

**ENTREVISTA REALIZADA COM NAUM KEISERMAN
ACERVO DO LABORATORIO DE HISTORIA ORAL, DO NUCLEO DE DOCUMENTAÇÃO
HISTORICA DA UFPel**

INTERVIEW WITH NAUM KEISERMAN
ORAL HISTORY LABORATORY COLLECTION, FROM HISTORICAL DOCUMENTATION
CENTER OF UFPel

Lorena Almeida Gill¹

Ângela Betriz Pomatti²

A equipe do Núcleo de Documentação Histórica da UFPel entrevistou o Dr. Naum Keiserman em duas ocasiões: a primeira entrevista³, no ano de 1991, foi realizada pela professora Beatriz Ana Loner e por sua bolsista à época, Maria Amélia Gonçalves da Silva, na cidade de Pelotas e teve como objetivo principal discutir a fundação da Faculdade de Medicina, dentro de um projeto mais amplo que realizava a reconstrução da memória da UFPel. Já a segunda narrativa foi idealizada em 2007 e a responsável foi a graduanda de História, à época, Angela Beatriz Pomatti, hoje museóloga no Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul. O objetivo deste segundo depoimento foi discutir as formas de cuidado para a tuberculose pulmonar em Pelotas, antes da descoberta de antibiótico específico para o tratamento, a estreptomicina. Este projeto entrevistou médicos, pessoas que tiveram contato com a enfermidade, familiares e uma visitadora sanitária e foi intitulado “Histórias de uma doença e de seus enfermos” sendo desenvolvido entre os anos de 2005 e 2007.

Optamos em apresentar para o número desta revista a segunda narrativa, justamente porque também conta um pouco sobre os primórdios da constituição da Faculdade e ainda discute sobre uma doença que era a causadora do maior número de morte não só em Pelotas, como em outras cidades do Brasil e do mundo.

¹ Professora dos Programas de Pós-Graduação em História e Sociologia. Coordenadora do Núcleo de Documentação Histórica. Instituto de Ciências Humanas, UFPel. E-mail: lorenaalmeidagill@gmail.com

² Museóloga no Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul. Mestre em História. E-mail: angela.pomatti@simers.org.br

³ Entrevista disponível no Laboratório de História Oral do Núcleo de Documentação Histórica da UFPel. <https://wp.ufpel.edu.br/lho/>

Antes que se passe a entrevista, será apresentada uma pequena biografia do Dr. Naum, de modo que se conheça sua trajetória profissional.

Naum Keiserman nasceu em 1º de setembro de 1917, na cidade de Porto Alegre e faleceu no dia 19 de setembro de 2011. Ele se formou em Medicina no ano de 1939 e logo se especializou na área de tisiopneumonia. Naum foi casado com Clara Keiserman por toda a vida e tiveram três filhos. Clara era uma visitadora sanitária, que procurava pacientes mais vulneráveis, em suas casas, repassando, principalmente, conselhos higiênicos.

Ele foi o criador da Faculdade de Medicina da UFPel e seu diretor por vários anos. Esta trajetória é contada na entrevista que será aqui apresentada e especialmente em um artigo que Naum escreveu para a Revista Saúde, Ciência e Sociedade, do Departamento de Medicina Social da UFPel intitulado “Faculdade de Medicina da UFPel: a História de um Quarto de Século”. Ele ainda exerceu vários outros cargos na administração como Assessor Especial da Gestão do Reitor Amilcar Gigante, Presidente da Fundação de Apoio Universitário e Diretor do Hospital Escola da UFPel. No tocante à representação foi Presidente da Associação Médica de Pelotas, entre os anos de 1969 e 1971; segundo vice-presidente entre os anos de 1991-1993; primeiro secretário em 1995-1996. O Diretório Acadêmico dos estudantes da Medicina tem o seu nome.

Entrevista realizada com o Doutor Naum Keiserman, no dia 2 de abril de 2007, em sua residência, em Porto Alegre.

Entrevistadora: Angela Beatriz Pomatti.

Entrevistadora: Poderia dizer seu nome, sua idade, onde o senhor nasceu?

