



Abril - 2023  
Volume 3 - Número 1

**REVISTA DA**  
**ACADEMIA BRASILEIRA DE**  
**MASTOLOGIA**

**CIÊNCIA E HUMANISMO**

## **EDITORES**

Alfredo Carlos S. D. Barros  
Carlos Ricardo Chagas

## **CONSELHO EDITORIAL**

Antonio Luis Frasson  
César Cabello dos Santos  
Cícero Andrade Urban  
Ezio Novais Dias  
Henrique M. Salvador Silva  
José Antonio Ribeiro Filho  
Luis Ayrton Santos Jr.  
Marconi M. Luna  
Vilmar Marques Oliveira  
Vinícius Milani Budel



## PATRONOS

Adayr Eiras de Araújo  
Alberto Lima de Moraes Coutinho  
Alcenor Barbosa de Almeida  
Alcides Ferreira Santos  
Angelo do Carmo S. Matthes  
Antônio Franco Montoro  
Antonio Simão dos Santos Figueira Filho  
Aurélio Zecchi de Souza  
Braz Martorelli Filho  
Bylder Toledo Pizza  
Carlos Alberto de Miranda Zanotta  
Carlos Henrique Menke  
Carlos Inácio de Paula  
Carlos Ricardo Chagas  
Claudio Kemp  
Domingos Auricchio Petti  
Edison Mantovani Barbosa  
Eduardo Santos Machado  
Fausto Farah Baracat  
Fernando Antônio de Miranda Henriques  
Gustavo Antonio de Souza  
Haroldo Gondim Juaçaba  
Helio Eloy Alves Dias  
Henrique Benedito Brenelli  
Hiram Silveira Lucas  
Ivanildo Tomé de Arruda  
Ivo Barreto de Medeiros  
Jaime Queiroz Lima  
João Gomes da Silveira  
João Luis Campos Soares  
João Sampaio Góes Júnior  
Jorge Sampaio de Marsillac Motta  
José Antônio Ribeiro Filho  
José Aristodemo Pinotti  
José Baptista da Silva Neto  
José Carlos Campos Christo  
José Salvador Silva  
Lair Barbosa de Castro Ribeiro  
Laurival Antônio de Luca  
Luis Antonio Brondi  
Maciel de Oliveira Matias  
Marconi Menezes de Luna  
Mario Kroeff  
Mario Mourão Neto  
Roberto Gomes  
Roberto José S. Vieira  
Rubens Murilo Prudêncio  
Sebastião Piato  
Sergio Bruno Bonatto Hatschbach  
Simão Grossman



## ACADÊMICOS TITULARES

Afonso Celso Pinto Nazário  
Alfredo Carlos S. D. Barros  
Antonio Fernando Melo Filho  
Antonio Fortes Pádua Filho  
Antonio Frasson  
Augusto Cesar Peixoto Rocha  
Augusto Tuffi Hassan  
Carlos Gilberto Crippa  
César Cabello dos Santos  
Cicero Urban  
Claudia Studart Leal  
Diogenes Basegio  
Ezio Novais Dias  
Fabiana Baroni Alves Makdissi  
Fabio Postiglione Mansani  
Gerson Antonio Mourão  
Gil Facina  
Gustavo Zucca Matthes  
Henrique M. Salvador Silva  
Ivo Carelli Filho  
Jairo Luis Coelho Junior  
João Aderbal Raposo De Moraes

João Bosco M. da Silveira  
João Esberard de Vasconcelos Beltrão Neto  
Jorge Vilanova Biazus  
José Roberto Filassi  
Juarez Antônio de Sousa  
Luis Ayrton Santos Jr.  
Luis Fernando Pinho do Amaral  
Luis Henrique Gebrim  
Maira Caleffi  
Marcos Nolasco H. das Neves  
Maria Aparecida Queiroz Pereira  
Maria Helena Roustand Rabay Kunz  
Marianne Pinotti  
Maurício Magalhães Costa  
Rafael Szymanski Machado  
Ricardo Antonio Boff  
Ruffo de Freitas Júnior  
Selma Silva de Araujo  
Sérgio Juaçaba  
Teresa Cristina Andrade de Oliveira  
Vilmar Marques de Oliveira  
Vinícius Milani Budel

## NORMAS EDITORIAIS

A Revista da Academia Brasileira de Mastologia publica artigos sob convite dos Editores e do Conselho Editorial e também contribuições voluntárias. Autores com o desejo de colaborar devem entrar em contato com os Editores pelo e-mail [clinab@terra.com.br](mailto:clinab@terra.com.br)

## DISTRIBUIÇÃO

A revista é enviada por e-mail gratuitamente. Solicita-se aos interessados em receber a revista (pessoas físicas, bibliotecas, instituições de ensino) enviar endereço eletrônico para [clinab@terra.com.br](mailto:clinab@terra.com.br)

PRODUÇÃO EDITORIAL



ZEPPELINI  
PUBLISHERS

APOIO

**Libbs**  
Porque se trata da vida

# ÍNDICE

Volume 3, número 1

## MEMÓRIA

Reminiscências dos anos 1960–1970 do Hospital A. C. Camargo .....7  
Carlos Inácio de Paula

## CRÔNICA

Quase preso .....16  
Antonio Fernando Melo Filho

## REFLEXÃO

O mastologista e a síndrome do tisiologista .....18  
Maciel Matias

## PROFISSÃO MÉDICA

Medicina e maternidade .....20  
Fabiana Baroni Alves Makdissi

## HISTÓRIA

A participação do Brasil na Primeira Guerra Mundial .....23  
Alfredo Carlos S. D. Barros

## MOMENTO POESIA

Amor é fogo que arde sem se ver.....29  
Luís Vaz de Camões

# REMINISCÊNCIAS DOS ANOS 1960-1970 DO HOSPITAL A. C. CAMARGO

Rev Acad Bras Mastol 2023; 3(1):7-15

**Q**uando estava terminando a minha graduação na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, em 1969, decidi fazer Cancerologia como especialidade. Na época, as duas grandes instituições que ofereciam residência credenciada eram o Instituto Nacional de Câncer (INCA), no Rio de Janeiro, e o A.C.Camargo, em São Paulo.

Optei por São Paulo, que oferecia oito vagas para Residência Médica de três anos, sendo uma delas destinada a médico sul-americano. A seleção consistia em uma prova escrita e uma entrevista.

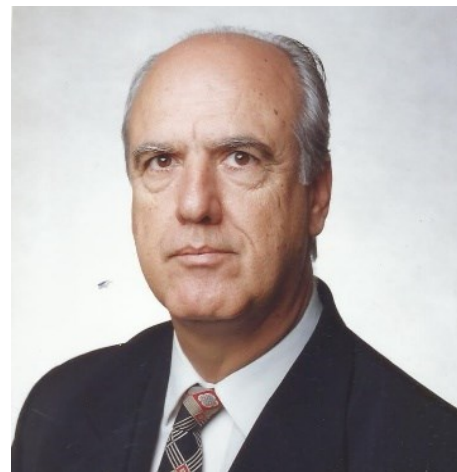
A minha faculdade de origem, apesar de nova, ofereceu um ótimo curso, como continua até hoje, e, com conhecimentos sólidos, consegui minha aprovação entre a plêiade de concorrentes.

Assim, no início de 1970, desloquei-me de Goiânia para São Paulo, passando a residir nos aposentos dedicados aos médicos residentes, nos fundos do prédio do hospital.

O Hospital A.C.Camargo era um prédio novo de nove pavimentos e mais dois subsolos, numa grande área no início da Rua José Getúlio, quase esquina com a Vergueiro, no Bairro da Liberdade/Aclimação, projetado pelo famoso arquiteto Rino Levi, que também fez o Einstein.

Esse primeiro quarteirão da Rua José Getúlio mudou de nome, passando a se chamar Rua Prof. Antonio Prudente, em homenagem ao idealizador do Hospital de Câncer.

A entidade mantenedora do hospital era a Associação Paulista de Combate ao Câncer (APCC), que foi idealizada pelo Dr. Antonio Prudente, figura importante na sociedade e na classe médica paulistana. Ele motivou um grupo de amigos que se dispuseram a fazer uma poderosa estrutura para o combate ao câncer, sem vínculo governamental, mas com o apoio dos empresários e de toda a população.



**Carlos Inácio de Paula**

Patrono da ABMasto

A organização interna do hospital previa um diretor clínico e a divisão por serviços de atendimento, cada qual com um chefe de serviço escolhido pela superintendência da APCC e um número variável de titulares conforme o volume de pacientes a serem atendidos. Assim, existiam os Serviços de Pele e Melanoma; Mama; Cabeça e Pescoço, com a Odontologia como anexo; Ginecologia; Cirurgia Pélvica, que englobava os Tumores de Partes Moles e Osso; Tórax; Anestesiologia; Oncologia Clínica; Radioterapia; Medicina Nuclear; Radiologia; Anatomia Patológica; Análises Clínicas; e Pesquisa Básica.

O edifício, com fachada austera, exibia uma entrada ao nível da rua e logo um saguão com um balcão de recepção, uma área destinada às voluntárias, comandadas por Dona



Dr. Antonio Prudente

Carmem Prudente, bem como uma pequena área privada que servia de vestiário, onde os médicos da casa vestiam os seus aventais. Aqui, rendo minha homenagem a esta grande figura — Dona Carmen Annes Dias Prudente, a grande amada de Prudente, que nunca mediu esforços para lutar contra o câncer no Brasil.

Continuando a descrição, no primeiro andar ficavam os arquivos de prontuários, sob a severa vigilância da Dona Hirde Contesini, e exibia-se uma miríade de prateleiras organizadas para possibilitar o acesso aos documentos necessários para o atendimento de retorno ou abertura de novo prontuário para os pacientes. Nesses primórdios das décadas de 1950, 1960 e 1970, não existiam ainda os processos computadorizados dos dias de hoje e tudo era papel e organização manual. Os prontuários dos pacientes eram padronizados, exibindo uma capa azul para os pacientes masculinos e uma rosa para as do sexo feminino. Na capa havia um número de registro, que sempre começava pelo ano, e seguia-se o número de série bem como o nome do paciente, o órgão acometido e a classificação TNM para os casos malignos comprovados. Como padrão, a primeira folha interna mostrava a data e os dados de identidade do paciente. Seguia-se um espaço longo para



Dr. Antonio Cândido Camargo



Hospital A.C. Camargo, ao final da sua construção

anotação da queixa principal e história da doença, seguidas dos princípios básicos das anotações semióticas, como antecedentes patológicos, familiares, hábitos e, finalmente, um longo espaço para as anotações da primeira consulta, do exame físico, concluindo com a hipótese diagnóstica e a conduta a ser tomada. Outras folhas eram adicionadas, com suas respectivas anotações, conforme a necessidade de novos atendimentos. Os exames complementares eram arquivados ao final do prontuário.

Continuando a descrição física do hospital, para cima ficavam as enfermarias, desde o primeiro andar até o oitavo, servido por escadas e dois elevadores. No primeiro andar existia



uma pequena área com a sala do diretor e da secretária, bem como outras pequenas para administração financeira.

O nono andar era exclusivo para o Bloco Cirúrgico, com suas divisões desde um saguão para vestiário até as salas destinadas a instrumental, registros, resultados de congelação, seguidas de cinco salas de cirurgia confortáveis e amplas.

