, mas, agem em face das necessidades (saúde e doença) por instinto de conservação da vida e da espécie (os dois instintos primários e profundos, que nunca abandonam o homem, mesmo o mais evoluído e o mais culto cientista). Depois, o homem passou a ter raciocínio elementar, fez-se mítico e místico, crente e temente, diante a grandiosidade dos mistérios da natureza, para ele, criado por um poder superior, muito acima dele, Deus! A saúde e a doença relacionadas a uma determinação superior a sua vontade e participação.

Sem desfazer-se das qualidades e valores anteriores, o homem começou a desenvolver sua capacidade de raciocinar, apurou os sentidos, cresceu-lhe a inteligência – pôde ter "intuição" dos fatos observados e passou a explicá-los dessa maneira. Começou, então, a encontrar causas nas próprias coisas e fatos, levantou hipóteses e criou teorias, erigiu e adotou "dogmas" (verdades indiscutíveis) e pôs-se a pensar filosoficamente, indo, muito longa, com a força da "razão pura", acima do real e do visível, fez-se "metafísico". Até que alcançou, recentemente, a fase "prática", ele próprio fazer, criar e ser responsável pelos fatos que vive e coisas que produz, tirando, de sua compreensão, vantagens práticas, "pragmatismo".

Hoje, sem perder os "resíduos culturais" das fases anteriores, o homem chega à fase em que ele é o "técnico", o artífice de tudo o que faz e existe. A tarefa, porém, é-lhe por demais, onerosa e complexa para sua inteligência pessoal isolada, então, criou a "máquina de pensar e agir – pensamento e ação – por ele", "robotizou-se", "computacionou" seu saber, está perdendo a "memória". Mas, não voltará ao começo de sua evolução.

– De igual processe evolutivo, foram e estão sendo o "objeto" e os "campos de ação" do pensamento médico, partindo ou se fixando no homem, na família, no grupo social, na comunidade, na humanidade e, em conclusiva síntese, no trabalho da produção (Medicina Ocupacional).

Evolução do Objeto e Campos de Pensamento e Ação Médica

a) o homem - a pessoa - medicina personalizada
b) a família - grupo básico - medicina da família, larificada
c) o grupo social - classes sociais - medicina socializada
d) a comunidade - sociedade - medicina social
e) a humanidade - medicina humanística
f) o trabalho - produção - medicina ocupacional
g) o povo - a massa - medicina social e preventiva (Saúde Pública)

No presente, "O Pensamento e Ação" se divide ou se dispersa. Alguns pensadores se definem, outros são ecléticos e há o maior número dos que pensam e agem de modo conjugado, abrangente, global. Mas, ao fim, se encontram no objeto primeiro – o homem – e no objetivo final – o bem estar comum – a Medicina praticada como arte superior, sob uma ideologia elevada, uma prática acima de valores materiais e puramente tecnológicos (praxis); o médico, não apenas, curador de feridas e doenças, mas, como "**promotor da saúde**", pessoal e coletiva.

– O exercício da medicina, também, vem envolvendo, passando por fases sucessivas, porém, guardando as contingências do processo evolutivo, uma fase ou período que não desaparece, de todo, para dar lugar ao seguinte, senão que se continua, convivendo, coexistindo na seguinte:

Evolução dos Campos e Formas de Exercício da Medicina

a) médico particular e a domicílio
b) médico particular e em conferência
c) médico em consultório particular
d) médico de "partido" e assalariado
e) médico de hospital e ambulatório médico
f) "médicos de grupo" – "medicina de grupo"
g) "médicos credenciados" e de "consórcio

Todas essas "formas" e "campos de ação médica" estão coexistindo, sendo que está desaparecendo a figura do "médico particular" para dar mais lugar ao "médico de grupo e de hospital."

– "Pensamento e Ação Médica" – eterno tema – de estudo e avaliação, em todos os tempos, já passados e os que hão de vir. "Vida" e "Saúde" são valores evolutivos, funcionais, variáveis, no tempo e no espaço, e em momentos, cuja avaliação depende de um "sistema de referências", nem sempre fácil de evidenciar.