Dr. Naum: Meu nome é Naum Keiserman, nasci em Porto Alegre em 1º de setembro de 1917, estou chegando aos noventa anos. Formei-me em 1939. Em 1941 fui contratado pelo então Departamento Estadual de Saúde e designado para o setor de Tisiologia, no Centro de Saúde de Rio Grande. Recém-casado, minha esposa era visitadora sanitária, e exercia sua atividade em Porto Alegre. Não havendo vaga em Rio Grande, foi ela transferida para Pelotas. Nos fins de semana eu ia à Pelotas. Esta situação durou pouco tempo. Ocorre que o tisiologista que atuava em Pelotas, Dr. Assunção Osório, transferiu

residência para o Rio de Janeiro, proporcionando minha transferência para Pelotas. Exerci minha atividade nessa cidade até 1966, quando fui aposentado. Houve um intervalo de 1943 a 1945, quando fui convocado no período da Segunda Guerra Mundial.

O tratamento era feito inicialmente, simplesmente com terapia de clínica, que realizavam em sanatórios, em lugares altos, e se tratava mais de repouso e boa alimentação, até que surgiu na Itália, o tratamento pelo pneumotórax. E quando fui para Rio Grande, comecei a fazer lá o pneumotórax, que consistia no seguinte: o pulmão é revestido por um tecido chamado pleura, são duas pleuras, a parietal que forra o tórax e a pleura visceral que encobre o pulmão. Quanto o pulmão respira essas duas pleuras deslizam uma na outra, enchendo o tórax, criando o vácuo entre as duas pleuras e, esse vácuo, auxiliado pela expiração, expande o pulmão. Quando se introduziu o pneumotórax a ideia era fazer com que as lesões, principalmente as cavernas, sofressem um colapso. A tendência normal do pulmão é retrair, mas não retrai porque tem o vácuo entre as pleuras, então se introduz ar entre a pleura parietal e a pleura visceral. Essa camada de ar faz com que o pulmão tenha um colapso, e a ideia é fazer com que a caverna, que é uma escavação, tenda a se fechar e fazer a cicatrização de uma parede para outra. Então se fazia a injeção de ar entre as duas pleuras, era isso o que eu fazia.

Antes disso, o que se realizava em Pelotas era a injeção de cálcio na veia e boa alimentação, não havia mais que isso, então veio o pneumotórax. Mas havia uma enorme dificuldade: primeiro, o processo inflamatório do pulmão, acarretado pela tuberculose, causava uma espécie de irritação na pleura, e isso colava a pleura visceral na parietal, e, algumas vezes, não era possível introduzir ar, porque estava colado. Nesses casos, não havia a possibilidade de pneumotórax.

Então surgiram mais dois acessórios, primeiro, se colocava o ar entre a pleural visceral e a pleural parietal, que, na maioria das vezes as aderências eram em determinados lugares, não havia o que se chamava de uma síntese pleural, era uma aderência. Com a retração do pulmão aquele tecido espichava e formava uma espécie de cordão, então, quando o pulmão não colava porque eram três as aderências, surgiu uma operação que se chamava operação de Jacobeus. No que consistia: criou-se um aparelho que tinha dois canos, um que possuía uma lâmpada na ponta e ia iluminando e

outro, que através da corrente elétrica ficava incandescente, era um tipo de termo cautério, então se fazia um furo no pulmão, no tórax e outro em outro lugar, um ia à objetiva e pelo outro ia o termo cautério. Tal procedimento já existia em 1941, 1942, e eu fazia isso em Pelotas.

Para trabalhar em fisiologia eu me preparei com alguns cursos: fiz um curso oferecido pelo próprio Departamento Estadual de Saúde, fiz um estágio no Hospital Sanatório Belém, à época destinado a pacientes com tuberculose. Lá trabalhavam os professores Cezar Ávila e Eliseu Paglioli, entre outros. Em Montevideu fiz curso de broncoscopia com o Dr. Chevalier Jackson, americano que lá se encontrava para este fim. Em Córdoba, Argentina, fiz curso de Cirurgia Torácica. No Rio de Janeiro, acompanhei cirurgia de tórax com Jesse Teixeira. Em Pelotas, eu comecei a fazer tudo isso.