Voltando ao térreo, à direita uma rampa levava ao Serviço de Radiologia, aos Ambulatórios e a uma pequena sala para pequenos procedimentos cirúrgicos. Existia uma outra sala bastante ampla, o Auditório, para as reuniões científicas diárias e um seminário semanal obrigatório para todo o corpo clínico.

Mais embaixo ficavam o Serviço de Anatomia Patológica e o Necrotério.

Ao lado, instalaram-se o Serviço de Medicina Nuclear e o Bloco da Radioterapia.

Uma escada e outra rampa davam saída para os fundos do hospital, mas ainda existiam a cozinha, lavanderia, o refeitório e a biblioteca.

Uma edificação mais isolada à direita era o alojamento da enfermagem, as *Schwestern* da Cruz Vermelha alemã.

Descendo o terreno e separado do edifício principal, existia o alojamento dos médicos residentes, ao qual se chegava por uma pequena ponte de, mais ou menos, 10 m, com vários quartos destinados a dois médicos cada um. Embaixo do prédio da Residência Médica, uma área para estacionamento que dava acesso à rua por uma longa rampa em aclive.

Ainda existia uma casa anexa, com saída para outra rua, que era o Departamento de Pesquisas Básicas, dirigido pelo Dr. David Erlich, onde se avaliava desde asa de borboleta, ipê-roxo e outras crendices, e que mais parecia com a casa da Família Adams; e a gente nunca ia lá.

Cada Serviço Médico tinha um chefe e um número variado de titulares. A hierarquia era rígida. Os atendimentos eram diários, de segunda a sexta, pela manhã e alguns raros à tarde, distribuídos entre pacientes novos em primeiro atendimento e os pacientes em revisões.

Os residentes eram divididos em duas categorias: Juniores, médicos R1, em primeiro ano de residência, e Sêniores, médicos R2 e R3; a remuneração (bolsa) era um salário mínimo para os Juniores e um salário e meio para os Sêniores. Cada serviço tinha, obrigatoriamente, um Júnior e um Sênior, além do *staff*, para atendimento ambulatorial. Os pacientes novos eram atendidos pelo Junior, que fazia a história e o exame físico, e, logo a seguir, apresentava ao *staff*, para decisão da conduta. Os pacientes em revisão eram atendidos pelo Sênior, supervisionado por um titular.

A rotina diária compreendia a visita aos pacientes internados acompanhada por todo o *staff* daquele serviço logo às 07h30, momento em que o Júnior apresentava a evolução do caso junto ao leito, as decisões eram tomadas para cada caso em particular e o chefe ou um dos titulares faziam as observações

pertinentes. A visita aos leitos era sempre motivo de ansiedade por parte do residente, que era duramente criticado *in loco*, se havia alguma negligência de qualquer natureza, como um curativo sujo ou uma prescrição inadequada. Terminada a visita, seguia-se a rotina daquele dia com atendimento ambulatorial ou procedimentos cirúrgicos.

O corpo clínico era uma verdadeira preciosidade, composto por grandes nomes da Medicina paulistana e brasileira, quase todos com formação nos Estados Unidos e na Europa, motivo de orgulho para a instituição e para todos nós, que estávamos ali para conseguir o melhor conhecimento possível em Cancerologia, o que viabilizaria o nosso sucesso profissional onde quer que fôssemos exercer a nossa profissão. Alguns residentes almejavam continuar no próprio hospital, esforçando-se ao máximo para mostrar competência. Outros se preparavam para enfrentar concursos seletivos em uma grande instituição com carreira acadêmica ou voltar aos seus estados de origem, interiorizando um conhecimento altamente especializado numa área difícil da Medicina, complexa, que exigia instalações e aparelhagem caríssimas, o que somente seria possível em cidades de grande porte. Tal cenário limitava as suas escolhas e, sabendo que iriam enfrentar concorrência com colegas de outras especialidades e já estabelecidos nessas cidades, com seus *status* quase inatingíveis, aqueles residentes mais arrojados sabiam que teria de ser muito bons para ter chance de sucesso. Assim, todos eram conscientes dos desafios futuros e, por isso, exigiam dos seus mestres qualidade de ensino.

No primeiro ano, o residente Júnior fazia um rodízio por cada serviço, para conhecer a rotina e as particularidades do câncer nos diversos órgãos e topografias. A ele competia prestar o primeiro atendimento aos pacientes, auxiliar durante as cirurgias, fazer as cirurgias ambulatoriais e a prescrição, bem como acompanhar a evolução do paciente no leito, supervisionado pelo Residente Sênior, descrever o ato cirúrgico, descer ao Serviço de Patologia no subsolo e acompanhar a macroscopia da peça cirúrgica, participando de sua dissecação, observando fragmentos das margens cirúrgicas e separando os linfonodos regionais para serem analisados. Era uma rotina árdua e com cobranças severas, desde a qualidade da história e do exame físico nos prontuários, até a descrição sempre precisa do ato cirúrgico realizado e a evolução diária do paciente no leito e no ambulatório, sendo responsável por apresentar os resultados à chefia.

A pontualidade era vigiada. Assinar o ponto até às 07h00, café da manhã rápido e início das atividades diárias às 07h30, no Centro Cirúrgico, no atendimento ambulatorial de consulta ou no de pequenas cirurgias; a rotina consistia também na participação na reunião interna do serviço por onde estava passando ou nos seminários às sextas-feiras, às 07h30, no Auditório do Hospital. A ausência do hospital durante todo o dia era vigiada e até para ir ao banco descontar o cheque da bolsa recebida

precisava de autorização. Certa vez, o Corinthians comprou um jogador — Lance o nome dele — e o Gianotti, residente, fiel corintiano, escapou do hospital e foi ver o primeiro treino de apresentação dessa estrela; à noite, a TV mostrou que vários torcedores estavam assistindo ao treino e apareceu o Gianotti agarrado ao alambrado, com estetoscópio no pescoço. Foi agraciado com uma advertência pelo preceptor da Residência!

O Homero, residente Júnior, tinha dificuldade em acordar cedo e todos nós batíamos na porta do seu quarto de manhã para que ele não perdesse a assinatura do ponto. Cinco minutos antes, todos já tomando café, assistíamos o Homero correndo, amarrando as calças, em direção ao local do ponto, e os pacientementeinhos da Pediatria na janela do segundo andar gritando em coro: “Corre, tio! Corre, tio!”. Hilário!

Os serviços eram tão mais famosos ou respeitados quanto melhor fossem os resultados, tanto em qualidade como em quantidade. Assim, os residentes tinham a obrigação de levantar prontuários para apreciação de resultados e posterior redação de trabalhos científicos levados a congressos ou publicados em periódicos especializados.

O residente focado em objetivos futuros tinha todo o interesse em publicar trabalhos ou apresentá-los em eventos, o que lhe possibilitava traquejo nas apresentações e melhor técnica na produção de novas pesquisas, rendendo-lhe um *curriculum vitae* que lhe seria extremamente útil em concursos futuros. Além disso, ganhava respeito dos professores e dos colegas.

Os residentes, por iniciativa própria, criaram o Centro de Estudos dos Residentes do Instituto Central (CERIC), onde, paralelamente, fazíamos reuniões científicas e aumentávamos a convivência com trabalhos à noite e ao final das semanas.

O que caracterizava o A.C.Camargo à época, na minha opinião, como Instituição de Ensino Complementar, eram a seriedade e a rígida disciplina. A exigência dos professores era enorme e frequentemente presenciavam-se advertências do titular ou do chefe, oral e publicamente, por qualquer falta cometida. Era vexatório sofrer uma advertência na frente dos colegas. Em casos persistentes, a advertência passava a ser escrita pelo preceptor responsável pela residência e poderia culminar no desligamento do residente da instituição. Também ocorriam desistências, principalmente nos primeiros meses do ingresso, por aqueles que não aguentavam a rotina ou se desinteressavam pela especialidade.

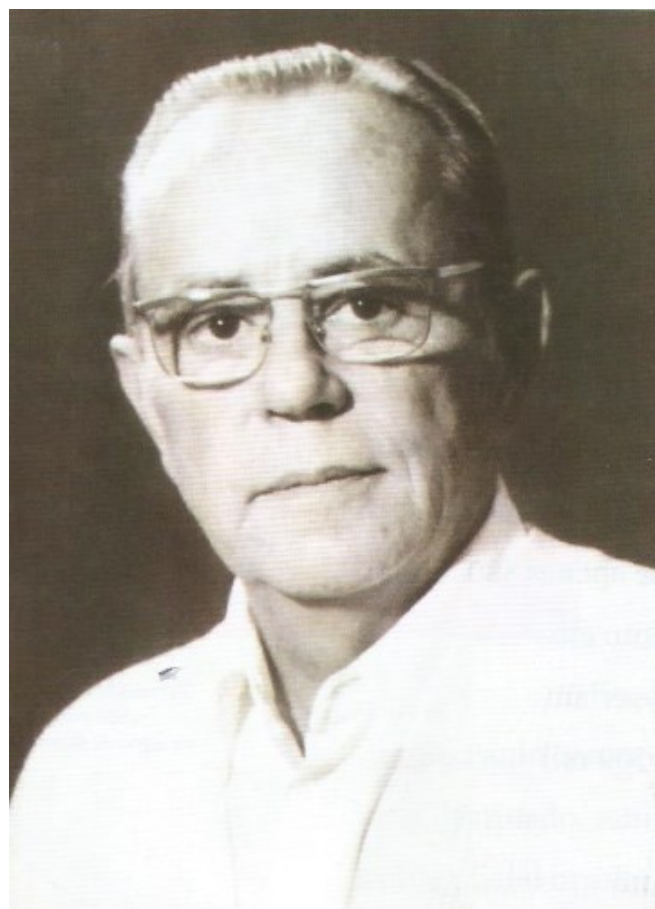
Os Sêniores, R2 e R3, tinham três programas diferentes: a Cirurgia Oncológica, a Radioterapia e a Oncologia Clínica, com a dedicação exclusiva daquele que optava por cada área da Cancerologia.

Havia uma escala de plantões obrigatória, sempre composta por um Sênior e por um Júnior, que envolvia os períodos diurno e noturno. Os plantonistas eram responsáveis pelos chamados que não eram cobertos pelo *staff* ou residente envolvido em outra atividade e pelas urgências e emergências dos finais

de semana; dormiam no quarto do plantão dentro do hospital, e não na sua acomodação costumeira do prédio dos residentes. Havia um sistema interessante de cinco luzes de cores diferentes instalado no teto, por todos os locais: corredores, refeitórios, em todos os andares, ambulatórios etc. Um código era destinado a cada residente, ou seja, quando estavam acessas as luzes amarela e verde, por exemplo, significava que tal residente estava sendo solicitado em algum lugar. Então, esse residente ligava para o PBX e a funcionária de lá avisava que ele estava sendo chamado no Posto de Enfermagem do sétimo andar e registrava num livro próprio o horário que ela tinha ligado as luzes e a hora exata que o Residente tinha atendido ao chamado. Era falta grave não atender ao chamado das luzes. Nessa época, evidentemente não existiam *bips*, celulares ou outro tipo de equipamento para cumprir essa função. E... funcionava perfeitamente!

O Serviço de Cabeça e Pescoço tinha como chefe o extraordinário Dr. Jorge Fairbanks Barbosa e como titulares de excelente qualidade e com diversas características: Josias Andrade Sobrinho, Antonio Bertelli, Dailson Alecrim, Kestel.