Ora, para alguns, é o "homem" a razão de ser haver a medicina, não fosse ele o criador dos próprios sofrimentos, por isso que, tendo capacidade para evitá-los, deixa-se sofrer; ora, é a família, grupo social básico, sobre o qual repousa a sociedade, como um todo organizado e em funcionamento; ou é o "grupo social", verdadeira unidade funcional da sociedade, mais extensamente, a "classe social", associação de grupos diferenciados por certas "categorias sociais"; ou é a "comunidade" vida comum – como a justa realidade da vida associativa; e, por extensão, no sonho bem do homem pensador social, a "humanidade", num todo holístico.

– "Pensamento E Ação Médica" – tema sempre aberto à discussão, que não pode ter ou chegar a uma conclusão definitiva ou esta definição, sempre sujeita a opiniões controvertidas ou diferentes, na aparência.

– É óbvio reconhecer que estamos, paradoxalmente, numa fase evolutiva mista, eclética, que vivencia todas as fases evolutivas passadas, quando convivem ou coexistem, praticadas, forma de Medicina Social, de Saúde Pública (Medicina Social e Preventiva); de Medicina do Trabalho (Medicina Ocupacional); de Medicina de Previdência Social (INAMPS), estas como "Medicina de Massa", que despersonaliza o paciente (o homem) e não pode voltar a ser "Medicina do Lar" (Medicina da Família), posto que só podem ser praticadas em "consultórios", "posto de saúde", "centros comunitários", "ambulatórios" e "hospitais".

É incontestável que a prática médica (exercício da Medicina) fica condicionada ao desenvolvimento sócioeconômico-cultural, ao "poder aquisitivo" do homem ou da comunidade ou classe social a que ele pertence e integra, de modo a coexistirem, em

confronto, na mesma comunidade (sociedade), uma medicina apurada, de alto nível, restrita, dada em hospitais e clínicas de alta qualidade, às elites sócio-econômicas; uma "medicina de classe" (medicina ocupacional), custeada pelas instituições de previdência social; e uma medicina de massa, popular, caseira.

Admitir que ainda temos ou voltaremos a ter a "medicina do lar" – o "médico da família" – como prática geral, habitual, sem dúvida, é desejar um refinamento de costumes, quase incompatível com a conjuntura sócio-econômica e cultural do momento. Todavia, é compreensível que, para haver Medicina Social, não se faz necessário haver "médico de família" – o que seria ideal. Bastará o médico ter "consciência social" pautada nos postulados da Medicina Social; ou seja, que ele considere e veja o seu paciente como um "valor social", um membro integrante da família e da comunidade, como ser social prestante; que saiba considerar, também, sua doença como expressão, reflexo e resultância do grau de funcionamento das estruturas sociais, do processo social vigente, da harmonia dos quadros sociais, das circunstâncias, dentro do momento social, em determinado lugar ou meio.

– É preciso ver a doença (o sofrimento) não, apenas, na pessoa do paciente atingido, também como resultante de condições ambientais, geo-sócio-econômicas e político-culturais; e praticar uma medicina (tratamento) devidamente relacionada com a realidade social presente.

– Não saberia concluir admitindo que "Pensamento e Ação Médica" tenha chegado a ponto final, de onde não mais vai evolver, se a vida continua e a civilização prossegue, sempre em "mudança", presuntivamente para melhor. Poderei dizer que outras fases virão e, em vindo, podem repetir as antepassadas – a história se repete, mas não igual ao que fora e houvera, antes – tomando novas formas e aspectos que, no fundo, guardam "resíduos culturais". Estamos, sempre, repetindo ou, pelo menos, lembrando nossas origens ou retomando algo do passado.

– Voltaremos ao "médico de família" – isso seria muito bom, para que o "pensamento médico" possa fazer mais exatos diagnósticos, através de melhores "juízos de valor" e mais ajustados "juízos de relação", bem conjugados ambos – que avaliem o so-

frimento do paciente, não como desarranjo do organismo – máquina viva – que se deteriorou – mas como membro prestante da família e da comunidade; e a sua doença relacionada com a vida social e ocupacional, efetiva ou eventual. Ou seja, praticar uma **medicina humana**, mais ligadas às contingências da vida comunitária e da família; o médico como legítimo trabalhador social, pondo-se a serviço do bem-estar comum, através da família; o hospital, o ambulatório, o consultório, o centro social comunitário, apenas, como locais de emergência ou de trabalho mais especializado, se muito necessário.