Em primeiro lugar quando havia síntese na pleura, a maioria das lesões era no ápice do pulmão, na parte elevada do pulmão. A cirurgia consistia numa toracoplastia, que fazia a ressecção de costelas, e não havendo costelas a parede colabava. Então aquela região do pulmão fazia o colapso, que era o que se pretendia fazer com o pneumotórax. Isso era uma das cirurgias que se fazia. Outra consistia simplesmente em cortar as aderências e, algumas vezes, se fazia o que se chamava de pneumotórax extra pleural cirúrgico, onde se tirava uma costela e se realizava o descolamento da pleura parietal, de maneira a descolar a pleura da parede e abrir um espaço e depois injetava ar. Era uma terapêutica que se fazia em último caso, porque era difícil de manter essa camada de ar. A tendência do pulmão era expandir, e essa injeção de ar, para estar lá, é necessária uma pressão muito forte.

Outro tratamento que se fazia era o pneumoperitônio, quando a lesão pulmonar era na base do pulmão se fazia à injeção de ar no abdômen, esse ar elevava o diafragma, na base e fazia uma espécie de colapso da base pulmonar. Então tudo isso dependia sempre de cada caso.

A toracoplastia trazia algumas consequências: uma delas era a escoliose da coluna. Desapareciam as costelas, desaparecia o equilíbrio da coluna. Mas se tinha que optar entre a vida do paciente sem tuberculose e a escoliose. Só muito depois surgiu a

estreptomicina, e logo em seguida a dihidroestreptomicina, que são antibióticos para o tratamento do bacilo da tuberculose. A vulgarização do uso desses medicamentos acabou com o pneumotórax. Eu me lembro do professor Valdemar que foi até lá para fazer uma palestra já na época do antibiótico, e na palestra na Sociedade de Medicina, o doutor Fuad Seleiman, que era o outro médico que tratava de tuberculose, perguntou para ele qual era a situação atual do pneumotórax. Eu achei interessante porque dava a impressão que o professor não havia nem escutado, e continuou a palestra mostrando os casos curados com antibiótico, aí ele terminou a palestra e se virou para o Dr. Fuad e disse que assim respondia qual era a situação do pneumotórax, que não havia mais a necessidade, já que a tuberculose se tratava com antibiótico.

Mas existe um problema, que ocorreu com a estreptomicina e existe com os antibióticos naturais, é o risco de o bacilo criar resistência ao antibiótico. O tratamento é longo, muitos pacientes, depois de certo tempo já se sentem bem, acham que estão curados e param com o tratamento. O resultado é que o bacilo adquire resistência ao antibiótico e, o que é mais grave, se esse bacilo contamina outra pessoa, essa não se beneficia mais com o antibiótico, porque foi contaminado com o bacilo resistente. Ainda esses dias eu ouvi na televisão que o problema da tuberculose está se tornando grave, acredito que porque o paciente em geral cansa. Por exemplo, a estreptomicina se fazia duas ou três vezes por dia, durante meses, e era cansativo, quando o doente sentia que estava bem, parava. Eu deixei de fazer Tisiologia quando fui convidado para trabalhar na radiologia da Beneficência Portuguesa, porque com os antibióticos o tratamento da tuberculose passou para os clínicos gerais, não se ia mais aos especialistas. O clínico receitava o antibiótico e pronto. Aí parei de trabalhar com tuberculose. Fui convidado para atuar na Beneficência porque eu não fazia radiologia na época, eu só fazia radiologia pulmonar, e daí quando o radiologista de lá saiu, fui convidado. Acho que era isso de tratamentos. Existiam riscos, como no caso do pneumotórax, porque se tinha que colocar a ponta da agulha exatamente naquele espaço entre uma pleura e outra, naturalmente existia um aparelho, ligado a um manômetro, então se introduzia a agulha, e quando chegava a um espaço que era negativo, o manômetro mostrava a pressão negativa e a gente ficava sabendo que estava no espaço pleural e injetava o ar, aos poucos, em dias alternados e depois uma vez por semana. Fazia-se fazia cerca de meio