Nessa época de tumores avançados, primórdios da quimioterapia e aparelhos de radioterapia que queimavam o tumor e



Dr. Jorge Fairbanks Barbosa

tudo o que havia nas proximidades de 1 m de distância, a cirurgia era o tratamento mais importante. Nessa topografia de tantas estruturas anatômicas importantes e essenciais para a vida e para a estética, exigia-se muito conhecimento e habilidade do cirurgião, e todos eram grandes cirurgiões. Além disso, tumores avançados exigiam margens cirúrgicas não contaminadas e retirada de todos os linfonodos regionais até a adventícia dos grandes vasos. Assim, as cirurgias eram muito mutilantes e os resultados estéticos pobres, por mais que os cirurgiões se esforçassem. Eram comuns pacientes curados no pós-operatório, mas com “pescoço de rolinha” devido ao esvaziamento linfonodal bilateral e à retirada de musculatura, com traqueostomia, sondas nasogástricas para nutrição, enxertos cutâneos. Uma tristeza, mas vivos e sem câncer, e ainda com a consciência de que, sem esse tratamento, a evolução loco-regional do câncer resultava em verdadeiros monstros malcheirosos, tipo personagens da série *The Walking Dead*. Tendo consciência disso, todos nós entendíamos a necessidade de tanta mutilação.

Contava-se uma história, talvez uma lenda, de que na rotina do Serviço de Cabeça e Pescoço, na visita matinal à beira do leito, quando se planejava a conduta de cada caso em particular, o residente apresentou o caso: “Este paciente tem um tumor de assoalho de boca, invadindo mandíbula, com metástase linfonodal cervical bilateral”. E o professor titular, decidia: “Marca para amanhã a cirurgia dele com ressecção ampla, mandibulectomia central, esvaziamento cervical bilateral, glossectomia parcial, reconstrução com McGregor e retalho músculo cutâneo e enxerto livre de pele no frontal”. Pronto, só isso! Após a visita, na parte da tarde, o residente voltou à enfermaria, pegou o paciente pela mão, levou a outra enfermaria com um paciente em pós-operatório de caso semelhante e falou para o paciente: “Olha, é assim que você vai ficar!”. Dizem que o paciente pulou do sétimo andar naquela noite.

O Dr. Jorge Fairbanks era baixo, magro, usava óculos, simpático e um grande cirurgião de cabeça e pescoço. Escreveu, com a colaboração da equipe, um livro em inglês, com ótimas ilustrações desenhadas, editado nos Estados Unidos — *Head and Neck Surgery* —, uma preciosidade sem par na especialidade. Tinha suas esquisitices, como todos; uma vez, durante a cirurgia, a sua calça, mal amarrada, caiu e ele, em vez de parar e trocá-la, apenas a chutou de lado e continuou a operar só com o capote, como se nada tivesse acontecido.

O Serviço de Pélvis, Tumores Abdominais, Ósseos e Partes Moles era dirigido por Dr. Fernando Campelo Gentil. Contava com espetaculares titulares, como Arthur Oscar de Souza e Sá, Silvio Cavalcante, Salin Zéqui Garcia, Emanuel “Passarinho”, entre outros.

Dr. Gentil era cearense, procedente de família abastada, ficou vários anos em Nova York, onde trabalhou no Memorial Sloan Kettering Hospital com Dr. George Pack, ícone mundial da Cancerologia. Tinha excelente formação e uma visão de futuro enorme, procurando tratamento de vanguarda, alguns nem



Dr. Fernando Gentil

permitidos pela Comissão de Ética, tais como cirurgias conservadoras de mama naquela época, quimioterapia intraoperatória, quimioterapia extracorpórea, quimioterapia com hipertermia, num aparelhinho simplório de infusão que nós chamávamos de “pianinho da morte”. Ele também não respeitava os limites do seu serviço e operava outros casos de pacientes privados, até mesmo hemorroidas de amigos pessoais com o auxílio de três residentes. Era folclórico, bonito, atlético, jogava tênis com Thomas Koch, lutava jiu-jitsu com faixa preta. Um semideus! Certa feita, eu de plantão à noite, ele me liga e diz: “Inácio, estou com hóspedes aqui em casa e a filha dela de 15 anos arrebitou o cordão do Tampax que ficou retido na vagina. Estou enviando ela aí e você retira o dito cujo”. E eu, goiano do pé-rachado, gaguejando, perguntei: “Professor, o que é Tampax?”, e ele, sério, emendou: “Ô, Inácio, você é um nativo muito ignorante. É um absorvente que fica dentro da vagina. Enfia uma pinça com delicadeza, apreende o absorvente e puxa pra fora. Só isso!”. Foi a primeira vez na minha vida que tomei conhecimento de um OB!

Dr. Arthur era um grande mestre dotado de habilidade e perfeccionismo. Ambidestro. Amigo de todos os residentes e era ótimo operar com ele, mas haja paciência! Chegava cedo

ao hospital, de terno, guarda-chuva, chapéu, de táxi. Não gostava de guiar e exigia que o taxista não corresse nem provocasse solavancos. Ao final do meu período na Pélvis, depois de uma cirurgia longa e difícil, ele falou: “Vamos almoçar juntos e você vai pagar a conta, pois aprendeu muito hoje”. Eu respondi: “As regras não permitem que eu saia do hospital”. E ele retrucou: “Eu justifico a sua ausência. Não adianta você querer fugir da conta do restaurante”. Pensei que iríamos ao Laço de Ouro, churrascaria próxima e barata, mas entramos no táxi e ele ordenou um restaurante no Ipiranga, sofisticado, onde pediu um camarão à Provençal e um vinho branco. Comecei a suar pensando no gasto para quem ganhava bolsa. Após o término, pedi a conta ao *maitre* e aguardei, com pavor. Quando abri a caderneta com as despesas, deparei-me com um cartão onde Dr. Arthur tinha escrito: “Obrigado pela companhia. Seja um grande Cancerologista!”. Inesquecível!

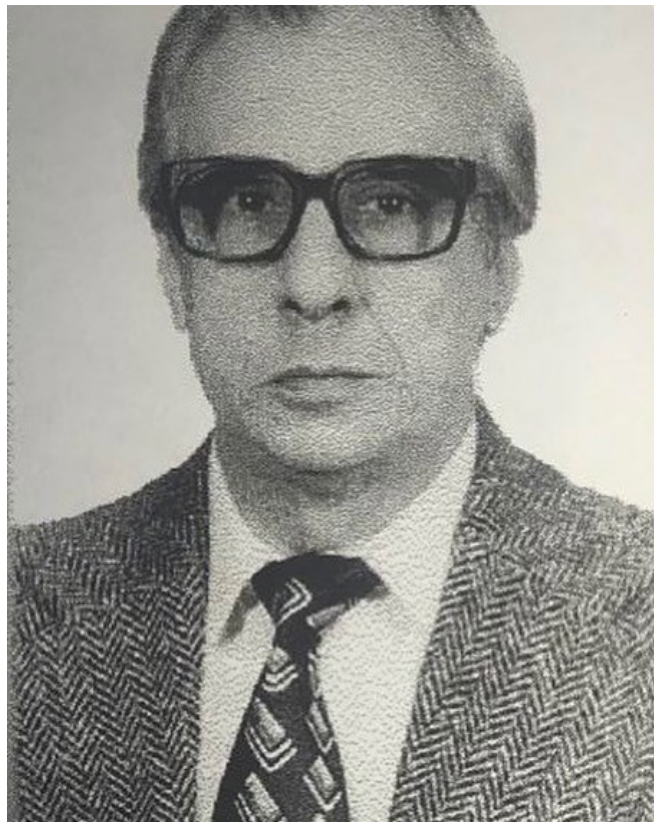
Dr. Silvío Cavalcante era um cirurgião muito rápido dentro de um abdome. Não tinha paciência para ensinar. Eu, como Sênior, tinha o direito de operar, desde que mostrasse conhecimento, e o titular passava a ter função de coadjuvante. O Dr. Silvío ia pegando as estruturas, oferecia para o residente, que estava operando devagar, e começava a apressar: “Corta aqui, corta aqui, amarra aqui, pinça aqui...”. Um dia, eu lhe disse: “Com todo o respeito, mas assim eu não aprendo. Comporte-se como um auxiliar”. E ele aceitava, mas, dentro de poucos minutos, continuava apressando a gente como se o cafezinho do Joinha no bar de frente fosse esfriar.

A mama é a parte mais linda da mulher! Deus estava muito inspirado quando a fez, aquela hemiesfera com curvas que se perdem suavemente no tronco, enfeitada por uma aréola extremamente necessária para entronizar o mamilo majestoso! Como é difícil mutilá-la! Uma maldade ímpar! E por que Deus deixou que o câncer tivesse tanta preferência por ela? Mistério...

O Serviço de Mama era dirigido pelo Dr. José Batista da Silva Neto e contava com o Dr. Paulo de Assis e o Dr. Fontelles, grandes e habilidosos cirurgiões.

Dr. Batista era alto, carrancudo, voz grave, raramente sorria à larga, limitando-se a sorrisos esporádicos e discretos. Sabia tudo sobre câncer de mama. Extremamente disciplinado, rígido nas condutas e nos protocolos firmados e discutidos com a equipe, não permitia o mínimo desvio daquilo que estava predeterminado e qualquer tentativa, de quem quer que fosse, de dar um “jeitinho” provocava nele uma ira dos demônios. Assim, todos os seus trabalhos e pesquisas eram respeitados no mundo inteiro. Não era fácil conviver com ele, mas era justo e reconhecia os méritos dos residentes que se esforçavam. Não negava ensino, em todos os níveis.

É preciso, aos que me leem, entender o contexto da Cancerologia na época que estou descrevendo, o estado da arte médica naquele momento, os grandes desafios, a necessidade de recursos, a falta de entendimento da biologia molecular,



Dr. José Batista da Silva Neto

dos detalhes da genética, a não existência de drogas eficazes, a limitação dos recursos diagnósticos, aparelhos ainda primitivos de imagem e de radioterapia, ainda com cápsulas de *radium*, cobalto, céσιο. E isso tudo num país tupiniquim!

Procurava-se visitar países com ciência mais desenvolvida, trazer cientistas de fora para ensinar e, depois, lutar para reprimir aqui as condutas mais avançadas de tratamento.

O Serviço de Mama foi chefiado pelo Dr. George Marcel Joseph Léon Arié, figura ilustre da cirurgia plástica brasileira, formado pela Escola Paulista de Medicina e assistente de Antonio Prudente na década de 1940, com quem foi para o A.C. Camargo.

Mas o Serviço de Mama teve sempre como esteio a rigidez do Dr. José Batista, de firme formação halstediana, em que a mastectomia radical era a cirurgia padrão para o tratamento do câncer de mama, com margens de 5 cm em torno do tumor e em torno da aréola, retirada de ambos os peitorais e linfadenectomia rigorosa até a adventícia dos grandes vasos e nos níveis I, II e III, cortando a inserção do pequeno peitoral na escápula, limpando tudo desde o início da veia subclávia e todo o *cavum* axilar. “Nunca sacrificar a cura pela estética” era a máxima a ser respeitada. O fechamento era feito sempre evitando qualquer enxerto livre, mas girando um retalho abdominal de pele e subcutâneo que, às vezes, chegava ao púbis, que teria de resistir à radioterapia pós-operatória.

Note-se que os casos eram, na maioria das vezes, avançados (T3 e T4). Entretanto, protocolo é protocolo e foi discutido, aprovado e tem de ser respeitado. Mudanças? Só depois de atingido o objetivo de número de casos para que tenham significado estatístico indiscutível.

Cirurgia de Patey, Madden? Vamos abrir um braço para estudo com responsabilidade, sob novo protocolo de inclusão. Reconstrução mamária? É problema da cirurgia plástica, nem era considerado ou incentivado. Era assim o Batistão. A recidiva local era sua maior tristeza e o seu maior argumento. Custava-lhe aceitar os estudos de Milão; preferia seguir os americanos.

Seus resultados, suas estatísticas de cura, eram muito bons e equivalentes aos melhores serviços do mundo. Nunca falava dados ou maquiava maus resultados, daí resistir a participar de estudos cooperativos por duvidar de serviços de idoneidade duvidosa.

Eu o respeitava muito e o admirava, e entendia a sua exigência. Aprendi demais. Identifiquei-me com a Mastologia. Entretanto, eu reconhecia que o Dr. Batista, ou Batistão, pela sua rudeza, não tinha um bom relacionamento médico-paciente e isso eu fiz questão de não aprender. Depois de muito tempo e depois de formado na residência, conheci um Dr. Batista diferente, mais amável, cortês, capaz de gestos de carinho nos encontros, nos eventos incontáveis em que participei com ele e continuei o amando e aprendendo com suas palestras e os trabalhos confiáveis que apresentava. Era avesso a procedimentos não aprovados, não testados; com isso, algumas vezes negava participação em novos estudos. Criticava as inovações que o Dr. Gentil fazia e queria impor. Tinha o respeito da comunidade internacional, Uriburu, Cáceres, Urban, Crile Jr., Haagensen, cujo livro editado na América tem uma referência a um trabalho sobre a cadeia linfonodal da mamária interna que ele fez em coautoria com Dr. Alfredo Abrão. A Mastologia brasileira e seus ex-alunos devem muito a essa grande figura da Oncologia Cirúrgica.

O Serviço de Pele e Melanoma era muito agradável. Dirigido pelo Dr. Dino Bandiera, com forte ascendência italiana, de grande estatura e com seus 90–100 kg, parecia um gigante ou um lutador. Falava alto, ria muito e fazia sempre troça com tudo e com todos, mas, debaixo dessa simpatia, sabia muito e exigia muito. Era um dos pioneiros do hospital e foi companheiro do Dr. Antonio Prudente, o líder que começou tudo no A.C. Camargo e que já tinha falecido à época. Trabalhavam com ele Dr. Luciano Calvis, um *gentleman*, e Dr. Amorim, simplório, mas sabia muito e ensinava muito. O Dr. Dino tinha seus repentes. Operava rápido e, algumas vezes, inventava a “non stop surgery”, ou seja, ia cortando os tecidos rapidamente, sem fazer hemostasia, e o residente ia colocando compressas e mais compressas nas áreas sangrantes, enquanto o Dr. Dino rapidamente retirava a peça cirúrgica de grande dimensão e então exclamava: “Pronto, quinze minutos! Agora se vire para fechar!”. E se retirava triunfante, deixando o residente e a instrumentadora

loucos e ofegantes para pinçar vasos e, depois da homeostase, mais uma hora para girar retalhos e cuidar do reparo da ferida operatória. Era a vantagem dos tumores de pele e das cirurgias de superfície. Para melanoma, um tumor que não sabe nada de Oncologia, era praticada a cirurgia em monobloco e então uma lesão de mais de 5 cm no meio do dorso era retirada com ampla margem e eram feitas duas fitas de pele em direção às axilas, para a retirada profilática de linfonodos, como se fosse possível adivinhar o trajeto dos linfáticos, para possibilitar a peça “em monobloco”. Velhos tempos!

O resultado do exame de congelação era fornecido por escrito pelo patologista, levado ao Centro Cirúrgico e mostrado ao cirurgião, para evitar qualquer erro de comunicação telefônica. Tinha uma voluntária que era encarregada de levar o resultado desde a Patologia, no subsolo, até o Centro Cirúrgico, no 9º andar. Ela era muito simpática, já cinquentona, muito gentil, chegava, abria a porta e dizia, com voz melodiosa: “Dr. Dino, o resultado é maligno”, e o Dr. Dino, todo paramentado, retrucava bem alto: “Obrigado, querida, agora vou amputar esta perna com prazer, já que é maligno. Muito obrigado à senhora”, e ela começava a chorar: “Não é que eu queira, mas é o meu trabalho trazer esta comunicação”. Os residentes, à socapa, a apelidaram de Mensageira da Desgraça e um dia ela acabou sabendo dessa brincadeira e se demitiu.

O Serviço de Tórax era chefiado pelo Dr. Bindo Guida Filho, grande cirurgião, professor paulistano e também o diretor clínico, voz de tenor e porte atlético, óculos de grossas lentes. O serviço era tocado pelo Dr. Antonio Mirra e pelo Dr. José Mizziara. O Dr. Bindo tinha seu tempo grandemente tomado pelos afazeres de diretor clínico do hospital. O Dr. Mirra era muito disciplinado, inimigo figadal do cigarro, tendo excelentes trabalhos sobre o assunto e vários estudos sobre o tabagismo. Tinha uma prancheta onde anotava tudo e nas visitas ao leito, pela manhã, exigia que o residente soubesse de todos os resultados de exames de cor. Então, perguntava: “Qual é o hematócrito deste paciente?” e, enquanto o residente folheava o prontuário à procura do exame, ele gritava: “Se fosse para procurar, eu mesmo procurava, seu incompetente!”. E mais bronca, e mais bronca. Um dia ele foi espinafrando um residente Júnior do 8º até o 2º andar, por causa da creatinina, do CO<sub>2</sub>, da radiografia etc. Ao chegar ao 2º andar, o coitado do residente, completamente fora de si, jogou os prontuários no chão e falou: “Eu me demito” e foi embora para sempre. Não era um bom residente e não soube se adaptar ao Dr. Mirra.

Um dia, sozinho com o Dr. Bindo num corredor, ele me interpela num tom coloquial: “Carlos Inácio, como você está se sentindo no Serviço de Tórax?”. Eu o encarei e disse, com educação: “Com o senhor eu nunca aprendi nada, pois o senhor não tem tempo. Aprendo com o Dr. Mizziara e estudo sozinho. O senhor nunca operou comigo”. Eu, com alta adrenalina, avaliando a reação dele. Ele me olhou sério, avaliando a crítica, e,

em seguida, disse: “Marca uma cirurgia pra nos dois amanhã, vamos ver como você está!”. Ufa!

O Serviço de Tumores do Andar Superior do Abdome contava com outro grande esteio da Cancerologia: Dr. Alfredo Abrão. Grisalho, olhar calmo, fala mansa e incisiva, era de uma perícia extraordinária nas grandes e difíceis cirurgias dessa região, como a hepatectomia, a gastroduodenopancreatectomia uma cirurgia tão longa quanto o seu nome, a esofagectomia. Todas exigindo grande perícia e conhecimento anatômico. Junto a ele, o Dr. Raphael Possik, o Dr. Renato Capelano e o Dr. Jairo Poggi de Carvalho. Era um encantamento ver o Dr. Alfredo Abrão operar.

A Ginecologia tinha um figurão na chefia — Dr. Alberto Francia Martins, já da velha guarda, não operava mais. O serviço era bem tocado pelo Dr. Moses Zitron e pelo Dr. Fauzer Abrão, além de outros titulares. O volume de trabalho era enorme, com inúmeros casos de câncer de colo de útero avançados, Wertheim-Meigs todos os dias, esvaziamento pélvico, enfrentando tumores de ovário disseminado num trabalho insano. Paralelamente, começou a ser desenvolvido um trabalho de prevenção com um horário específico do ambulatório para tal atividade. Muita seqüela da radioterapia que era usada largamente em vários estádios da doença, com radiomoldagem que a gente acompanhava.

A Anestesiologia era chefiada pelo Dr. Ariel e tocada pelos Drs. Lucas, Gilberto Krutman, Rebecca e Maria Helena com muito zelo e dedicação, suportando as loucuras de muitos, as chatices de tantos e a morosidade dos aprendizes. Sou muito grato a todos eles.

A Oncologia Clínica era liderada pelo Dr. Normando de Bellis e tinha o Dr. Parisi como titular. Cuidava essencialmente das leucemias e dos linfomas, e era permitido a cada serviço fazer os seus próprios protocolos de tratamento com meia dúzia de drogas existentes.

A Radioterapia tinha a dedicação do Dr. Matias O. Roxo Nobre, com larga experiência, resultado de labuta de vários anos no setor e trabalhava-se com uma bomba de *radium* e bombas de cobalto, já que os aceleradores só surgiram mais tarde.

A Pediatria tinha um médico modelo de todos os médicos: Dr. Alois Bianchi. Quanta sabedoria! Quanto conhecimento! Quanta humanidade! Quanta bondade com todos: pacientes, familiares, médicos, residentes! Como gostava de ensinar! Era muito sofrido para mim, e continuou sendo ao longo da minha carreira, tratar o câncer infantil: amputações de membros, enucleações oculares, esvaziamento de órbitas, a quimioterapia, incipiente naquele tempo, deixando crianças carecas, arrastando suportes com soro. Os linfomas, as leucemias... Foi muito bom, foi muito doído!

O Setor de Odontologia, anexo ao de Cabeça e Pescoço, tinha o Dr. Plínio e uma experiência ainda pequena de cirurgia buco-maxilofacial, mas essencial já que nós, médicos, não entendemos

de cáries, extrações dentárias e próteses. Desenvolveram uma área de confecção de próteses para restaurar algumas funções, como o palato, para possibilitar deglutição quando a placa era ressecada. Além disso, desenvolveram uma arte de confecção de próteses estéticas para substituir o nariz, o olho, a orelha, possibilitando aos pacientes uma convivência social mais humanizada. Tudo feito com muito artesanato, arte, com veias e rugas desenhadas. Era maravilhoso e gratificante ver um paciente com seu defeito corrigido! Bendito A.C. Camargo!

A Radiologia era chefiada por Dr. Jacyr Quadros, atencioso sempre que solicitado e não se furtava a discutir as imagens com todos os residentes. Ultrassonografia não existia, bem como a tomografia e a ressonância nem eram sonhadas.

Um setor importantíssimo era o Serviço de Anatomia Patológica, que teve no Dr. Humberto Torloni seu pilar inicial, dando continuidade a grandes Patologistas, como os Drs. Antonio Luisi, Ferdinando e Marcos Figueiredo, bem como a Dra Leda, e onde frequentávamos diariamente ajudando na macroscopia das peças e entendendo mais a natureza e a biologia dos tumores. Também era essencial para todos os trabalhos científicos que empreendíamos.

Ao final do programa de residência, recebíamos o diploma, e os cirurgiões, uma brochura com a relação de todas as cirurgias das quais eles participaram durante os três anos, com nome do paciente, número do prontuário, nome da cirurgia, sua participação como segundo auxiliar, primeiro auxiliar ou cirurgião principal, tudo compilado manualmente, já que não existiam computadores para esses registros. Não sei se ainda existe esse procedimento. Foi motivo de orgulho ver quanto trabalho eu tinha produzido e o conhecimento advindo dele e proporcionado pela instituição.

