



A Pediatria que eu vivi*

Jaime Salazar de Sousa

Professor Catedrático Retirado da Faculdade de Medicina de Lisboa

Resumo

O autor relata acontecimentos que tiveram lugar ao longo dos 50 anos da sua vida profissional, alguns dos quais ele próprio protagonizou. Nesta retrospectiva foram consideradas vivências ocorridas no desempenho da actividade hospitalar, com as suas componentes assistencial, de ensino e de investigação clínica; durante o período da sua mobilização para a guerra do ultramar (colonial); e no exercício da clínica privada. No fim do seu relato, o autor, mostra como a curva de Gauss traduz perfeitamente a evolução de tudo o que é mutável à superfície da Terra, incluindo a profissão médica: início, desenvolvimento, período de apogeu, declínio e fim. Sugerem-se algumas atitudes e medidas, a serem tomadas ao longo do percurso profissional, de forma a tornar mais feliz a fase de declínio que sempre acabará por surgir.

Palavras-chave: vivências, pediatria.

Acta Pediatr Port 2010;41(5):230-6

The Paediatrics that I lived

Abstract

The author makes a recall of some events that took place during the 50 years of his professional life. This retrospective includes facts which occurred along his hospital activity; during his mobilization as a lieutenant doctor to the colonial war in Mozambique; and in his private practice. At the end of his narration, the author shows how the curve of Gauss fits well with the evolution of all mutative things on earth, including the medical profession: beginning, development, period of apogee, decline and ending. Some advices are given which can be useful in the declining phase of the physician's professional life.

Key-words: experiences, paediatrics.

Acta Pediatr Port 2010;41(5):230-6

Introdução

O que vão ouvir não será propriamente uma conferência, mas mais aquilo a que os espanhóis chamam uma *charla*, isto é, um relato despretenso de acontecimentos que tiveram lugar ao longo dos 50 anos da minha vida profissional, alguns dos quais eu próprio protagonizei. Para facilitar esta retrospectiva decidi separar essas vivências, de uma forma muito clássica, nas suas diferentes vertentes, como se de um *Curriculum Vitae* se tratasse. Considerei, assim, acontecimentos que tiveram lugar no desempenho da minha actividade hospitalar, com as suas componentes assistencial, de ensino e de investigação clínica; durante o período em que fui mobilizado como tenente miliciano médico para a guerra do ultramar (colonial); e no exercício da clínica privada.

Assistência Hospitalar

Quais os acontecimentos que mais marcaram a assistência hospitalar ao longo destes anos?

- Em 1º lugar, houve um aumento exponencial da possibilidade de recurso a meios auxiliares de diagnóstico, particularmente, nas áreas da:

a) Patologia Clínica

- Micrométodos
- Técnicas de ELISA e de RIA (testes rápidos de detecção de antigénios)

Os micrométodos constituíram um enorme avanço para a pediatria. Posso dizer, de uma forma um pouco caricatural, que nos primeiros tempos da minha vida pediátrica, as únicas análises que se realizavam, em sangue obtido por picada do dedo, eram o hemograma e a velocidade de sedimentação. Tudo o resto necessitava de alguns c.c. de sangue, o que nem sempre era fácil de conseguir quando se tratava de bebés gordinhos ou com pou-

*Conferência proferida no XI Congresso Nacional de Pediatria. Funchal, 6 a 8 de Outubro de 2010.

Correspondência:

jaimesalazarsousa@hotmail.com

cos meses de vida. De facto, as agulhas de que dispúnhamos eram agulhas para injeção sub-cutânea, por vezes com o bisel em más condições devido às sucessivas esterilizações e utilizações. Devido a estas dificuldades e como último recurso, recorriámos, por vezes, a acessos venosos menos convencionais, tais como a veia femoral ou o seio longitudinal superior, quando a fontanela não estava ainda encerrada. Felizmente que o aparecimento das agulhas *butterfly* veio facilitar enormemente a obtenção de sangue a partir de veias periféricas.

As técnicas de ELISA e de RIA constituíram um marco importante nos avanços da patologia clínica. Tornou-se, assim, possível a realização de testes rápidos de detecção de antígenos com larga aplicação tanto em infecciosologia como em oncologia, na qual funcionam como marcadores tumorais.

b) Genética Médica

- Técnicas de citogenética
- Técnicas de hibridização *in vitro*

A primeira ajuda que a citogenética prestou à clínica foi a deteção da cromatina sexual nas células obtidas por esfregaço da mucosa bucal. Esta técnica tornou possível uma melhor caracterização de algumas situações clínicas, tais como as síndromes de Turner e de Klinefelter, ou de ambiguidade sexual, tal como a síndrome de testículo feminizante. Posteriormente, com o cariotipo, tornou-se possível diagnosticar várias doenças que tinham por base uma anomalia cromossómica, vindo a técnica das bandas conferir maior fiabilidade à identificação de cada um dos cromossomas.

A introdução das técnicas de hibridização *in vitro* veio facilitar o diagnóstico de doenças genéticas raras e, mesmo nestas, alguns tipos com diferentes características.

c) Imagiologia.

Foi uma das áreas da medicina que mais evoluiu e que maior apoio tem dado à sua prática. Com o aparecimento sucessivo da ecografia, da tomografia axial computadorizada, da ressonância magnética e respetivos desenvolvimentos, é hoje possível obter imagens de órgãos do nosso corpo como se de verdadeiras peças anatómicas se tratasse.

- Em 2º lugar, assistiu-se a uma mudança significativa na prevalência das patologias existentes:

- a) Erradicação de algumas doenças, tais como a poliomielite, a difteria, o tétano neonatal e o sarampo.
- b) Diminuição de outras, tais como as meningites purulentas, a tuberculose infantil e a hepatite A, as primeiras graças ao desenvolvimento de vacinas contra elas dirigidas, as duas últimas mais devido à melhoria das condições de higiene da população portuguesa do que, propriamente, à existência das respetivas vacinas. A febre reumática, actualmente só observada em crianças oriundas dos países africanos de língua oficial portuguesa, e a doença hemolítica do recém-nascido por incompatibilidade Rh, constituem outros tantos exemplos.

- c) Aumento de outra patologia, tal como as Doenças inflamatórias crónicas do intestino, particularmente a doença de Crohn, e as doenças associadas à obesidade, de que são exemplos a esteatohepatite e a diabetes tipo 2, que vão sendo observadas com frequência crescente em idade pediátrica; os distúrbios do comportamento alimentar, constituem outros exemplos.

- d) Surgimento de doenças novas, de que é paradigma a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, cuja prevalência na criança está a diminuir (pelo menos nos países desenvolvidos) graças à administração de anti-retrovirais à mãe seropositiva e ao recém-nascido. A displasia broncopulmonar, de aparecimento mais recente, devido à sobrevivência de um número crescente de recém-nascidos de muito baixo peso necessitando de ventilação invasiva prolongada e cuja prevalência também parece estar a diminuir graças a um uso mais racionalizado das várias formas de ventilação assistida.

- e) Transição progressiva de um modelo de patologia aguda para outro de doença crónica.

- Em 3º lugar, assistiu-se a avanços notáveis nas terapêuticas médicas e cirúrgicas. Para citar apenas alguns exemplos, o que se passou com as leucémias linfoblásticas agudas na criança que, de uma mortalidade de 100% há anos atrás, se passou para uma percentagem de cura superior a 70%. Em relação à cirurgia, temos a assinalar o transplante parcial de fígado a partir de dador vivo, coisa impensável não há muito tempo, e o transplante de intestino, isoladamente, ou associado ao transplante de fígado, em casos de síndrome de intestino curto. Na cirurgia cardíaca os avanços foram também enormes. Nos meus primeiros tempos de pediatra, as únicas intervenções nesta área consistiam na laqueação do canal arterial, nos casos da sua persistência prolongada, e na operação de Blalock-Taussig que consistia na anastomose da artéria sub-clávia esquerda com a artéria pulmonar do mesmo lado, de modo a que uma maior quantidade de sangue chegasse ao pulmão para ser arterializado e, assim, diminuir a cianose das crianças com tetralogia de Fallot.

Quais as consequências da evolução verificada na assistência pediátrica hospitalar ao longo destes anos? Certamente muitas e altamente benéficas para as crianças e adolescentes. Limitar-me-ei a referir duas, talvez porque não sejam tão óbvias para toda a gente:

- A 1ª consistiu numa secundarização progressiva da semiologia clássica na observação do doente e num menor recurso ao raciocínio clínico em termos de diagnóstico diferencial. Na verdade, para quê estar a «perder» tempo com a recolha de sintomas e de sinais que nos possam conduzir a um diagnóstico se, tantas vezes, um simples exame laboratorial ou uma simples imagem, obtida através de qualquer das técnicas imagiológicas, de que actualmente dispomos, nos podem rapidamente apontar esse diagnóstico? Adiante voltaremos a este assunto.
- A 2ª tem sido a substituição lenta, mas progressiva, de um dos maiores encantos da pediatria – que era o de tornar saudável

uma criança dias antes moribunda – pela satisfação menos intensa, mas mais continuada e igualmente gratificante, de a ajudar na sua doença crónica, prolongando-lhe a vida e, não menos importante, com uma qualidade boa ou, pelo menos, aceitável.

Ensino (Pré e Pós-graduado)

- Começando pelas aulas práticas eu diria que «está tudo na mesma como a lesma». Não se assistiu a qualquer mudança nesta vertente do ensino desde o tempo em que eu era docente de aulas práticas ou, indo ainda mais longe, desde o tempo em que eu era aluno. Continuam a não existir as mínimas condições de comodidade e, até, de privacidade, tanto para o doente e seu acompanhante, como para os alunos e o docente. Na década de 80, um grupo de professores da Faculdade de Medicina de Lisboa (FML), do qual eu fiz parte e que era liderado pelo Prof. J. Pinto Correia, um dos professores mais brilhantes que passou por essa Faculdade e que, infelizmente, morreu muito cedo, debruçou-se sobre alguns problemas do ensino, nomeadamente, os seus métodos e as suas condições e uma das conclusões a que chegou foi que a FML/ Hospital de Santa Maria (HSM) não tinha condições para proporcionar uma aprendizagem de qualidade a mais do que 150 alunos por ano. Lembro que, para este ano lectivo, o número *clausos* atribuído àquela Faculdade foi de cerca de 300. Julgo que isto diz tudo.
- Já em relação às aulas teóricas, e todas as outras formas de exposição oral, a evolução foi notável. Lembro-me que, nos velhos tempos, era frequente o professor, antes de iniciar a aula, escrever no quadro preto o resumo da sua lição. A finalidade era dupla. Por um lado, facilitar a vida aos alunos e por outro lado, proporcionar a si próprio uma «bengala» que não o deixasse perder o rumo da sua lição. Lembro-me, também, de algumas conferências a que assisti em que o orador se sentava atrás de uma mesa e lia integralmente tudo o que tinha para dizer. Fácil será compreender a razão pela qual a assistência não lhe concedia mais do que uns 15 minutos de atenção. Na década de 60, o aparecimento dos diapositivos veio modificar radicalmente o panorama das exposições orais, introduzindo-lhe a componente visual, até aí, praticamente inexistente. Na década de 70, a utilização dos retroprojectores constituiu mais um avanço importante, permitindo que o orador se mantivesse sempre virado para a assistência, mesmo quando necessitava de apontar qualquer aspecto particular na sua projecção; além disso, com a sobreposição de transparências era já possível imprimir uma certa dinâmica à exposição. A década de 90 trouxe-nos o *Power Point*, graças ao qual nos é hoje possível assistir a verdadeiras maravilhas em termos de exposições orais. Poder-se-á dizer que toda esta evolução tecnológica veio, de certo modo, democratizar as exposições orais, permitindo que muitos mais oradores as possam realizar com qualidade.
- Considerando, ainda, o ensino pós-graduado, não queria deixar de fazer uma referência aos Colóquios, um tipo de sessões hoje tão esquecido e que, há anos atrás, gozou de grande popularidade em Jornadas e Congressos de Pediatria. Estas sessões consistiam, unicamente, em perguntas por parte da assistência e respostas por parte de uma mesa constituída por uns 4 ou 5 elementos, um dos quais, o presidente, tinha a função de orientar os trabalhos. Na década de 80 e princípios da

década de 90, desloquei-me com alguma frequência a São Paulo, a convite da Escola Paulista de Medicina, uma das mais prestigiadas do Brasil, para participar em reuniões por ela organizadas. Nessas reuniões, os colóquios eram as sessões mais concorridas e, por vezes, davam origem a momentos de muito boa disposição, alguns dos quais eu protagonizei. Uma vez, uma senhora da assistência que se identificou como psicóloga infantil exercendo na cidade de Belo Horizonte dirigiu-me a seguinte pergunta: Prof. Salazar, qual seria a sua atitude se a mãe de uma criança seguida pelo Senhor, se apaixonasse por si e lhe desse a conhecer esse seu sentimento? Ouviram-se algumas gargalhadas na assistência, fiquei um pouco embaraçado com o insólito da pergunta, mas depressa me recompus e respondi-lhe: Lamento não lhe poder dar uma resposta estereotipada, pela simples razão de que a minha atitude dependeria muito menos de mim do que da mãe que eu tivesse na minha presença, nomeadamente, no que respeitasse os seus dotes físicos e o seu charme. Fiquei contente com a resposta que naquele momento me ocorreu, porque as gargalhadas da assistência que se fizeram ouvir foram muito mais sonantes que as ouvidas aquando da pergunta.

Noutra ocasião, um colega nosso, que disse exercer na cidade de São Paulo, dirigiu ao presidente da mesa a seguinte pergunta: Qual será a actuação mais adequada do pediatra perante uns pais que lhe comunicam a sua preocupação com o tamanho reduzido do pénis do seu filho?

O presidente olhou para ambos os lados e eu fiz-lhe um sinal mostrando-me disponível para responder. E porquê? Porque ao longo da nossa vida profissional, e penso que isto se passa com todos nós, vamos arrançando respostas para umas tantas perguntas que, com alguma frequência, nos são colocadas, de forma a satisfazer o melhor que podemos e sabemos os nossos interlocutores. Deu-se o caso que a pergunta em questão estava incluída nessa tal «lista» e respondi: Essa preocupação é manifestada com maior frequência pelo pai do que pela mãe, o que denota uma maior fixação do primeiro nesse aspecto particular do desenvolvimento do filho. Quando a criança é gorducha basta deita-la em decúbito dorsal, exercer pressão no pânículo adiposo que rodeia a base do pénis e os pais poderão ver com os seus próprios olhos que o comprimento do pénis aumenta cerca de 50%. Se a criança não é gorducha, confirmo primeiro que não se trata de um micro-pénis, o que na prática nunca é o caso, e digo aos pais que a pilinha do filho é normal para a idade; que pilinhas as há de todos os tamanhos; e que mais vale pequena e «alegre» do que grande e «triste». Os pais, habitualmente, percebem o que eu quero dizer, riem-se e ficam tranquilos com a desdramatização do que eles admitiam ser um problema.

Investigação Clínica

- Em 1º lugar, uma referência às dificuldades em realizar investigação clínica no nosso país que são, aliás, crónicas. Mas dantes, eram-no ainda mais do que agora. Os laboratórios dos nossos Hospitais eram mal apetrechados, comparativamente aos seus congéneres estrangeiros dos países desenvolvidos, e os poucos centros de excelência que existiam eram muito fechados sobre si mesmos. Para se conse-

guir publicar um trabalho em qualquer revista médica estrangeira de prestígio era necessário que a ideia que presidia ao trabalho fosse bastante original e que o suporte laboratorial necessário para a sua concretização fosse pouco mais do que rudimentar. Reunir estas duas condições não era, de facto, fácil. Actualmente, o panorama mudou substancialmente com laboratórios muito mais bem apetrechados e diferenciados e centros de excelência em maior número, distribuídos um pouco por todo o país e com muito maior abertura à colaboração com os investigadores clínicos. No entanto, o principal entrave à investigação clínica por parte dos pediatras continua a ser o mesmo, isto é, uma quase total falta de disponibilidade para o fazer, de tal maneira estão assoberbados com as suas actividades assistenciais. E enquanto as administrações hospitalares não enveredarem por uma política clara de incentivo à investigação clínica, ao contrário do que tem sucedido até aqui, o nosso desfasamento em relação a outros países europeus mais desenvolvidos será cada vez maior.