litro de ar em cada vez. No começo eram três por semana, colocava um pouco e se ia adaptando. A gente mandava vir o doente com frequência, e cada vez que ele vinha, a gente ia para o raio X e fazia a radioscopia para ver se o pulmão estava silabado ou não, se tinha que colocar mais ar. Aí existia uma série de problemas, um é esse risco de na hora da injeção pegar alguma veia, algum artéria, do tecido. Outro problema é que, às vezes, com a irritação da pleura, fazia derrame pleural, formando um líquido dentro da cavidade torácica. Aconteciam, mas eram raros, eu tive casos de estar no consultório fazendo isso e de repente dar uma embolia e ter que levar o paciente ao hospital. Isso era resumidamente como era o tratamento à época e os problemas decorrentes dos procedimentos.

Entrevistadora: Uma das coisas que se ouviu falar era que havia uma cirurgia que se fazia e que se colocavam bolinhas de ping-pong esterilizadas. O senhor conhece esse procedimento?

Dr. Naum: Sim, plumbagem, para se fazer o descolamento do pulmão. Em vez de se fazer o pneumotórax se colocava as bolinhas, no espaço entre a pleura visceral e o tórax. Descolava-se a pleura visceral, se fazia um espaço vazio aqui e se colocavam as bolinhas. Eu nunca cheguei a fazer.

Entrevistadora: E quais os riscos deste tipo de procedimento?

Dr. Naum: Existe o problema da rejeição, porque são coisas artificiais, e podia rejeitar. Existia também o problema da infecção. Felizmente com o tratamento que se fazia há um bom número de pacientes curados em Pelotas. Quando vou a Pelotas costumo hospedar-me no Hotel Manta. Quase defronte ao Hotel há um ponto de táxi. Um dos taxistas guardou a minha fisionomia, fala-me de duas pacientes que tratei e diz que estão bem. Lá se vão cerca de 40 anos.

Tem outro problema que é raro, porque dentro da aderência que a gente vai cortar, tem uma pele e quando se corta, de repente jorra sangue, eu tive um caso. Eu

tinha um consultório na Praça General Pedro Osório, era o consultório do doutor Amaral Silva e eu tinha consultório com ele. Às vezes eu indicava ao paciente que tinha que operar e eles me perguntavam se a operação era garantida, e eu dizia: “Olha aqui, se você me perguntar onde é a Beneficência Portuguesa eu te explico, sai daqui, vai até a Andrade Neves, vai andando chega lá e tal, agora se um carro te pega no caminho tu não chega lá, isso eu não posso garantir.” Quando a gente vai fazer uma cirurgia sempre existem riscos. Eu me lembro de uma ocasião em que um paciente, que estava na mesa de cirurgia e ele me perguntou: “Doutor, precisa mesmo fazer a cirurgia?” Me deu um frio e fiquei pensando, imagina se esse doente morre. Felizmente não morreu, deu tudo certo.

Entrevistadora: Quais foram os hospitais em que o senhor atuou?

Dr. Naum: Só na Beneficência Portuguesa de Pelotas

Entrevistadora: E existia na Beneficência uma ala só para tuberculosos?

Dr. Naum: Tinha, é a ala onde funciona hoje a Faculdade de Medicina. A Beneficência construiu um setor ali na Santa Tecla, me parece que é o nome da rua, tem lá uma passarela que sai da Santa Casa e vai para outro pavilhão, esse é o que foi construído para a tuberculose.

Entrevistadora: Foi a Beneficência que construiu aquele pavilhão?

Dr. Naum: Não, foi a Santa Casa. A Beneficência construiu, a pedido meu, uns quartos que ficam no fundo da Beneficência, na lateral, chamado de pavilhão São Roque. Tinham oito ou dez leitos, específicos para a tuberculose.

Entrevistadora: Esses leitos eram suficientes para a demanda de tuberculosos ou tinham que colocá-los em outros setores?

Dr. Naum: Não, colocavam apenas nesse setor. Na verdade, era raro o paciente da tuberculose se hospitalizar, só aquele que ia operar. Se ele precisava fazer repouso tinha que fazer repouso em casa. Justamente havia as visitadoras sanitárias, e a profissão delas era visitar os pacientes e ensinar a fazer o isolamento hospitalar, como cuidar para não

transmitir a doença, tinha que ter seus talheres, copo, prato, tudo separado. Essa era a função das visitadoras. Todo o médico que atende doentes com moléstias contagiosas é obrigado a notificar a Secretaria de Saúde, para a mesma tomar conhecimento de quantos doentes tinha e providenciar o que era necessário. A visitadora tomava conhecimento de cada doente que era tuberculoso e ia a casa desse doente ensinar como fazer o isolamento domiciliar. Outra função importante da visitadora era aplicar a vacinação BCG, que é uma vacina antituberculose, realizada nos recém-nascidos visando evitar a contaminação.

Entrevistadora: Então eram essas pessoas que cadastravam as pessoas da família dos tuberculosos no centro de saúde?

Dr. Naum: No Centro de Saúde existia um setor de epidemiologia, que era o órgão encarregado de fazer o registro. O setor recebia a notificação do nascimento de criança, ligava para a visitadora, que ia lá, percorria os hospitais, as maternidades, mas tinham casos de crianças que nasciam em casa, partos feito por parteiras, mas mesmo assim tinha que ter a comunicação para o setor de epidemiologia tomar conhecimento.

Entrevistadora: Então o senhor só trabalhou no hospital da Beneficência Portuguesa de Pelotas?

Dr. Naum: Na época que eu fui a Pelotas, não sei se é assim ainda hoje, havia certo atrito entre os médicos da Beneficência e da Santa Casa, quando eu cheguei a Pelotas houve um problema na Santa Casa e um grupo de médicos foi para a Beneficência, foi quando ela começou a crescer.

Entrevistadora: Não foi uma greve que ocorreu em 1961?

Dr. Naum: A de 1961 foi outra e até participei. Eu era do Conselho de Medicina de Pelotas. Mas dessa vez saiu da Santa Casa o doutor Jose Brusque, Orlando Brusque, Adriano de Carvalho e foram para a Beneficência, então quando eu cheguei a Pelotas a situação era a seguinte: quem estava na Santa Casa não entrava na Beneficência. A maioria dos médicos que trabalhava no centro de saúde, atuava também na Beneficência, e me convidaram para trabalhar lá, e eu não entrei mais na Santa Casa.

Entrevistadora: Qual o nome de seus pais, onde eles nasceram, qual era a profissão que eles exerciam?

Dr. Naum: Meus Pais vieram da Europa, da Romênia. Meu pai era Sneer, minha mãe era Sara. Meu pai teve vários nomes, o nome dele era Sneer, mas começaram a chamá-lo de vários nomes. Até que lá pelas tantas, meu pai tinha uma fábrica de móveis e havia problema porque em cada lugar havia um nome, daí ele resolveu organizar passando a ser Sneer, que era um nome judeu e toda a documentação dele foi mudada para esse nome.

Entrevistadora: Eles foram direto à Pelotas?

Dr. Naum: Não, eles nunca moraram lá, vieram direto a Porto Alegre. A primeira que veio da família foi a minha avó. Não sei como e nem com quantos filhos, e depois ela montou uma lojinha e trouxe a parentada toda para cá. Ela fazia a carta de chamada. Ela chegou aqui e ficou abismada, porque não conhecia a luz elétrica.

Entrevistadora: O senhor se formou em Porto Alegre?

Dr. Naum: Sim.

Entrevistadora: Quando o senhor se formou, já se saia com alguma especialização ou o senhor fez esses cursos depois?