Essa fábrica de Cancerologistas para o Brasil e a América Latina possibilitou uma nova realidade nacional. Era o sonho de Antonio Prudente, de Antonio Cândido Camargo e de muitos outros, a quem rendemos homenagens e gratidão!

Especificamente da minha Turma de 1972, a 17ª Turma, saíram grandes médicos: Dr. Antonio Celso Lima Costa Pinto e Sebastião Cabral Filho, para Belo Horizonte; Carlos Inácio de Paula e Geraldo Alves Teixeira, para Goiânia; Sergio Bruno Bonato Hatschbach e Massakasu Kato, para Curitiba; Antonio Cândido Pinheiro de Lima, para Fortaleza. Outros contemporâneos dos anos 1960 e 1970 merecem menção, como os Drs. José A. Miziara e Miguel A. Gonçalves, hoje em Barretos; Miguel Miziara, em São Paulo; Osterno Queiroz, Raimundo Veloso, Nildes F. Borges e Maria Paula Curado, em Goiânia; Norberto e Homero, em Santa Catarina; Luiz Brondi, em Sorocaba; Budin, em Jaú; e uma lista muito grande de Cancerologistas de sucesso por este Brasil afora.

Todos exerceram a Cancerologia e participaram de grandes instituições que ajudaram a desenvolver e formar novos Cancerologistas, como o Hospital Araújo Jorge, em Goiânia,

e o Erasto Gaertner, em Curitiba. Era a concretização do sonho de Antonio Prudente, Celestino Bourroul, Antonio Candido Camargo, Gentil, Fairbanks, Batista, Dino, Alois e tantos outros.

O Hospital A.C. Camargo angariou respeito cada vez maior e, graças, principalmente, ao Dr. Humberto Torloni, que trabalhava nos Estados Unidos e em Genebra, partiu para um grande passo: a parceria com a Fundação Ludwig, erguendo uma nova torre ao lado do antigo prédio e agora com novos rumos e

nova mentalidade administrativa moderna. Uma nova visão foi estabelecida por um novo superintendente, Dr. Brentani, que implantou com mão de ferro novos objetivos, exigindo novos esforços de todos que ali resolveram ficar ou que foram agregados. Hoje, se impõe como um grande Cancer Center mundial, produzindo o maior volume de trabalhos científicos da América do Sul na área da Oncologia.

É um orgulho podermos afirmar: Fizemos Residência Médica no Hospital A.C. Camargo Cancer Center!

# QUASE PRESO

Rev Acad Bras Mastol 2023; 3(1):16-17

“...  
*Cravos, espinhas no rosto, rock,*  
*hot dog, ‘play it cool, baby’*  
*Doze Jovens Coloridos, dois policiais*  
*Cumprindo o seu (maldito) duro dever e*  
*defendendo o seu amor e nossa vida*  
*Cumprindo o seu (maldito) duro dever e*  
*defendendo o seu amor e nossa vida*  
*Mas eu não estou interessado em nenhuma teoria,*  
*em nenhuma fantasia, nem no algo mais*  
*Longe o profeta do terror*  
*que a laranja mecânica anuncia*  
*Amar e mudar as coisas me interessa mais*  
*Amar e mudar as coisas, amar e mudar*  
*as coisas me interessa mais*  
 ...”  
*Alucinação, de Antônio Carlos Belchior, 1976.*



**Antonio Fernando Melo Filho**

Membro da ABMasto

**A**ntônio, um colega de faculdade, portanto, na nossa faixa etária, sessentão, um pouco mais ou um pouco menos, com trinta e cinco anos de formado, alternava seu temperamento de um tipo quase *zen* com um tipo mais irritadiço de alguns anos mais jovem, de quando a cabeleira ainda não era branca.

Nosso amigo não era de fato um atleta, porém adepto a caminhada, por morar próximo ao Iguatemi, era frequentador do Parque do Cocó e fazia suas caminhadas pelo calçadão do referido parque, exceto pela pandemia de COVID-19 e pelo decreto do governador.

Já no quinto ou sexto mês de tantos decretos, tantas idas e vindas, a liberdade aos poucos sendo reconquistada, saindo

do regime fechado para o semiaberto, em setembro, o Parque do Cocó estava liberado para visitas e, consequentemente, para caminhadas em suas trilhas.

Antônio entendia que as leis são cumpridas, mas devem ser cumpridas, mas não se dispensava de alguns questionamentos, como a exigência de uso de máscara em certos ambientes abertos, como o Parque do Cocó.

Após uma caminhada, quase correndo, usando máscara, sentiu uma leve dispneia (para facilitar o entendimento, falta de ar e cansaço), tirou a máscara e se sentou, de imediato, até acho que foi azar, quando foi abordado por dois policiais um pouco rudes, que exigiram o uso imediato da máscara:

— Cidadão: bote a máscara! Sim, o cearense, policial ou não, não usa “por”, e sim “botar”.



Ele argumentou a falta de ar e pediu três minutos, entretanto um policial insistiu que era decreto do governador e o outro disse:

— Cidadão, o senhor pode ser multado.

— Qual o valor? Quero saber se posso pagar, indagou Antônio, por não saber do valor, e a resposta foi uma ameaça: “Podemos te conduzir a uma delegacia”. Foi o argumento

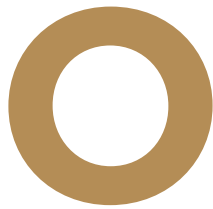
decisivo para nosso colega de turma pôr a máscara e sair caminhando pela trilha do rio.

Em seu trajeto, reencontra a fatídica dupla e, em uma atitude impensada, diz: “pesquisem o valor da multa”.

Seu anjo da guarda chegou e os dois policiais não ouviram ou fizeram ouvido de mercador e seguiram em frente para cumprir o (maldito) dever.

# O MASTOLOGISTA E A SÍNDROME DO TISILOGISTA

Rev Acad Bras Mastol 2023; 3(1):18-19



lá, amigos. Fazia algum tempo que não comparecia à sede da nossa Sociedade Brasileira de Mastologia no Rio de Janeiro e àquele belo ambiente histórico, palco de importantes movimentos que marcaram o nosso país e o nosso povo. Infelizmente, como em muitas das nossas cidades, também não muito cuidado.

Integrando a nova diretoria da SBM como vice-presidente da Região Nordeste, participei da primeira reunião na gestão 2023-2025, sob a presidência do amigo Tuffi, que, além da sua diretoria, convocou todos os presidentes das regionais, em um momento de grande entrosamento, integrando os participantes e apresentando as estratégias de sua gestão. Além de rever e conhecer pessoalmente todos os envolvidos, vivi um momento de grande emoção ao retornar àquele ambiente. Desde a localização da sede, cercada de monumentos históricos com edificações de belas arquiteturas, como o Teatro Municipal, o Museu Municipal de Belas-Artes, a Biblioteca Nacional, a Câmara Municipal do Rio de Janeiro e suas escadarias, local de muitos protestos sociais e políticos, o Cine Odeon, que no passado esteve ao lado de mais 23 cinemas, daí o nome Cinelândia dado àquela região, e como não se lembrar do famoso Bar Amarelinho na entrada do edifício da nossa sede. O bar foi o ponto de encontro de muitos artistas, boêmios, intelectuais, políticos e gente do povo. Aquele logradouro foi palco de movimentos sociais, artísticos e políticos, lutas que fizeram e continuam fazendo história, provocando mudanças em gerações e no nosso país. Muita coisa passou e mudou naquele ambiente, porém o Amarelinho continua com a fama de servir seu inconfundível chope às tardes de sextas-feiras.

Ao entrar na sala de reuniões da SBM, voltei ainda mais no tempo. Olhando a galeria dos ex-presidentes, iniciando pelo



**Maciel Matias**

Patrono da ABMasto

baluarte e pelo primeiro presidente, Dr. Alberto Coutinho, vi que realmente o tempo passa rápido e atentei que não sou mais um jovem médico, farei meio século de profissão (50 anos de formado neste ano). UFA! Só noto quando me vejo no espelho. O que também me impressionou foi que eu convivi com todos aqueles presidentes. Recordei-me também de que, ao receber o convite de Tuffi para participar de sua chapa, argumentei já me considerar um dinossauro entre os demais, mesmo assim ele insistiu no convite. Contudo, a chapa foi aceita por unanimidade, confirmando seu perfil de liderança, aumentando consideravelmente a responsabilidade de todos nós nessa gestão.

Tenho me preocupado, e certamente não apenas eu, com a continuidade da nossa especialidade no que compete a sua

afirmação entre as demais e a capacidade de sobrevivência dos que com ela se envolvem. Desde o início, foi um projeto desafiador e ainda hoje é; o desafio é uma das características na nossa sociedade. Procurou a sua identificação inicial disputando uma área que era da Ginecologia. Aproveito para recordar um comentário de um dos meus professores, ginecologista, que, ao saber que iria fazer residência no Instituto Nacional de Câncer (INCA) e daria prioridade às patologias mamárias, falou-me: “acho que você deveria rever essa opção, não tem mercado, você deverá passar dificuldades para sua sobrevivência”, mesmo assim continuei no meu projeto de vida. Fizemos grandes movimentos para seu reconhecimento junto às entidades médicas Associação Médica Brasileira Conselho Federal de Medicina, sindicatos. Com o objetivo de expandir e divulgar a especialidade, várias caravanas se deslocavam pelo país e criavam as regionais. Tive a oportunidade de participar de muitas delas e, hoje, ocupamos todos os 26 estados e o DF, muito me orgulho desses feitos. Definimos, a princípio, uma especialidade em que, além da clínica, o forte seria a cirurgia mamária, sendo o seu principal foco o tratamento das patologias malignas. Naquela época, o grande terror das mulheres eram, além da doença, as mutilações. As grandes mutilações, os péssimos resultados, os distúrbios emocionais e sociais bem como a estigmatização das pacientes atingiam também os profissionais que tratavam da doença. Tanto os pacientes como familiares tentavam esconder a doença; ainda, no ambiente profissional, os médicos eram evitados do contato com as pessoas, a ponto de mudarem de ambiente, como se o conviver denunciasse o diagnóstico à sociedade. Quase um século separou as grandes cirurgias mutilantes desenvolvidas por Halsted, Patey e Madden, as chamadas cirurgias em monobloco, tidas como padrão de tratamento até os anos 1970, quando Fisher e Veronesi comprovaram que o tempo de sobrevida pouco mudava ou até mesmo não mudava quando o tumor era de pequeno tamanho, não necessitando de grandes cirurgias. O problema é a metástase, e não simplesmente a doença regional. Surgiram as cirurgias mais conservadoras, como as quadrantectomias referendadas pelos estudos de Veronesi e seu grupo de Milão. Novas lutas para o diagnóstico se iniciaram, com a necessidade de sua precocidade, interferindo diretamente na

qualidade do tratamento e na maior sobrevida. A mamografia foi melhorando tecnicamente, mas era restrita ao radiologista geral, o mastologista não podia ter acesso ao procedimento. Uma nova luta se iniciava: negociações, impedimentos, legislações, disputa de mercado. Nossos grupos se formaram para se capacitar e empreender, até conseguir o espaço na Imaginologia Mamária. Assim foi com vários outros métodos de diagnóstico e, inclusive, solicitações de exames laboratoriais e genéticos. As mutilações levaram à necessidade de procurar repará-las. Nova disputa pelo reconhecimento da capacidade dos nossos especialistas em executá-las. A reserva de mercado mais uma vez se fez presente. Éramos proibidos de participar de eventos ou atuar cirurgicamente nessas atividades. Nossos especialistas foram em busca de estudos, treinamentos fora e dentro do país, formaram equipes. Introduzimos todos os procedimentos na formação dos nossos residentes e validamos nossa capacidade. E por aí vamos nós, mastologistas, tentando ampliar o nosso leque de atenção à saúde das mamas de nossas pacientes. Devemos continuar enfrentando esses desafios e criando projetos, procurando melhorar sempre, oferecendo toda a atenção ao cuidado das mamas (das mulheres e dos homens), no que concerne à prevenção e ao tratamento das doenças, como também aos cuidados dos problemas emocionais, físicos e comportamentais decorrentes.