– Nem saberia concluir sem reconhecer que "Pensamento e Ação Médica" toma sentido e forma nas disposições da conjuntura geo-sócioeconômica, demo-política e cultural presente, tão evidente é a preponderância dos fatores sócio-econômicos no condicionamento da ação social (praxis).

Enquanto em alguns lugares, não muito distante, se pratica, ainda, uma medicina mística e empírica, dogmática, sintomática, não etiopatogênica, baseada em supostas verdades, que não resistem à argumentação epistemológica; ou u'a medicina muito natural, à base de folhas, raízes e ervas, empiricamente; ou, ainda, mais raramente, prevalece a observação cuidadosa do caso clínico, o pensamento médico se conduzindo por "juízos clínicos", muito subjetivos, – o "olho clínico" – o "senso clínico" – em outros lugares, faz-se u'a medicina altamente evoluída, sofisticada, que trabalha sem maior "juízo clínico", de "valores" e de "relação", por isso que só trabalha com dados (informações) saídos dos exames, minudentes e requintados, de aparelhos de física médica, de radiografia, vídeo-laparoscopia, tomografia computadorizada, angiocardiografia, sonografia, ressonância magnética, raio Laser, outros, em cujos laudos, somente, o médico se baseia e faz diagnóstico, como se a feição clínica do caso, no paciente, não lhe mereça maior atenção, se o paciente não fosse u'a singularidade.

Pede-se uma "bateria de exames complementares"- em verdade, são elementares antecipados ou antecedentes e os seus resultados valem para o diagnóstico e não os dados do "exame propedêutico", complementares. Receita-se ou supõe-se que se

pode fazer o tratamento com base nos dados dos exames solicitados e não nos "achados" clínicos semióticos; a terapêutica faz-se "padronizada", sem atender a condições peculiaríssimas do paciente, orgânicas e sócio-econômicas e culturais, mas, quase sempre, influenciada pela propaganda da indústria farmacêutica, em constante renovação de seus produtos, sofisticados na composição e apresentação.

– Dir-se-á que a prática médica, além de mercantilizada, está sendo "mecanizada" ou "computadorizada", os dados dos "exames antecedentes", postos em confronto ou "cruzados" no computador, retratam o diagnóstico. E a terapêutica poderá vir associada...

– A evolução social da medicina veio da "fase natural" (flora e fauna médicas) do uso de plantas, raízes e ervas, produtos animais, para ser trocada por produtos químicos sintéticos, farmacodinâmicamente testados, financeiramente muito mais reputados.

– A "inteligência" do "computador" – máquina de pensar e de memorizar – substituindo o "juízo clínico", leva a uma terapêutica "programada, mecanizada, monitorizada", a uma "ação médica" conduzida ou induzida, contrariando o antigo aforismo de Huchard, que "não há doenças, há doentes".

– Será válido admitir que se justifique fazer "diagnóstico e tratamento" médicos por meio de "computadores", quando a azáfama e pletora de atendimentos médicos, da assistência social, exijam "atendimento em massa"? – Será ético, transigir em face da contingência administrativa, tanta é a soberania do "exame clínico" do paciente? – A evolução social da ação médica – a nova "praxis" – justificaria tamanha mudança social?

– "Pensamento e Ação Médica" – um tema sempre fácil a elucubrações, sujeito a compreensões oportunas e dispares, aberto na sucessão dos tempos, como diferente nos lugares e nos momentos sociológicos. "Pensamento e Ação Médica" – um tema que se prende a outro polêmico e desafiante, o "Ensino Médico", tanto este reflete, como define, o sentido da "Educação Médica" – outra questão de igual significação axiológica e alcance teleológico.