Dr. Naum: Eu fui convidado, não sei quem me indicou, veio uma comissão de um distrito de Guaporé, chamado Vila Oeste, e me convidaram para trabalhar lá, daí fui para a cidade. Eles arrumaram uma casa que adaptaram até para que pudesse fazer cirurgias. Mas meus pais queriam que eu sáísse de lá. Uma vez apareceu na loja do meu pai uma senhora, que era esposa do prefeito de Rio Grande, então minha mãe falou com ela. Ela conversou com o marido dela e me nomearam, assim eu cheguei com um cartão e me apresentei na Secretária de Saúde e ele disseram que tinha vaga para mim na tisiologia, mas não tinha vaga em Pelotas, só tinham em Rio Grande, então minha mulher que era visitadora foi a Pelotas e eu fiquei em Rio Grande. Mas fiquei poucos meses, depois fui para Pelotas.

Entrevistadora: Como é que se deu a criação da Faculdade de Medicina de Pelotas?

Dr. Naum: Tal assunto já foi publicado por uma revista do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina. A ideia foi lançada pelo Dr. Franklin Olivé Leite, na Sociedade de Medicina no ano de 1953. Em 1954 foi criada a Instituição Pró-Ensino Superior no Sul do Brasil (IPESSE), com a única finalidade de fundar a Faculdade de Medicina. Um ano depois, no dia 30 de dezembro de 1955, o Prefeito Municipal, médico Dr. Mario Meneghetti, pela Lei nº 620 doou a IPESSE o prédio onde hoje funciona a Faculdade de Medicina. Somente três anos após o tema voltou a ser discutido tendo em vista o bispo de Pelotas, Antônio Zattera, revelar a intenção de fundar uma Faculdade Católica. Como eu era secretário da Sociedade de Medicina à época mobilizei o grupo de médicos para criar uma faculdade de caráter laico, visando que fosse federalizada posteriormente. O doutor Amaral Silva que era presidente da Sociedade de Medicina, perguntou ao bispo se a Faculdade que ele pretendia criar poderia algum dia ser federalizada, porque ele sabia o custo que era manter uma Faculdade de Medicina. O bispo disse que não, que seria sempre da Igreja Católica. A questão é que Dom Antônio acabou tendo o apoio do IPESSE diante de uma certa omissão existente. Com o passar do tempo houve discussões acirradas e o bispo fez publicar uma nota na imprensa dizendo que eram contra a faculdade católica “os inimigos milenares de sangue e os desavisados”. Em 1958 assumiu o IPESSE o Dr. Oscar Echenique, que passou a apoiar a criação de uma faculdade leiga. No mesmo ano o Prefeito Municipal Adolfo Fetter concedeu, através de Lei Municipal, dotação orçamentária à futura faculdade enquanto fosse mantida pelo IPESSE. O Prefeito solicitou então apoio do Governador Leonel Brizola, que no dia 29 de novembro de 1959, na Biblioteca Pública de Pelotas, junto com o Reitor da UFRGS, Prof. Eliseu Paglioli, fundou oficialmente a Faculdade de Medicina de Pelotas, a ser mantida pelo IPESSE. Naquele momento Brizola doou cinquenta mil cruzeiros em títulos do Estado para a instalação da Faculdade. Em abril de 1960 foi realizado concurso de títulos para o preenchimento de vagas para professores. No ano de 1962 houve o encaminhamento de documento ao Ministério da Educação para seu funcionamento. Ao mesmo tempo estava sendo criada a Faculdade de Medicina, na Católica. O processo foi bastante longo, mas no ano de 1969 foi criada, pelo Decreto n. 65.881, a Universidade Federal de Pelotas, constando a agregação da Faculdade de Medicina.

Entrevistadora: A Faculdade passou a ocupar o antigo prédio do Instituto de Higiene. O senhor se lembra o que era produzido ali? Eles produziam a BCG?

Dr. Naum: Era um laboratório que ocupava duas ou três salas. A BCG vinha do Rio de Janeiro.

Entrevistadora: Como surgiu o Hospital da Fundação de Apoio Universitário?