Encerro lembrando-me dos Tisiologistas, que foram praticamente extintos da atividade médica por se preocuparem em tratar principalmente a doença, e não o doente. Continuar estudando, pesquisando e inovando. Jamais devemos deixar de nos lembrar dos que nos antecederam e valorizá-los; se não fossem eles, que derrubaram as barreiras das dificuldades, não existiriam avanços. Lembrem-se, mais novos, vocês deverão continuar essa história e espero que sejam tão vitoriosos quanto nós, mais antigos, que temos a certeza do dever cumprido; recordem-se também de alguns que, apesar do tempo, ainda insistem em participar dos novos desafios.

Vamos que vamos. Agregar valor ao que fazemos, manter os princípios e valores éticos e morais, assim garantiremos a base para a sobrevivência de todos nós, médicos e pacientes.

Grande abraço.

## MEDICINA E MATERNIDADE

Rev Acad Bras Mastol 2023; 3(1):20-22

**G**randes questões da vida e da ciência se baseiam em procurar respostas para as nossas perguntas. Fazemos perguntas o tempo todo! Por que ocorre a doença? Como curar a doença? Buscamos incessantemente como provar teorias por meio de estudos científicos e como controlar seus resultados, e sempre nos perguntamos como aprender mais e mais rápido sobre uma determinada técnica de cirurgia. No entanto, a vida não é assim tão controlável como nós, médicos, gostaríamos que fosse e, na prática, tal e qual a Medicina, conforme o tempo passa, verdades são desconstruídas por respostas que não imaginávamos serem possíveis em um tempo passado.

Feita esta pequena introdução, decidi compartilhar com vocês minha reação quando surgiu o convite para que nós, acadêmicos, pudéssemos escrever sobre Ciência e Humanismo para a *Revista da Academia Brasileira de Mastologia*.

— Qual seria a minha pergunta? O que eu teria de responder ou entregar de forma controlada para que meu texto fosse interessante e tivesse um nível de excelência que meus pares merecem? E, acreditem, passei dias buscando pela resposta. Inicialmente, pensei em temas ou “casos de pacientes” que pudessem interessar aos acadêmicos, entretanto, um a um, os temas ou casos me pareceram não ter a relevância necessária para a revista da Academia. Até que um dia a busca pela pergunta perfeita terminou, porque, antes mesmo de encontrá-la, cheguei à resposta: nós, médicos, achamos que precisamos e podemos controlar tudo, seja na vida profissional ou pessoal. E foi assim que retornei a um tema que desconsidere por algumas vezes, mas o retomei por ser de extrema importância e porque tenho como exemplificar com minha própria experiência pessoal.

Como mulher, e sempre desejosa de ser cirurgiã, a maternidade, para mim, sempre foi secundária. Aliás, talvez nem secundária, mas terciária ou até quaternária, já que me formar médica



**Fabiana Baroni Alves Makdissi**

Membro da ABMasto

era meu primeiro grande sonho e desejo. Depois de ser médica, aí, sim, a próxima grande meta seria me tornar cirurgiã, e não bastaria a especialidade, já que dentro da minha personalidade cirúrgica eu teria de cursar Cirurgia Geral “na Faculdade de Medicina da USP” e em nenhum outro local! Quanto controle eu tinha sobre meus desejos e metas... Era tamanho esse controle, que tudo o que eu fazia era motivado por ele. Todas as escolhas de estudo, de contatos, de pesquisa; todas as matérias extracurriculares, os livros comprados ou xerocados na biblioteca, tudo se encaixava para que o resultado final não tivesse qualquer risco de viés ou erro, e foi assim que aos 24 anos entrei para a residência de Cirurgia Geral na USP.

Naquela época, pensar em maternidade ou em qualquer coisa que se relacionasse ao tema, inclusive o próprio casamento, era

totalmente fora de cogitação! Foco! Estudo! Dedicção! Controle! Sempre conto aos meus residentes que, por muito tempo, meu único foco era a Medicina. No entanto, um relacionamento com outro residente de cirurgia do Hospital das Clínicas mudou minha forma controlada de ver a vida e viver para a Medicina. Pela primeira vez na vida, a tal maternidade passou a ser considerada, ainda que bem incipiente, mas comecei a cogitar e vislumbrar para ela um pequeno espaço na minha vida.

As referências femininas que eu tinha na época eram muito poucas e a mais relevante era a Professora Angelita, que não teve filhos. Nunca busquei saber se essa foi uma decisão pessoal ou impossibilidade, afinal isso não importava. O que via nela era a mulher brilhante, respeitada por seus pares, reverenciada por todos, que caminhava esplêndida e absoluta pelos corredores do Hospital das Clínicas, rodeada por seus discípulos (que até poderíamos chamar de seus filhos dentro da carreira médica); e lembro-me perfeitamente do dia em que vi um médico, seu aluno e recém-formado, dando sua primeira aula em um evento científico de grande porte enquanto ela, cheia de orgulho, o olhava. Aquele olhar foi tão significativo, que até pareceu que poderia ser o suficiente para mim um dia, no entanto, sentado ao meu lado estava o meu namorado, que já tinha manifestado seu desejo de ter filhos e constituir família. Todo o meu controle naquele dia foi por água abaixo, porque, pela primeira vez na vida, deixou de importar “o eu” para começar a valer “o nós”. O resultado dos dias e meses que sucederam o relato acima? Há 20 anos estou casada com aquele médico, que conheci no meu primeiro ano de residência em São Paulo, e temos dois filhos.

Todo este histórico tem relevância quando digo a vocês que com enorme frequência sou questionada por médicas mais jovens sobre escolhas profissionais, casamento e maternidade. Para muitas delas, as dúvidas são exatamente as mesmas que eu tive e o medo de perder o controle sobre suas profissões, assim como o medo de perder espaço ou perder suas conquistas durante uma licença-maternidade, definem o desafio de conciliar Medicina e maternidade. Muitas delas ainda acreditam no que ouviram pelos corredores da escola ou da faculdade de Medicina: “você precisa escolher entre ser Médica ou ser Mãe”. Como vivemos em uma sociedade pautada no cuidado eminentemente deixado a cargo de mães, o olhar profissional dessas jovens mulheres sempre é: como posso ser médica e cuidar dos meus filhos? Se essa jovem médica desejar uma profissão cirúrgica então, o medo de não dar conta de conciliar o cuidado é ainda maior! A carga cultural é tamanha, que a mim parece que essas jovens médicas, antes mesmo de escolherem se querem ou não ser mães, entendem que essa atribuição do cuidar é exclusiva das mulheres e todas terão esses filhos sozinhas.

De acordo com dados demográficos, em 1990, as mulheres representavam 30% dos médicos no Brasil. Contudo, segundo dados de 2020, esse número já mudou consideravelmente, saltando para 46,6%. Se olharmos somente para os médicos mais

jovens, as mulheres médicas de até 29 anos representam 58,5%, e as que têm entre 30 e 34 anos, 55,3%; de todas as profissões que as mulheres escolhem como carreira médica, a Cirurgia Geral não ocupa posição de preferência. No entanto, no ano de 2023 a escolha e a dedicação de mulheres em residência de cirurgia oncológica já são mais evidentes, quando comparadas aos homens. As crenças da sociedade sobre maternidade e cuidado, bem como o crescente número de jovens mulheres médicas, precisam ser abordadas para que os mitos sejam quebrados e as mulheres sintam-se cada vez mais livres para tomarem suas próprias decisões sobre serem mães e médicas concomitantemente.

Como o pedido da Academia foi contar histórias que exemplificassem o ponto escolhido, vou trazer a vocês dois tópicos que ajudam a compreender quanta discussão ainda cabe quando o assunto é Medicina e maternidade.

#### 1. Ainda existe preconceito:

- a. Uma amiga médica mastologista sai do consultório meio atordoada e eu a encontro no corredor enquanto ela ainda processa o que acabara de ouvir.

A cena foi:

A paciente entra para uma primeira consulta e, assim que anamnese começa, pergunta à médica:

— Dra., a senhora tem filhos?

A médica, superfeliz, abre um sorriso daqueles que toda mãe tem quando o assunto é filho e tira o celular do bolso, pronta para mostrar a foto dos 3 filhos.

— Sim! Tenho 3 filhos lindos! — e, enquanto retira a senha da tela do aparelho para mostrar a foto para a paciente, ela é surpreendida com a finalização da conversa.

— Ah... então você não é boa médica. Porque não tem como ser boa médica e boa mãe ao mesmo tempo.

#### 2. Nossos filhos nos observam o tempo todo:

- a. Era o último dia de outubro do ano de 2016, ano em que eu assumi a liderança da Mastologia do A.C.Camargo e logo a seguir a liderança do Centro de Referência de Tumores de Mama do mesmo local. Era uma segunda-feira, dia que começa bem cedo, porque eu coordeno o Tumor Board e o mês tinha sido extremamente cheio de ações, palestras e entrevistas por conta do Outubro Rosa. Já eram 22h00 quando, enfim, cheguei a casa depois de duas reuniões: uma com a direção do hospital e outra, em seguida, com os residentes de cirurgia, na qual estava acompanhada do meu marido. Entrando no banheiro para ajudar no banho dos filhos, perguntei ao mais novo se ele tinha alguma lição para fazer.

— Não, mamãe, eu já fiz tudo. Tô de boa.

Pedi desculpas por não ter tido muito tempo para eles naquele mês (parênteses aqui, mãe médica sempre se culpa por tudo) e disse que a partir do dia seguinte as coisas iriam mudar e que teríamos mais tempo juntos.

Foi quando ouvi o seguinte comentário:

— Tudo bem, mamãe. Eu sei que você tem um “compromisso social” com esse assunto de câncer de mama. Eu entendo e é importante, né.

Medicina tem seus desafios e a maternidade também. Tive meu primeiro filho um mês depois de defender meu mestrado. Na minha banca estava o Dr. Alfredo Barros, que fez inúmeros elogios à minha decisão de conduzir gestação e mestrado ao mesmo tempo, e vou dizer que enquanto o filho estava na barriga foi mais fácil do que depois de seu nascimento. Retirar leite no vestiário do centro cirúrgico, organizar a agenda de forma que eu pudesse ir até ele no meio do período para amamentar, escolher entre escola ou babá, principalmente para quem não tem rede de apoio familiar, não é mesmo tarefa fácil, assim como não foi fácil driblar o desejo de estar com os filhos no mesmo momento em que tinha a vontade de aumentar atendimentos para crescer profissionalmente.

O médico vira médico quando decide por isso no início da faculdade e valida isso com seu discurso e compromisso com a Medicina assim que faz o juramento de Hipócrates na colação de grau. A decisão pela especialidade ou até mesmo se vai exercer a Medicina vem depois e pode variar de acordo com a escolha de cada um, no entanto, uma vez médico, eternamente médico. Ter um filho não é diferente. Nasce uma mãe a partir do momento em que a mulher decide pela gestação. Claro que, fazendo um paralelo, assim como a Medicina é uma escolha entre inúmeras especialidades, a maternidade também o é. As decisões do cuidado geram culpa, tomam tempo e estressam. De acordo com a Demografia Médica, publicada em 2023, as mulheres são minoria em todas as especialidades cirúrgicas. A Cirurgia Geral tem 23,4% de mulheres contra 76,6% de homens; na Cirurgia Oncológica, a diferença é ainda maior, chegando a 17% contra 82%, respectivamente, apesar de nas

residências médicas atualmente as mulheres serem a maioria, como já citei. Na Mastologia, o número de especialistas do sexo feminino já ultrapassou o de homens (54% *versus* 45%). Se a escolha por essas especialidades foi baseada na possibilidade de ser mãe, não sei. A minha, por exemplo, foi um misto da paixão pelo Universo Feminino depois que me tornei mulher com a duração das cirurgias de mama. Comecei meus estudos na Cirurgia Oncológica, mas optei por me dedicar somente à Mastologia, o que me permitia ser cirurgiã sem passar um dia inteiro em campo operatório, e acredito que houve um facilitador para a maternidade pelo fato de essas cirurgias serem menores. Também percebi que o tempo de internação das pacientes era reduzido e que elas, sendo mulheres, gostavam de participar da minha gestação e não se importavam com o meu afastamento para a licença-maternidade.

Se o fato de termos um número crescente de médicas nas variadas especialidades e até mesmo na Mastologia ou na Cirurgia Oncológica denota que estamos perfeitos no lidar com essa realidade? Infelizmente, ainda estamos longe do ideal, visto que a vasta maioria dos hospitais não tem preparo para essa fase da maternidade. Já estamos com mais de 50% dos médicos da atualidade sendo mulheres em idade fértil e pouco mudou na realidade dos hospitais em relação a salas para amamentação, licença-paternidade, para o apoio a essas mulheres, ou creches dentro dos hospitais ou nas proximidades.

É urgente a necessidade de implementar melhorias que permitam coexistir Medicina e maternidade. A palavra de ordem dos médicos e pesquisadores é CONTROLE; no entanto, a palavra de ordem para Medicina e maternidade é AJUSTE. Ajustar decisões, ajustar escolhas, ajustar leis, ajustar ambientes. Todas as mulheres, incluindo as médicas, podem, em algum momento, vir a gestar. Medicina e maternidade sempre vão coexistir, afinal todo médico é filho de alguém e tornar esse binômio uma unidade, e não uma escolha excludente, é nossa missão.

# A PARTICIPAÇÃO DO BRASIL NA PRIMEIRA GUERRA MUNDIAL

Rev Acad Bras Mastol 2023; 3(1):23-28

**M**uito se escreve e se fala sobre o heroico papel da Força Expedicionária Brasileira na Segunda Guerra Mundial. Em contrapartida, provavelmente por ter sido uma modesta participação na Primeira Grande Guerra, esta é quase desconhecida. Mas nossa atuação foi politicamente importante, envolveu militares e civis, e obtivemos reconhecimento internacional. Interessante para nós, médicos, é tomar conhecimento da elogiada Missão Médica Especial brasileira.

## O QUE FOI A PRIMEIRA GUERRA MUNDIAL

Quatro anos de guerra (1914–1918), cerca de dez milhões de mortos. Uma catástrofe que pôs fim à *belle époque* europeia, depois de aproximadamente 50 anos de paz entre as nações, quando mesmo o europeu comum começava a desfrutar dos progressos da Revolução Industrial.

Havia crescente estado de beligerância na Europa, motivado por razões políticas, econômicas e expansionistas. A guerra estava sendo gestada pelas intenções imperialistas das principais potências europeias: Impérios Alemão, Russo, Austro-Húngaro, Otomano e Britânico; França e Itália.

O estopim da guerra foi o assassinato em Sarajevo (28 de junho de 1914), na Bósnia-Herzegovina, que na época estava incorporada ao Império Austro-Húngaro, do herdeiro ao trono desse império, o arquiduque Francisco Ferdinando. Este foi morto a tiros, quando desfilava em automóvel, por um estudante sérvio.

A Áustria, com o apoio da Alemanha, resolveu investigar as razões do atentado, principalmente para determinar se havia sido um ato terrorista isolado ou se havia orquestração



**Alfredo Carlos S. D. Barros**

Membro da ABMasto

de autoridades iugoslavas. Apesar de existirem controvérsias nessa parte da história, parece que os dirigentes sérvios sabiam antecipadamente dos preparativos para o atentado. A Áustria mandou um ultimato à Sérvia, solicitando que abrisse seu território para aprofundamento das investigações e julgamento dos envolvidos. O pedido foi negado.

Por conseguinte, a Áustria declarou guerra à Sérvia e bombardeou Belgrado. Em função de tratados de cooperação militar (alguns, inclusive, secretos) firmados previamente entre os países e do sentimento de revanchismo da França, que antes havia perdido a guerra Franco-Prussiana e ficado sem os territórios da Alsácia e Lorena, pela promessa de vantagens territoriais e econômicas para os turcos (históricos inimigos dos russos) e pelos interesses na disputa de territórios afro-asiáticos,

formaram-se dois grupos de envolvidos no conflito: Impérios Centrais (Alemanha, Áustria-Hungria, Turquia e Itália) *versus* Tríplice Aliança (França, Grã-Bretanha e Rússia).

Os austro-húngaros invadiram a Sérvia e os alemães entraram na Bélgica e na França. Parecia que o confronto seria curto e que os impérios centrais venceriam. Porém, a guerra não foi curta: a resistência da Bélgica e da França foram maiores do que se esperava e os russos, por sua vez, atacaram a Alemanha.

Com o passar do tempo, o cenário de guerra generalizou-se. Em favor dos aliados vieram a Austrália, a Nova Zelândia e os Estados Unidos. Também o Japão ajudou no controle marítimo asiático, no qual havia possessões germânicas. Para o lado contrário aderiram a Bulgária e a Romênia.

A guerra foi muito sangrenta. Recursos modernos, como tanques de guerra, metralhadoras disparadas por manivelas, canhões carregados pela culatra, lança-chamas, gases letais, aviões para bombardeios e submarinos, mudaram o tipo de guerra. A cavalaria caiu em desuso. As operações de transporte de efetivos e de suprimentos passaram a ser feitas por ferrovias. Mas ainda houve muito combate corpo a corpo, com facas, espadas e baionetas, especialmente para avanço a partir das trincheiras.

É curioso saber que o piloto de aviação francês Roland Garros fez as primeiras tentativas de usar uma metralhadora sincronizada com a hélice dos aviões. Garros era tenista amador e hoje dá nome para um torneio de tênis que faz parte do Grand Slam.

Milhares de quilômetros de trincheiras foram escavados e utilizados por, pelo menos, três anos. Nas trincheiras pairavam imundície e alagamentos, graçavam ratos e piolhos, havia muita lama, falta de comida e de água potável. Surtos de disenteria e enfermidades infecciosas eram comuns. Essas agruras estão retratadas no filme “Nada de Novo no Front”, filme alemão disponível na Netflix, concorrente ao prêmio Oscar de 2023.

Depois de alguns anos e de vitórias e derrotas de ambas as partes, na terra e no mar, em batalhas com dezenas ou centenas de milhares de combatentes, as forças dos Impérios Centrais começaram a desmoronar. Primeiro capitulou a Bulgária, depois a Turquia. O imperador alemão Guilherme I decidiu abdicar do trono e fugir para a Holanda. Proclamou-se a república na Alemanha.

Após 52 semanas de guerra, em 11 de novembro de 1918, um armistício foi assinado em um vagão de trem, na floresta de Compiègne, território francês. Rendiam-se os Impérios Centrais.

Em seguida, pondo fim à guerra, houve a Conferência de Paz de Paris e elaborou-se acordo entre os países. Esse acordo foi muito desfavorável, até humilhante, para as forças derrotadas, que foram punidas com enormes indenizações, perda de territórios (entre os quais Alsácia e Lorena), entrega de armamentos e navios. Fragmentou-se o Império Austro-Húngaro, com novo desenho de fronteiras entre países recém-criados pelos vencedores.

## PORQUE O BRASIL ENTROU NA GUERRA

O Brasil foi o único país latino-americano a participar efetivamente do teatro de guerra. Nossa postura era, *a priori*, de neutralidade. O conflito ocorria em terras muito distantes e envolvia questões alheias à nossa pátria. Além do mais, era importante manter o mercado exportador, sendo a Alemanha, a Inglaterra e a França nossos principais parceiros comerciais.

Debalde as intenções brasileiras, as relações com a Alemanha se complicaram. O grande fator de desacordo foi a proibição germânica de circulação de qualquer navio, inclusive mercante com bandeira de países neutros, em zonas marítimas de bloqueio estipuladas por eles. Os navios mercantes brasileiros ficaram vulneráveis ao tentar entregar café para a França e a Inglaterra, os principais importadores dessa *commodity*. E a Alemanha passou a utilizar submarinos para atacar navios de diversos países.

Um dos maiores vapores da Marinha Mercante Brasileira, o Paraná, carregado com 60.000 toneladas de café, foi atacado por um submarino alemão. A carga submergiu e três brasileiros morreram. O ataque ocorreu no Canal da Mancha, a algumas milhas da costa da Normandia.

Já havia simpatia da população brasileira pelos Aliados, insuflada pelo patriotismo e pela oratória do senador Ruy Barbosa, entre outros intelectuais. Ruy, excepcional orador, proferiu em discurso estas palavras: “*A luta, inicialmente circunscrita entre Impérios Centrais e um certo número de Estados Europeus, perde seu caráter primitivo para assumir aspecto de um conflito declarado entre os princípios da democracia moderna e os princípios da velha autocracia condenada*”.

No Rio de Janeiro, um movimento denominado de Liga Brasileira pelos Aliados foi fundado por Olavo Bilac e outros, tendo Ruy Barbosa como presidente honorário e o diplomata e escritor Graça Aranha como representante no exterior. O movimento recebia doação em dinheiro e enviava para a França.

Embora pacífico, esse movimento acabou estimulando o surgimento de passeatas e atos violentos contra lojas, restaurantes e escolas ligados à colônia alemã. O conto “O Espião Alemão”, de Monteiro Lobato, aponta de maneira magistral e hilária, o comportamento antinazista do povo brasileiro.

Para piorar, novos navios brasileiros foram torpedeados na Costa da Espanha e em Cabo Verde. Foram atacados os navios Tijuca, Lapa, Macau, Acari e Guaíba. Como compensação e indenização, a Marinha Brasileira confiscou 45 navios alemães que estavam em portos brasileiros.