- Um 2º ponto que eu gostaria de abordar relaciona-se com o nosso despertar para a importância da ética na investigação clínica pediátrica. Será uma história contada na primeira pessoa do singular, dado estar relacionada com a minha tese de doutoramento. A tese consistiu na realização de cerca de 250 biópsias intestinais perorais em cujos fragmentos de mucosa, assim obtida, se procedeu a um estudo que abrangeu múltiplos aspectos. As crianças biopsadas foram divididas em 3 grupos: o 1º, constituído por crianças saudáveis até ao aparecimento da doença que motivou o internamento, o qual nada teve a ver com patologia do tracto gastrointestinal; o 2º, constituído por malnutridos graves; e o 3º, por doentes celíacos. Esporadicamente, na véspera da biópsia, uma ou outra mãe de criança incluída no 1º grupo, perguntava-me que exame é que o filho ia fazer e eu respondia que ia fazer um exame ao intestino para ver se tudo estava bem e ela ficava satisfeita com a resposta. Mais raramente ainda, alguns dias depois da biópsia, a mãe perguntava-me qual o resultado do exame e eu respondia-lhe que nada de especial tinha sido encontrado e a mãe ficava contente com a resposta. É bem verdadeiro o ditado popular que diz: Com a verdade me enganas! Naquele tempo, antes de uma tese ser aceite pelo conselho científico da Faculdade, este nomeava 3 dos seus membros para fazerem a respectiva apreciação e elaborarem um relatório. Para a minha tese, os membros nomeados foram dos mais representativos do conselho científico de então: O Prof. Jorge Horta, da anatomia patológica; o Prof. Frederico Madeira, da área da gastroenterologia; e o Prof. Ducla Soares, da medicina interna. No relatório, altamente elogioso para o meu trabalho, não foi feita qualquer referência a aspectos éticos. Os doutoramentos, naquele tempo, não se realizavam em áreas específicas da medicina ou da cirurgia. Eram, apenas e só, em medicina e cirurgia e, por isso, o júri era constituído por todos os professores catedráticos da FML. Durante as provas, a palavra ética não foi uma só vez pronunciada. Cabe aqui fazer duas perguntas: Será que eu era uma espécie de Joseph Mengele, o médico alemão que ficou conhecido para a posteridade como o monstro de Auschwitz, pelas experiências macabras que realizava nos prisioneiros daquele campo de concentração? Será que o corpo de professores catedráticos da FML não passava de uma asso-

ciação de malfeitores? A resposta é, obviamente, não. Será, então, que naquela época, não existia, ainda, uma ética da investigação clínica pediátrica? A resposta é sim, pela simples razão de que a ética é intemporal. O que acontecia é que nós não tínhamos despertado ainda para ela e, como não percebíamos os seus princípios, passávamos a seu lado sem nos aperceber disso. E éramos só nós, os pobres e ignorantes portugueses, os únicos nesta situação?

Como a minha tese era muito abrangente foi-me possível dividi-la em vários trabalhos que enviei para revistas pediátricas estrangeiras com prestígio internacional. Um dos artigos foi publicado nos *Archives of Diseases in Childhood* e quatro outros na revista francesa *Pediatrie* que, nesse tempo tinha larga difusão na Europa. Em nenhuma ocasião foi levantado qualquer problema de natureza ética pelos editores das referidas revistas. Dois desses cinco trabalhos foram, posteriormente, seleccionados para o *Year Book of Pediatrics* de 1969 e de 1970 que, como se sabe, é editado nos EUA. Um outro trabalho enviei-o para a *Acta Paediatrica Scandinavica*. Passado algum tempo recebi a resposta, dizendo que o trabalho era muito interessante, mas que, infelizmente, motivos de natureza ética, tais como a realização de biópsias intestinais em crianças «normais» impediam a sua publicação na *Acta*. Fiquei surpreendido com a resposta, mas o meu sentimento não foi de constrangimento, bem pelo contrário, foi de alguma contrariedade e, no meu íntimo, pensei: Lá estão os suecos com «esquisitices»! Ainda se passou algum tempo até que eu começasse a interiorizar que as «esquisitices» dos suecos não eram mais do que a obediência a princípios éticos fundamentais. A ética na investigação clínica pediátrica passou a ser um tema que muito me interessou e, talvez para expurgar algum sentimento de culpa da minha parte, sobre ele falei duas ou três vezes em reuniões pediátricas nacionais.

Dando por terminadas as referências a algumas das minhas vivências hospitalares, confesso que tenho saudades dos tempos passados no HSM. Contabilizando os anos de estudante e de médico, sempre foram 45 anos em que o Hospital foi a minha 2ª casa. É curioso que o HSM que eu recorro é o que está representado na Figura 1, a quando da sua inauguração



Figura 1 – Hospital de Santa Maria aquando da sua inauguração em 1953.

em 1953. Imponente, com linhas arquitectónicas harmoniosas e simétricas e um envolvimento, que eu diria, quase bucólico. Tudo bem diferente do aspecto actual, em que a arquitectura tem vindo a ser ofendida com acrescentos mais ou menos anárquicos um pouco por todo o lado e, quanto à envolvência, é melhor nem falar: Dir-se-ia que o Hospital foi colocado no centro de uma grande feira de automóveis usados. Mas a minha retirada da actividade hospitalar e docente também me trouxe algumas vantagens e uma delas é a de não me sentir minimamente obrigado a ler artigos com títulos semelhantes ao referido na Figura 2.

**“Genomic and Genetic Deletions of the
FOX Gene Cluster on 16q24.1 and Inactivating Mutations
of FOXF1 Cause Alveolar Capillary Dysplasia and
Other Malformations”**

Valérie A. McLin, MD

Figura 2 – Título de artigo publicado no *A J Hum Genet* 2009; 84: 780-91.

Mobilização como Tenente Miliciano Médico

Este período foi, por vários motivos, um dos mais cinzentos da minha vida. No entanto guardo dele algumas boas recordações. Depois do desembarque em Nacala, seguiram-se dois dias de viagem, por comboio e em coluna militar, até Maúá, bem no centro da província do Niassa, no Norte de Moçambique, local onde iria permanecer os 16 meses seguintes.

- Logo nos primeiros dias, impressionou-me o elevado número de casos de varíola, doença há muito erradicada da Europa, e as suas graves complicações. Aproveitei uma das actividades do meu batalhão, designada por Acção Psico-Social Junto Das Populações Autóctones, para a qual eram promovidos ajuntamentos nos vários aldeamentos perdidos pelo mato, para proceder a vacinações anti-variolicas em massa. Vacinei cerca de 10.000 indivíduos e tive a satisfação de, nos últimos 2 ou 3 meses da minha permanência no mato, não ter observado mais nenhum caso de varíola naquela região. Isto ilustra bem a perspectiva preventiva que sempre está presente no espírito dos pediatras.

Passo agora a relatar um episódio que recorro com satisfação. Uma vez por semana deslocava-me a uma missão de padres italianos da Consolata, distante uns 5 Km do nosso aquartelamento, para aí realizar uma consulta. Um dia, já de regresso a Maúá, apercebi-me que um homem com uma criança aos ombros corria pelo capim em direcção à picada, com a provável intenção de interceptar o jipe onde eu ia, sem todavia o ter conseguido. Olhei para trás e vi o homem parado no meio da picada a olhar para o jipe que se afastava. Disse ao motorista para parar e fazer marcha a trás e perguntei ao homem se queria alguma coisa de mim. Disse-me que sim, que a criança estava doente. Voltámos para a missão onde, numa primeira olhadela à criança, era perceptível uma palidez acentuada, uma dispneia moderada e uma descamação foliácea das palmas das mãos. Recordei-me de, há muito tempo atrás, ter visto um ou dois casos com uma descamação semelhante, a qual fazia parte da história natural da escarlatina. Com a ajuda da freira

muito velhinha, e que falava fluentemente o macua, a língua da região, fui sabendo que a criança, com uns 5 anos de idade, adoeceu 2 ou 3 semanas antes com febre e uma tonalidade estranha da pele, e que, progressivamente, foi perdendo o apetite, mantendo uma febre intermitente, tosse seca e quase perdera o andar. À auscultação, o murmúrio vesicular e a transmissão das vibrações vocais (choro) eram quase inaudíveis e, à percussão, havia uma maciez de todo aquele hemitorax. Com estes 3 dados semiológicos era-me possível fazer o diagnóstico de pleurisia e, associando isto à provável hipótese de uma escarlatina prévia, pensar em empiema pós-estreptocócico. A toracocentese que se seguiu deu saída a 100c.c. de pus e a criança foi medicada com penicilina benzatínica. Passados 8 dias, o apetite já tinha sido recuperado e o aspecto geral era melhor. Nova toracocentese deu ainda saída a 50c.c. de pus e outra dose do antibiótico foi administrada. Oito dias mais tarde, tudo melhorara, à excepção da palidez que ainda persistia. Aproveitando uma distração do pai e o facto da porta estar aberta, o miúdo tentou fugir receando, muito provavelmente, o que lhe iria acontecer e que, de facto, veio a acontecer. Uma 3ª toracocentese já não deu saída a mais pus e, à auscultação, eram audíveis muitos atritos pleurais. Mais uma injeção de penicilina benzatínica e o episódio foi dado como encerrado. Este caso é bem demonstrativo de que, nós médicos, habituados a usufruir de tantos e tão sofisticados meios auxiliares de diagnóstico, quando nos vemos em condições da sua total privação, continuamos, mesmo em situações clínicas graves, a ser úteis aos doentes que nos procuram. Basta, para tanto, que recordemos aquilo que nos foi ensinado durante o nosso curso e que, ao longo da nossa vida profissional, fomos praticando.

Clínica Privada

- Durante vários anos da minha vida profissional sofri um certo desconforto por, na clínica privada, me sentir mais responsável pelas crianças a meu cargo, do que na medicina hospitalar. Este sentimento incomodava-me e não encontrava, para ele, qualquer explicação. Decidi-me, então, a examinar o que se passava em cada uma das situações. Assim, na clínica privada, somos nós que colhemos a história; que observamos a criança sob o olhar atento dos familiares, os quais, em situações de alguma gravidade, tentam ler na nossa expressão facial algum sinal de preocupação; e somos nós que prescrevemos os medicamentos, explicando como devem ser administrados e qual a finalidade de cada um. Isto significa que, ao longo de todo o acto médico, nós estamos sob o escrutínio constante dos familiares da criança. Na medicina hospitalar, a história clínica é, em regra, colhida pelo Interno da Especialidade; a criança é muitas vezes observada na ausência do acompanhante e, por vezes também, por vários médicos simultaneamente, desde o Interno ao Director do Serviço; e, embora cabendo a cada um a sua cota de responsabilidade, esta é como que dividida por todos, de tal modo que, individualmente, o seu peso se faz sentir com menos intensidade. Como resultado de tudo isto, entre o médico e a

família do doente, existe como que uma barreira invisível que, de certo modo, faz com que o médico se sinta mais protegido, tendo essa barreira um nome: Instituição Hospitalar. Depois desta análise passei a aceitar com mais compreensão aquele meu sentimento.

- Uma frase que, há anos atrás, se ouvia com uma certa frequência era: O Senhor Dr. salvou o meu filho. Ouvi-a muitas vezes referida a meu pai e, algumas vezes, dirigida a mim próprio, como manifestação de reconhecimento pela cura de determinada criança com doença de alguma gravidade. Lembro-me de uma vez ter recebido o telefonema da mãe de uma criança, habitualmente seguida por mim, pedindo-me que a fosse ver, porque estava há dias com febre muito alta e, naquele momento, estava a delirar. Ao iniciar a observação da criança detectei a presença de três manchinhas arroxeadas no peito, sinónimo, para nós pediatras, de sepsis meningocócica. Não prossegui a observação e levei de imediato a mãe e a criança, no meu carro, para o banco do HSM e, enquanto a mãe procedia à inscrição, eu próprio levei a criança ao colo para dentro. Tudo correu bem e aquela mãe não se cansava de dizer a toda a gente que eu lhe tinha salvo a filha. E talvez até fosse verdade. Hoje em dia, como é que as coisas se processam? Quando as crianças adoecem fora das horas habituais de consulta do seu médico assistente (quando o têm), os pais dirigem-se com elas a um dos muitos serviços de urgência disponíveis e limitam-se a contactar o médico, posteriormente, a relatar o sucedido. Quando se deu o caso de internamento por situação de certa gravidade que, entretanto foi resolvida, os pais, a maior parte das vezes, nem sabem o nome dos médicos que trataram o filho. Assim, manifestam o seu reconhecimento enaltecendo, não o Dr. Tal ou Tal, mas sim o Hospital Tal ou Tal.
- Uma acusação que tem sido, injustamente, dirigida aos pediatras é que estes, agora, são muito «finos» e já não querem ir ver doentes a casa. O que se passa é que, com a evolução da vida urbana, as visitas domiciliárias se tornaram praticamente impossíveis. Noutros tempos, o trânsito era reduzido, os semáforos só existiam no centro da cidade, que podia ser atravessada de lés a lés em 10 minutos e, ao chegar à morada do doente, estacionava-se o carro à porta. Hoje em dia, nada disto é assim e é pena, porque as visitas domiciliárias proporcionavam ao pediatra conhecimentos adicionais sobre a criança e a sua circunstância que, eventualmente, lhe podiam ser úteis.
- Relato-lhes, agora, algumas situações cómicas que tiveram lugar na minha clínica privada e que, dificilmente, ocorreriam em ambiente hospitalar. Uma vez, ao palpar a barriga a um miúdo, ele deu um pumzinho, discreto, mas com muita personalidade, e a mãe, que estava de pé à minha direita, diz com voz quase ciciada: Foi o menino Senhor Doutor! Noutra ocasião, foi à minha consulta uma miúda de uns 10 anos, a idade das vergonhas que, quando eu lhe disse para se despir, se recusou terminantemente. A mãe insistia, mas sem qualquer resultado e eu começava a impacientar-me um pouco. A mãe, dando-se conta disso, eleva o tom da voz e diz: Ó filha olha que o Senhor Dr. não é um homem! Mas, talvez por notar em mim alguma