Dr. Naum: Na época eu fui fazer convênio com a Santa Casa, mas o pessoal poucos meses antes tinha sofrido um atrito com médicos que estavam na faculdade, então o presidente da Santa Casa na época, não me lembro o nome dele, queria que todos esses médicos se retratassem, pelo fato de terem saído da Santa Casa, porque senão esses médicos não iam trabalhar lá no hospital. Era o Carpena Alves, o professor de farmacologia. De qualquer maneira fiz uma reunião com a Beneficência Portuguesa. Então ficou assinalado que sairia um convênio, com a condição de construirmos uma nova ala. Não havia ideia de lucro, aquela área foi construída pelo engenheiro, acho até que já faleceu, sei que esse engenheiro era Curi. Teve uma rifa de um automóvel, todos os professores tinham que comprar, era descontado em folha. Em uma das minhas viagens à Brasília conversei com o dono do Cimentos Votorantim, que era senador. Eu fui ao senado falar com ele, pedi um auxílio em cimento. E disse, não quero dinheiro, quero cimento para ajudar a construir o Hospital. Quando cheguei a Pelotas me procurou um senhor com cinquenta sacos de cimento, então construimos o pavilhão. Alugamos o prédio em frente, para fazer os ambulatórios. A rifa do carro não saiu para ninguém. Eu tive que ir ao Rio, até o Ministério da Fazenda pedir autorização para fazer a rifa, quando cheguei lá estava faltando luz, acabei subindo oito andares pela escada. Daí lembrei de uma música, Rio de Janeiro cidade que me seduz, de dia falta água, de noite falta luz. No dia do sorteio da rifa o número não tinha sido vendido e, dessa forma, vendi o automóvel.

Entrevistadora: O senhor falou que participou da greve de 1961. Pode contar um pouco sobre como aconteceu?

Dr. Naum: Como não era médico da Santa Casa, eu não participei, mas foi uma briga que houve com o diretor da Santa Casa e alguns médicos como Salvador Ferreira e o Breno Nunes.

Entrevistadora: Como era vista a doença da tuberculose nas décadas de 1950, 1960. Qual era o estigma dessa doença?

Dr. Naum: Tinha um grande estigma, um preconceito com quem era tuberculoso.

Entrevistadora: O senhor lembra se havia alguma profissão, alguma classe ou raça que fosse mais atingida?

Dr. Naum: Não me lembro de nenhuma profissão que fosse mais atingida.

Entrevistadora: Medicamentos na época então não existiam?

Dr. Naum: Quando eu cheguei lá, na época se fazia cálcio, vitamina C, se procurava uma alimentação vitamínica, com sais minerais, só começaram mesmo os tratamentos específicos quando surgiram os antibióticos. Tinha cálcio, alimentação, repouso e colapsoterapia quando era possível. Por exemplo, o doente que já tinha tuberculose bilateral, não se podia fazer colapsoterapia nos dois lados, porque limitava a capacidade de respiração do paciente.

Entrevistadora: Como era feito o diagnóstico da doença?

Dr. Naum: Pela radiologia e pelo exame de escarro. O paciente era considerado curado, de acordo com a radiologia, e com a pesquisa referente ao bacilo. Quando não tinha mais escarro, então se fazia o lavado brônquico. Pegava-se a língua do paciente, puxava e se injetava soro, o paciente aspirava ao soro e dava tosse, e esse material da tosse era examinado e se fazia a pesquisa do bacilo pelo exame direto no microscópio e por cultura. Para fazer a cultura se realizava a semeadura do material no meio de cultura e ele se reproduzia. Eram necessários pelo menos três exames, com intervalo de dois ou três meses um do outro, negativos, para dizer que o paciente estava curado. Mesmo na radiografia aparecia a marca. Daí não dava para ver se estava em evolução ou estava cicatrizado. Outro problema que havia na época era fazer o diagnóstico de tuberculose e ser câncer de pulmão. Havia possibilidade e, às vezes, acontecia de confundir câncer de pulmão com tuberculose. Então o meio de ter certeza era fazer os exames de escarro continuados.

Entrevistadora: Os curadores competiam muito com médicos formados nessa época?

Dr. Naum: Não sei te dizer, só sei que em uma ocasião, eu fui chamado para ver um paciente em uma vila. Cheguei lá, estava o paciente na porta, e uma mulher fazendo passes e querendo curar pelo espiritismo, mas não sei se aquilo era uma prática corrente.