– Há uma "Filosofia Médica" sempre em busca de melhor definição de sua "Praxis" (Ação Médica). "Pensamento e Ação Médica" – um tema sempre aberto é discussão.

– Em conclusão final, que mais posso dizer; que mais devo profligar ou desejar, senão confessar meu estado de alma, de protesto e ação, embora, de muita compreensão, se tudo decorre e se processa por evolucionismo (evolução do pensamento social).

Mas, sou compelido – e chego a estar melancólico e sobremodo contristado, reconhecendo que "Pensamento e Ação Médica", ora, visto no trabalho profissional, está aprisionado a um "sistema de consórcio" que mercantiliza a assistência médico-cirúrgica e obriga o médico profissional militante a ganhar por produção quantitativa, a preço de "tabela" – o CH da THM, "coeficiente de honorário da tabela de honorários médicos" – medicina clínica rebaixada ou reduzida a "mercância", vinda do "sacerdotal" ao "comercial", triste condicionamento, estranho desígnio, malsinada sorte, atrós eventualidade, capricho da fatalidade evolucionista ou, quem o sabe, prenúncio de redenção.

Reconquista do prédio histórico da Faculdade de Medicina da Bahia (Subsídios e Reflexões)

*Almeida Gouveia (Raymundo)**

As casas que foram construídas para servir, por longo tempo e, ainda, abrigam instituições culturais históricas, centenárias, adquirem, co'as mesmas, personalidade jurídica de exceção e podem, devem reivindicar "direito de propriedade" ("jus possidetis"), com base em seu intrínseco "valor histórico-cultural." Enquanto a instituição permaneça, a casa lhe pertence, não pode lhe ser dada destinação diferente; nem ser alienada de sua posse e uso "direito de uso" "jus utendi" e direito de gôzo "jus fruendi"; e, ainda, "direito de dispor" a outro fim condigno "jus abudenti". Direi que há ou haverá uma "personalização" do bem material.

– O prédio histórico da Faculdade de Medicina da Bahia, ao Terreiro de Jesus, quase bicentenário (mais de 180 anos) pertence-lhe, foi construído e reconstruído por ela e para ela, ampliado; dela não pode ser alienado nem posto a servir a outro fim que não o ensino da Medicina. É um prédio que pertence ao patrimônio histórico-cultural do ensino médico. Enquanto houver Faculdade de Medicina da Bahia, o prédio pertence-lhe, fica-lhe "personalizado".

Não se trata de um prédio ou casa comum. É um bem de excepcional valor histórico cultural, por força de sua longa vida, altamente produtiva, já, definitivamente, ligado a ela, como propriedade indiscutível dela, pelo que não se pode, nem deve, lhe dar outra destinação cultural. A casa torna-se bem de propriedade da instituição, todo o tempo que a mesma existir ou de outra similar que a continue.

---

* Prof. universitário da UFBA e da UVSal, membro titular das Academias de Medicina, de Educação e de Médicos Escritores e do Instituto Bahiano de História da Medicina

– O prédio da Faculdade de Medicina da Bahia, ao Terreiro de Jesus, é seu próprio, pertence-lhe, por "direito histórico" e por "direito de conquista histórico cultural", acompanha-a na sua continuidade bicentenária de "Casa da História da Medicina".

O fato administrativo de haver sido a Faculdade de Medicina da Bahia, como simples "unidade de ensino", incorporada ou integrada na Universidade Federal da Bahia, de nenhum modo, pode lhe tirar o direito de propriedade do seu prédio histórico; ou seja, a Universidade Federal da Bahia não é dona, legítima proprietária do prédio histórico, não pode usar e dispor, livremente, do mesmo, se, amanhã, a "Faculdade de Medicina da Bahia" – êste o seu exato nome, di-lo a história, vier a desmembrar-se, como "unidade de ensino" isolada ou pertencer, como "unidade de saúde", ao Ministério de Saúde, o prédio histórico vai em sua companhia. Ela, a Faculdade de Medicina da Bahia é seu legítimo e único proprietário. A Universidade Federal da Bahia (UFBA) não é dona do prédio nem pode lhe dar outra destinação cultural, que não esteja, direta e intimamente, ligada ao ensino de medicina.

– Eis uma verdade histórica e cultural, administrativa, de grande significado moral, defendida pela história da cultura – seria um atentado grosseiro, que não se perdoará, nem há de ser tolerado – retirar da Faculdade de Medicina da Bahia, a posse e uso do seu prédio histórico.

2 – A GRANDE VERDADE HISTÓRICA

A Faculdade de Medicina da Bahia nasceu ou começou como "Escola de Cirurgia" (1808), por necessidade de consolidar ou configurar a "Independência do Brasil", como nação e sede do governo do Império ou "Reino de Portugal, Brasil e Algarve", com a transmigração da família real e do governo que, deixando Portugal, escolheu o Brasil como séde da nação – a antiga colônia, a "Nova Lusitânia" passou a ser a séde do Reino de Portugal.

Como primeiro ato político e administrativo, o Príncipe Regente, D. João VI, criou o ensino superior, com a "Escola de Cirurgia", na forma das escolas de cirurgia e médicas, existentes em Portugal. Esta medida, de par com a "Abertura dos Portos do

Brasil às outras nações", era figuração da presença do governo do reino, no outro lado do Atlântico – o Brasil como sede do "Reino de Portugal, Brasil e Algarve". Portanto a implantação do ensino na medicina foi um "marco de nacionalidade", no Brasil.

Desde 1808 até 1815-16, o ensino da Medicina esteve no local – Terreiro de Jesus – usando dois grandes prédios coloniais, contíguos à Catedral Basílica, o que fôra ou servia de "Enfermaria dos Jesuítas", confiscado pelo então governo do Marquês de Pombal, para servir de "Hospital da Cidade", em conjunto com o "Real Hospital Militar"; e outro sobrado colonial, de dois andares, junto à enfermaria, fazendo com esta um ângulo reto (canto do terreiro), êste sobrado alugado para ser a sede do ensino e administração da enfermaria.

Entre 1816 e 1832, o ensino médico deixou a companhia do hospital militar e foi sendo ministrado no Hospital São Cristóvão (também, da Santa Casa da Misericórdia, como o fôra o "Hospital da Cidade", com sede junto à Catedral Basílica).

Em 1832, já transferido o hospital militar para outro local, a Escola de Cirurgia, que passara a ser "Colégio Médico-Cirúrgico" (1816-1832), foi elevada à categoria de "Faculdade de Medicina da Bahia", voltando esta para a sua sede primeira, ao Terreiro de Jesus, definitivamente. Em seguida, foi ampliando suas instalações, compra e demolição do primeiro sobradão e de um segundo, maior, de três andares, estendendo-se até fazer esquina (ângulo), com a rua Portas do Carmo (hoje, rua Alfredo Brito, homenagem a um dos mais interessados na reconstrução do prédio histórico). Na área ficada com a demolição dos dois sobradões, entre 1832 e 1893, foram levantados um grande edifício, extenso de dois andares, formando uma ala – **ala nova** – nobre e dois pavilhões de ensino, ao fundo. O que fôra da antiga enfermaria dos Jesuítas ficou sendo o grande "Salão Nobre". Todo esse belo conjunto arquitetônico – "parte antiga" – está voltado para o Terreiro de Jesus, em estilo neo-colonial (agora neo-renascença).

A 2 de março de 1905, um incêndio, possivelmente, criminoso, veio destruir parte do novo edifício. Houve imediata reparação, reconstrução e ampliação, extensão de área, compra e demolição de várias casas e sobrados, ao fundo e na extensão da

rua Portas do Carmo, em cujas áreas foi construído um novo prédio – "a parte nova" – composto de salas, anfiteatros, corredores e varandas, jardim, um todo imponente e majestoso, em "estilo jônico", todo voltado para a rua Portas do Carmo, contrastando com a "parte antiga", também, na mesma ocasião, reparada a fachada em estilo "neo-renascença", qual é o de agora.

Tudo concluído em 1909, a "Faculdade de Medicina da Bahia" continuou crescendo em seu renome e prestígio, como uma das mais eficientes e prestigiadas, funcionando diretamente com o Ministério da Educação.

Em 1968, foi criada a "Universidade Federal da Bahia", conhecida pela sigla antissonora "UFBA" e a Faculdade de Medicina da Bahia passou a ser, dela, uma "unidade administrativa".

Então, a partir da nova situação, teve início seu desprestígio e inevitável declínio do ensino. A faculdade foi transferida para lugares indevidos e o prédio histórico, todo, – a "ala nobre" da "parte antiga, histórica" e a "parte nova" – foram deixadas ao abandono, arruinando-se, desde 1967-68.

– A transferência foi justificada por se achar o prédio impróprio para o ensino, exigindo grandes obras de reparação. Não obstante, foi logo ocupado por cerca de mais de dois mil alunos da Faculdade de Filosofia e Letras, sob alegação de que, ali, fôra, primitivamente, no tempo dos jesuítas, "Faculdade de Filosofia" (grosseiro e tendencioso êrro). Também, houve nele, cursos de balé e danças afro-brasileiras. Tudo ocorreu, sem maior dano ou desabamento do prédio, embora o tempo e o abandono parcial continuassem o arruinamento. As obras de recuperação começaram, alguns anos depois, pela "parte antiga" – "ala histórica" – voltada para o Terreiro de Jesus, a que fora concluída em 1893, composta de salão nobre, sala de congregação, secretaria e outras dependências, salas de aulas, laboratórios, biblioteca, parte que fôra, parcialmente, atingida, no incêndio de março de 1905. As obras de recuperação ainda não estão concluídas. Enquanto isso, a "parte nova", construída em 1909, voltada para as Portas do Carmo, está em abandono, arruinando-se. Há projeto de próxima recuperação.

3 – MAIS UM POUCO DE HISTÓRIA DE VIDA E OBRA DO PRÉDIO HISTÓRICO

O prédio histórico da "Faculdade de Medicina da Bahia" (este o seu nome exato) é composto de duas grandes partes ou secções: I – **Parte antiga**, primeira, mais histórica (1808-1893), nobre em sua origem, construída e reconstruída a partir do que fora a casa de enfermaria dos jesuítas, demolição dos dois sobrados, que olhavam o Terreiro de Jesus, formando o conjunto duas "alas" em ângulo reto (canto do Terreiro) reintrante, cuja obra foi concluída em 1893 (está inscrito em mármore, no frontal da porta principal de entrada); II – **Parte nova**, ampla, extensa, voltada para a rua Portas do Carmo (hoje, Alfredo Brito, justa homenagem ao professor e diretor que muito fez para sua construção) em área ficada com a demolição de vários prédios contíguos e ao fundo da séde primeira concluída em 1893, parcialmente destruída, no incêndio de março de 1905.

As duas partes, **a antiga**, em estilo neo-renascença, austera, sóbria, respeitável, como principal, contém o salão nobre, salas de congregação, galeria nobre dos professores falecidos, diretoria, secretaria, arquivo, anfiteatros, salas de aulas, laboratórios; **a parte nova**, construída entre 1905-09, após o incêndio, mais ampla, extensa, dois pavimentos, varandas, um grande e majestoso "Anfiteatro Brito", riqueza arquitetônica, jardim e áreas arborizadas, salas de aulas e laboratórios, toda em estilo grego jônico, magestoso, deslumbrante por sua imponência.

– Depois da criação da Universidade Federal da Bahia, a Faculdade de Medicina foi afastada de sua séde histórica para dependências improvisadas, impróprias do Hospital das Clínicas, com promessa de construção de séde própria.

A reparação ou construção da "parte antiga", parcialmente atingida no incêndio de 1905, logo, seguida a construção (ampliação, extensão) da "parte nova" – obra volumosa, de grandes proporções – durou cerca de quatro anos (1905 – 1909). A reparação de todo o prédio, desativado com a transferência do ensino médico para dependências improvizadas e indevidas do Hospital das Clínicas – está durando desde 1970 e tudo indica, a julgar

pela lentidão das obras, que vai protrair-se por alguns anos, está sendo iniciada pela "parte antiga" (a do Terreiro de Jesus).