Em 6 de abril de 1917, os Estados Unidos, por motivos semelhantes de ataques a embarcações que forneciam suprimentos e armas para a Inglaterra, bem como pela interceptação de uma mensagem alemã (por telegrama) de incentivo e ajuda ao México para atacar os americanos e recuperar Texas, Novo México e o Arizona, declararam guerra contra os alemães e



seus aliados. Foi uma ajuda muito importante para a Tríplice Aliança, desfalcada pela saída dos russos da guerra após a Revolução Comunista. Enorme quantidade de tanques, navios e aviões de guerra foi enviada para combate. Um descomunal contingente de cerca de um milhão e meio de soldados bem treinados desembarcou na Europa, mudando definitivamente o curso da guerra.

## AÇÕES MILITARES BRASILEIRAS NA GUERRA

Em 26 de outubro de 1917, o presidente Wenceslau Braz assinou declaração de guerra às potências lideradas pela Alemanha. A primeira medida consistiu na abertura dos portos e na liberação das águas brasileiras para as Marinhas aliadas. Em seguida, para participação mais efetiva, foi criada a Divisão Nacional de Operações de Guerra, comandada pelo contra-almirante Pedro Frontin.

Essa força naval dirigiu-se a Gibraltar e juntou-se à Marinha Inglesa. A força-tarefa era formada por três cruzadores, três contratorpedeiros e um rebocador.

Os navios brasileiros foram encarregados de patrulhar uma área marítima no noroeste da África, de formato triangular, cujos vértices eram Gibraltar, Cabo Verde e a cidade de Dakar. A Missão era atuar na guerra antissubmarina, para encontrar, deter ou destruir esses navios. Recebemos ataques de submarinos alemães, felizmente sem maiores danos, sofremos muito, isso sim, com a epidemia da gripe espanhola. Tivemos um êxito

bélico, sendo que a Marinha Britânica atribuiu aos brasileiros o afundamento de um submarino inimigo.

Pequeno, mas eficiente, contingente de oficiais do exército brasileiro foi combater junto com soldados franceses. Distinguiram-se nossos soldados pela coragem em combate na Frente Ocidental da Guerra. Destacaram-se o Tenente José Pessoa Cavalcanti de Albuquerque e o Major Tertuliano Potiguara, promovidos por bravura em ação.

Alguns aviadores brasileiros juntaram-se à Força Aérea Real Britânica, mais para aprender técnicas de guerra do que efetivamente combater. Contudo, tiveram papel simbólico importante.

Digna de grandes elogios foi a valorosa e muito capacitada Missão Médica, que foi transportada para a França com o intuito de socorrer vítimas dos combates.



Wenceslau Braz assinando a declaração de guerra



Missão Médica Especial brasileira, com Wenceslau Braz ao centro



Hospital Franco-Brasileiro

## A MISSÃO MÉDICA ESPECIAL BRASILEIRA NA PRIMEIRA GUERRA

Decorridos três anos de devastadora guerra, os franceses estavam com extrema carência de recursos na área da Saúde. Esta foi a razão para se pensar em organizar uma missão médica para apoiá-los.

Com a declaração de guerra assinada, o presidente da República, entre outros atos, criou a Missão Médica Especial de Caráter Militar, a ser enviada à França, a fim de manter um hospital temporário com até 500 leitos na zona de guerra, enquanto esta durasse.

Para angariar fundos para a Missão, houve coleta de doações da sociedade brasileira e da rica colônia de brasileiros que morava

na França. A Liga Brasileira pelos Aliados idealizou uma série de atividades com renda destinada para a Missão. O ponto alto foi a realização de festival artístico no Teatro Municipal carioca, com apresentação da ópera *I Pagliacci* e de parte de *Aida*.

A Missão Médica partiu, em 18 de agosto de 1918, da Praça Mauá, no Rio de Janeiro, com imenso apoio popular. Cerca de 4.000 pessoas estiveram no cais para a despedida, inclusive o Presidente Wenceslau Braz. A viagem ocorreu em um navio contratado de uma companhia marítima de Marselha, o Paquete La Plata, que era velho e oferecia pouco conforto, mas era veloz.

A Missão contava com 86 médicos de alta competência — 18 eram professores universitários — que haviam sido escolhidos entre 200 que se apresentaram como voluntários. Eram cirurgiões militares de carreira e civis comissionados em patentes militares.

Dois médicos famosos integraram o grupo: o Prof. Benedito Montenegro, mais tarde Catedrático de Cirurgia da Faculdade de Medicina da USP, a qual ajudou a fundar, e o Dr. Mario Kroeff, então tenente médico da Marinha, futuro pioneiro da Cancerologia no Brasil e primeiro diretor do Instituto Nacional de Câncer.

Além de médicos, compunham a Missão: farmacêuticos, estudantes de Medicina, 17 esposas de médicos (como enfermeiras), pessoal administrativo e pelotão de segurança.

Para chefiar o grupo, indicou-se o Dr. José Thomaz Nabuco Gouvêa, que recebeu a patente de coronel. Era cirurgião diretor do Hospital da Gamboa e deputado. Sua tese de doutorado na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro tratava “Dos ferimentos pelas modernas carabinas de guerra”. No futuro, integraria a Academia Nacional de Medicina (cadeira 65).

A viagem marítima foi atribulada. Houve reabastecimento de carvão em Dakar, e na partida desse porto foram embarcados no porão 1.500 soldados senegaleses. Logo depois do reinício da viagem, os viajantes foram infestados por um tipo de mal desconhecido, caracterizado por severos sintomas de gripe e comprometimento da função respiratória. Era a pandemia de gripe espanhola, causada por mutação do vírus H1N1, que migrou das aves para os humanos. A doença fez muitas vítimas fatais entre passageiros, tripulantes e soldados senegaleses. Quatro médicos morreram.

O navio teve de voltar a Dakar. Todos desembarcaram e a nave passou por medidas de desinfecção. Dezesesseis membros da Missão foram internados. A Missão só chegou à França em 24 de setembro.

Assim que chegaram, planejou-se, por meio de reuniões com militares franceses, um serviço de ambulância para captação e transporte de feridos para o hospital que seria montado, conseguiram o prédio de antigo colégio jesuíta que estava abandonado, em péssimo estado de conservação, que foi cedido pelo governo francês, na Rue Vaugirard. A reforma seria toda custeada por brasileiros.

Enquanto se preparava o hospital, a Missão teve de ajudar a atender pacientes com gripe espanhola, em caráter de extrema necessidade. Partiram para atuar bravamente em diversas províncias francesas, o ato foi recebido com entusiasmo pelas autoridades sanitárias locais.

Montou-se o hospital em tempo recorde: um mês e meio. As despesas com obras de restauração ficaram a cargo do governo brasileiro (5 milhões de francos) e a França ajudou na aquisição de material, utensílios, medicamentos e mobiliário.

O Hospital Franco-Brasileiro para as vítimas da guerra foi inaugurado com 360 leitos. Estava muito bem equipado: centro cirúrgico, enfermarias, salas de curativos, aparelhos de raios X, fisioterapia e salas para banhos e duchas. Disponha de lavanderia com capacidade de esterilização e cozinha a vapor.

A este hospital eram encaminhados casos de gravidade e quase todos os leitos foram rapidamente ocupados. Lideravam a seção de cirurgia, com grande habilidade e obtendo imediato reconhecimento francês, os Drs. Benedito Montenegro, Maurício Gudin, Borges da Costa e Torreão Roxo, auxiliados por outros mais jovens. Enfermeiros franceses trabalhavam no hospital.

Alguns meses depois, a guerra terminou. Diversos médicos brasileiros foram agraciados com a Comenda da Legião de Honra de França, entre os quais o Prof. Benedito Montenegro. E a Missão Médica, que em princípio deveria ser dissolvida, tinha ainda muito serviço. A ofensiva final guerra havia deixado milhares de feridos, com complicações agudas e crônicas, que precisavam de atendimento.

Wenceslau Braz deixou a presidência em 15 de novembro. O novo presidente, Delfim Moreira, que assumira em função de doença de Rodrigues Alves, decidiu que permanecessem na França só os médicos militares de carreira e alguns civis escolhidos por eles. Foi designado o Dr. Rodrigo de Araújo Aragão Falcão como novo diretor.

O Hospital Franco-Brasileiro funcionou até o final de 1919, quando toda a estrutura foi doada para a Faculdade de Medicina da Universidade de Paris, para a formação de médicos cirurgiões. Em visita ao hospital, o reitor da universidade disse aos brasileiros: “*Prestastes à França um serviço eminente, e no espaço de poucas semanas fizestes o milagre de criar este hospital de primeira ordem, cujos serviços são prestados a 300 feridos ou doentes e que bem pode servir de modelo a muitas de nossas organizações*”. A Universidade de Paris aprovou calorosa moção de agradecimento pelo hospital ao governo do Brasil.

Desde 1968, o Hospital de Vaugirard, como é hoje conhecido, é administrado pela Assistência Pública dos Hospitais de Paris. No parque que liga as Ruas Vaugirard e Vaugelas foi colocada uma placa, em 1994, alusiva à presença da Missão Médica Brasileira.

## O BRASIL NA CONFERÊNCIA DE PAZ DE PARIS

Honrosamente o Brasil conseguiu assento na Conferência de Paris e foi signatário do Tratado de Versalhes. A comitiva brasileira foi comandada pelo então senador Eptácio Pessoa, futuro presidente da República.

Os brasileiros lograram incluir no acordo o recebimento de indenização, com juros, pelo café dos navios naufragados e a

posse de mais de 70 navios dos Impérios Centrais apreendidos em águas e portos nacionais.

Na ocasião, criou-se uma organização internacional, a Liga das Nações, como parte do Tratado de Versalhes. A função primordial dessa organização seria a manutenção da paz no mundo e o Brasil foi um de seus fundadores.

## LEITURA SUPLEMENTAR

1. Araripe LA. Primeira Guerra Mundial. In: Magnoli D. História das Guerras. São Paulo: Contexto; 2013.
2. Martins das Silva CE [Internet]. A Missão Médica Especial brasileira de caráter militar na Primeira Guerra Mundial. Navigator 20 [cited on 2023 Feb 10]. Available from: <http://portaldeperiodicos.marinha.mil.br/index.php/navigator/article/view/554>
3. Daróz C. O Brasil na Primeira Guerra Mundial. São Paulo: Contexto; 2016.
4. Lobato M. O espião alemão. In: Lobato M. Cidades mortas e outros contos. Jandira: Ciranda Cultural; 2019.
5. Wikipédia [Internet]. Brasil na Primeira Guerra Mundial [cited on 2023 Feb 07]. Available from: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Brasil\\_na\\_Primeira\\_Guerra\\_Mundial](https://pt.wikipedia.org/wiki/Brasil_na_Primeira_Guerra_Mundial)

# AMOR É FOGO QUE ARDE SEM SE VER

Rev Acad Bras Mastol 2023; 3(1):29

Amor é fogo que arde sem se ver;  
É ferida que dói e não se sente;  
É um contentamento descontente;  
É dor que desatina sem doer;

É um não querer mais que bem querer;  
É um solitário andar por entre a gente;  
É nunca contentar-se de contente;  
É cuidar que se ganha em se perder;

É querer estar preso por vontade;  
É servir a quem vence, o vencedor;  
É ter com quem nos mata, lealdade.

Mas como causar pode seu favor  
Nos corações humanos amizade,  
Se tão contrário a si é o mesmo amor?



**Luís Vaz de Camões**

(1524-1580)



APOIO

**Libbs**  
Porque se trata da vida