Entrevistadora: Além desses hospitais havia outros lugares que recebiam doentes?

Dr. Naum: Tinha o Hospital Velloso que recebia doente. Ficava ali na Fernando Osório. Chamavam Casa de Saúde Doutor Velloso. Mas não sei se eles atendiam apenas doenças infecciosas. Não sei se ainda têm médicos que trabalham com tuberculose lá. Hoje em dia os médicos que trabalham com tuberculose são os infectologistas, que atendem as doenças infecciosas, e como o tratamento é clínico, então também o clínico geral atua nessa área.

Entrevistadora: A doença era vista como uma sentença de morte?

Dr. Naum: Não sei se logo no começo quando eu cheguei. Mas depois não era tanto assim, porém o doente era estigmatizado porque todo mundo tinha medo do contágio.

Entrevistadora: O senhor se lembra como os tuberculosos eram tratados com relação ao trabalho? Também sofriam preconceito? Eram despedidos?

Dr. Naum: Havia muitos casos de pacientes que não eram aceitos para trabalhar. Se ele já estivesse trabalhando, ele tinha direito ao INPS, então eles entravam em licença saúde. A maioria do pessoal da época para aceitar alguém para trabalhar pedia uma abreugrafia. Hoje não se faz mais isso. É um exame radiológico, onde é feito uma fotografia de uma radioscopia. Eu tinha um aparelho desses, o Fuad Seleiman também tinha. Muitas entidades mandavam o paciente fazer periodicamente esse exame, era uma maneira de descobrir a tuberculose na fase inicial. Alguns só aceitavam para trabalhar quem trouxesse a abreugrafia, de maneira que acabava em um preconceito de emprego. Hoje não se faz mais a abreugrafia, porque se verificou que é um exame em que o paciente recebe excessivamente radiação. A fotografia, para ser tirada, necessitava de um tempo de exposição maior do que a radiologia e tal situação poderia ser prejudicial.

Entrevistadora: Havia alguma região da cidade que era mais afetada pela tuberculose?

Dr. Naum: Nas vilas o contato era mais intenso, mas nunca prestei muita atenção nisso, mas provavelmente em vilas mais concentradas. E o problema principal é quando não se sabe que o paciente tem tuberculose. Um paciente que tem tosse durante um determinado período teria que fazer a radiografia, porque pode ser tuberculose ou pior.

Entrevistadora: Como o senhor vê a tuberculose hoje?

Dr. Naum: Eu vejo como um problema sério, mas eu estou afastado da Medicina em geral, mas pelo que eu vejo pela televisão, os governantes estão muito preocupados pela difusão da tuberculose. E a difusão é isso que eu falei para vocês, o paciente abandona o tratamento cedo demais e acaba criando um bacilo resistente, o que é um problema. Tinha que se fazer exames periódicos das pessoas em fábricas. Através da abreugrafia não dá e a radiologia é muito cara.

Entrevistadora: Em algum momento o senhor achou que estivesse infectado? Tinha essa preocupação?

Dr. Naum: Não. Eu chegava ao quarto dos pacientes, sentava na cama deles. Tinha bastante proximidade. Teve uma vez que eu estava fazendo um pneumotórax, houve fez uma embolia, mas depois tudo ficou bem.

Entrevistadora: Muito obrigada por sua entrevista.

Referências

GILL, Lorena. Clara e Naum: as histórias de uma visitadora sanitária e de um médico na luta contra a tuberculose em Pelotas (RS). In: *IX Encontro Nacional de História Oral*, 2008, São Leopoldo. IX Encontro Nacional de História Oral: Testemunhos e Conhecimento. São Leopoldo: Oikos - Anais complementares, 2008. p. 1-11.

KEISERMAN, Naum. Faculdade de Medicina da UFPel: A História de um Quarto de Século. *Revista Saúde, Ciência e Sociedade*. Ano 1, número 1, 1992, p. 10-22.

Enviado em: 26.10.2019

Aceito em: 02.12.2019