– Quanta diferença. Após o incêndio de 1905, houve mobilização geral, professores e alunos, órgãos de classes, governo do estado e de república, toda a sociedade colaborou para que houvesse reparação da parte atingida pelo incêndio e ampliação do edifício da faculdade – A reconstrução da "parte nova", voltada para as Portas do Carmo, o belo e magestoso extenso edifício, estava, hoje, deixado em abandono, arruinando-se, mostra, ainda sua impressionante beleza arquitetônica. Quanta diferença...

4 – COMEÇO DA RESTAURAÇÃO, HISTÓRIA DE TRISTE SIGNIFICAÇÃO

Desde que foi criada a Universidade Federal da Bahia (UFBA), em 1946, anunciava-se a transferência da "Faculdade de Medicina da Bahia" (este o seu exato nome) para um prédio próprio, a ser construído no Vale do Canela (área do "campus" da nova universidade). Outras unidades de ensino foram tendo prédios novos, próprios, a de medicina ficou esperando, deixando-se seu prédio histórico sem conservação.

A partir de 1970-72, ele foi sendo desocupado pelo ensino médico, sob alegação de insegurança do prédio (partes antiga e nova), transferido este para o subsolo do Hospital das Clínicas, em salas de construção precária, tabiques de madeira, inclusive, as que serviram a tuberculosos e doenças contagiosas, sem condições para as aulas e trabalhos práticos das disciplinas básicas.

Prometia-se a construção do prédio próprio, no Vale do Canela. Enquanto isso, o histórico e grandioso prédio, do Terreiro e Portas do Carmo – condenado por não oferecer segurança – insisto na repetição, passou a ser ocupado, em mais de dois anos, por outra unidade de ensino, a Faculdade de "Filosofia, Letras e Ciências Humanas", frequentada por mais de dois mil (2.000) alunos e professores, servidores outros, número bem maior que os de medicina, que não chegavam a seiscentos (600). Além ou

depois que a Faculdade de Filosofia e Letras foi transferida para outro local, nele, em suas salas e anfiteatros, ficaram cursos, aulas e sessões de prática e festas do culto afro-brasileiro, frequentados por alunos e pessoas de procedência duvidosa.

– Causava a todos, médicos e não médicos, estranhesa, indignação, protesto, porque se demorava a recuperação do prédio histórico para a volta do ensino médico.

– Dizia-se que o prédio seria ocupado, em convênio com o governo da Nigéria, país africano, para sede de cursos e estudos de etnografia e relações da cultura afro-brasileira, instalação de um "Museu Afro-Brasileiro" (logo chamado "Museu do Negro"); iria ser, nele, instalada a "Secretaria ou Departamento de Cultura e Turismo", outros fins, mas os responsáveis pela obra de restauração não informavam.

Houve várias sugestões no sentido de aproveitá-lo para ser "Casa ou Palácio da Cultura", "Fórum Cultural da Sé", "Instituto Cultural Internacional". Os jornais da cidade publicaram artigos da redação e de professores e médicos, assinados, pedindo a recuperação do prédio, uma destinação condigna, a serviço da cultura, já que seria ou estava começada a construção do prédio próprio para a Faculdade de Medicina, no Vale do Canela.

– Estava sendo aceita a determinação oficial da mudança para dependências do Hospital das Clínicas e, depois, para o novo edifício. Eu, porém, desde os idos anos de 1966-67, já se passam mais de vinte e cinco anos – um quarto de século – venho solicitando e protestando, por todos os meios, petições e apelos, inclusive em congressos médicos e culturais, reclamando a volta do ensino médico para o seu prédio histórico, ao Terreiro de Jesus. Fiquei sozinho, quanto à volta do ensino médico ao prédio histórico, quer falando em meu nome ou em nome do Instituto Bahiano da História da Medicina, como seu presidente.

Foram e têm sido muitos os que protestaram contra o abandono do prédio, pedindo sua restauração. Aderbal Almeida, Urcício Santiago, Jaime Sá Menezes, Newton Guimarães, José Augusto Berbert, Rodolfo Teixeira, Manoel Pereira, José Magalhães Neto, Heonir Rocha, Orlando Teixeira (não médico), outros. José Silveira fez publicar, recentemente, à sua custa, o livro "Caminho da Re-

denção – Retrato de uma Época", contendo protestos seus e de outros, inclusive alguns meus, documentário completo do abandono do prédio, verdadeiro libelo contra o crime, que se fez, deixando o prédio histórico arruinar-se. Foi feito um longo e bem fundamentado "memorial", dirigido aos poderes responsáveis, com mais de duas mil assinaturas (2.000), inclusive dos representantes do Instituto Bahiano de História da Medicina e da Academia de Medicina da Bahia. Os protestos faziam ênfase na restauração do prédio, deixando supor que a volta do ensino médico para a sua casa histórica seria implícita, mas não exigida, o que eu sempre quis e pedi, desde as primeiras horas de protesto (1967-72), nunca aceitando a transferência da Faculdade de Medicina para o novo prédio, ao Vale do Canela.

5 – RESPEITO À HISTÓRIA DA CULTURA

Sou pela e para a "Reconquista do Prédio Histórico da Faculdade de Medicina da Bahia" e volta para ele do Ensino Médico.

"Respeito, mas não aceito sugestões de aproveitar o prédio restaurado para servir a fins culturais outros que não o de ser a sede da Faculdade de Medicina da Bahia" (este o seu exato nome). Permanecerei na mesma campanha cultural.

As obras de recuperação do prédio estão sendo iniciadas na "parte antiga" e não têm tido maior cuidado com os valores históricos (móveis, objetos, placas, utensílios, decorações, estatuetas, legendas), deixando supor que lhe será dada outra destinação que não a de voltar o ensino médico, o que temos, todos, protestado. A "parte nova" do prédio, sita às Portas do Carmo, está mais arruinada e vai esperar, mais tempo, o início da restauração será mais custoso. Nela está o belo imponente "Anfiteatro Brito" – obra arquitetônica de grande valia – já adulterada sua estrutura interna, em gestões administrativas anteriores – e onde será custosa e difícil sua recuperação.

– Há ou parece haver, na destinação futura do prédio histórico, certa indefinição que pode levar a suposições não louváveis. "Palácio da Cultura". "Instituto Internacional de Cultura", "Fórum Cultural da Sé", "Secretaria de Turismo e Cultura", outros fins

correlatos não bastam e não justificam a transferência da "Faculdade de Medicina da Bahia", marco assinalado da existência do Brasil como nação, sede do "Reino de Portugal, Brasil e Algarve"(1808). Localizada no "Centro Histórico da Cidade do Salvador", primeira capital do novo reino, além de ter o prédio para beleza arquitetônica.

– "A Faculdade de Medicina da Bahia", primeira do Brasil, talvez da América do Sul, se apresentará como "Monumento Nacional do Ensino Médico" – título que deve lhe ser dado, tanto ela vai ser sede de "Memorial de Medicina do Brasil". De verdade, ela é o que lhe tenho chamado: "Primeiro templo da Medicina no Brasil". Continuando, nela, no seu prédio histórico, ao Terreiro de Jesus – A "Faculdade de Medicina da Bahia", nome que há de conservar, assegura sua grandeza de "Casa da Cultura".

Continuemos no "Caminho da Redenção", qual tarefa apostólica, sem ódio nem censuras, somente mais apelos às consciências cívicas, talvez, as que foram e têm sido responsáveis pelo "crime de alta lesão da Cultura".

– Pela Reconquista do Prédio Histórico da Faculdade de Medicina da Bahia e volta, para ele, do Ensino Médico, ainda que, parcialmente, as aulas das disciplinas básicas, sem mais esperar o término das obras de sua restauração.

egba

EMPRESA GRÁFICA DA BAHIA

Rua Melo Morais Filho, nº 189,
Fazenda Grande do Retiro
CEP: 40-346-900
Tels.: (071)380-2850/2806
Fax: (071)380-2902
Salvador-Bahia

E-mail: egba@egba.ba.gov.br