expressão de surpresa, apressou-se a acrescentar: Não é um homem aqui dentro, porque lá fora é um homem como os outros!

- Uma pergunta que me era feita, com muita frequência, quando as crianças por mim seguidas há muito tempo chegavam aos 12 ou 13 anos, era a seguinte: Até quando é que o Senhor Dr. quer continuar e ver o meu filho, (ou a minha filha)? E eu respondia sempre o mesmo: Até ir para a tropa (quando era um rapaz), ou até casar (quando se tratava de uma rapariga). Hoje, esta resposta estaria completamente desactualizada, uma vez que a maioria dos rapazes já não faz serviço militar e as raparigas já não casam aos 20 e poucos, mas mais por volta dos 30.

E termino com esta curva (Figura 3), bem conhecida de todos, e que Gauss elaborou para representar a distribuição normal dos valores de determinado parâmetro numa população teoricamente homogénea. O que talvez Gauss não tenha imaginado é que a sua curva se adapta, perfeitamente, à evolução de tudo o que é mutável à superfície da Terra. Adapta-se às civilizações que precederam as nossas, ao tempo de vida das cidades que já não existem, à vida das plantas, do homem e, também, à nossa profissão.



Figura 3 – Curva de GAUSS (Johann Carl Friederich)

Na realidade, tudo começa, tudo se desenvolve, tudo atinge um estágio de máximo fulgor para, depois, entrar numa fase de declínio e acabar por voltar ao nada de onde emergiu. Na nossa profissão, o início tem lugar com a licenciatura, ou melhor, no dia em que entramos para a Faculdade. Na fase de desenvolvimento, vamos adquirindo aptidões e conhecimentos, graças aos quais conseguiremos atingir o patamar do nosso apogeu de competências técnicas, de sabedoria e de arte no exercício da profissão e que, em geral, tem uma duração de 25-30 anos. Segue-se, por fim, a inevitável fase de declínio progressivo que termina, quer por vontade própria, quer não.

Que conselhos nos poderão ser dados para serem seguidos ao longo do nosso percurso profissional?

- Em 1º lugar, que não façamos da medicina tudo na nossa vida. Parafraseando com alguma liberdade Jorge Sampaio, poder-se-á dizer que há vida para além da medicina.
- Em 2º lugar, que nos esforcemos por alcançar êxitos profissionais gratificantes, tais como, prestar uma assistência competente aos nossos doentes, obter classificações elevadas nos concursos da carreira hospitalar ou universitária, ou, por exemplo, conseguir publicar trabalhos do nosso grupo em revistas estrangeiras ou internacionais de elevado factor de impacto.

- Em 3º lugar, que arranjemos *hobbies* que nos dêem prazer. Por vezes, alguns colegas nossos, em determinada fase das suas vidas profissionais, pensam que chegou a altura de arranjarem um *hobby* e decidem-se por um qualquer desporto (por exemplo o golfe) para o qual não evidenciam o menor jeito. Cuidado! Isso será sempre um frete e nunca um *hobby*.

Tudo isto nos poderá ajudar, na tal fase menos boa da nossa vida profissional, a ocuparmos o tempo com coisas de que gostamos e a termos motivos para boas recordações, pois é bem verdade que recordar é, de certa maneira, voltar a viver.