

Introdução

Esta doença he muitas vezes ocasionada pelo frio, a que o doente se expoz immediatamente depois de ter estado muito quente. A sua causa proxima he um humor acre, e quente.

Annuncia-se com calafrio, e prostração de forças, e geralmente he acompanhada de febre. A parte affecta põe-se quente, de huma côr rubra tirando para amarella, e muitas vezes se cobre de pequenas pustulas sarnentas; ou se a erisipela he na face, incha esta, e apresenta humas vesiculas cheias d'agua.

Se a doença he acompanhada de febre he preciso usar da sangria; não sendo porém indicada esta evacuação, assaz he receitar alguns *purgantes* suaves, e nos intervallos, alguns *diaphoreticos*, taes como os pós compostos de *contraherva*, com hum pouco de *alcanfor*, e de *nitro* (1).

Apesar de parecer, aos nossos olhos do século XXI, uma prosa com generosos séculos de existência, esta citação foi extraída de um compêndio de medicina publicado no século XIX e condensa o que, em 1804, a classe médica europeia sabia sobre a erisipela.

Não era muito, se ajuizarmos pelo ponto de vista da terapêutica proposta ou do prognóstico e incomoda-nos em termos de explicação: de facto toda a gente sabe que existe um *Streptococcus pyogenes* por trás de uma erisipela e o quadro descrito está mesmo a pedir uma penicilina, ou uma cefalosporina para aqueles que se sentem mais modernos.

No entanto, em 1804 as coisas estavam neste pé e o ensino médico continuava a reger-se pelas teorias de Hipócrates (466-377 A.C.) e de Galeno (D.C. 130-200), teorias que faziam depender todos os processos mórbidos das variações climáticas e das peculiaridades dos fluidos orgânicos humanos.

Sob a omnipresente influência da escola greco-latina, as primeiras investigações sobre as epidemias e o processo de contágio pouco mais são do que climáticas. São a humidade, o frio dos nevoeiros, ou o vento que sopra dos pântanos, que provocam as *febres* e todas as outras doenças e o ar é o elemento preferencialmente implicado como veículo de transmissão.

Ainda se pensava assim no século XVIII, mas quatrocentos anos de epidémica mortandade tinham, entretanto, introduzido algumas modificações nos conceitos de contágio e transmissão. O ar, às vezes a água e os alimentos, são a causa de todos os flagelos, mas é num ar contaminado que agora se centram as paixões: eflúvios pútridos dos pântanos e das fossas, exalações maléficas vindas dos cemitérios e vapores nocivos próprios dos ambientes confinados, causam directamente a morte das populações expostas a tais miasmas (2).

Na ausência de explicação química ou biológica e sob a pressão da imensa mortalidade causada pelas doenças infecciosas, os clínicos dedicam-se a uma descrição exaustiva das mesmas, tentando estabelecer alguma disciplina nosológica no caótico universo das *febres*.

Esta obsessão é visível em todos os tratados de medicina, os quais, até tarde no século XIX, ocupam a maior parte das suas páginas com a descrição dos sintomas e sinais associados a cada uma das febres e as classificam, geralmente de acordo com o prognóstico, em benignas, malignas, pútridas e eruptivas (3).

Encalhado em 1804, o retrato clínico da erisipela espelha os conhecimentos de vinte séculos de saber médico: Sintomas do paciente e sinais da observação, uma terapêutica que não é muito animadora na perspectiva do doente e uma etiologia alicerçada nas perturbações do clima e dos humores. Mas todos estes modelos estavam por um fio, o mundo movia-se e as décadas seguintes trariam revelações espantosas, pois o terreno vinha a ser lavrado por investigadores de ciências diversas.

Na primeira metade do século XIX o sistema de classificação de animais e plantas proposto por Lineu começava a estar bastante bem visto no mundo científico e parecia até natural para alguns ex-

perimentadores que se estendesse essa taxonomia a outros fenómenos da natureza. Por seu lado, os biólogos enunciavam teorias que associavam causas e efeitos e os médicos, pela acumulação fortuita de factos clínicos, discorriam sobre a relação entre doenças e causas específicas (4).

E seria um senhor muito famoso, tão popular que o seu nome integra a nossa linguagem alimentar corrente, o principal responsável pela derrocada de dois milénios de teorias explicativas da doença e pelo embaraço geral da classe médica: Louis Pasteur.

O que Louis Pasteur e Robert Koch (esse mesmo, o da tuberculose e cujo nome nesta matéria deve ser ligado ao de Pasteur, sob risco de total injustiça) disseram foi bastante simples. A cada doença corresponde um micróbio, o que leva a que cada doença tenha uma causa específica e, assim sendo, cada doença deve ter uma prevenção, ou uma cura, específica.

Corria a década de setenta do século XIX e estas afirmações provocaram uma hecatombe no estado da arte médica, que ao longo dos séculos precedentes se nutrira de princípios mais ou menos metafísicos, ou mais ou menos abstractos, de observações pouco controladas e com os consequentes escassos resultados práticos que as estatísticas vitais iam traduzindo. Foi demais para o *status quo* médico desses dias, no qual os miasmas ainda constavam como causadores de doença em eminentes dicionários médicos (Littré, 1865) e numa altura em que ainda se reimprimiam (1874) os tratados de Hipócrates com o objectivo de serem usados na prática clínica e no ensino médico (3)(4). Pasteur e Koch tiveram problemas...

O século XIX ia adiantado e já passara de moda o hábito de silenciar as opiniões divergentes utilizando a fogueira como principal recurso, mas se uma esmagadora maioria, que ainda por cima tem do seu lado o peso de vinte séculos de tradição, publicita que não acredita, que tal não é possível, então é certo que os inovadores vão passar um mau bocado.

Acontece que Louis Pasteur e Robert Koch não eram propriamente o tipo de cientista distraído que a literatura e depois o cinema se encarregaram de divulgar; eles sabiam bem o que a casa gastava. Utilizando um raciocínio rigoroso e os conhecimentos mais

recentes da experimentação e da observação controlada, descreveram as suas experiências com um detalhe que possibilitou, aos colegas que o quiseram fazer, a repetição exacta do que tinha sido levado a cabo e a comprovação dos resultados apresentados.

Como se não fosse já pouco, a contribuição para o avanço das ciências médicas legada por Pasteur e Koch não se ficou apenas a dever à aplicação prática das suas descobertas: origem bacteriana das doenças infecciosas (cólera, tuberculose, carbúnculo), vacinas (raiva, carbúnculo), desenvolvimento de meios de cultura puros, demonstração que os microrganismos se propagam pelo ar. A isto, Louis Pasteur e Robert Koch juntaram alguns conceitos fundamentais para a epidemiologia que se pratica na actualidade: o conceito de imunidade e os conceitos de portador e de portador-são.

E como ainda não estivessem satisfeitos, inventaram o método de tornar *reprodutíveis* as experiências e as observações efectuadas em laboratório e com isto revolucionaram a comunicação de informação científica. O objectivo inicial fora calar os críticos, mas o que nos ficou foi uma nova estrutura de concepção e apresentação da investigação científica, radicalmente oposta ao formato descritivo e vago até então vigente na literatura médica.

Louis Pasteur tinha inventado e individualizado aquilo que é hoje uma das peças fundamentais da estrutura de uma investigação (a metodologia utilizada) e um dos capítulos vitais na avaliação da consistência de um trabalho científico, a secção de *material e métodos*.

Este será o assunto explorado nas páginas seguintes, depois de algumas considerações sobre as diferentes formas que pode assumir a redacção de trabalhos em medicina e sobre os requisitos que precisam ser cumpridos para que uma investigação se possa intitular de científica.

1. Tipos de redacção médica

Remontam aos primeiros anos da faculdade os contactos iniciais com a redacção médica. Descrição de peças anatómicas, histórias de doentes internados, relatórios sobre casos clínicos para apresentação em sessões do Serviço, são alguns exemplos das primeiras tentativas de ordenamento do infindável assunto da nomenclatura e da observação médica.

Posteriormente, a especialização médica proporciona outro tipo de pesadelos: relatórios de actividades para avaliação final de estágios, programas de intervenção em saúde, relatórios de pequenas investigações e, como se não bastasse, um *curriculum vitae* para apresentar o júri das provas de finalização da especialidade.

Quer a vocação, ou as sortes, nos empurrem para um ambiente hospitalar, uma vida nos cuidados de saúde primários ou uma carreira académica, cedo se deparam novos suplícios. Uma boa parte deles são desencadeados pela pressão da progressão na carreira e os restantes motivados pela necessidade de manter em funcionamento os serviços onde trabalhamos.

Como consequência, torna-se imprescindível produzir investigação para apresentar em congressos e publicar em revistas, conceber e redigir textos pedagógicos para uso dos formandos, escrever teses de mestrado e de doutoramento, alinhar artigos de divulgação para leitores não médicos e, obviamente, despachar a redacção de mais alguns currículos.

Evoluindo dos mais simples para os mais sofisticados ou, dizendo de outro modo, daqueles que pouco ultrapassam a enumeração de acontecimentos para os que implicam uma concepção complexa e medições precisas, um cumprimento rigoroso de regras estabelecidas previamente e uma razoável experiência profissional, podemos considerar diferentes tipos de redacção médica: