

GAZETA MÉDICA DA BAHIA

Fundada em 1866



*Publicação Oficial da
Faculdade de Medicina da Bahia
Universidade Federal da Bahia*

Salvador, Bahia, Brasil, janeiro a julho de 2007

GAZETA MÉDICA DA BAHIA

A Gazeta Médica da Bahia (Gaz. méd. Bahia) [CDU: 616 051], fundada em 1866, é o periódico oficial da Faculdade de Medicina da Bahia (FAMEB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Editor

José Tavares-Neto

Conselho Editorial

Aldina Barral (UFBA, CPqGM/FIOCRUZ – Salvador, BA)

Aluizio Prata (UFTM – Uberaba, MG)

Álvaro A. Cruz (UFBA – Salvador, BA)

Ângela Maria Silva (UFS – Aracaju, SE)

Edgard M. de Carvalho Filho (UFBA – Salvador, BA)

Eliane Azevêdo (UEFS – Feira de Santana, BA)

Ernesto Takatomi (UFU – Uberlândia, MG)

Fernando Martins Carvalho (UFBA – Salvador, BA)

Irismar Reis de Oliveira (UFBA – Salvador, BA)

João Barberino Santos (UnB, Brasília – DF)

Kátia Acuña (UFAC – Rio Branco, AC)

Luiz Fernando Fernandes Adan (UFBA – Salvador, BA)

Mary Clarisse Bozzetti (UFRGS – Porto Alegre, RS)

Niels Olsen Saraiva Camara (USP, SP)

Pedro F. C. Vasconcelos (IEC – Belém, PA)

Raymundo Paraná (UFBA – Salvador, BA)

Rodolfo Teixeira (UFBA – Salvador, BA)

William Saad Hossne (UNESP, CUSCamilo – SP)

Secretaria

Jundiára Paim

Diagramação

Luciana Bastianelli

Revisão

José Tavares-Neto

Correção e Impressão

Gráfica Contexto

www.contexto-ba.com.br

Redação e Secretaria

Gazeta Médica da Bahia

Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA

Largo do Terreiro de Jesus - Centro Histórico

40026-010 Salvador, Bahia, Brasil

Tel: (55) (71) 3321-0983/ Fax: (55) (71) 3321-0383 -

Ramal 203 ou 207E-mail: gmbahia@ufba.br

<http://www.ufba.br/medicina/gmbahia>

Suporte Administrativo

Artigos submetidos para publicação, correspondência referente a separatas de artigos publicados, reclamações, mudança de endereços, “marketing”, propaganda e demais comunicados devem ser encaminhados à Redação da Gazeta Médica da Bahia, em atenção ao Editor, Prof. José Tavares-Neto.

Permissão

Copyright 2007 pertence à **Gazeta Médica da Bahia da Faculdade de Medicina da Bahia (FAMEB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA)**. Todos os direitos reservados. Salvo sob autorização oficial da GMBahia ou da FAMEB, nenhuma parte ou seção da GMBahia poderá ser reproduzida em qualquer forma ou por quaisquer meios. A autorização para fotocópia ou reprodução de qualquer material veiculado pela GMBahia deverá ser feito pela mesma ou pela FAMEB através de carta oficial, na qual deverão conter, o volume, o número e as páginas a serem autorizadas.

Periodicidade: Semestral

Tiragem: 1.000 exemplares

Assinatura Gratuita: docentes e Bibliotecas de Escolas Médicas do Brasil

Indexação: LILACS, Bibliografia Brasileira de Medicina

APOIO

Núcleo de Educação e Pesquisa Transdisciplinar em Bioética da Faculdade de Medicina da Bahia - UFBA

CAPA

Foto da fachada da Faculdade de Medicina da Bahia, Largo do Terreiro de Jesus (Salvador, BA, Brasil), de R. A. Read (cerca de 1903/1904)

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Reitor

Naomar Monteiro de Almeida Filho

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Diretor

Secretários

Vice-diretor

Substituto Eventual do Vice-Diretor

Representante no CONSEPE

Colegiado do Curso de Graduação em Medicina

Coordenador

Vice-Coordenador

Colegiado do Programa de Pós-graduação em Medicina e Saúde

Coordenador

Vice-Coordenadora

Colegiado do Programa de Pós-graduação em Patologia Humana e Experimental

(em convênio com o Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz, FIOCRUZ, Bahia)

Coordenadora

Vice-Coordenadora

Colegiado do Curso de Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho

Coordenador

Vice-Coordenador

José Tavares Carneiro Neto

Sônia Celino, Denise Sapucaia e Josias de Sena

Modesto Jacobino

Déa Mascarenhas Cardozo

Fernando Martins Carvalho

Antônio Natalino Manta Dantas

Edilson Bittencourt Martins

Antonio Alberto da Silva Lopes

Helma P. Cotrim

Aldina Maria Prado Barral

Fabíola Cardillo (CPqGM/FIOCRUZ)

Fernando Martins Carvalho

Marco Antônio Vasconcelos Rêgo

DEPARTAMENTOS

Anatomia Patológica e Medicina Legal

Chefe

Vice-Chefe

Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Chefe

Vice-Chefe

Cirurgia

Chefe

Vice-Chefe

Ginecologia, Obstetrícia e Reprodução Humana

Chefe

Vice-Chefe

Medicina

Chefe

Vice-Chefe

Medicina Preventiva e Social

Chefe

Vice-Chefe

Neuropsiquiatria

Chefe

Vice-Chefe

Pediatria

Chefe

Vice-Chefe

Iguaracyra Barreto de Oliveira Araújo

Luiz Antônio Rodrigues Freitas

Marcelo Benício dos Santos

Luiz Erlon Araújo Rodrigues

Jehorvan Lisboa Carvalho

Gildásio de Cerqueira Daltro

Antonio Carlos Vieira Lopes

Nilma Antas Neves

Albino Eduardo Machado Novaes

George Barreto de Oliveira

Marco Antonio Vasconcelos Rêgo

Mônica Angelim Gomes de Lima

Vitória Eugênia Ottoni Carvalho

Domingos Macedo Coutinho

Déa Mascarenhas Cardozo

Angelina Xavier Acosta

ADMINISTRAÇÃO DO PAVILHÃO DE AULAS DA FAMEB (*campus Canela*)

Edvaldo Pereira dos Santos Filho

DIRETÓRIO ACADÊMICO DE MEDICINA (DAMED)

Coordenador

Luamorena Leoni

PROFESSORES TITULARES E EMÉRITOS DA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

TITULARES

Edgar Marcelino de Carvalho Filho
Fernando Martins Carvalho
Irismar Reis de Oliveira
Lícia Maria Oliveira Moreira
Luciana Rodrigues Silva
Luiz Erlon Araújo Rodrigues
Luiz Guilherme da Costa Lyra
Marcelo Benício dos Santos
Manoel Barral-Netto
Oddone Braghiroli Netto
Reinaldo Pessôa Martinelli
Roberto Lorens Marback

EMÉRITOS^a

Zilton de Araújo Andrade
Aluízio Prata
Adilson Peixoto Sampaio
Rodolfo dos Santos Teixeira
Eliane Azevêdo
Nelson Barros
Orlando Figueira Sales
Elsimar Coutinho^b
Roberto Santos^b
Armênio Guimarães^b

^a Na ordem de concessão do título pela Congregação.

^b Ainda não aprovado pelo Conselho Universitário da UFBA.

DIRETORES DA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

1808 – 1828	COLEGIO MÉDICO-CIRÚRGICODA BAHIA (sem nomeação de Diretores pelo Governo Imperial)	1931 – 1932	Aristidis Novis
1829 ^c – 1833	Jozé Avellino Barboza	1932 – 1933	Augusto Cezar Vianna
1832	Lei de 03 de Outubro de 1832, da Regência Trina, em nome do Imperador D. Pedro II, altera a denominação para Faculdade de Medicina da Bahia	1933 – 1936	José de Aguiar Costa Pinto
1833 – 1836	Jozé Lino Coutinho	1936 – 1946	Edgard Rego Santos
1836 – 1844	Francisco de Paula Araujo e Almeida	1946 – 1950	José Olympio da Silva*
1844 – 1855	João Francisco de Almeida	1950	Francisco Peixoto de Magalhães Neto*
1855 – 1857	Jonathas Abbott*	1950 – 1953	Eduardo Lins Ferreira Araujo*
1857 – 1871	João Baptista dos Anjos	1953 – 1955	Hosannah de Oliveira*
1871 – 1874	Vicente Ferreira de Magalhães*	1955 – 1960	Rodrigo Bulcão D'Argollo Ferrão
1874 – 1881	Antonio Januario e Faria	1960 – 1962	Benjamim da Rocha Salles
1881 – 1886	Francisco Rodrigues da Silva	1962 – 1965	Carlos Geraldo de Oliveira
1886 – 1891	Ramiro Affonso Monteiro	1965 – 1968	Jorge Augusto Novis
1891 – 1895	Antonio Cerqueira Pinto	1968 – 1972	Rodrigo Bulcão D'Argollo Ferrão
1895 – 1898	Antonio Pacifico Pereira	1973 – 1977	Renato Tourinho Dantas
1898 – 1901	José Olimpio de Azevedo	1977 – 1980	Plínio Garcez de Senna
1901 – 1908	Alfredo Thomé de Britto	1980 – 1984	Newton Alves Guimarães
1908 – 1912	Augusto Cezar Vianna	1984 – 1988	José Maria de Magalhães Netto
1913 – 1914	Deocleciano Ramos	1988 – 1992	Heonir de Jesus Pereira Rocha
1915 – 1930	Augusto Cezar Vianna	1992 – 1996	Thomaz Rodrigues Porto da Cruz
		1996 – 2000	José Antonio de Almeida Souza
		2000	Fernando M. Carvalho*
		2000 – 2003	Manoel Barral-Netto
		2003	Orlando Figueira Sales*
		2003 –	José Tavares Carneiro Neto

^c O Diretor foi escolhido pela Congregação na reunião de 16 de dezembro de 1829.

(*) Diretor Interino

CORPO DOCENTE DA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA, SEGUNDO A UNIDADE DEPARTAMENTAL

DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLÓGICA E MEDICINALEGAL

- Aldina Maria Prado Barral
- Antonio Nery Alves Filho
- Aristides Chetto de Queiroz
- Daysi Maria de Alcantara Jones
- Eduardo Antonio Gonçalves Ramos
- Eduardo José Bittencourt Studart
- Helenemarie Schaer Barbosa
- Iguaracyra Barreto de Oliveira Araújo
- José Américo Seixas Silva
- Luciano Espinheira Fonseca Junior
- Luis Carlos Cavalcante Galvão
- Luiz Antonio Rodrigues de Freitas
- Manoel Barral-Netto
- Marco Antonio Cardoso de Almeida
- Mitermayer Galvão dos Reis
- Moysés Sadigursky
- Paulo Roberto Fontes Athanazio
- Raul Coelho Barreto Filho
- Renée Amorim dos Santos

DEPARTAMENTO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

- Cesar Augusto de Araújo Neto
- Hélio Braga
- Luiz Erlon Araújo Rodrigues
- Marcelo Benício dos Santos
- Rosa Vianna Dias da Silva Brim

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA

- Agnaldo da Silva Fonseca
- Alfredo Rogério Carneiro Lopes
- André Barbosa Castelo Branco
- André Ney Menezes Freire
- Antonio Argolo Sampaio Filho
- Antonio Francisco Junquillo Vinhaes
- Antonio Gilson Lapa Godinho
- Antonio Marcos Ferracini
- Antonio Natalino Manta Dantas
- Carlos Alberto Paes Alves
- Cicero Fidelis Lopes
- Clotario Neptali Carrasco Cueva
- Danilo Cruz Sento Sé
- Durval Campos Kraychete

- Ediriomar Peixoto Matos
- Edson Bastos Freitas
- Edvaldo Fabel
- Epaminondas Castelo Branco Neto
- Gervásio Batista Campos
- Gildásio de Cerqueira Daltro
- Heitor Carvalho Guimarães
- Hélio Andrade Lessa
- Jayme Victal dos Santos Souza
- Jehorvan Lisboa Carvalho
- Jorge Luiz Andrade Bastos
- José Luiz Coelho
- José Neiva Eulálio
- José Siqueira de Araújo Filho
- José Valber Lima Menezes
- Juarez Araujo Andrade
- Juvenal Mascarenhas Nassari
- Leandro Publio da Silva Leite
- Luciano Santos Garrido
- Luiz Schiper
- Maria de Lourdes Lima Falcão
- Mário Castro Carreiro
- Mário Cesar Santos de Abreu
- Modesto Antonio de Oliveira Jacobino
- Nilo Cesar Leão Barreto de Souza
- Nilson Ferreira Gomes
- Normand Araujo Moura
- Oddone Braghirolli Neto
- Osório José de Oliveira Filho
- Paulo Afonso Batista dos Santos
- Paulo André Jesuíno dos Santos
- Pedro Hamilton Guimarães Macedo
- René Mariano de Almeida
- Roberto Lorens Marback
- Venceslau dos Reis Souza Silva
- Vilson Ulian
- Virginia Emilia Café Cardoso Pinto
- Vitor Lucio Oliveira Alves
- Wellington Alves Cavalcante

DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA, OBSTETRÍCIA e REPRODUÇÃO HUMANA

- Antonio Carlos Vieira Lopes
- Carlos Augusto Santos de Menezes
- Conceição Maria Passos de Queiroz
- Denise dos Santos Barata

- Edson O’Dwyers Júnior
- Fortunato Trindade
- Hilton Pina
- Hugo da Silva Maia Filho
- Ione Cristina Barbosa
- Jorge Luiz Sapucaia Calabrich
- Marcelo de Amorim Aquino
- Maria da Purificação Paim Oliveira Burgos
- Maria Teresa Rebouças Gonçalves de Azevedo
- Nélia Maria Dourado Lima Barreto
- Nilma Antas Neves
- Olivia Lucia Nunes Costa
- Sandra Serapião Schidler
- Vera Lucia Rodrigues Lobo

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

- Albino Eduardo Machado Novaes
- Alcina Maria Vinhaes Bittencourt
- Alvaro Augusto Souza da Cruz Filho
- Ana Cláudia Rebouças Ramalho
- André Castro Lyra
- André Luiz Peixinho
- André Vila Serra
- Antonio Alberto da Silva Lopes
- Antonio Carlos Moreira Lemos
- Antonio Raimundo Pinto de Almeida
- Argemiro D’Oliveira Junior
- Carlos Roberto Brites Alves
- Edgar Marcelino de Carvalho Filho
- Edilton Costa e Silva
- Edmundo José Nassari Câmara
- Eleonora Lima Peixinho
- Elvira Barbosa Quadros Cortes
- Fernando Antonio Glasner da Rocha Araújo
- Francisco Hora de Oliveira Fontes
- George Barreto de Oliveira
- Gilvandro de Almeida Rosa
- Helma Pinchemel Cotrim
- Igelmar Barreto Paes
- Iraci Lucia Costa Oliveira
- Jackson Noya Costa Lima
- Jacy Amaral Freire de Andrade
- Jorge Carvalho Guedes
- Jorge Luiz Pereira e Silva
- José Alberto Martins da Matta
- José Antonio de Almeida Souza
- José Tavares Carneiro Neto
- Leila Maria Batista Araújo
- Lísia Marcílio Rabelo
- Luis Guilherme Costa Lyra
- Luiz Carlos Santana Passos
- Margarida Célia Lima Costa Neves

- Margarida Maria Dantas Dutra
- Maria da Glória Mota Bonfim
- Maria das Dores Acioli de Lima
- Maria Ermecília Almeida Melo
- Maria Georgina Barbosa
- Maria Margarida dos Santos Britto
- Maria Zenaide Gonzaga
- Murilo Pedreira Neves Júnior
- Newton Sales Guimarães Filho
- Octavio Henrique Messeder
- Paulo Novis Rocha
- Raymundo Paraná Ferreira Filho
- Regis de Albuquerque Campos
- Reinaldo Pessôa Martinelli
- Roberto José da Silva Badaró
- Romário Teixeira Braga Filho
- Roque Aras Júnior
- Tania Moraes Regis
- Tarcisio Matos de Andrade
- Thomaz Rodrigues Porto da Cruz
- Vitória Regina Pedreira de Almeida

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

- Annibal Muniz Silvany Neto
- Cláudio Fortes Garcia Lorenzo
- Eduardo José Farias Borges dos Reis
- Fernando Martins Carvalho
- Lorene Louise Silva Pinto
- Marco Antônio Vasconcelos Rêgo
- Mônica Angelim Gomes de Lima
- Paulo Gilvane Lopes Pena
- Rita de Cássia Franco Rêgo
- Rita de Cássia Pereira Fernandes
- Ronaldo Ribeiro Jacobina
- Sumaia Boaventura André
- Vera Lucia Almeida Formigli

DEPARTAMENTO DE NEUROPSIQUIATRIA

- Ailton de Souza Melo
- Ângela Marisa de Aquino Miranda Scippa
- Antonio Fernando Bermudez Dreyer
- Antonio Reinaldo Rabelo
- Antonio de Souza Andrade Filho
- Arlúcia de Andrade Fauth
- Carlos Antonio Ferreira Teixeira
- Célia Nunes Silva
- Domingos Macedo Coutinho
- Irismar Reis de Oliveira
- José Cortes Rolemberg Filho
- José Marcos Pondé Fraga Lima
- Mario Ernani Ancilon Cavalcanti

- Miriam Elza Gorender
- Rita de Cássia Saldanha de Lucena
- Roberto Miguel Correia da Silva
- Rosa Garcia Lima
- Vitoria Eugênia Ottoni Carvalho
- Waldeck Barreto D'Almeida
- Wania Marcia Aguiar
- William Azevedo Dunninghan

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

- Angela Peixoto de Mattos
- Angelina Xavier Acosta
- Crésio de Aragao Dantas Alves
- Cristiana Maria Costa Nascimento de Carvalho
- Déa Mascarenhas Cardozo
- Dulce Emilia Moreira C. Garcia
- Edilson Bittencourt Martins
- Edna Lucia Santos de Souza
- Hagamenon Rodrigues da Silva
- Hugo da Costa Ribeiro Junior
- Isabel Carmen Fontes da Fonseca
- Lara de Araújo Torreão
- Licia Maria Oliveira Moreira
- Luciana Rodrigues Silva
- Luís Fernando Fernandes Adan
- Luiza Amélia Cabus Moreira
- Maria Betânia Pereira Toralles
- Maria do Socorro Heitz Fontoura
- Nadya Maria Bustani Carneiro
- Priscila Pinheiro Ribeiro Lyra
- Silvana Fahel da Fonseca
- Solange Tavares Rubim de Pinho
- Suzy Santana Cavalcante
- Teresa Cristina Martins Vicente Robazzi
- Vanda Maria Mota de Miranda

GAZETA MÉDICA DA BAHIA

Volume 77 • Número 1

ISSN 0016-545X

Janeiro/Julho 2007

SUMÁRIO/CONTENTS

Editorial 1
José Tavares-Neto

Artigo Original

Prevalência de Hipotireoidismo Subclínico em Idosos de um Distrito
Docente-Assistencial de Rio Branco (Acre) 5
Rinauro Santos-Júnior, Danielly M. Gonçalves, Flávia Fernandes Santos, Luciana Bora, Thomaz Cruz

A Qualidade dos Prontuários Relacionada ao Perfil dos Processos Ético-Profissionais 11
*Fábia Gama Silva, Nedy Maria Branco Cerqueira Neves, Almir Galvão Vieira Bitencourt,
Flávia Branco Cerqueira Serra Neves, Israel Soares Pompeu de Sousa Brasil,
Lívia Siqueira Costa dos Santos e Guilherme Rebello*

Artigo de Revisão

Breve História da Bioética na Faculdade de Medicina da Bahia, UFBA e
na Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia 19
José Tavares-Neto, Eliane S. Azevêdo e Maria da Glória Sampaio Gomes

A Importância de Serviços Especializados e Multidisciplinares para Pacientes
com Insuficiência Cardíaca e seu Impacto na Saúde Pública 31
*Francisco J. F. B. dos Reis, André Maurício S. Fernandes, Roberta L. Bahia,
Viviane Sahade, Erenaldo de Souza Rodrigues Junior*

Artigo de Opinião

A Faculdade de Medicina da Bahia na Década de 1930 37
Ib Gatto Falcão

A Mulher Profissional e os Direitos Humanos 50
Eliane Elisa de Souza e Azevêdo

Avanços das Ciências Médicas e Realizações Científicas na Bahia de 1945 a 1964 54
Eliane Elisa de Souza e Azevêdo

A Propósito da Academia de Medicina de Feira de Santana 64
Lamartine Lima

Bicentenário da Faculdade de Medicina da Bahia

Hino da Faculdade de Medicina da Bahia 66
Antonio Natalino Manta Dantas

Logomarca do Bicentenário da Faculdade de Medicina da Bahia 72
Guga Dias & Mário Santana

Carta ao Editor 73

Normas para Publicação

EDITORIAL

Antes de comentar, muito brevemente, sobre este número da *Gazeta Médica da Bahia*, é necessário relevar a proximidade do Bicentenário da Faculdade de Medicina da Bahia e quais foram e serão os preparativos até essa data magna, 18 de Fevereiro de 2008.

Em julho de 2003, logo no início do primeiro mandato da atual gestão da Diretoria da Faculdade de Medicina da Bahia (FAMEB), da Universidade Federal da Bahia (UFBA), foram iniciados os preparativos com vistas às Comemorações do Bicentenário da Faculdade de Medicina da Bahia (FAMEB), as quais são também dos Cursos Superiores no Brasil e, mais especialmente, do Ensino Médico no País.

Para isso, no âmbito interno da FAMEB-UFBA, algumas providências foram adotadas, começando pelo retorno à sede *mater* da FAMEB no Largo do Terreiro de Jesus. Medida autorizada pelo Conselho Universitário (CONSUNI) da UFBA, em março de 1994, e lembrada à Congregação da FAMEB em sua reunião ordinária de novembro de 2003. Após 10 anos daquela medida do CONSUNI, em 02 de março de 2004¹, foi realizada a transferência definitiva da Diretoria e da Secretaria da FAMEB para o seu prédio próprio do Largo do Terreiro de Jesus, de onde foi criada a Universidade Federal da Bahia, e também teve Diretor, Dr. Augusto Cezar Viana, no início do Século XX (1915-1930), com ampla visão de futuro ao adquirir as terras e as construções de grande parte do hoje denominado campus Canela da UFBA, inclusive o Solar que na atualidade abriga o Palácio da Reitoria.

Quanto ao mal projetado e desajeitado prédio no Vale do Canela, esse passou a ser o Pavilhão de Aulas da FAMEB, e a antiga área, destinada à Diretoria e à Secretaria Geral, foi transformada em duas salas de aula, Gabinete da Vice-Diretoria e Secretaria Administrativa do Pavilhão; sendo que, a partir de 2006, o Pavilhão passou a contar com elevador (a ser inaugurado em agosto de 2007), rampa de acesso ao prédio e banheiros em todos os três andares para os portadores de necessidades especiais.

Enquanto isso, foram iniciados os preparativos para a plena ocupação da sede *mater* da FAMEB no Largo do Terreiro de Jesus. Com o apoio da Congregação, foram providenciadas as assinaturas dos convênios para que as sedes do Instituto Bahiano de História da Medicina e Ciências Afins (IBHMCA) e da Academia de Medicina da Bahia fossem localizadas no prédio do Largo do Terreiro de Jesus; providências estas concluídas ao longo de 2005. Ainda em 2005, também foi transferido o programa de extensão do Departamento de Medicina “Aliança de Redução de Danos”; e, em 2007, inaugurados os novos espaços do Programa de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho, vinculado ao Departamento de Medicina Preventiva e Social; e o Núcleo de Educação e Pesquisa Transdisciplinar em Bioética, ligado diretamente à Diretoria da FAMEB. Outro grande espaço na FAMEB, já aprovado pela Diretoria e Congregação, foi destinado ao Programa de Pós-graduação em Medicina e Saúde, vinculado ao Departamento de Medicina, e agora cabe ao Colegiado desse Programa promover a mudança.

Também no prédio *mater* da FAMEB, no Largo do Terreiro de Jesus, com recursos do Ministério da Saúde, por meio de projeto da Reitoria da UFBA, foi iniciada, em 2004, a reconstrução do prédio da Biblioteca Professor Gonçalo Moniz da Memória da Medicina Brasileira e também a restauração dos seus aproximadamente 90.000 livros do período de 1773 a 1950². Para isso, a Coordenação do Sistema de Bibliotecas da UFBA implantou laboratórios de restauração de livros em algumas salas do prédio do Largo do Terreiro de Jesus. Contudo, a inicial recuperação dos livros só foi possível pelos recursos obtidos do FINEP em 2002, pelo ex-

¹ Essa data foi escolhida porque em 02 de março de 1905 ocorreu o grande incêndio no prédio *mater* da FAMEB no Largo do Terreiro de Jesus, e como Fênix ressurgiu por obra da ação conjunta da comunidade da Faculdade e do Governo Federal de então.

² Os livros editados após 1950 serão transferidos para a Biblioteca Central da UFBA.

Diretor da FAMEB, Prof. Manoel Barral-Netto. Essa atual ocupação das salas, até 18 de fevereiro de 2008 – data estimada para inauguração da Biblioteca –, determinou o adiamento da implantação da segunda etapa da ocupação, com a transferência das sedes dos oito Departamentos da FAMEB e a restauração de mais seis salas de aula.

Mesmo assim, no primeiro semestre de 2007, foi restaurada outra sala de aula na FAMEB do Largo do Terreiro de Jesus, com recursos do Pró-Saúde/Ministério da Saúde, e pela primeira vez após 30 anos, a partir de 12 de março de 2007, uma turma de Medicina (2007.1) (Figura 1)³ teve integralmente a oferta de um módulo curricular (“Atividade Curricular em comunidade”), coordenado pela Profa. Sumaia Boaventura André, no prédio *mater* da Medicina Brasileira.

Com o mesmo propósito, em 10 de agosto de 2007, será inaugurado no subsolo da sede *mater* da FAMEB, em espaço de 320m², o Centro de Integração Universidade Comunidade do Pelourinho (CIUCP), subordinado ao Departamento de Pediatria e coordenado pelo Prof. Luís Fernando Fernandes Adan, com recursos da Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) e da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, onde haverá o desenvolvimento de Programa de Saúde da Família e serão realizados os módulos disciplinares em atenção primária à saúde do novo currículo do curso médico.

Isso coroa outra atividade, sem a qual as comemorações não teriam maior sentido e conseqüências às futuras gerações: a transformação curricular do curso médico da FAMEB. Concomitantemente as outras mudanças supracitadas, também em 2003, foram iniciadas as discussões sobre o processo de transformação curricular do curso médico, em acordo às recomendações da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) e das Diretrizes Curriculares do Ministério da Educação. Em 18 de fevereiro de 2005, quando a FAMEB completou 197 anos, o Grupo de Trabalho Paritário, constituído por discentes e docentes, entregou à Diretoria o Projeto de Transformação Curricular para o Curso de Graduação da FAMEB (proposta preliminar)⁴, sendo essa implantada com a turma admitida em março de 2007 (Figura 1). Para isso, houve o esforço conjunto do Diretório Acadêmico (DAMED) e dos oito Departamentos da FAMEB, coordenado pelas Profas. Helenemarie Schaer Barbosa (Presidente do Grupo de Trabalho), Vera Lúcia Almeida Formigli e Mônica Angelim Gomes de Lima. Por certo, a transformação curricular do curso médico da FAMEB será, muito provavelmente, o principal legado da atual geração de discentes, docentes e funcionários da Faculdade *mater* do Brasil. No entanto, como processo extremamente dinâmico, em 2012, quando essa primeira turma do novo currículo concluir o curso médico, já deverá ter existido muitas reavaliações de percurso e a partir dessa maior experiência se poderá sugerir ao futuro Diretor novas propostas de aprimoramento do, agora ainda, novo currículo.

Nesse processo de transformação curricular em andamento, foi alentadora a aprovação do Projeto Pró-Saúde em 27 de dezembro de 2005 pelo Ministério da Saúde. Com esse projeto ganhou fôlego a transformação curricular, pois a partir de janeiro de 2007 houve recursos para equipar os campos de prática e, mais principalmente, a maior inserção dos alunos e professores nas unidades de saúde de atenção primária à



Figura 1. Turma de Estudantes de Medicina admitidos em Março de 2007, acompanhados pelo Professor-substituto Ricardo Heinzemann e os Profs. Sumaia Boaventura André e José Tavares-Neto, por ocasião de uma atividade na Faculdade de Medicina da Bahia (Largo do Terreiro de Jesus).

³ Todos os retratados assinaram termo autorizando a publicação desta foto.

⁴ Além de folheto impresso (36p. e tiragem de 2.000 exemplares), esse projeto foi colocado em consulta pública e a segunda versão publicada nesta Gazeta (vol. 75, p. 195-218, 2005).

saúde do Distrito Barra-Rio Vermelho da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Salvador, e que teve o apoio irrestrito da equipe e do seu titular de então, Prof. Luis Eugênio Portella.

Mas nesse presente, o passado continuou a ser cuidado com a proposta à Congregação, em 2004, de transformar o Acervo Geral da FAMEB (1808-2007) em campo de prática do Curso de Arquivologia do Instituto de Ciência da Informação (ICI) da UFBA. Proposta aprovada, também pela Congregação do ICI. A equipe passou a ser coordenada pela Profa. Zeny Andrade, tendo como a vice-coordenadora a Profa. Celeste Santana e a consultoria *ad hoc* da Profa. Maria José Rabello, além de valorosos colaboradores voluntários (*vide* nota de rodapé p. 45 do n. 2 do volume 76 de 2006 desta Gazeta). Na primeira parte do programa FAMEB-ICI, todos os documentos (1808-2007) foram levantados, higienizados e registrados com recursos do Projeto FINEP, supracitado, e agora é aguardada a aprovação de outro projeto pelo BNDES para a digitalização de todo o rico Acervo da Faculdade de Medicina da Bahia.



Figura 2. Foto da fachada da Faculdade de Medicina da Bahia, extraída do álbum de formatura dos Médicos e das Médicas de 1961, única Turma, em quase 200 anos, que escolheu sua própria Faculdade como Paraninfa.

Em todo esse período, de 2003 a 2007, foram realizadas várias tentativas para obtenção de recursos com vistas à reforma e à recuperação da Ala Nobre da Faculdade. Em 2006, o Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia (CREMEB), Dr. Jorge Cerqueira, e o Secretário-executivo do Ministério da Cultura, Dr. Juca Ferreira, foram os grandes promotores para a aprovação do projeto (de junho de 2005), pela Petrobrás, elaborado pela Escola Oficina de Salvador da Faculdade de Arquitetura da UFBA e com o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa e à Extensão (FAPEX) da UFBA, além das fundamentais iniciativas do Magnífico Reitor da UFBA, Prof. Naomar Almeida Filho. Em abril de 2007, houve o início das obras, com a revisão da cobertura (telhado) do prédio e a preparação do projeto executivo.

A esperança de muitos é ter o prédio da Faculdade no seu esplendor e a serviço da comunidade, integrada às outras unidades da UFBA, para o ensino da Medicina e das ciências afins. Dessa forma, ao menos o prédio da FAMEB no Largo do Terreiro de Jesus se aproximará ao daquele dos tempos descritos pelo Dr. Ib Gatto Falcão nos anos 30 do século passado, como descreve em artigo neste número, bem como aquele lembrado pela Turma de Médicos de 1961 (essa é a única turma que tem a FAMEB como seu Paraninfo), como mostra a bela foto da Faculdade de Medicina da Bahia de 1961 (Figura 2), de autor desconhecido, extraída do álbum de formatura dessa mesma Turma. É essa beleza que se procura resgatar também ao bem do patrimônio histórico-cultural da cidade de Salvador.

Portanto, progressivamente, a cidade de Salvador volta a ver o pleno uso do prédio *mater* da Faculdade de Medicina da Bahia, como planejado pelos nossos antepassados; e a *Gazeta Médica da Bahia* será o

testemunho desses eventos, ao relatar as realizações pretéritas e aquelas a partir da sua reedição, em 2004. Neste número, como parte dessa história, mais recente, entre as informações preliminares sobre as comemorações do Bicentenário, uma delas destaque: o Hino da Faculdade de Medicina da Bahia, com letra de autoria do Prof. Antonio Natalino Manta Dantas, a ter a sua primeira audição por ocasião do *Te Deum* a ser realizado na Catedral Basílica em 18 de fevereiro de 2008.

Salvador da Bahia, 02 de julho de 2007, no 199º ano de fundação da Faculdade de Medicina da Bahia

José Tavares-Neto

Editor da *Gazeta Médica da Bahia*

Diretor da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia

Prevalência de Hipotireoidismo Subclínico em Idosos de um Distrito Docente-Assistencial de Rio Branco (Acre)

Subclinical Hypothyroidism Prevalence in Aged of Rio Branco (Acre) Teaching-Assistencial District

Rinauro Santos-Júnior¹, Danielly M. Gonçalves, Flávia Fernandes Santos, Luciana Bora, Thomaz Cruz
Fundação Hospital Estadual do Acre (FUNDHACRE, Rio Branco-AC) e Curso de Pós-graduação em Medicina e Saúde da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia (Salvador-BA)

O hipotireoidismo subclínico (HSC) é definido pelo aumento dos níveis de TSH, associado às concentrações normais dos hormônios da tireóide. No mundo, a prevalência do HSC em idosos varia entre 0,3 a 17,6% e no Brasil de 1,4 a 17,6%, dados procedentes de instituições ou unidades de saúde. Em Rio Branco (Acre), foram investigadas a prevalência de HSC e as características clínico-laboratoriais em 107 moradores com idade acima de 60 anos, do Distrito Docente-assistencial do bairro Tucumã, sem história de tireoidopatia prévia. Na população estudada (n=107), 57,9% (n=62) eram do sexo feminino e a prevalência de HSC foi de 3,7%, sendo 3,2% (2/62) nas mulheres e 4,4% (2/45) nos homens. Nenhum dos casos de HSC apresentou história familiar de tireoidopatia e/ou história de irradiação da tireóide. A frequência de portadores de anticorpos antimicrosomais (AAM) foi de 4,6% (5/107), mas nenhum dos portadores tinha HSC. Em conclusão, a prevalência de HSC na população estudada é menor do que a encontrada em pacientes de unidades de saúde (15,9%) e em instituições especializadas em pessoas idosas (17,6%), porém os estudos no Brasil ainda são preliminares e essa condição mórbida deve ser suspeitada em pessoas com características demográficas e clínicas peculiares.

Palavras-chave: hipotireoidismo, idosos-Acre, subclínico.

Subclinical hypothyroidism (SCH) is defined as the increase of the levels of TSH, associated with normal concentrations of thyroid hormones. In the world, the prevalence of the SCH varies 0.3 to 17.6%, and in Brazil varies 1.4% to 17.6%, data originate from people studied in ambulatories and institutions. In Rio Branco (Acre), the authors studied the frequency and the clinical and laboratorial characteristics of 107 inhabitants with aged over 60 years, in the teaching-assistencial district of Tucumã, without previous thyroid history. In the studied population (n=107), 57.9% (n=62) were of the female sex and the prevalence of SCH was 3.7%, being 3.2% (2/62) in women and 4.4% (2/45) in the men. None of the cases with SCH presented familial history of thyroid disease and/or history of irradiation of the thyroid. The frequency of positive antibodies antithyroid was 4.6% (5/107), but none of them had SCH. In conclusion, SCH in general populations is less prevalence than in ambulatories (15.9%) and institutions (17.6%). However we must always take into consideration this condition, in the age range studied.

Key-words: hypothyroidism, Acre- aged, subclinical.

Recebido em 05/03/2007

Aceito em 28/06/2007

Endereço para correspondência: Dr. Rinauro Santos Júnior, Av. Antonio Rocha Viana 2686, apto 202 D, 69914-610, Rio Branco, AC, Brasil. Tel: (68) 3228 8092. Endereço eletrônico: rinaurojr@uol.com.br

Gazeta Médica da Bahia

2007;77: 1(Jan-Jul):5-10.

© 2007 Gazeta Médica da Bahia. Todos os direitos reservados.

Os avanços no diagnóstico dos distúrbios da tireóide têm gerado novas categorias de desordens da tireóide, como o hipotireoidismo subclínico⁽²⁾, definido pelo aumento dos níveis do hormônio estimulador da tireóide (TSH), associado a concentrações normais dos hormônios da tireóide⁽¹⁴⁾.

No Brasil, a prevalência do HSC tem variado de 1,4 a 17,6%⁽¹¹⁻¹⁸⁾. Na cidade de Milão (Itália), em 1999, nas pessoas com mais de 65 anos de idade, a prevalência de HSC foi de 4,7%⁽¹⁴⁾; na Suécia e nos Estados Unidos da América, a prevalência de HSC entre mulheres, da mesma faixa etária, variou entre 0,9 a 7,7%⁽⁴⁻¹⁶⁾. No Brasil, os dados são procedentes de pessoas idosas albergadas⁽¹¹⁾ ou de pacientes ambulatoriais⁽¹³⁻¹⁸⁾. Em Salvador (Estado da Bahia), em população idosa albergada em instituição pública, a prevalência foi de 17,6%⁽¹¹⁾.

Com o avanço sobre o conhecimento da história natural do HSC, tem sido cada vez mais questionado o termo “subclínico”⁽²⁷⁹⁻¹⁰²¹⁾, especialmente após a verificação da forte e independente associação do HSC com aterosclerose e infarto do miocárdio⁽⁶⁾. Desde o ano 2000, a Associação Americana de Tireóide⁽⁹⁾ indica o rastreamento para doenças da tireóide, inclusive do HSC, em mulheres e homens após os 35 anos de idade, a cada 5 anos. A Academia Americana dos Médicos de Família ressalta que o “rastreamento” deverá, principalmente, ser realizado em indivíduos com maior risco de desenvolver disfunção tireoidiana, como as pessoas na faixa etária classificada como idosa (≥ 60 anos)⁽³⁾.

Não obstante, no Brasil, ainda há grande lacuna sobre o conhecimento da prevalência e o impacto do HSC na população, especialmente na região Amazônica, onde as características ambientais e nosológicas são bastante peculiares. No Estado do Acre, não há estudos sobre HSC, apesar de não ser raro o diagnóstico na prática clínica, por isso também o interesse em realizar estudo de prevalência em Distrito Docente-assistencial da cidade de Rio Branco (Estado do Acre), onde é o campo de prática dos Programas de Residência Médica e dos cursos de graduação em Medicina e em Enfermagem.

Material e Métodos

Os dados deste artigo são derivados de estudo transversal⁽¹⁵⁾ realizado na população residente no Distrito Docente-assistencial do Tucumã (DDaT), de Rio Branco (Acre), e somente foram incluídos aquelas pessoas com as seguintes características: idade de 60

ou mais anos; residentes no distrito por mais de 6 meses; e concordantes em participar do estudo, expressa também pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), aprovado (Parecer final nº44/2003) pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospital Estadual do Acre (FUNDHACRE), de Rio Branco (Acre). Aqueles moradores que preencheram os critérios de inclusão com diagnóstico prévio de doença tireoidiana foram excluídos do estudo.

Após a seleção, os moradores elegíveis foram submetidos a exame clínico e responderam ao questionário-padrão⁽¹⁵⁾ sobre dados demográficos e clínicos. Em seguida, foi coletada uma amostra de sangue venoso (± 10 mL), sem anticoagulante, para as dosagens hormonais (TSH e T4 livre) e a pesquisa de anticorpo antimicrosomal (AAM).

Esses exames foram realizados no Laboratório de Análises Clínicas Dr. Luís Augusto Batista, da cidade de Rio Branco. O T4 livre e o TSH foram quantificados por quimiluminescência; e considerados como normais os valores entre 0,7 a 1,5 ng/dL e 0,3 a 5,5 uUI/mL, respectivamente⁽¹¹⁻¹²⁻¹⁷⁻¹⁹⁾. O anticorpo antimicrosomal (AAM) foi determinado por hemaglutinação, sendo considerado positivo se o título recíproco fosse superior a 100⁽¹⁻¹¹⁾.

Na definição de caso de HSC, foi considerado caso-prevalente o morador com nível de TSH acima do limite-máximo normal ($>5,5$ uUI/mL) e dosagem T4 livre entre 0,7 a 1,5 ng/dL. Também foi considerado caso, e com indicação de iniciar tratamento, aquele com HSC e nível de TSH superior a 10 uUI/mL e/ou título recíproco de AAM superior a 100⁽³⁾.

Os dados foram analisados pelo “*software - Statistical Package for Social Sciences*” (SPSS, versão 9.0). Os dados das variáveis categóricas foram expressos em proporções e na comparação dos grupos foi utilizado o teste exato de Fisher; as variáveis contínuas foram descritas pela média e desvio-padrão, e como não tiveram distribuição normal, foram analisadas pelo teste de Mann-Whitney (Prova U). Nas análises estatísticas, o resultado considerado estatisticamente significativo foi aquele com a probabilidade do erro tipo I (a) de $\leq 0,05$ ($p \leq 5\%$).

Resultados

No DDaT, foram selecionados 107 moradores com idades entre 60 a 92 anos. As perdas foram de 16% (20/127) devido a residências fechadas em mais de duas ocasiões, recusa em participar do estudo e/ou de concordar na coleta da amostra sanguínea. Nenhum caso foi excluído por ter diagnóstico prévio de doença tireoidiana. Na população estudada (n=107), a média de idade foi de 71,2 ($\pm 7,2$) anos e a proporção de pessoas do sexo feminino, de 57,9% (n=62).

A prevalência de HSC foi de 3,7% (4/107), sendo de 3,2% (2/62) em pessoas do sexo feminino e 4,4% (2/45) nas de sexo masculino ($p > 0,53$). A média das idades dos casos com HSC também foi semelhante à

média da população estudada ($p > 0,39$) (Tabela 1). Todos os casos de HSC foram constatados em moradores do grupo racial branco. Nenhum dos casos de HSC apresentava história de irradiação da tireóide e/ou de outros sistemas ($p > 0,92$), e também de familiar com antecedente de tireoidopatia ($p > 0,58$).

A frequência de tireóide palpável foi de 50% (2/4) no grupo com HSC e de 5,8% (6/103) naquelas pessoas sem HSC; essa diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0,03$) (Tabela 1).

Os 4 casos de HSC tinham queixas de nervosismo, diminuição da concentração, cansaço fácil, anorexia, obstipação, diminuição da audição, apatia ou diminuição da memória, mas com frequências semelhantes (Tabela 2) às observadas no grupo sem HSC.

Tabela 1. Características demográficas e clínicas da população estudada (Rio Branco, Acre).

Características	Presença de HSC		Total	p
	Sim	Não		
Sexo				
Masculino	2 (50%)	43 (41,7%)	45	
Feminino	2 (50%)	60 (58,3%)	62	$>0,53^a$
Idade \pm DP (anos)	68,0 \pm 3,37	71,37 \pm 7,24	71,24 \pm 7,15	$>0,39^b$
Grupo Racial*				
Branco	4 (100%)	68 (68,7%)	72	
Não-branco	0	31 (31,3%)	31	$>0,43^a$
História de irradiação da tireóide				
Sim	0	0	0	
Não	4 (100%)	103 (100%)	107	-
História de irradiação de outros sistemas				
Sim	0	2 (1,9%)	2	
Não	4 (100%)	101 (97,1%)	105	$>0,92^a$
História familiar de tireoidopatia				
Sim	0	21 (20,4%)	21	
Não	4 (100%)	82 (79,6%)	86	$>0,58^a$
Tireóide aumentada à palpação				
Sim	2 (50%)	6 (5,8%)	8	
Não	2 (50%)	97 (94,2%)	99	$<0,03^a$
AAM (título recíproco)				
Positivo (>100)	0	5 (4,9%)	5	
Negativo (≤ 100)	4 (100%)	98 (95,5%)	102	$>0,82^a$

*4 moradores não foram classificados.

(a) teste exato de Fischer; (b) teste não-paramétrico de Mann-Whitney.

Tabela 2. Quadro clínico apresentado pelos moradores com e sem hipotireoidismo subclínico (HSC), de distrito da cidade de Rio Branco (Acre).

Clínica	HSC, n (%)		p*
	Sem (n=103)	Com (n=4)	
Nervosismo	61 (59,2)	4 (100)	>0,13
Diminuição da concentração	46 (44,6)	2 (50)	>0,60
Cansaço fácil	42 (40,7)	3 (75)	>0,19
Anorexia	16 (15,5)	1 (25)	>0,50
Obstipação	26 (25,2)	2 (50)	>0,28
Apatia	16 (15,5)	2 (50)	<0,13
Diminuição da memória	77 (74,7)	2 (50)	>0,72
Diminuição da audição	42 (40,7)	1 (25)	>0,47

(*) teste exato de Fisher.

A prevalência de indivíduos com anticorpo antimicrosomal foi de 4,7% (5/107), porém nenhum tinha HSC ou qualquer outra disfunção tireóidea (Tabela 1).

Discussão

Apesar da limitação do tamanho amostral, a população estudada incluiu a quase totalidade dos residentes com 60 ou mais anos do Distrito Docente-assistencial do Tucumã, Rio Branco (Acre). Não foi encontrada na literatura brasileira nenhuma outra investigação com base estritamente populacional; as publicações nacionais estudaram o HSC tendo como população de referência os moradores de instituições especializadas em pessoas idosas⁽¹¹⁾ ou pacientes de serviços de saúde^(13,18).

Portanto, o número estudado (n=107) representa aquela população e, apesar da maior validade interna, muito provavelmente a população maior de 60 anos de idade da cidade de Rio Branco (Acre), porque na área do DDaT, onde residem aproximadamente 4.395 pessoas ou aproximadamente 2% da população de Rio Branco⁽⁸⁾, as características demográficas e ambientais são semelhantes às dos demais distritos sanitários da cidade. Mesmo considerando que, por conveniência, só tenha sido incluída a população sem abrangência do Programa de Saúde da Família, reconhecidamente com melhores indicadores de desenvolvimento humano.

Isso posto, a prevalência encontrada de 3,7% de HSC foi aparentemente baixa, especialmente quando se consideram aqueles estudos realizados no Brasil, com prevalências de 15,9%⁽¹⁸⁾ e 17,6%⁽¹¹⁾, e observadas em populações com características peculiares.

No Brasil, há carência de informações epidemiológicas e clínicas sobre o HSC, principalmente em amostras extraídas da população ou não procedentes de unidades de saúde ou de serviços assistenciais especializados em pessoas idosas. Em estudo realizado em ambulatório de geriatria⁽¹⁸⁾, em instituição-abrigo para idosos⁽¹¹⁾ e entre pacientes-diabéticos jovens⁽¹³⁾, as prevalências de HSC foram, respectivamente, de 15,9%, 17,6% e 4,8%. Portanto, a prevalência de HSC (3,7%) na população estudada do Tucumã (Rio Branco, Acre) foi de 1,2 a 4,7 vezes menor às descritas no Brasil. Não obstante, vale ressaltar, há necessidade de mais estudos brasileiros, inclusive no Estado do Acre, para o conhecimento da real prevalência de HSC, especialmente quando se leva em conta as peculiaridades regionais.

No entanto, apesar das inúmeras diferenças entre a população do Tucumã (Acre) e a da Suécia, estudada por Falkenberg *et al.*⁽⁴⁾, a prevalência entre as mulheres (3,2%) foi quase que o quádruplo da encontrada nas suecas (0,9%), mas semelhante da assinalada (4,7%) entre as italianas⁽¹⁴⁾.

Apesar da falta de significado estatístico, a maior

freqüência observada neste estudo (4,4% vs. 3,2%) de pessoas do sexo masculino com HSC, difere da descrita na literatura, onde prevalecem os casos no sexo feminino^(4 11 14 18 20). No entanto, sendo, aquelas proporções como iguais ou semelhantes, estes resultados podem também ter sido determinados pelo acaso.

Os principais estudos sobre HSC definem como fatores associados, além da tireoidite crônica autoimune, a história de irradiação da tireóide e/ou história familiar de disfunções da glândula⁽¹⁵⁾. Entretanto, no presente estudo, não foi observado nenhum caso com HSC com esses fatores, isso também pode ser consequência do pequeno número de casos com HSC ou até decorrente do viés de memória, desde que as disfunções da memória são mais freqüentes na faixa etária estudada⁽¹²⁾, além do que, na presente casuística, a diminuição da memória foi descrita por 73,8% (79/107) das pessoas estudadas.

A presença de tireóide aumentada à palpação foi 8,6 vezes maior no grupo com HSC (50%) do que entre aqueles que não apresentavam HSC (5,8%), porém, mesmo considerando que a palpação foi realizada pelo mesmo observador, esse não é o método mais sensível em predizer o aumento da glândula, especialmente quando comparado à ultrassonografia⁽¹⁴⁾.

Foi nula a freqüência de indivíduos com anticorpo antimicrosomal (AAM) positivo no grupo com HSC, diferente da observada (68%) em outro estudo populacional realizado na Inglaterra⁽⁸⁾. No presente estudo, a prevalência (4,7%) de positividade de AAM também foi muito menor do que a encontrada em outras investigações nacionais, porém não realizadas em amostras populacionais, e que foram de 25%⁽⁴⁾ e 24,6%⁽¹⁸⁾.

Alguns sintomas (nervosismo, cansaço fácil, anorexia, constipação, diminuição da concentração, apatia, diminuição da memória e diminuição da audição) foram relatados pelos moradores com HSC, porém nenhum apresentou associação estatística. A maioria destes sintomas também foi descrita no estudo de Rivolta et al.⁽¹⁴⁾, mas só a diminuição da memória foi associada aos casos de HSC.

Em conclusão, os resultados do presente estudo evidenciam baixa prevalência de HSC na população idosa estudada e aparentemente sadia, mas as informações disponíveis são ainda preliminares, havendo necessidade de mais estudos epidemiológicos para estimar o real impacto do HSC na população idosa do Estado do Acre.

Referências Bibliográficas

1. Abrantes A. Alterações morfofuncionais da tireóide em uma comunidade do Nordeste brasileiro (Cabaceiras, Paraíba). Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2002.
2. Benseñor I. Screening for thyroid disorders in asymptomatic adults from Brazilian populations. São Paulo Medical Journal 13: 01-13, 2002.
3. Cooper DS. Subclinical hypothyroidism. The New England Journal of Medicine 345: 260-65, 2001.
4. Falkenberg M, Kagedar B, Norr A. Screening of an elderly female population for hypo and hyperthyroidism by use of a thyroid hormone panel. Acta Medica Scandinavica 214: 361-5, 1983.
5. Fatourechi V. Subclinical thyroid disease. Mayo Clinic Proceedings 76: 413-6, 2001.
6. Hak AE, Pols HAP, Visser TJ, Drexhage HA, Hofman A, Witteman JC. Subclinical hypothyroidism is an independent risk factor for atherosclerosis and myocardial infarction in elderly women: the Rotterdam Study. Annals of Internal Medicine 132: 270-8, 2000.
7. Helfand M, Crapo L. Screening for thyroid disease. Annals of Internal Medicine 112: 840-49, 1990.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo, 2000. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm>, em 02 de abril de 2002.
9. Landeson PW, Singer PA, Ain KB, Bagchi N, Bigos ST, Levy EG. American Thyroid Association Guidelines for Detection of Thyroid Dysfunction. Archives of Internal Medicine 160: 1573-75, 2000.
10. McDermott MT, Ridgway EC. Subclinical hypothyroidism is mild thyroid failure and should be treated. Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism 86: 4585-90, 2001.
11. Oliveira ILC. Avaliação das disfunções tireóideas em idosos. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1998.
12. Parle JV, Franklyn JA, Cross KW, Jones SC, Sheppard MC. Prevalence and follow-up of abnormal thyrotrophin (TSH) concentrations in the elderly in the United Kingdom. Clinical Endocrinology 34: 77-83, 1991.

13. Ramos JSR, da Costa ADM, Benício AVL, Ramos ALC, Silva CRA, Cruz T. Prevalência de doença tireoidiana em pacientes com diabetes tipo I. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia* 47: 177-82, 2003.
14. Rivolta G, Cerutti R, Colombo R, Miano G, Dionisio P, Grosei E. Prevalence of subclinical hypothyroidism in a population living in the Milan metropolitan area. *Journal of Endocrinological Investigation* 22: 693-97, 1999.
15. Santos-Júnior R. Prevalência de hipotireoidismo subclínico em maiores de 60 anos de um Distrito Docente-assistencial de Rio Branco (Acre). Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, Rio Branco, 2004.
16. Sawin CT, Bigor ST, Laud S, Bacharach P. The aging thyroid: relationship between elevated serum thyrotropin level and thyroid antibodies in elderly patients. *The American Journal of Medicine* 79: 591-5, 1985.
17. Sawin CT, Chopra D, Azizi F, Mannix JE, Bacharach P. The aging thyroid: increased prevalence of elevated serum thyrotropin levels in the elderly. *The Journal of the American Medical Association* 242: 247-50, 1997.
18. Thomsen YG, Carvalho Filho ET, Knobel M, Takeshita OY, Moretto OP, Papaleo Neto M. Disfunções tireoidianas em idosos. *São Paulo Medical Journal* 105:189-94, 1987.
19. Udaya M, Kabadi MD. Subclinical hypothyroidism: Natural course of the syndrome during a prolonged follow-up study. *Archives of Internal Medicine* 153: 957-61, 1993.
20. Vanderpump MPJ, Tunbridge WMG, Frencht JM, Appleton D, Batest F, Clark J. The incidence of thyroid disorders in the community: a twenty-year follow – up of the Whickham Survey. *Clinical Endocrinology* 43: 55-68, 1995.
21. Woeber KA. Subclinical thyroid dysfunction. *Archives of Internal Medicine* 157: 1065-68, 1997.

A Qualidade dos Prontuários Relacionada ao Perfil dos Processos Ético-Profissionais

The Medical Record Quality Related of the Profile of the Ethical-Professional-Process

Fábia Gama Silva, Nedy Maria Branco Cerqueira Neves, Almir Galvão Vieira Bitencourt, Flávia Branco Cerqueira Serra Neves, Israel Soares Pompeu de Sousa Brasil, Lívia Siqueira Costa dos Santos e Guilherme Rebello
 Faculdade de Medicina da Bahia, UFBA; Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública da FBDC, Salvador, BA

O prontuário médico é um instrumento valioso à avaliação da qualidade da assistência médica prestada. O correto e completo preenchimento do prontuário tornam-se grandes aliados do médico em eventual defesa judicial. **Objetivo:** avaliar o uso de prontuários em Processos Ético-Profissionais (PEP) e verificar a influência destes no julgamento. **Métodos:** estudo descritivo, no qual foram avaliados os PEPs julgados no Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia no período de 2000 a 2004. Os prontuários utilizados como prova, nos PEPs, foram avaliados quanto à presença das informações requeridas: se estas informações eram completas e se eram legíveis. A partir destes dados, foi criado um escore para avaliar a qualidade do prontuário. **Resultados:** foram avaliados 372 médicos denunciados em 238 PEPs. A maioria era do sexo masculino (82,3%; n=306). A idade dos médicos variou de 22 a 93 anos (média de 45,88±10,16 anos). Para 68% dos médicos denunciados (n=253), o prontuário foi utilizado como prova no PEP. As informações requeridas estiveram presentes em 93,7% dos prontuários, no entanto só foram consideradas completas em 53,4%. Quanto ao escore criado, 47 prontuários (18,6%) foram considerados de qualidade boa, 155 (61,3%) regular e 51 (20,1%) ruim. Os médicos que utilizaram o prontuário como prova no PEP foram mais absolvidos do que os que não utilizaram (76,6% vs. 57,1%; p<0,001). **Conclusão:** a presença do prontuário como prova contribuiu para a absolvição do médico no PEP, mesmo que a maioria desses prontuários tivesse uma qualidade ruim ou regular. **Palavras-chave:** processo legal, registros médicos; Ética Médica.

The medical record is a valuable instrument for the evaluation of medical assistance's quality. The correct and complete record becomes a doctor's great allies in eventual judicial defense. Aim: To evaluate the use of medical records in Ethical-Professional Process (EPP) and to verify the influence of these in the judgment. Methods: This is a descriptive study which evaluated EPP judged in the Regional Council of Medicine of the State of Bahia in the period from 2000 to 2004. The medical records used as proof on EPP were evaluated for the presence of the requested information, if these information were complete and if they were readable. A score was created with these data to evaluate the quality of the medical record. Results: 372 doctors denounced in 238 EPP were evaluated. Most of them were male (82.3%; n=306). Age varied from 22 to 93 years (mean of 45.88±10.16 year-old). Medical records were used as proof on EPP in 68% of the denounced doctors (n=253). The requested information was present in 93.7% of the records, however only 53.4%. According to the created score, 47 records (18.6%) were considered of good quality, 155 (61.3%) regular and 51 (20.1%) bad. The doctors that used the medical record as proof on EPP were more absolved than the ones that didn't use (76.6% vs. 57.1%; p <0.001). Conclusion: The presence of the medical record as a proof contributed to the doctor's absolution in EPP, even if most of those records had a bad or regular quality. Key-words: Legal Process; Medical Records; Medical Ethics.

A carência da assistência de saúde aos pacientes no Brasil é notória, e suas causas vêm sendo discutidas exaustivamente na sociedade. O alvo imediato das reclamações é o médico, elemento mais próximo do paciente na intrincada rede de saúde do país, e o crescente volume de denúncias nos Conselhos de Medicina vêm ratificando essa posição. A análise destas denúncias precede a abertura do Processo Ético-Profissional (PEP), que pode culminar em penalidades que variam de aviso reservado à cassação do exercício profissional^{(12)a}. Dado esse panorama, há de se questionar a atitude do médico atual perante o paciente e de se investigar os motivos que levaram a essa situação.

O crescimento do número de denúncias contra os médicos pode ser evidenciado pela diferença de processos em grau de recurso que deram entrada no Conselho Federal de Medicina (CFM): em 1988, tal valor era de 54 e, em 1998, passou para 315, um aumento de quase 6 vezes em apenas uma década⁽⁵⁾. Comportamento semelhante pôde ser observado no Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina⁽⁹⁾, onde o número de processos aumentou em 25 vezes, no período de 1967 a 1996⁽¹¹⁾.

Entre os fatores relacionados a esse fato que poderiam justificar os descaminhos da conduta ética do médico destaca-se a deficiência na formação ético-humanista no período de graduação⁽¹⁷⁾. Tal fase do aprendizado é o momento propício para doutrinar com valores e princípios essenciais, visando a uma conduta médica que tenha como objetivo o bem-estar efetivo do paciente⁽¹¹⁾. A graduação é o espaço ideal para introjetar valores humanistas, com competências e habilidades que devem privilegiar o “saber ser”, formando médicos competentes tecnicamente e também solidários⁽¹⁷⁾.

O Prontuário Médico (PM) ou, mais propriamente, do paciente (PP), se insere nessa questão de forma indireta, mas esclarecedora. Sendo tarefa e dever diário de todos os que trabalham na área de saúde o registro das informações relacionadas ao paciente, o PM se

mostra como o instrumento ideal para o cumprimento dessa função. Na medida em que reúne os dados fornecidos pelo indivíduo assistido e os resultados obtidos em qualquer exame realizado pelo indivíduo cuidador. Assim, o PM demonstra a evolução do doente no serviço e pontua as medidas de tratamento adotadas pelos profissionais de saúde⁽¹⁸⁾. Visto de forma mais crítica e cautelosa, o PM pode ser considerado um importante índice de qualidade da assistência médica prestada, além de ser de grande utilidade ao ensino, à pesquisa, à elaboração de censos e até mesmo para sugerir propostas de assistência à saúde pública. A relevância do PM é tal que o mesmo pode ser considerado como prova ou evidência de infração segundo o Código Penal, o que, na prática, determina que se evite qualquer tipo de rasura ou sinais de adulteração⁽¹⁴⁾.

Dada a importância e a abrangência do PM, uma série de regulamentações foi criada para que o seu preenchimento seja adequado e coerente com os ditames éticos. Os artigos 39 e 69^b do Código de Ética Médica (CEM)⁽¹⁾, elaborado pelo CFM, recomendam a elaboração de PM para cada paciente, vedando a escrita de forma ilegível ou secreta em qualquer documento médico⁽⁶⁾. A resolução do CFM nº 1638/2002⁽⁴⁾ estabelece a obrigatoriedade da letra legível pelo profissional que atendeu o paciente nos prontuários em suporte de papel, assim como a identificação dos prestadores do atendimento, seja assinando e carimbando, ou assinando e escrevendo sua respectiva inscrição no Conselho Regional de Medicina (CRM) em todos os PMs. Ainda de acordo com o CFM, *o prontuário do paciente é propriedade do mesmo*, e a responsabilidade da guarda é da instituição ou do profissional que o atende, devendo estar disponível nos ambulatórios, nas enfermarias e nos serviços de emergência permitindo a continuidade do tratamento do paciente e o registro da atuação de

^aPenalidades: Alínea A – Aviso reservado; Alínea B – Censura reservada; Alínea C – Censura pública; Alínea D – Suspensão do exercício profissional até 30 dias; Alínea E – Cassação.

^b Art. 39 – É vedado ao médico: receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco folhas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos.

Art. 69 – É vedado ao médico: deixar de elaborar prontuário médico para cada paciente.

cada profissional, como determina a resolução nº 638/2002⁽⁴⁾. O hospital e o médico devem garantir a segurança do prontuário, bem como o sigilo das informações ali registradas⁽⁶⁾.

Visto que o PM pode demonstrar a eficiência ou a precariedade de um serviço ou de uma atuação profissional, esta pesquisa toma como objetivo avaliar a prevalência do uso de prontuários durante a apuração de um PEP, além de verificar a influência da qualidade desses prontuários no desfecho do julgamento.

Material e Métodos

Foi realizado um estudo descritivo, retrospectivo, de corte transversal, no qual foram avaliados os Processos Ético-Profissionais julgados no Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia (CREMEB). A amostra foi composta pelos processos julgados pelas três Câmaras do Tribunal de Ética do CREMEB no período de 2000 a 2004. Foram excluídos os processos que se encontravam em recurso ao pleno ou ao CFM, processos em poder do Conselheiro para Relatoria no período de coleta e os processos em tramitação no período.

O instrumento utilizado para essa coleta foi um questionário, composto de dez (10) questões objetivas. Estas questões se referiram às características demográficas dos médicos (sexo, idade e faixa de idade), características dos prontuários (se o prontuário foi utilizado como prova do processo, o tipo de prontuário, se as informações requeridas foram encontradas no prontuário, se eram completas, legíveis e a qualidade do prontuário), características dos resultados dos Processos Ético-Profissionais (se o médico foi apenado, quais os artigos e que penalidade recebeu).

A idade dos médicos foi subdividida em três faixas etárias: *junior* (de 21 a 42 anos), *pleno* (de 43 a 62 anos) e o *sênior* (a partir de 63 anos). Foram criados escores para avaliar a qualidade do prontuário a partir de três variáveis: “informações encontradas no prontuário”, “informações completas” e “legibilidade da letra”. Estes critérios qualificam o prontuário num escore que variou de zero a cinco, de acordo com a

pontuação recebida por cada prontuário, sendo esse escore proporcional à qualidade do prontuário. Outro critério utilizado para classificar a qualidade dos prontuários foi graduar o prontuário como ruim entre escores 0 a 2, regular 3 e bom entre 4 e 5.

Este projeto de pesquisa foi submetido ao CREMEB e sua realização foi aprovada pela sua diretoria. O acesso aos Processos Ético-Profissionais foi autorizado pelo próprio CREMEB mediante juramento de sigilo realizado pelos estudantes de Medicina encarregados pela coleta de dados.

A análise estatística foi realizada utilizando os parâmetros da análise descritiva, adotando-se cálculos de frequências simples e relativas. Para a correlação entre as variáveis foram utilizados os testes Qui-Quadrado para as frequências das variáveis categóricas; teste *t* de Student, para as variáveis contínuas com distribuição normal; e Mann-Whitney, para as variáveis contínuas sem distribuição normal. O nível de significância adotado foi de 5%.

Resultados

Dos 275 PEPs julgados nas Câmaras do Tribunal de Ética do CREMEB no período estabelecido, 37 foram excluídos da análise por estarem em tramitação do recurso e indisponíveis para a coleta dos dados. Foram, então, avaliados um total de 372 médicos denunciados em 238 processos. A maioria era do sexo masculino (82,3%; n=306) e a idade variou de 22 a 93 anos (média de 45,88 ± 10,16, mediana de 46 e moda 48). A média da idade foi maior entre os homens e em relação às mulheres: 46,77 (± 10,39) *versus* 41,79 (± 7,88) (p<0,01). Do total de processos analisados, 72 (30,3%) tinham dois ou mais médicos denunciados, sendo que em um deles foram incluídos dezoito médicos.

A Tabela 1 mostra os resultados do julgamento, as penalidades aplicadas (de acordo com o Artigo 17 do Decreto nº 44.045/1958 que regulamenta a Lei nº 32.680, de 30 de setembro de 1957) e os artigos mais apenados do CEM. Não houve diferença estatística entre os gêneros em relação ao resultado do julgamento. Encontramos médicos que violaram até sete

Tabela 1. Características do julgamento dos 372 médicos processados que foram julgados no CREMEB no período de 2000 a 2004.

Variáveis	Frequência (%)
Resultado do julgamento	
Absolvido	262 (70,4)
Condenado	110 (29,6)
Penalidades aplicadas	
Aviso Reservado	31 (28,2)
Censura Reservada	37 (33,6)
Censura Pública	34 (30,9)
Suspensão do Exercício Profissional até 30 dias	7 (6,4)
Artigos mais apenados ^A	
Art. 29	38 (34,5)
Art. 4º	20 (18,2)
Art. 17	14 (12,7)
Art. 45	10 (9,1)
Art. 19	8 (7,3)

(A) Art. 4º – “Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão”; Art. 17 – “O médico investido em função de direção tem o dever de assegurar as condições mínimas para o desempenho ético-profissional da Medicina”; Art. 19 – “O médico deve ter, para com os colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem, todavia, eximir-se de denunciar atos que contrariem os postulados éticos à Comissão de Ética da instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina”; Art. 29 – “É vedado ao médico praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência”; Art. 45 – “É vedado ao médico deixar de cumprir, sem justificativa, as normas emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina e de atender às suas requisições administrativas, intimações ou notificações, no prazo determinado”.

Tabela 2. Características dos prontuários utilizados como prova nos Processos Éticos-Profissionais julgados no CREMEB no período de 2000 a 2004 (n=253).

Variáveis	Frequência (%)
Informações encontradas	
Não	16 (6,3)
Sim	237 (93,7)
Informações completas	
Não	42 (16,6)
Parcialmente	76 (30)
Completas	135 (53,4)
Informações legíveis	
Não	26 (10,7)
Parcialmente	162 (64,0)
Totalmente legíveis	64 (25,3)

Tabela 3. Utilização do prontuário como prova conforme resultado dos processos julgados no CREMEB.

Tipo da prova		Resultado do Julgamento		
		Condenado	Absolvido	Total
Prontuário como prova	Não	51 (42,9%)	68 (57,1%)	119
	Sim	59 (23,3%)	194 (76,7%)	
Total		110	262	372 (100%)

$\chi^2=14,83$; $p<0,0001$; $gl=1$.

artigos do CEM, sendo que 54 (49,1%) dos médicos foram apenados em apenas um artigo. Não houve nenhum caso de cassação do exercício profissional. Apenas nove (5,5%) foram apenados no artigo 69 e quatro (3,6%) no artigo 39 que abordam a correta elaboração dos prontuários médicos.

Para 68% dos médicos denunciados ($n=253$), o prontuário foi utilizado como prova durante o processo. Cem por cento dos prontuários utilizados foram descritos em papel. A Tabela 2 mostra as características dos prontuários utilizados nesses processos. De acordo com o escore formulado por este trabalho, a média da qualidade dos prontuários analisados foi de 3,45 ($\pm 1,20$), numa escala de 0 a 5. Quanto às faixas de escore, 47 prontuários (18,6%) foram considerados de boa qualidade, 155 (61,3%) regular e 51 (20,1%) ruim.

A Tabela 3 associa o resultado do julgamento à utilização do prontuário como prova, revelando que houve proporção significativamente maior de médicos absolvidos entre aqueles que utilizaram o prontuário como prova ($p<0,05$).

Discussão

Os médicos inscritos no CREMEB em 2005 representaram 4,04% (17.596) do total nacional sendo que desses, 73,71% ($n=12.970$) estão ativos. Grande parte desse montante (54,1%) exerce a atividade na capital (CREMEB, 2007: dados não-publicados), o que revela uma distribuição bastante heterogênea de médicos no Estado⁽⁵⁾ e conseqüente saturação do mercado de trabalho na capital. A questão da concentração dos médicos nos centros urbanos já é um fato conhecido devido a ausência de políticas atrativas para os mesmos se fixarem no interior. Pode-

se citar entre estas, as condições inadequadas de trabalho, mercado limitado e infra-estrutura, diminuindo a migração de médicos para o interior⁽²⁰⁾. Em contrapartida, várias escolas médicas localizadas no interior vem atuando no sentido de fixar o profissional neste local visando a uma melhor distribuição regional dos médicos⁽¹⁵⁾. Entretanto, esse fato por si só não garante que os profissionais formados nessas áreas lá fixarão residência.

Essa distribuição irregular e a concentração de médicos na capital associada com a formação técnica deficiente, além do excesso de oferta de mão-de-obra, poderia justificar o aviltamento da profissão e o aumento do número de denúncias e de processos ético-profissionais (PEP)⁽¹¹⁾. Além disso, o enfraquecimento da relação médico-paciente, aliado ao maior grau de conscientização dos cidadãos no que tange aos seus direitos, fez com que uma parcela dos usuários dos serviços médicos ficasse mais exigente em relação ao atendimento e aos resultados obtidos, procurando prontamente as vias judiciais e/ou administrativas nas vezes em que se sentem prejudicados, como de direito, ou mesmo com uma noção distorcida de erro médico ou ainda por idéias oportunistas de indenização⁽¹⁶⁾.

No presente estudo, verificou-se a predominância, em valores absolutos, do gênero masculino ($n = 306$; 82,3%). No entanto, há de se considerar que o número de médicos inscritos no CREMEB é diferente para cada gênero, sendo maior para os homens ($n=7.582$; 58,46%), o que impede maiores comparações. Ainda assim, dados semelhantes foram observados em trabalho realizado no Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina⁽⁹⁾, sendo demonstrado que as médicas são menos denunciadas, processadas e

condenadas que os médicos⁽¹¹⁾. Sabe-se que a participação das mulheres na Medicina tem características sócio-culturais próprias levando em conta os papéis femininos na sociedade. As médicas são menos denunciadas que os médicos, provavelmente por dedicarem mais tempo, atenção e interagirem melhor com os pacientes. Além disso, exercem menor número de atividades de maior risco em unidades de urgência⁽²¹⁾. Entretanto, especula-se a respeito de outros motivos para esse menor número de denúncias contra as médicas.

Em relação à pena obtida pelos médicos processados, verificou-se que a grande maioria é absolvida (n=262; 70,4%), e a opção pelas alíneas 'A', 'B' e 'C' segue distribuição semelhante entre si (28,2%; 33,6%; 30,9% respectivamente). Apenas 7 (6,4%) médicos avaliados no estudo tiveram suspensão de suas atividades profissionais, e nenhum teve sua licença cassada. Essa distribuição segue a da maioria dos Conselhos Regionais de Medicina (CRM) do país. A ausência da alínea 'E' neste estudo pode refletir dois aspectos principais: a ausência de casos graves e ou a inadequação das penas que deveriam ser mais pedagógicas e menos punitivas. Vale ressaltar, que existe uma lacuna na legislação em relação às penalidades éticas das empresas médicas atuantes no país⁽¹⁶⁾. Deve ser mencionado que os códigos representam a consolidação dos princípios do pensamento societário, todavia, estes princípios são mutáveis, portanto é recomendada a revisão periódica desse regramento⁽¹⁷⁾.

O artigo do Código de Ética Médica (CEM) mais freqüentemente infringido foi o 29, relacionado à imperícia, imprudência e negligência que trata justamente do erro culposos, sendo provavelmente a negligência a maior responsável por esta infração, seguido do artigo 4º, tendência também encontrada no CREMESC⁽⁹⁾. Quando a negligência é a mais freqüente pela infração do artigo 29 e isso levanta a hipótese do fato estar relacionado a má formação de caráter do profissional e não má formação técnica.

Observou-se neste estudo o maior percentual (61,6%) de denúncias na faixa etária de 43 a 62 anos, essa tendência também foi demonstrada na literatura

estrangeira, do aumento do risco para erro médico nos profissionais com maior tempo de formado e maior faixa etária⁽⁸⁾. Um dos fatores alegados para explicar tal fato é que, com a experiência, o médico torna-se mais auto-confiante, atualiza-se menos e descuida-se com algumas medidas fundamentais, podendo tornar-se negligente⁽¹⁶⁾.

Ao se avaliar a qualidade dos prontuários utilizados pelo CREMEB para julgar o médico processado, classificando-os como "ruim", "regular" ou "boa" através dos critérios previamente descritos relacionados a legibilidade da letra, presença de informações no prontuário e se estas eram completas, verificou-se que apenas 18,6% (n=47) deles foram considerados de boa qualidade, enquanto os mais de dois terços restantes (81,4%; n=206) tinham elaboração regular. Apesar de as informações estarem presentes na grande maioria dos prontuários, essas só foram consideradas completas em metade e totalmente legíveis em apenas 1/4 dos casos. Por conseqüência disso, demonstrou-se que a simples utilização do documento é de grande valia na conclusão do processo. Analisando-se os casos em que o prontuário esteve presente, verificou-se que o maior número de médicos foi absolvido, quando comparado a situações em que estava ausente. Em outras palavras, esses dados indicam que, mesmo com pouca qualidade, o prontuário se mostra como um importante documento a ser utilizado em defesa do médico.

Um dos itens utilizados para avaliar a qualidade do prontuário foi a legibilidade. A caligrafia do médico é uma das principais reclamações relativas a receituário encaminhadas ao Conselho Regional de Medicina do Paraná. Talvez a ilegibilidade da letra tenha como causa o acúmulo de serviços enfrentado pelos profissionais, contudo, não é justificativa. Para solucionar este problema os médicos poderiam escrever de forma legível ou utilizar o computador⁽¹⁸⁾. Presume-se que a utilização do prontuário eletrônico poderia mudar esse quadro. Alguns benefícios poderiam ser alcançados, como melhores condições para a avaliação de dados de forma a obter maior efetividade na formulação diagnóstica⁽¹⁹⁾.

Um dos elementos centrais da problemática analisada deste estudo é, sem dúvida, o erro médico⁽²¹⁾.

Esse é um dos principais motivadores da abertura de um processo contra o médico, entretanto, pode ser esclarecido pelo prontuário e até atestar sua inexistência. Ou seja, pode ser o caso de um mal resultado sem culpa, pela própria evolução da doença. Não obstante, devido ao número progressivo de processos instaurados, faz-se necessário estabelecer programa de educação permanente da classe médica, e também programação de esclarecimentos à sociedade civil.

Outros fatores também concorrem para resultados indesejados, como os assistenciais e os não-assistenciais⁽¹²⁾. Entre os não-assistenciais, o distorcido e desorganizado sistema de saúde pública; a falta de compromisso social do médico; a não-revisão do aparelho formador; a falta de ensino continuado e permanente e a precária fiscalização do exercício profissional⁽¹⁵⁾. Dentre os assistenciais, cita-se: o desgaste da relação médico-paciente; a falta de condições de trabalho; o abuso de poder; a falsa garantia de resultado; a falta do consentimento esclarecido; o abandono do paciente; a precária documentação dos procedimentos; e o preenchimento inadequado dos prontuários⁽¹³⁾.

A qualidade do prontuário, alvo principal deste estudo, é algo pouco estudado na literatura médica. A elaboração do prontuário médico reflete o grau de organização⁽²⁰⁾ e de efetividade de um serviço, e a comparação dos dados aqui encontrados com os de outros estados ou países permite a maior compreensão da realidade dos serviços de saúde, principalmente quando se analisa o problema associado à questão do erro médico^(12 16).

Os dados obtidos nesse estudo permitem traçar as características dos médicos julgados no CREMEB no período de 2000 a 2004. Verificou-se um número relativamente pequeno de médicos apenados nos artigos que abordam a correta elaboração dos prontuários. A qualidade dos prontuários, alvo principal desse estudo, mostrou-se, predominantemente ruim e mal elaborada. Apesar disso, verificou-se associação positiva entre a utilização do prontuário como prova e a absolvição do médico denunciado, o que evidencia ser esse documento importante instrumento de defesa do profissional perante algum julgamento. Nesse aspecto, este estudo pode

ser considerado inédito e motiva a maior reflexão sobre o erro médico, devendo ser esse um tema de futuros trabalhos. O prontuário se insere neste contexto como um importante marcador de negligência, imprudência ou imperícia por parte do médico; conseqüentemente, deve ser tratado com mais cuidado e atenção pelos médicos e acadêmicos de Medicina, ainda mais após a constatação de seu potencial como acervo documental e prova defensiva em processos ético-profissionais.

Agradecimentos

Agradecemos a colaboração do CREMEB para a coleta de campo, que nos permitiu realizar este trabalho.

Referências Bibliográficas

1. CEM: Código de Ética Médica. Disponível em: URL: < <http://www.portalmedico.org.br/> > Acesso em 10 de março de 2005
2. CFM; Conselho Federal de Medicina. Decreto nº 44.045/1958. Disponível em: URL: < <http://www.portalmedico.org.br/> > Acesso em 02 de abril de 2005.
3. CFM; Conselho Federal de Medicina. Lei nº 3268/1957. Disponível em: URL: < <http://www.portalmedico.org.br/> > Acesso em 02 de abril de 2005.
4. CFM; Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1638/2002. Disponível em: URL: < <http://www.portalmedico.org.br/> > Acesso em 02 de abril de 2005.
5. CFM; Conselho Federal de Medicina. Listagem completa dos médicos inscritos no Brasil. Disponível em: URL: < <http://www.portalmedico.org.br/> > Acesso em 07 de junho de 2005.
6. CFM; Conselho Federal de Medicina. Resolução 1602/2000.. Disponível em: URL: < <http://www.cfm.org.br> > Acesso em 02 de abril de 2005.
7. CFM; Conselho Federal de Medicina (Brasil) Código de Ética Médica. ed., Tablóide Editora & Publicidade: Brasília 72p., 1990.
8. Charles S. Predicting Risk for Medical Malpractice Claims Using Quality-of-Care Characteristics. *The Western Journal of Medicine* 157: 433-439, October, 1992.
9. CREMESC; Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina. Prontuário Médico. Org. Santa Catarina, março de 2003. Seção ética. Disponível em: URL: <<http://www.cremesc.org.br/etica/parte3b.htm>>. Acesso em 29 de março de 2005.

10. CREMESP; Conselho Regional de Medicina de São Paulo. *Prontuário e Segredo Médico*. Org, São Paulo, março 2005. Seção Ética. Disponível em: URL: <http://www.cremesp.org.br/manual/etica_gineco_obst/etica_gineco_obstetr_capitulo_6.htm>. Acesso em 29 de março de 2005.
11. D'Avila RL. O comportamento Ético-Profissional dos médicos de Santa Catarina: uma análise dos Processos Disciplinares no período de 1958 a 1996. [tese de Livre-Docência]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.
12. Ferrari BT. Erros na medicina-falha humana ou deficiência no sistema de saúde? *Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica* 11/12: 473-478, 1984.
13. França GV. *Direito Médico*. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 2003.
14. Klück M, Guimarães JR. Questões éticas e legais do prontuário do paciente da teoria à prática. In: *Anais do VIII Congresso Brasileiro de Informática em Saúde*. p.6, 2002. Disponível em: http://www.avesta.com.br/so/so15_questoes.pdf Acesso em 25 de maio 2005.
15. Machado MH. *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.
16. Maia DB. *Erro Médico no Brasil: Análise de Processos Ético-Profissionais julgados no Período de 1988 a 1998* [Monografia]. São Luis: Universidade Federal do Maranhão, 1999.
17. Neves NMBC. *Ética para os futuros médicos: É possível ensinar?* Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2006.
18. Novaes MA. *Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)*. In: *I Seminário de Tecnologia da Informação em Saúde*. Recife: 1998.
19. Nunes MM. *Investigação da Documentação Digital em Um Ambulatório de Ortopedia* [tese de Mestrado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2005.
20. Oliveira ES, Pinto LF. Quem são os médicos especialistas no Brasil?. In: *XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais- Brasil, 500 anos- Mudanças e Continuidades, 2000, Caxambu. Cadernos de Resumos XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais*. Belo Horizonte : Editora Geraes Ltda, 2000. v. 1. p. 59-59.
21. Taragin MI, Wilczek AP, Karns ME, Trout R, Carson JL. Physician demographics and risk of medical malpractice. *The American Journal of Medicine*, 93: 537-542, 1992.

Breve História da Bioética na Faculdade de Medicina da Bahia, UFBA, e na Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia

A Short History of Bioethics at the Faculty of Medicine of Bahia, UFBA and at the State University of Feira de Santana, Bahia

José Tavares-Neto¹, Eliane S. Azevêdo² e Maria da Glória Sampaio Gomes³
*Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia^{1,2},
 Universidade Estadual de Feira de Santana³*

A Bioética, no Estado da Bahia, apresenta história consolidada na Faculdade de Medicina Bahia, UFBA e na Universidade Estadual de Feira de Santana. Na primeira, as atividades começaram com o ensino da disciplina no Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde desde 1994 e mais recentemente, em 2005, fortificou-se com a criação oficial do Núcleo de Bioética na própria Faculdade de Medicina da Bahia, abrindo, assim, a oportunidade para pesquisas na área. Na Universidade Estadual de Feira de Santana, UEFS, as atividades de Bioética tiveram início com a criação do Núcleo de Bioética em 1998, seguida da criação de disciplinas nos cursos de graduação em Biologia e em Enfermagem e, também, no Curso de Mestrado em Saúde Coletiva. As criações, na UEFS, do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos e do Comitê de Ética no Uso de Animais ocorreram sob a orientação do Núcleo de Bioética dessa instituição.

Palavras-chave: Bioética, Faculdade de Medicina da Bahia, UFBA, UEFS.

In the State of Bahia, Brazil, Bioethics is well established at the Faculty of Medicine of Bahia, Federal University of Bahia (UFBA), and at the State University of Feira de Santana (UEFS). At the Faculty of Medicine of Bahia, the discipline of Bioethics is offered since 1994 at the Graduate Course of Medicine and Health. Recently, in 2005, the creation of the Nucleus of Bioethics in this Medical School opened the opportunity also for research in the area. At the State University of Feira de Santana, Bioethics began by the creation of a Nucleus of Bioethics in 1998 followed by the creation of disciplines in Biology and Nurse undergraduate courses as well as in the Master Degree Course of Community Health. Later, the establishment of a Ethics Committee on Human Research and a similar Committee on the Use of Animals were also stimulated by the Bioethics Nucleus.

Key-words: Bioethics, Faculty of Medicine of Bahia, UFBA, UEFS.

A história da evolução do pensamento moral é mais antiga que seus próprios registros e faz parte da historicidade do ser humano. Povos pré-técnicos, em

diversas regiões da terra, desenvolveram formas de convívio nas quais estavam implícitas concepções do que era certo ou errado, bom ou ruim para a coletividade. A tradição dessas concepções morais permitia punir as transgressões com o objetivo comum de fortalecer a coesão entre todos e manter a unidade grupal. Prevalecia o interesse coletivo sobre os interesses pessoais. Nenhum povo pré-técnico fugiu à regra do auto-fortalecimento através de rigorosa observância aos próprios valores, tradições, princípios, ou seja, observância à própria Moral.

Recebido em 10/09/2006

Aceito em 20/12/2006

Endereço para correspondência: Prof. José Tavares-Neto.
 Núcleo de Educação e Pesquisa Transdisciplinar em Bioética.
 Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, Largo do Terreiro de
 Jesus, Centro Histórico, 40026-010 Salvador – Bahia, Brasil.
 E-mail: tavaneto@ufba.br.

Gazeta Médica da Bahia

2007;77: 1(Jan-Jul):19-30.

© 2007 Gazeta Médica da Bahia. Todos os direitos reservados.

Através dos séculos, grandes mudanças nos processos sociais, econômicos, artesanais e técnicos, trouxeram reflexos na moral prevalente, fazendo com que, sucessivamente surgissem uma moral escravista, feudal, burguesa, operária, moderna, etc. Na sociedade burguesa, dissociam-se os interesses do indivíduo e da coletividade. Todavia, ao longo dos séculos, sem se tomarem valores exclusivos de certa época ou de certa moral histórica, a humanidade foi preservando alguns princípios morais, como solidariedade, amizade, lealdade, honradez, etc., os quais se tornaram universais⁽³⁰⁾.

O advento das reflexões filosóficas sobre a moral vem inspirando, da Grécia Antiga aos dias atuais, correntes de pensamento e teorias que ao longo da história procuram estudar e entender a Moral. Assim, surgiu, desde os períodos mais arcaicos da civilização grega⁽²⁹⁾, e se firmou através dos séculos, uma nova ciência, denominada de Ética, cujo objeto de estudo é a Moral.

Nesse complexo cenário de evolução histórica de concepções da Moral e teorias da Ética, Vazquez⁽³⁰⁾ propõe-se a definir Moral como “um conjunto de normas, aceitas livre e conscientemente, que regulam o comportamento individual e social dos homens”; e Ética como “a teoria ou ciência do comportamento moral dos homens na sociedade”. Deste modo, Moral é compreendida como o conjunto de princípios, valores e tradições prevalentes em qualquer sociedade, e Ética é o estudo da moral.

Até a metade do século XX, os progressos técnicos alcançados como produto da ciência moderna conseguiam, de certa forma, conciliar seu impacto social com a moral prevalente nas sociedades. Todavia, à medida que a ciência moderna compreendeu e dominou certos processos vitais do organismo humano: super tecnificou a assistência à saúde; inventou as UTIs; conseguiu intervir no prolongamento da vida; manipulou os transplante de órgãos; separou com sucesso o ato sexual do processo reprodutivo, inventando técnicas de reprodução “in vitro”; conseguiu alterar o DNA de células somáticas das pessoas e com possibilidades técnicas de fazê-lo em células germinativas, dentre muitos outros avanços. A partir desses marcos técnico-

científicos, foram surgindo novos conflitos de ordem moral, para os quais não existe, na sociedade, nenhuma tradição em resolvê-los.

Ao lado desses avanços técnico-científicos estão também ocorrendo mudanças nas sociedades atuais, caracterizadas pelo pluralismo cultural, pela cobrança de respeito às diversidades, pela vigilância das práticas profissionais e científicas, pelo reconhecimento da dignidade das pessoas, pela desconfiança das autoridades, entre outras⁽²⁶⁾.

A confluência dessas mudanças sociais, do arrojado avanço da tecnologia, e da crescente consciência sobre a primazia da dignidade da pessoa humana na relação profissional-paciente, propiciaram, nas últimas décadas, o surgimento de uma nova ciência que busca refletir sobre todos os conflitos éticos em relação à vida, ou seja a Bioética.

Em artigo intitulado “Por que Bioética?”, Clotet⁽¹⁰⁾ define a Bioética como “o estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e cuidado da saúde, enquanto essa conduta é examinada à luz dos valores e princípios morais”. O termo Bioética foi usado pela primeira vez em 1971, por Van Rensselaer Potter, em seu livro intitulado “Bioethics: bridge to the future”⁽²⁷⁾. À essa época, o significado que Potter⁽²⁷⁾ atribuiu ao termo era como se a Bioética fosse uma ciência destinada a assegurar a vida no planeta. As repercussões a respeito da Bioética foram enormes e rapidamente o termo passou a ser usado como algo bem mais amplo, incluindo uma nova visão ética na relação entre pacientes e profissionais da saúde, entre esses profissionais e a sociedade, entre a sociedade e o ambiente, ou seja a ótica da relação com a natureza, a preservação ambiental, defesa de animais e o seu uso em experimentações, entre outros. Para alguns, a Bioética tornou-se muito mais que uma nova disciplina, transcende os limites de uma nova ciência, e chega mesmo a ser considerada um movimento^(7,28).

Para que uma nova idéia, como a Bioética, se desenvolva com tamanha força e rapidez, em quase todo o mundo, foi indispensável que tivesse sido antecedida por uma série de fatos que criaram o ambiente propício ao seu rápido e explosivo desenvolvimento. Ao analisar o nascimento e o

desenvolvimento da Bioética, Bernard⁽⁷⁾ relembra uma série de congressos e colóquios internacionais nos quais biólogos, médicos, magistrados e políticos vinham discutindo suas interrogações e preocupações, inicialmente dispersas e que aos poucos foram se ordenando, fazendo com que o Colóquio de Asilomar, em 1974, e o I Congresso do Movimento Internacional da Responsabilidade Científica, realizado em Paris em 1976, se tornassem os marcos do desenvolvimento da Bioética. No ano seguinte, em 1977, é fundado na Sorbonne, por Robert Mallet, o Movimento Universal da Responsabilidade Científica⁽⁷⁾.

Ainda que o modo de desenvolvimento da Bioética apresente formas variadas em cada país, existem, todavia, bases fundamentais comuns em todo o mundo, representadas, de um lado, pela aliança entre médicos, biólogos, filósofos, teólogos, sociólogos, juristas e antropólogos, e do outro, pelos cidadãos comuns, não especializados mas conscientes dos problemas levantados pela Bioética⁽⁷⁾. Clotet⁽¹¹⁾ admite que o contato de pesquisadores e especialistas de países latino-americanos com centros pioneiros dessa nova ciência propiciou o desenvolvimento da Bioética na América Latina, a partir da década de oitenta do século XX.

A Bioética na Bahia

Em maio de 1994, o jornal “A Tarde” (Salvador, Bahia) publicou o artigo intitulado “Bioética: dimensão e rumos”, de autoria da Profa. Eliane S. Azevêdo, o qual se constituiu na primeira divulgação científica sobre Bioética no Estado.

No segundo semestre de 1994, um de nós (José Tavares-Neto) propôs, ao Colegiado do Curso de Pós-graduação em Medicina Interna (CPgMI)^a, da Faculdade de Medicina da Bahia (FAMEB) da Universidade Federal da Bahia, ampla reforma curricular dos cursos de mestrado e doutorado com a inclusão das disciplinas “Bioética” e “História e

Filosofia da Ciência”, inicialmente para o curso de Doutorado, sendo ambas optativas. Em 1995, a disciplina “Bioética” foi ministrada, pela primeira vez, tendo como Professor-convidado o eminente bioeticista Joaquim Clotet (da Pontífica Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre); em 1996, os Profs. Joaquim Clotet e Eliane S. Azevêdo, conjuntamente, ministraram esse segundo curso no CPgMI. Nos anos subsequentes, o ensino dessa disciplina manteve-se sob a responsabilidade da Profa. Eliane S. Azevêdo. Mais recentemente, em 2005, o Colegiado do PPgMS, na gestão do Prof. Álvaro A. Cruz, transformou a Bioética em disciplina obrigatória para os cursos de Mestrado e de Doutorado.

Em outubro de 1994, o Hospital São Rafael foi, na Bahia, pioneiro em eventos acadêmicos em Bioética, organizando mesa-redonda sobre Bioética em comemoração ao Dia dos Médicos. No ano seguinte, 1995, esse mesmo hospital promoveu a 1ª Jornada de Ética Médica do Hospital São Rafael, discutindo vários temas de Bioética.

Ainda em 1994, por iniciativa do Prof. Ronaldo Jacobina, a disciplina “Introdução à Medicina Social” do curso de graduação em Medicina, do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Bahia - UFBA, passou a incluir no seu programa saberes de Bioética aplicados a essa área; inicialmente, constava da discussão do texto de Gioavanni Berlinquer “O direito à vida e a Ética da Saúde” e nos semestres subsequentes, até o presente ano, novos conteúdos foram introduzidos e nas atividades práticas há discussão sobre conflitos bioéticos e comitê simulado envolvendo questões sobre dilemas bioéticos. Na atualidade, a disciplina da graduação “Introdução à Medicina Social” no módulo de Bioética tem dois objetivos principais: “discutir as relações entre a Bioética, as práticas de saúde e a Medicina Social; e identificar com os alunos os possíveis conflitos bioéticos em contextos de assistência ou de investigação em saúde, discutindo os seus fundamentos e encaminhamentos” (Jacobina R: informação pessoal).

Em 1995, a Academia de Medicina da Bahia e a Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, sob a

^a Posteriormente (1997) denominado de Curso de Pós-graduação em Medicina e Saúde (CPgMS) e, mais recentemente (2006), de Programa de Pós-graduação em Medicina e Saúde (PPgMS).

coordenação da Profa. Maria Theresa Pacheco, promoveram o Simpósio de Bioética, o qual contou com a participação de professores de outros Estados. Ainda em 1995, ocorreram dois programas de ampla divulgação científica, um na Rádio Excelsior, coordenado pelo Prof. Ronaldo Jacobina, e outro na TV Educativa, coordenado pela equipe do Programa Contexto, ambos entrevistando especialistas, sobre o que é Bioética.

Em maio de 1996, a Associação Brasileira de Enfermagem, Seção da Bahia, comemorou a sua 57ª Semana com uma conferência intitulada “Bioética e Pesquisa”. Em outubro de 1996, o Hospital Ernesto Simões comemorou o Dia do Médico com uma conferência sobre Bioética. Em novembro desse mesmo ano, no I Simpósio sobre a Epidemia da AIDS, realizado em Salvador, foi discutido o tema “Direitos do Paciente com AIDS: aspectos Bioéticos”. Ainda nesse ano, o Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, juntamente com o Curso de Pós-graduação em Medicina Interna, convidaram o Prof. Michel Tibon-Cornillot, Pesquisador da Escola de Altos Estudos em Ciências Sociais de Paris, para ministrar seminários sobre Bioética para os alunos de graduação e de pós-graduação.

A partir de 1996, após aprovação pela Comissão Nacional de Saúde (CNS) da Resolução nº196 de 1996, e a subsequente criação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e respectivos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP), oferecendo os instrumentos básicos para análise de projetos de pesquisa sob o ponto de vista ético, consolidou-se a importância dos saberes em Bioética tanto no ensino formal (graduação e pós-graduação), como em eventos científicos isolados. A exemplo, pode-se citar o Curso de Pós-graduação em Enfermagem Comunitária da Escola de Enfermagem da UFBA que em 1997 incluiu algumas aulas de Bioética em sua programação curricular. Nesse mesmo ano, o Programa de Internato da FAMEB, no Hospital Universitário Prof. Edgard Santos da UFBA, sob a coordenação do Prof. Heonir Rocha, passou a oferecer, na programação teórica, discussão de casos com conteúdos de Bioética.

Infelizmente, essa iniciativa não prosperou em virtude da saída do Prof. Heonir Rocha, para assumir o Cargo de Reitor da UFBA (1998-2002).

Em 1997, o curso de Bioética do CPgMI-FAMEB-UFBA despertou o interesse do mestrando Cláudio Lourenzo, levando-o a desenvolver sua Dissertação⁽¹⁹⁾ sobre tema de Bioética tendo como Professor-orientador a Profa. Eliane S. Azevêdo, e o Prof. Joaquim Clotet como co-orientador. Paralelamente, a disciplina Deontologia e Discenologia Médica (MED-208), do Departamento de Anatomia Patológica e Medicina Legal, ministrada no curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia (FAMEB)/UFBA e na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), sob a responsabilidade da Profa. Maria Theresa Pacheco e, posteriormente, pelo Prof. Antonio Nery Alves Filho, incluíram temas de bioética em seus conteúdos. Em 2002, o Prof. Antonio Nery Alves Filho criou no âmbito dos dois cursos médicos (FAMEB-UFBA e EBMSP) a “Associação de Acadêmicos de Medicina para estudo de Ética Médica e Bioética” (ACADEMÉTICA)⁽²⁾. Entre outras atividades de extensão da ACADEMÉTICA, recentemente foi proposto o Código de Ética do Estudante de Medicina⁽¹⁶⁾.

Não obstante esses progressos, os conteúdos sobre Ética Médica e Bioética oferecidos aos alunos de graduação em Medicina da FAMEB-UFBA ocorrem em fases muito precoces do curso médico. Assim, a partir da inserção no ciclo profissional e mais especialmente durante o Internato, o estudante de Medicina é pouco exposto aos conflitos éticos e bioéticos e, portanto, não têm oportunidades de reverem conhecimentos quando há maior experiência e vivências em campos de prática de assistência à saúde. Também por isso, no final de 2003, foi proposto o início da discussão do processo de transformação curricular e após as discussões preliminares, em 2004, a Diretoria da FAMEB e a Coordenação do Colegiado de Graduação em Medicina constituíram a Comissão Paritária, de Discentes e Docentes, para a elaboração do projeto preliminar de transformação curricular. Essa 1ª versão do projeto foi submetida a consulta pública ao longo do segundo semestre de 2004, entre os

membros da comunidade da FAMEB-UFBA, inclusive na “home page” da Faculdade. Após essa consulta pública, foi publicada a 2ª versão do projeto⁽¹⁸⁾, a qual foi discutida e ampliada pelos 47 Docentes do Programa de Alunos-especiais Docentes (PAED), do PPgMS-FAMEB-UFBA, e essa 3ª versão serve de base ao processo de transformação curricular, a ser iniciado em Fevereiro de 2007. Nesse novo currículo da FAMEB-UFBA, há os eixos de conteúdos ético-humanísticos, ao longo do 1º ao 8º semestres do curso médico⁽¹⁸⁾; durante o Internato do curso médico (9º-12º semestres), esses conteúdo também deverão ser abordados discutidos especialmente sob a discussão de casos. Dessa forma, os estudantes de Medicina terão oportunidades de conhecer, rever e discutir tópicos, de forma integrada, relacionados as Ciências Humanas (*e.g.*, Filosofia, Antropologia, etc.), História da Medicina, Ética Médica e Bioética. Desse modo, espera-se que o médico formado pela FAMEB-UFBA tenha “compromisso com a cidadania, nos planos individual e coletivo”, entre outras características descritas no plano político-pedagógico⁽¹⁸⁾.

Em 2006 o Prof. Cláudio Lorenzo, após Doutorado no Canadá com Tese na área da Bioética⁽²⁰⁾, é aprovado no concurso público para Professor Adjunto do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA; e esse, juntamente com a Profa. Vera Formigli, escreveu o texto didático “Da Ética à Bioética: reflexões e tomadas de decisão nas práticas de saúde” (Salvador: DMP/FAMEB-UFBA, 2006), adotado pela disciplina “Introdução à Medicina Social”.

Observa-se que a diversidade de eventos sobre Bioética no Estado da Bahia, e mais especificamente em Salvador, foram quase sempre a partir de iniciativas isoladas, mas institucionalmente ou curricular, e até 1999 só houve a criação da disciplina Bioética no Curso de Pós-graduação em Medicina e Saúde da FAMEB-UFBA de natureza obrigatória.

Há alguns anos, a Universidade Católica de Salvador (UCSAL), vem oferecendo Curso de Mestrado em Ciências da Família do qual consta a disciplina de Bioética. Nesse curso, o advogado Antônio Fábio Medrado de Araújo defendeu

dissertação sobre tema de Bioética⁽¹⁾, da qual resultou publicação similar. Atualmente a disciplina Bioética integra a matriz curricular do curso de Especialização em Citogenética, também da UCSAL. Não apenas na área da saúde, mas também na área de Direito, a Bioética vem sendo desenvolvida na Bahia. A partir de 2003, na Faculdade de Direito da UFBA há movimento crescente para a introdução sobre conteúdos de Bio-Direito no curso de graduação em Direito. Mais recentemente, em 2005, as Faculdades São Bento criaram Curso de Especialização em Bioética.

Bioética na UEFS

Como parte da realização do XIII Encontro de Genética do Nordeste (ENGINE) em abril de 1998, no Campus da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Bahia, a Professora Eliane S. Azevêdo propôs à então Presidente da Comissão Organizadora do evento e Diretora do Departamento de Ciências Biológicas/UEFS, Profa. Eneida de Moraes Marcílio Cerqueira, a criação de um Núcleo de Bioética nessa Universidade. Aprovada a proposta, a Profa. Eliane S. Azevêdo elaborou o projeto que foi apresentado ao Departamento de Ciências Biológicas. A solenidade de criação do proposto Núcleo de Bioética ocorreu durante o citado ENGINE contando com presença e conferência do Prof. Dr. Wiliiam Saad Hossne, Presidente da Sociedade Brasileira de Bioética à época. Em janeiro de 1998, a Profa. Eliane fora contratada como Professora-visitante da UEFS assumindo a Coordenação do recém criado Núcleo de Pesquisa e Educação Transdisciplinar em Bioética do Departamento de Ciências Biológicas, tendo como Vice-Coordenadora a Profa. Eneida Cerqueira.

A percepção de que o Nordeste do Brasil e, em especial, a UEFS apresentavam à época, uma confluência de oportunidades, vantagens e demandas para o acolhimento de estudos e pesquisas na área da Bioética, nos níveis institucional, regional e nacional, respaldou a criação do referido Núcleo.

Do ponto de vista institucional a UEFS encontrava-se em pleno crescimento, abrindo espaços para novas

iniciativas. Além do que a oferta de cursos nas áreas de saúde e humana, demandariam a inclusão do ensino de Bioética em suas matrizes curriculares, como já ocorria em outras universidades do país.

Regionalmente, o fato de a UEFS estar situada no Nordeste e localizada no interior do Estado, a identifica com diferentes problemas regionais, em especial, ligados à saúde e às diferenças sociais, os quais merecem análise e formulações especiais em Bioética. Ao mesmo tempo, sua proximidade com a capital do Estado contribui para o estabelecimento de interação com instituições de ensino e pesquisa ali existentes.

Como atividade imediata do Núcleo de Bioética da UEFS, foi organizado um Grupo de Estudos de Bioética, congregando professores, pesquisadores, profissionais da própria UEFS e de diferentes instituições de Salvador (Departamento de Medicina Preventiva da FAMEB, UFBA e Hospital São Rafael), tendo como foco a reflexão, estudo, ensino e pesquisa em Bioética.

Ainda em 1998, a Coordenadora do Núcleo de Bioética da UEFS propôs aos setores competentes, a criação da disciplina Bioética destinada aos estudantes dos cursos de Ciências Biológicas e Enfermagem e Bioética e Genética, destinada aos estudantes do curso bacharelado em Ciências Biológicas com ênfase em Genética, ambas codificadas, respectivamente como BIO-132 e BIO-133 (também ambas com carga horária de 30 horas semestrais), lotadas no Departamento de Ciências Biológicas, na categoria de disciplinas optativas. Com a reformulação do currículo do curso de graduação em Ciências Biológicas, a partir de 2004, foi incluído, no segundo semestre, o Seminário Temático de Bioética para todos os estudantes do curso. A obrigatoriedade do ensino de Bioética (disciplina BIO-132) se fez presente, também, na matriz curricular do curso de Licenciatura em Ciências Biológicas para professores do ensino médio e fundamental da rede pública estadual (Programa de Formação de Professores) iniciado em 2003.

Em 2001, percebendo a consolidação da interação com o ensino de graduação, o Núcleo de Bioética, propôs a inclusão da disciplina Bioética como optativa para o Curso de Mestrado em Saúde Coletiva.

Também cursos de pós-graduação *lato sensu* têm incluído a Bioética como disciplina optativa.

Em 2000, a UEFS, realizou concurso para o cargo de Professor Titular de Bioética, com a aprovação da Profa. Eliane S. Azevêdo, com a Tese “O Direito de vir a ser após o nascimento”, posteriormente editada pela Pontifícia Universidade Católica de Porto Alegre⁽⁵⁾. Este fato representou um novo impulso para a Bioética na UEFS contribuindo, assim, para o desenvolvimento da pesquisa na área e a formação de recursos humanos mediante orientação de alunos de Iniciação Científica (6), de monografia de conclusão de curso (3), de Especialização (1) e de Mestrado (2).

O eficaz apoio administrativo ao Núcleo de Bioética, assegurado pela UEFS, propiciou a efetivação de várias outras iniciativas na área da Bioética, tais como a criação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP-UEFS) em 2001 e, a seguir (2003), a criação do Comitê de Ética no Uso de Animais (CEUA-UEFS).

Com essas condições, o CEP-UEFS, devidamente instalado e registrado na CONEP, pôde concorrer em 2003 ao projeto “Fortalecimento Institucional de Comitês de Ética em Pesquisa” em convênio com o DECIT-MS-UNESCO cujo foco era a realização de Curso de Capacitação para Membros de Comitês de Ética em Pesquisa. O CEP-UEFS, com os recursos obtidos pelo projeto realizou dois cursos de capacitação (32 pessoas e 11 pessoas, nos primeiro e segundo cursos respectivamente). Além dos cursos de capacitação o CEP-UEFS tem desenvolvido oficinas de construção de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (I, II e III), por ser este documento uma das causas de maior pendência dos protocolos de pesquisa submetidos ao CEP.

Outra atividade realizada em cooperação do Núcleo de Bioética e CEP-UEFS, foi a institucionalização do Dia de Bioética a partir de 2002 (já realizados I, II, III, e IV). A partir do II Dia de Bioética deu-se início a publicações dos temas abordados, sob a forma de livro (II Dia de Bioética - editado em 2005 e III Dia da Bioética, editado em 2006). Encontra-se em fase de elaboração o livro do IV Dia de Bioética. Tais produções, organizadas pelos professores Eliane S.

Azevêdo e Nilo Reis, têm sido utilizadas como material didático em cursos de pós-graduação dentre outros destinos.

Em várias oportunidades, membros do CEP-UEFS atenderam convite de outras instituições (Universidade Federal de Sergipe; Universidade Federal do Acre; UNIME-Bahia; UNEB-Bahia; UESC-Bahia; UESB-Bahia; Universidade Federal de Goiás; UNIFESP-São Paulo; USP-Odontologia-São Paulo; USP-Ribeirão Preto) a fim apresentarem palestras sobre criação e desenvolvimento de atividades de um CEP.

Merece referência o entrosamento do curso de Enfermagem e o CEP, no que se refere as palestras sobre pesquisa em seres humanos, como componente do programa da disciplina Metodologia da Pesquisa em Saúde.

Em 2004, o Núcleo de Bioética da UEFS concorreu ao Edital Temático Saúde lançado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), com o projeto de pesquisa em Bioética intitulado “*Ética e Produção de Conhecimentos. A Pesquisa em Seres Humanos*” tendo a Profa. Eliane S. Azevêdo como coordenadora. Os recursos oriundos desse projeto contribuíram para melhoria das instalações físicas e ampliação do acervo bibliográfico do Núcleo da UEFS.

O interesse pela Bioética trouxe outros Professores para o Núcleo de Bioética (Professora Maria da Glória Sampaio Gomes, bióloga; Dalva Ornelas França, bióloga, e Nilo Reis, filósofo), assegurando, assim, a continuidade das atividades do Núcleo de Bioética da UEFS, tanto no ensino, como na pesquisa e na extensão. A partir de março de 2006, com a aposentadoria da Profa. Eliane S. Azevêdo, a Profa. Maria da Glória Sampaio Gomes vem coordenando o Núcleo de Bioética da UEFS e dando continuidade a todas as suas atividades, tendo como Vice-Coordenadora a Profa. Eneida Cerqueira.

Como se pode observar o Núcleo de Bioética da UEFS desde sua implantação até o presente ano atingiu os objetivos propostos mediante atividades relacionadas ao ensino (graduação e pós-graduação), pesquisa e extensão.

Bioética na FAMEB e na UFBA

Em 2004, a Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA volta a editar a *Gazeta Médica da Bahia*, criada em 1866, adotando em suas novas normas de publicação valores e princípios de proteção aos sujeitos de pesquisa. Além disso, o Conselho Editorial tem estimulado publicações em Bioética, bem como relato de casos na área da Bioética e da Deontologia Médica.

Em 2005, a Congregação da Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA aprova a proposta do Prof. José Tavares-Neto para criação do Núcleo de Pesquisa e Educação Transdisciplinar em Bioética da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal Bahia o qual foi instalado mediante Portaria FAMEB nº 22/2005, de 13 de outubro do mesmo ano^b. A implantação do Núcleo de Bioética da FAMEB-UFBA contou com auxílio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), destinado ao projeto de pesquisa “*Indicadores históricos sobre a relação pesquisador-paciente nas teses doutorais (1842-1928), e evidências entre ancestralidade negra e doenças*” e como apoio à instalação da sede do Núcleo na FAMEB, Largo Terreiro de Jesus, bem como iniciar duas linhas de pesquisa sobre “Direitos humanos e Etnia” e “Integridade Científica”. Desde sua criação o Núcleo de Bioética da FAMEB vem mantendo um grupo de estudo com programação quinzenal de atividades. No segundo semestre de 2006, além dos fundadores do Núcleo passaram a participar as médicas Nedy M. B. Cerqueira Neves e Márcia Andrade Pinho, e a bióloga Clarissa Cerqueira de Santana.

Os objetivos que nortearam a criação do Núcleo de Pesquisa e Ensino Transdisciplinar em Bioética, na Faculdade de Medicina da Bahia-UFBA, foram: inserir a FAMEB no cenário de institucionalização da Bioética no País; congregar professores, pesquisadores,

^b Membros-fundadores: Cristina Maria Mascarenhas Fortuna, médica; Eliane Elisa de Souza e Azevêdo, bioeticista (Presidente); José Tavares-Neto, médico (Secretário-executivo); Jundiára Paim, bióloga; Josicélia Dumet Fernandes, enfermeira; Liliane Elze Falcão Lins Kustere, odontóloga; e Maria da Glória Sampaio Gomes, bióloga.

profissionais, especialistas e alunos dispostos à reflexão, estudo, ensino e pesquisa em Bioética; somar esforços, desenvolver competências e identificar vocações na construção do conhecimento transdisciplinar em Bioética; conhecer, através estudo de casos, a realidade regional e o contexto gerador de conflitos éticos na assistência à saúde em suas diversas modalidades; desenvolver, para fins de ensino, formas de abordagem às pessoas envolvidas em conflitos éticos na área da saúde, objetivando a construção conjunta de soluções, respeitando os valores morais e a dignidade da pessoa humana; elaborar programas e efetivar o ensino da Bioética nas áreas profissionais da UFBA onde for reconhecida a necessidade deste tipo de ensino; oferecer cursos de treinamento em Bioética, em especial a professores de primeiro e segundo graus; oferecer cursos de extensão a profissionais liberais da região; planejar e desenvolver projetos de pesquisa em Bioética, a partir da realidade e da experiência regional em questões de atenção à saúde, assistência médica, avanços tecnológicos, pobreza, preconceitos, marginalização, etc., analisados à luz da dignidade da pessoa humana; buscar formas de financiamento para projetos em educação e pesquisa em Bioética; divulgar em revistas de credibilidade científica e em congressos a produção científica e acadêmica do Núcleo; elaborar formas de divulgação de conhecimentos em Bioética para o grande público; interagir e apoiar os Comitês de Ética em Pesquisa do Estado da Bahia; e manter o Núcleo como local de referência em Bioética com acesso específico por meio da “home page” da FAMEB.

As justificativas para a criação do Núcleo de Bioética da FAMEB-UFBA são de âmbito institucional, regional e nacional. Institucionalmente, nessa última década a UFBA encontra-se em pleno percurso de crescimento em qualidade e capacitação; desse modo, o clima acadêmico que prevalece em uma instituição em arrojado desenvolvimento é sempre de abertura para novas iniciativas. Também, a UFBA oferece vários cursos nas áreas da saúde e de humanas, os quais, mais cedo ou mais tarde, deverão incluir o ensino da Bioética em suas programações didáticas, a fim de manter-se em sintonia com a situação acadêmica

observada nos países desenvolvidos. Por sua vez, o Núcleo de Pesquisa e Ensino Transdisciplinar em Bioética será o segundo no Estado da Bahia, sendo o primeiro criado em 1998 na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), conforme relato nesse mesmo artigo. Não existem dúvidas que, nos próximos anos, iniciativas similares ocorrerão em outras instituições da região, tal é o impulso que a Bioética vem recebendo no Brasil.

A Bioética em desenvolvimento no Brasil deverá revelar identidade com problemas nacionais específicos, além de lidar com problemas de bioética comuns aos países desenvolvidos. Assim, a inserção da UFBA nessa área oferece oportunidade ímpar para identificação e estudo de problemas específicos em bioética relacionadas à distribuição de assistência e bens de saúde, assim como o impacto da pobreza na percepção da dignidade das pessoas. Nessa linha, a Profa. Eliane S. Azevêdo escreveu e publicou, em 1994, artigo de divulgação intitulado “Debate sobre bioética deve abranger efeito da miséria”⁽³⁾, elaborou tese e dessa o livro⁽⁵⁾ com o mesmo título, editado no Brasil e na Itália, sobre os efeitos da pobreza no cumprimento da programação genética da criança em desenvolvimento.

Considerações Finais

No Brasil, nenhuma outra área do saber vive a inovação científica e acadêmica que a Bioética proporciona. É nítido, em Estados do sul do País, o entusiasmo de especialistas, das mais diversas áreas, de tornarem-se comprometidos com o ensino da Bioética em suas respectivas especialidades. A exemplo, tem-se o II Seminário de Bioética (setembro de 1997), em Botucatu (São Paulo), cujos participantes eram médicos, biólogos, fisioterapeutas, farmacêuticos, geneticistas, filósofos, teólogos, juizes, advogados, entre outros, todos convidados pela Sociedade Brasileira de Bioética, e muitos deles já envolvidos no processo de início do ensino da Bioética em suas respectivas universidades.

Em 2006, o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, criou o Comitê de

Bioética à semelhança daqueles de outras áreas de conhecimento mais tradicionais, tendo nesse mesmo ano aberto edital para financiamento a projetos de pesquisa em Bioética. Nesse mesmo período, entre as ações para desenvolvimento da Bioética no Brasil, e após a criação do Comitê de Bioética no CNPq, foi oferecida a primeira bolsa a Pesquisador desse nova área do CNPq^c.

Assim, a Bioética no Brasil passou a contar com apoio governamental específico ao desenvolvimento de suas atividades. Outro fato digno de registro, ocorreu em 2005, quando a Universidade São Camilo em convênio com a USP criou o primeiro Curso de Mestrado em Bioética, no Brasil.

Está evidente que os novos conhecimentos sobre a vida e a natureza estão gerando técnicas com arrojado poder de manipulação do ser humano. Também, o crescente uso dessas técnicas está revelando o descompasso entre o progresso da tecnologia e a maturidade das reflexões morais sobre suas consequências, as quais geraram o próprio nascimento da Bioética.

A cada dia, mais consciente está a sociedade sobre os direitos da pessoa humana⁽⁸⁾, e, mais vigilante e exigente sobre a competência e a ética da prática profissional nas áreas que lidam com a vida. Para profissionais médicos, odontólogos, enfermeiros, biólogos, fisioterapeutas, farmacêuticos, advogados, entre outros, por melhor que seja sua competência técnica, por melhor que seja a qualidade do curso no qual obtiveram seus diplomas, não serão suficientes para assegurar-lhes o sucesso profissional, se ao lado da formação técnica não lhes seja ministrada, também, uma boa formação bioética. Países de primeiro mundo que, tradicionalmente, na área médica pagam seguros para a cobertura de possíveis falhas na prática profissional, estão reconhecendo que, devido à rigorosa vigilância da sociedade, os valores cobrados pelas seguradoras tornaram-se exorbitantes, forçando os médicos à busca de conhecimentos de bioética como forma de proteção ao exercício de suas atividades. Dessa forma, para profissionais do início

deste século e mais ainda para aqueles das próximas décadas do século XXI, a Bioética apresenta-se como um tipo de conhecimento indispensável.

Idéias, reflexões e análises que ofereçam padrões do que é bom e do que é ruim, do que é certo e do que é errado, à luz dos valores morais vigentes, estão se tornando parte integrante da formação profissional nas universidades, inclusive no Brasil.

Profissionais da área da saúde estão sempre tomando decisões nas quais está em jogo a vida das pessoas. Logo, é fundamental e indispensável que as universidades também ofereçam treinamento específico para o reconhecimento de conflitos éticos, análise crítica de suas implicações, uso do senso de responsabilidade e obrigação moral ao tomar tais decisões⁽¹³⁾. Por exemplo, a tradicional imagem do médico beneficente, na qual repousava a absoluta confiança de que suas decisões eram única e exclusivamente em benefício do paciente, ainda que tomadas sem consultá-lo, estão sendo substituídas pelo exercício do respeito à autonomia do paciente (princípio da autonomia em Bioética), ou seja da sua participação nas decisões médicas em relação à sua doença, sua saúde e à sua vida.

O crescente número de cursos de Bioética em universidades americanas, latino-americanas, canadenses, australianas, européias e também brasileiras está propiciando não apenas o ensino da Bioética nos cursos de graduação, de aperfeiçoamento/especialização mas também, em algumas delas, a oferta de formação acadêmica específica com titulação em mestre e doutor em Bioética. Ainda que, em países do primeiro mundo, o ensino da Bioética esteja voltado, principalmente, para problemas éticos gerados pela aplicação de novas tecnologias, no Brasil, os problemas bioéticos têm maior amplitude. A diversidade social, econômica e ambiental prevalente no País, bem como suas desigualdades⁽⁶⁾, fazem com que, ao lado dos problemas advindos dos avanços tecnológicos, persistam problemas nacionais específicos. A depender da unidade de ensino (saúde, medicina, biologia, filosofia, direito, etc.), ou região do País onde se instalem cursos de Bioética, é importante que problemas brasileiros^(4 19 21), tanto quanto problemas pertinentes

^c Um de nós (ESA) é membro desse Comitê do CNPq, e sua primeira pesquisadora 1A.

aos avanços da tecnologia, sejam analisados à luz dos valores morais prevalentes na sociedade brasileira.

No entanto, a Bioética é mais que uma disciplina, é também mais que Ética Médica, e talvez não seja apenas uma Ética Aplicada. Conseqüentemente, como ensinar Bioética é o desafio pedagógico da atualidade. Em artigo intitulado “Promover o Ensino da Bioética no Mundo”, Lenoir⁽¹⁷⁾ alerta: “Se o escopo da Bioética deve ser multidisciplinar, resta saber se é preferível tê-la dentro de uma formação disciplinar clássica - com o educador encarregado, responsável por recorrer às competências de outros participantes, segundo as modalidades que ele pode definir - ou se deve constituir uma nova disciplina por inteiro”. Nesta última hipótese, se coloca o problema da concepção da formação a ser usada pelos futuros professores de Bioética.

A magnitude do desafio exige reflexões sobre dois aspectos essenciais, discutidos a seguir: primeiro, a busca por uma concepção pedagógica que melhor responda às exigências da Bioética; segundo, a concepção dos fundamentos filosóficos da Bioética tanto nos países anglo-americanos como europeus.

A Bioética, à semelhança da Genética, desenvolveu-se em contexto caracterizado pela confluência de saberes de várias disciplinas e em plena era da ciência moderna. Estas semelhanças facilitam a percepção da transdisciplinaridade que permeia o conteúdo de conhecimento científico tanto em Genética como em Bioética, e voltarão à discussão adiante, no presente texto.

Ainda que a divisão do conhecimento em disciplinas seja arbitrário (o objeto da ciência é a natureza que em si é única e indivisível), cientistas e educadores foram, no passado, e continuam sendo no presente, herdeiros de uma cultura que identifica as disciplinas como algo inerente ao conhecimento científico. Conseqüentemente, os saberes existentes na interface das disciplinas, apresentam difícil consolidação por pertencerem a áreas, supostamente, diferentes^(9 14 15 17). Assim, surgiram termos e conceitos que, na encruzilhada das disciplinas, procuram sistematizar suas imbricações. Para Felice *et al.*⁽¹²⁾, os termos multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade devem ser entendidos do seguinte modo: multidisciplinaridade ou pluridisciplinaridade –

consiste na simples justaposição de disciplinas e nenhum pressuposto de ligação entre elas é exigido; interdisciplinaridade - requer o conhecimento do conceito de cada disciplina envolvida a fim de integrá-las; e transdisciplinaridade - requer uma unificação conceitual entre as disciplinas.

Na elaboração geral de cursos e currículos, a multidisciplinaridade é a forma mais simples e freqüentemente usada em qualquer parte do mundo. A interdisciplinaridade, por sua vez, é um pouco mais difícil, porém é a marca de certas áreas do saber como a biologia, química, física, etc. Já a transdisciplinaridade, é considerada extremamente difícil de ser alcançada devido à ausência de conhecimentos profundos em mais de uma disciplina prevista para integração; mas é oportuno acentuar que toda esta dificuldade decorre, exatamente, da tradição histórica de produzir e transmitir conhecimento em “pacotes” chamados disciplinas os quais mascaram a unicidade da ciência.

Hoje, ao perceber-se que para ser bioeticista precisa-se também ser biólogo, médico, filósofo e jurista, está-se apenas repetindo observação semelhante feita por Herbert Muller em 1922 em relação à Genética: “Devemos nós geneticistas sermos também bacteriologistas, fisiologistas, químicos e físicos sendo simultaneamente zoólogos e botânicos?”. A resposta foi dada pelo próprio Muller, nesse mesmo trabalho⁽²²⁾ publicado no *American Naturalist*: “Espero que sim”. E o tempo confirmou a intuição de Muller e a transdisciplinaridade da Genética. A diferença pedagógica entre o que ocorreu na Genética, no início do século passado, e o que ocorre hoje com a Bioética é que o reconhecimento da transdisciplinaridade em Genética foi privilégio de poucos, enquanto que em Bioética a transdisciplinaridade já se constitui, em países europeus, uma proposta de concepção didática^(24 25).

Nessa mesma linha de pensamento existe quem admita ser a Bioética o protótipo do conhecimento interdisciplinar⁽²³⁾. Por outro lado, alguns educadores, compreendendo a complexidade do ensino da Bioética, reconheciam, há dez anos, a possibilidade de adiar-se a definição de uma concepção didática, nesse estágio, contanto que o objetivo do ensino cumpra a sua finalidade de fazer com que os alunos tenham a capacidade de

articular as diferentes visões disciplinares⁽¹⁷⁾. Atualmente, todavia, não apenas propostas pedagógicas são apresentadas e discutidas, mas também métodos de pesquisa em Bioética constituem um outro desafio dessa nova área de conhecimento.

A Bioética é, reconhecidamente, um saber diferente que exige práticas pedagógicas específicas e múltiplos métodos de pesquisa. A diversidade de saberes que constitui a Bioética e o seu objetivo didático de abrir horizontes à percepção de responsabilidades morais traduzem sua unicidade. Atingir esse objetivo será extremamente difícil através da transmissão de conhecimentos de forma compartimentada, ministrados por vários professores com diversos tipos de formação, originários de diferentes áreas, e, às vezes, sem compromisso acadêmico com a própria finalidade de ensinar Bioética. É fundamental que, pelo menos, um ou mais professores, diretamente responsáveis pelo ensino da Bioética, domine o conceito de cada disciplina envolvida (interdisciplinaridade) ou melhor ainda, consiga, com esforço e tempo perceber, a unificação conceitual entre estas disciplinas e conheçam seus conteúdos. Sem essa unificação conceitual, os trabalhos com a Bioética muito dificilmente resultarão em ensino eficaz.

Por outro lado, a pesquisa em Bioética ainda que em grande parte teórico-conceitual, abrange também pesquisas na área do direito e da justiça, pesquisas empíricas, sejam qualitativas ou quantitativas, estudo de caso, narrativas históricas, entrevistas, observação participante e pesquisa etnográfica ou a combinação de mais de uma abordagem metodológica em um mesmo projeto.

Conclusões

A fase atual de desenvolvimento da Bioética no Brasil está a exigir ações institucionais concretas, traduzidas pela implantação de estruturas acadêmicas (núcleos) que propiciem a confluência de especialistas para intercâmbio de saberes, construção e aplicação de idéias ao ensino, pesquisa e educação em Bioética no País. Por tratar-se de uma nova área de conhecimento, com menos de quatro décadas de

existência, a Bioética se constitui em forte apelo à geração atual de professores de ciências da vida (biologia, genética, medicina, enfermagem, odontologia, farmácia, etc.) e de ciências humanas (filosofia, teologia, antropologia, direito, etc.).

Também deve ser considerado que em raras oportunidades, na história do conhecimento, professores, pesquisadores e estudantes puderam acompanhar o surgimento de uma nova área de saber, estudar as circunstâncias deste surgimento e contribuir para o seu avanço, como ocorre hoje com a Bioética. Além disso, no caso específico da Bioética, a contribuição ao seu desenvolvimento é independente do potencial técnico-científico de países de primeiro mundo, porque a Bioética não depende de equipamentos ou aparelhagens técnicas sofisticadas, como ocorre em muitas outras áreas. Para desenvolver a Bioética precisa-se tão somente de mentes humanas, dispostas a experimentar, em plenitude, esta oportunidade que a história da ciência oferece àqueles que estão vivendo este terceiro milênio. Qualquer país ou região, poderá, e deve, dedicar-se à Bioética buscando construir um saber com identidade própria, bem informado sobre o que ocorre no primeiro mundo, porém buscando ser livre de cópias e imitações.

Com esta concepção e tendo também em mente o que foi apresentado nas partes iniciais deste documento, percebe-se que no Estado da Bahia e em especial na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e na Universidade Federal da Bahia, existem confluência de oportunidades, vantagens e demandas para implantação de Núcleos de Bioética, como os já existentes na UEFS e, mais recentemente, na FAMEB-UFBA.

Nota dos Autores: partes do presente texto compõem os projetos para implantação dos Núcleos de Bioética da URFS (1998) e da FAMEB-UFBA (2005), aos quais os autores deste artigo são também autores e têm ligações institucionais com os mesmos.

Referências Bibliográficas

1. Araújo AFM. Fundamentos de Antropologia Bioética. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica de Salvador, 2004.

2. Athanazio R, Lemos K, Fonseca D, Cunha M, Braghiroli MI, Almeida A, Nunez GR, Ramos AC, Barbetta M, Bittencourt A, Lordelo M, Rocha IM, Soares A, Neves N, Nery Filho A. Acadêmica: um novo método de estudo sobre Ética Médica e Bioética. *Revista Brasileira de Educação Médica* 28: 73-78, 2004.
3. Azevêdo ES. Debate sobre bioética deve abranger efeito da miséria. *Caderno MAIS*. In: Folha de São Paulo, p. 6, de 16 de outubro de 1994.
4. Azevêdo ES. A Intedisiplinaridade na Ciência O Modelo da Genética. In: Anais da 49ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) 1: 113-115, 1997.
5. Azevêdo EES. Direito de vir a ser após o nascimento. EDIPUCRS: Porto Alegre, 2000.
6. Azevêdo E, Tavares-Neto J. Black identity and registries in Brazil: a question of rights and justice. *Eubios Journal of Asian and International Bioethics* 16: 22-25, 2006.
7. Bemard J. Da Biologia à Ética. Bioética. Livraria Editora e Promotora de Eventos: Campinas (São Paulo), 1990.
8. Bobbio N. A Era dos Direitos. Campus: Rio de Janeiro, 1992.
9. Bruhn JG. Beyond disciplin: creating a culture for interdisciplinary research research. *Integrated Physiological Behavior Science* 30: 331-341, 1995.
10. Clotet J. Por que Bioética? *Bioética* 1: 13-19, 1993.
11. Clotet J. A Bioética: uma ética aplicada em destaque. A Saúde como desafio ético. In: Anais do I Seminário Internacional de Filosofia e Saúde, Florianópolis (SC), p. 115-129, 1994.
12. Felice J, Giordan A, Souchon C. Interdisciplinary approaches to environmental education. *Environmental Education Series*, no. 14, Paris, LINESCO-UNER, 1985.
13. Hossne WS. Competência do Médico. In: Bioética. EDUSP: São Paulo, p. 74-87, 1995.
14. Huff F, Garola G. Potencial patterns conceptual and practical issues in interdisciplinary education. *Journal of Allied Health* 24: 359-365, 1995.
15. Jacobi P. Os desafios da Interdisciplinaridade. A Experiência do PROCOCOM. In: Anais da 49ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) 1: 121, 1997.
16. Lemos K, Neves N, Athanazio R, Lordelo M, Bittencourt A, Neves FS, Boaventura C, Nery Filho A. Proposta de Código de Ética dos Estudantes de Medicina da Bahia. *Gazeta Médica da Bahia* 75: 133-142, 2005.
17. Lenoir N. Promover o Ensino da Bioética no Mundo. *Bioética* 4: 65-70, 1996.
18. Lorene LLS, Grupo de Trabalho, PAED. Segunda versão do Projeto de Transformação Curricular da Faculdade de Medicina da Bahia (FAMEB): revisão da proposta preliminar, Agosto de 2005. *Gazeta Médica da Bahia* 75: 195-218, 2005.
19. Lorenzo CFG. Estudo da atenção da Bioética no Brasil e sua aplicabilidade em uma realidade brasileira. Dissertação de Mestrado, Curso de Pós-graduação em Medicina e Saúde, FAMEB-UFBA, 1998.
20. Lorenzo CFG. La vulnerabilité sociale en recherche clinique en Amérique Latine: une étude du potentiel protection conféré par les documents normatifs de la région. Thesis, Université de Sherbrooke, Quebec, Canadá, 2006.
21. Marques MB. A Bioética na Política Pública do Brasil. *Bioética* 4: 145-158, 1996.
22. Muller HJ. Variaton due to change in |the individual gene. *American Naturalist* 56: 32-50, 1922.
23. Pasetti C. The teacting of bioethics to the heath team: the neurologist role. *Medicine and Law* 14: 87-91, 1995.
24. Patrão Neves MC. A Fundamentação Antropológica da Bioética. Congresso de Bioética da América Latina e Caribe, São Paulo, 1995.
25. Patrão Neves MC. A Fundamentação Antropológica da Bioética. *Bioética* 4: 7-16, 1996.
26. Pelegrino ED. La relación entre la autonomia y ia integridad en la ética médica. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 108: 379-390, 1990.
27. Potter VR. Bioethics: bridge to the future. Prantice-Hall Englewood Cliffs: New Jersey, 1971.
28. Rothman D. Strangers at the bedside: a history of how law and bioethcis transformed medical decision making. Basic: New York, 1991.
29. Silva FL Breve Panorama Histórico da Ética. *Bioética* 1: 7-11, 1993.
30. Vasquez AS. Ética. Civilização Brasileira: São Paulo, 1992.

A Importância de Serviços Especializados e Multidisciplinares para Pacientes com Insuficiência Cardíaca e seu Impacto na Saúde Pública

Importance and Public Health Impact of Multidisciplinary and Specialized Care Units for Patients with Heart Failure

Francisco J. F. B. dos Reis, André Maurício S. Fernandes, Roberta L. Bahia,
Viviane Sahade, Erenaldo de Souza Rodrigues Junior

Complexo Hospital Universitário Professor Edgard Santos (COM-HUPES), Faculdade de Medicina da Bahia (FAMEB) e Escola Nutrição da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA

Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) é um problema crescente de saúde pública em todo o mundo. A mortalidade anual oscila em torno de 10% para pacientes não selecionados e de 30 a 40% para enfermos mais graves. Apesar dos avanços da medicina como novos medicamentos, corações e estimuladores artificiais e reabilitação cardíaca a ICC continua sendo uma síndrome deletéria aos pacientes e para o sistema de saúde. Estudos têm demonstrado a efetividade de clínicas especializadas no processo de cuidado, redução dos custos para o sistema de saúde e melhores desfechos clínicos para os pacientes. Assim, o cuidado multidisciplinar oferecido aos pacientes portadores de ICC, tem mostrado impacto na redução da morbi-mortalidade. Contudo, a quantidade de clínicas especializadas em ICC ainda é muito pequena. Este trabalho tem como objetivo demonstrar a importância de serviços especializados e multidisciplinares para pacientes com ICC e o seu impacto na saúde pública.

Palavras-chave: insuficiência cardíaca, assistência ao paciente, saúde pública.

Heart failure is an increasing problem of public health in the whole world. Annual mortality oscillates around 10%, but for those who undergone more advanced illness it reaches 30 to 40%. Although advances of medicine as new medicines, artificial hearts, devices and heart rehabilitation this disease continues being deleterious to patients and public health. Studies have demonstrated the effectiveness of specialized clinics in heart failure, reduction of costs for health system clinical outcomes for the patients. Thus, the multidisciplinary care for patients with heart failure has shown impact in morbi-mortality reduction. However, the amount of specialized clinics in heart failure stills very insufficient. This work's aim is demonstrate the importance of specialized and multidisciplinary clinics for patients with heart failure and its impact in public health.

Key-words: heart failure, patient care, public health.

A Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) é um problema grave e crescente de saúde pública em todo

Recebido em 20/04/2007

Aceito em 28/06/2007

Endereço para correspondência: Dr. Francisco José F. B. Reis.
Complexo Hospital Universitário Professor Edgard Santos -
Ambulatório de Insuficiência Cardíaca e Miocardiopatias. Rua
Augusto Viana s/n, Canela, 40110-060. Salvador, Bahia, Brasil.
E-mail: francisco_reis@uol.com.br

o mundo, sendo a via final comum da maioria das cardiopatias. Apesar de avanços científicos e tecnológicos e de melhores condições socioeconômicas terem possibilitado o aumento da longevidade da população geral e dos cardiopatas, tem-se registrado aumento da incidência de ICC no Brasil e no mundo. Pode-se estimar que até 2002, existiam 6,5 milhões de brasileiros portadores de ICC. Aproximadamente um terço dos pacientes com ICC é hospitalizado anualmente. A mortalidade anual oscila

em torno de 10% para pacientes não-selecionados e de 30 a 40% para enfermos em classe funcional IV da “New York Heart Association” (NYHA), mesmo quando adequadamente tratados. A ICC é, portanto, uma patologia agressiva e mata, conforme já descrito na literatura, mais que algumas neoplasias (*e.g.*, mama, próstata e intestino)⁽²²⁾.

Segundo dados obtidos do Sistema Único de Saúde (SUS) do Ministério da Saúde (MS), foram realizados no ano de 2000, aproximadamente 398.000 internamentos por ICC no Brasil, com ocorrência de 26.000 óbitos⁽⁶⁾. A incidência e prevalência de ICC estão claramente aumentando nos países industrializados, principalmente entre pacientes com mais de 60 anos, com múltiplas co-morbidades e continua sendo responsável por número significativo de hospitalizações^(14,20). Nos Estados Unidos da América, aproximadamente 20% dos pacientes com ICC necessitam de internação hospitalar⁽¹³⁾. Na Itália, o estudo “Survey on Heart Failure in Italian Hospital Cardiology Units” mostrou que aproximadamente 65.000 pacientes com ICC são admitidos nos departamentos de cardiologia da Itália a cada ano⁽¹⁸⁾, enquanto que outro estudo mostrou que quase 230.000 pacientes são hospitalizados anualmente naquele país por ICC⁽³⁾. Nos EUA, os gastos estimados com essa patologia são de cerca 38 bilhões de dólares/ano, sendo que dois terços do total são gastos com re-admissões hospitalares⁽²¹⁾. Vale ressaltar que as internações em geral advêm de episódios de descompensação, que representam risco de vida aos pacientes.

Além dos elevados custos hospitalares e de atendimentos de emergência, a ICC provoca a sensível perda da qualidade de vida, resultando, muitas vezes, em aposentadorias precoces, perda de produtividade, eventuais cirurgias e, ocasionalmente, transplante cardíaco, com altos custos socioeconômicos para o sistema de saúde pública.

O Brasil tem o envelhecimento populacional mais rápido do mundo e as projeções indicam que, em 2025, o país terá a sexta maior população de idosos: aproximadamente 30 milhões de pessoas (15% da população total). O aumento do número de idosos deve resultar na multiplicação dos casos de ICC,

particularmente aquela com função sistólica preservada⁽⁶⁾.

Recentes avanços da Medicina, como novos medicamentos, corações e estimuladores artificiais e reabilitação cardíaca, têm ajudado no tratamento e na convivência com a doença, no entanto, suas indicações são motivos de polêmica. Por outro lado, algumas etiologias, como a doença de Chagas e o vírus da AIDS acometendo o coração, continuam a ser um desafio⁽⁶⁾. O advento dos inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECAs), beta-bloqueadores e espironolactona tem revolucionado o manejo da ICC, com benefícios na sobrevivência desses pacientes. Contudo, a despeito desses avanços, a ICC continua sendo uma síndrome com conseqüências deletérias ao paciente e ao sistema de saúde⁽¹⁷⁾. Há evidências que significativa parcela dos pacientes não recebe corretamente a terapia a qual, segundo evidências, reduziria a morbidade e mortalidade e 10 a 50% deles acabam por ser readmitidos após três a seis meses da alta hospitalar⁽⁷⁹⁾.

O último “Guideline para a avaliação e Manejo da ICC em Adultos” do “American College of Cardiology e American Heart Association”⁽¹¹⁾ recomenda que cardiologistas e médicos generalistas devam trabalhar juntos para otimizar o cuidado desses pacientes. Vários programas de manejo da doença têm sido propostos e testados para melhorar a qualidade dos cuidados oferecidos aos pacientes portadores de ICC. A maioria desses programas são clínicas especializadas em ICC, com equipe multidisciplinar visando ao atendimento integrado ao paciente, lideradas por cardiologistas especialistas em ICC juntamente com enfermeiros, auxiliares de enfermagem, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos, fisioterapeutas, além de serviço social.

Uma das chaves para atingir a observância ao tratamento é a relação médico-paciente-família empática, uma vez que a aderência aumenta quando o paciente e sua família participam ativamente do plano de tratamento. A motivação do paciente é fundamental na implementação e adesão às mudanças de seu estilo de vida. Essa é a tarefa que transcende a competência médica isolada, devendo, sempre que possível, ser executada por uma equipe multidisciplinar. Esse

atendimento tem como objetivo maior autonomia e o bem-estar do indivíduo com ICC, com conseqüente melhora da sua qualidade de vida⁽⁶⁾.

Os principais objetivos destas clínicas especializadas são: diminuir morbi-mortalidade da ICC através do emprego de práticas baseadas na melhor evidência científica disponível, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, reduzir custos com a doença através, especialmente, da redução do número de re-hospitalizações⁽⁶⁾.

Em um serviço especializado em insuficiência cardíaca, a atenção otimizada ao paciente contemplaria suas particularidades (Figura 1). Pacientes com ICC podem ser vistos como poliqueixosos por generalistas, porém nessas unidades seriam vistos de forma bastante diferenciada com focos de atenção em todas suas necessidades de saúde: médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo e fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e assistente sociais. Cabendo a cada um deles papel de extrema importância para o paciente.

O médico, preferencialmente deve ser especializado em insuficiência cardíaca, já que há relato na literatura do sub-uso de métodos diagnósticos, assim como de úteis drogas no tratamento quando o atendimento é

realizado por médicos clínicos e até mesmo por cardiologistas não especializados em ICC.

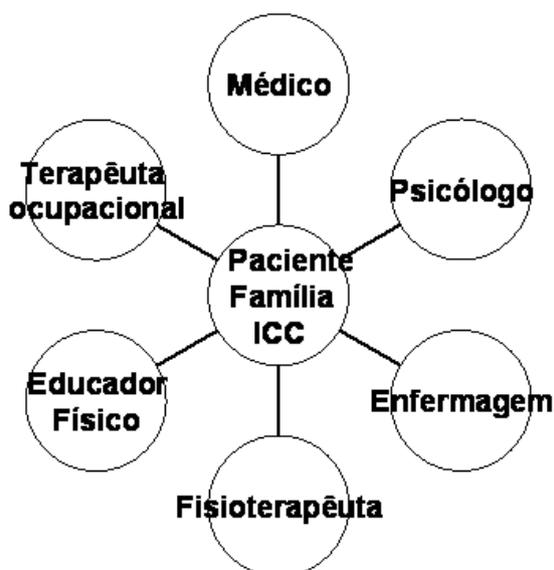
Ao serviço de enfermagem cabe o papel da detecção de descompensações, e seus fatores precipitantes, balanço hídrico e também educação familiar e do próprio paciente, através, não somente da consulta com a equipe de enfermagem, mas também com a viabilização de contatos telefônicos educativos possibilitando acompanhar tratamentos de anticoagulação⁽²⁾.

O serviço de nutrição objetiva a recuperação ou a manutenção do estado nutricional do paciente por meio da educação nutricional e do planejamento dietético. É de fundamental importância que o paciente compreenda as razões das modificações alimentares (restrição de sódio, controle de líquido, fracionamento, volume), pois só dessa maneira a aderência irá ocorrer efetivamente. A dieta participa do processo como coadjuvante, garantindo o sucesso do tratamento e o prognóstico favorável.

A equipe de fisioterapia atua nos casos de descompensação clínica com a utilização de ventilação não-invasiva, diminuindo as repercussões negativas do edema pulmonar e melhorando a função cardíaca através da queda do pré-carga e pós-carga do ventrículo esquerdo⁽⁸⁾. Além disso, recentes estudos mostraram a eficácia do treinamento muscular respiratório nos pacientes com ICC, que apresentaram melhora nos índices de dispnéia, incremento nas respostas ventilatórias ao exercício e melhora na qualidade de vida^(5,12). O fisioterapeuta também trabalha em conjunto com o educador físico buscando melhorar a capacidade física dos pacientes com ICC, através da prescrição de exercícios físicos programados já com benefícios na sua capacidade funcional e conseqüentemente na qualidade de vida bem descritos na literatura^(2,10,16).

A insuficiência cardíaca promove não apenas o desequilíbrio fisiológico, mas também psicológico. A partir do momento em que se constata a IC, o paciente pode sofrer repetidas internações, com períodos de duração por vezes extensos. A despersonalização e a perda de controle geram medo e ansiedade no paciente, podendo manifestar-se de formas diferentes no seu

Figura 1. Esquema de atendimento multidisciplinar em clínica especializada em insuficiência cardíaca.



comportamento, e com conseqüências adversas à sua recuperação e para seu relacionamento com a equipe. O psicólogo auxilia não apenas o paciente, mas a sua família e a toda a equipe a lidar com a “impotência” diante de casos avançados da doença.

Esses serviços especializados visam também à pesquisa, à educação continuada e ao aconselhamento do paciente e da sua família. Neles os pacientes podem receber explicações sobre a doença, sinais e sintomas, influência da dieta, bem como restrições na ingestão de sódio e fluidos; importância da monitorização diária e manutenção do peso corporal; efeitos das medicações, importância da aderência ao tratamento e orientações sobre atividades físicas recomendadas; assim como, orientações quanto à re-inserção na sociedade e no mercado de trabalho após as inoportunas descompensações. Visam também a estratificação do risco cardiovascular (classe funcional segundo a classificação do NYHA, fração de ejeção, diâmetros sistólico e diastólico finais do ventrículo esquerdo, natremia); verificação da estabilidade hemodinâmica do paciente e correção dos fatores de risco para instabilidade, otimização terapêutica de acordo com “guidelines” nacionais e internacionais; além de serviços de monitorização por contatos telefônicos e/ou visitas domiciliares, através dos quais os pacientes são avaliados quanto a sinais de deterioração clínica e efeitos adversos das medicações prescritas^(1 4 7). Além de todo o atendimento multidisciplinar, os serviços de insuficiência cardíaca podem proporcionar o ambiente propício à socialização dos pacientes na criação de grupos de discussão e “auto-ajuda”, assim como grupos de pesquisa e ensino na área.

Contudo, mesmo com todos esses possíveis benefícios, a quantidade de clínicas especializadas em ICC ainda é muito pequena em relação ao número de pacientes portadores dessa patologia⁽¹⁹⁾. Até 2002 estimava-se existir apenas 150 destes programas nos EUA em contraste com 5 milhões de pacientes portadores de ICC naquele país⁽¹⁾, o que não difere muito da realidade brasileira.

Diversos estudos observacionais e randomizados têm demonstrado a efetividade destas clínicas

especializadas no processo de cuidado, redução dos custos para o sistema de saúde e melhores desfechos clínicos para os pacientes⁽¹⁾. Quando se comparam as clínicas especializadas em ICC com o atendimento usual (definido como atendimento por médico não-especializado em ICC aos pacientes portadores desta patologia), as primeiras mostraram impacto substancial na redução da mortalidade e das taxas de re-admissão hospitalar. Estudo realizado em 2002, mostrou que apenas 14% dos pacientes acompanhados nessas clínicas necessitaram re-admissão hospitalar em comparação com 86% entre os acompanhados por atendimento usual, após aproximadamente um ano de seguimento⁽⁴⁾; enquanto que um outro estudo, realizado em 2005, mostrou que apenas 39% dos pacientes acompanhados necessitaram re-hospitalização, em comparação com 57% no grupo acompanhado por atendimento usual. Esse mesmo estudo mostrou também que os pacientes acompanhados nessas clínicas tinham menor tempo de permanência hospitalar, quando comparados com aqueles acompanhados por atendimento usual (514 dias *versus* 815 dias). Além disso, houve melhora da qualidade de vida do ponto de vista físico e emocional e do grau de satisfação daqueles pacientes⁽⁷⁾. Esses trabalhos ratificaram os dados divulgados em estudos anteriores, que mostram a redução variando entre 50 e 85% nas taxas de hospitalização nos pacientes atendidos em clínicas especializadas⁽¹⁾.

Uma meta-análise, realizada em 2004, mostrou consistentemente a redução na frequência de re-admissões hospitalares por ICC ou doenças cardiovasculares para próximo de 30%, redução nas taxas de re-admissão hospitalar por todas as causas para próximo de 12% e uma redução de eventos quando morte e re-admissões são combinados para próximo de 18% nos pacientes acompanhados em clínicas especializadas⁽⁹⁾. Um outro trabalho mostrou redução dos custos com ICC para 460 dólares por ano por paciente devido à redução do número de re-hospitalizações em pacientes acompanhados nestas clínicas especializadas⁽¹⁷⁾.

Outros trabalhos da literatura mostram também que, dos pacientes acompanhados nessas clínicas multidisciplinares, 23% apresentam melhora da classe funcional e a mortalidade por causas cardíacas é reduzida para 2,7% em comparação com os pacientes acompanhados pelo atendimento usual, nos quais, a mortalidade por causas cardíacas foi de 17,2%. A sobrevivência dos pacientes acompanhados nessas clínicas foi de 96% em comparação com 78% nos pacientes sob atendimento usual⁽⁴⁾.

Assim, a ICC é condição clínica freqüente, de alto custo, incapacitante e ainda, com elevada mortalidade, o que justifica a importância de estabelecer e divulgar diretrizes para o manejo apropriado desta síndrome⁽⁶⁾. Os cuidados oferecidos pelas clínicas multidisciplinares aos pacientes portadores de ICC têm mostrado impacto significativo na redução da morbi-mortalidade na medida em que reduzem o número de hospitalizações ou re-admissões hospitalares por ICC, o tempo de permanência hospitalar, aumentam a expectativa de vida e melhoram a qualidade de vida de tais pacientes, sendo também de importante aplicação para o sistema de saúde na medida em que são custo-efetivas⁽¹⁵⁾.

Referências Bibliográficas

1. Ahmed A. Quality and outcomes of heart failure care in older adults: role of multidisciplinary disease-management programs. *Journal American Geriatric* 50: 1590-1593, 2002.
2. Belardinelli R, Georgiou D, Cianci G, Purcaro A. Randomized, controlled trial of long-term moderate exercise training in chronic heart failure: effects on functional capacity, quality of life, and clinical outcome. *Chest* 99: 1173-1182, 1999.
3. Bello D, Shah NB, Edep ME, Tateo IM, Massie BM. Self reported differences between cardiologists and heart failure specialists in the management of chronic heart failure. *American Heart Journal* 138: 100-107, 1999.
4. Bellotti P, Badano LP, Acquarone N, Griffo R, Lo Pinto G, Maggioni AP, Mattiauda C, Menardo G, Mombelloni P, OSCUR Investigators. Specialty-related differences in the epidemiology, clinical profile, management and outcome of patients hospitalized for the heart failure: the OSCUR study. Outcome dello Scopenso Hearto in relazione all'Utilizzo delle Risorse. *European Heart Journal* 22: 596-604, 2001.
5. Capomolla S, Febo O, Ceresa M, Caporotondi A, Guazzotti G, La Rovere M, Ferrari M, Lenta F, Baldin S, Vaccarini C, Gnemmi M, Pinna G, Maestri R, Abelli P, Verdrosi S, Cobelli F. Cost/Utility ratio in chronic heart failure: comparison between heart failure management program delivered by day-hospital and usual care. *Journal of American College of Cardiology* 40: 1259-1266, 2002.
6. Dall'Ago P, Chiappa GR, Guths H, Stein R, Ribeiro JP. Inspiratory muscle training in patients with heart failure and inspiratory muscle weakness: a randomized trial. *Journal of American College of Cardiology* 47: 757-763, 2006.
7. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia para o Diagnóstico e Tratamento da Insuficiência Cardíaca. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 79(IV), 2002.
8. Ducharme A, Doyon O, White M, Rouleau JL, Brophy JM. Impact of care at a multidisciplinary congestive heart failure clinic: a randomized trial. *Canadian Medical Association Journal* 173: 40-45, 2005.
9. Figueroa MS, Peters JI. Congestive heart failure: Diagnosis, pathophysiology, therapy, and implications for respiratory care. *Respiratory Care* 51: 403-412, 2006.
10. Gonseth J, Guallar-Castillon P, Banegas JR, Rodriguez-Artalejo F. The effectiveness of disease management programmes in reducing hospital re-admission in older patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis of published reports. *European Heart Journal* 25: 1570-1595, 2004.
11. Hambrecht R, Gielen S, Linke A, Fiehn E, Yu J, Walther C, Schoene N, Schuler G. Effects of exercise training on left ventricular function and peripheral resistance in patients with chronic heart failure: A randomized trial. *The Journal of American Medical Association* 283: 3095-3101, 2000.
12. Hunt SA; American College of Cardiology; American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure). ACC/AHA 2005 guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure). *Journal of American College of Cardiology* 46: 1-82, 2005.
13. Laoutaris I, Dritsas A, Brown MD, Manginas A, Alivizatos PA, Cokkinos DV. Inspiratory muscle training using an incremental endurance test alleviates dyspnea and improves functional status in patients with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* 11: 489-496, 2004.

14. Mark D. Economics of treating heart failure. *American Journal of Cardiology*. 80: 33-38, 1997.
15. Massie BM, Shah N. The heart failure epidemic: magnitude of the problem and potencial mitigating approaches. *Current Opinion in Cardiology* 11: 221-226, 1996.
16. McAlister FA, Lawson FM, Teo KK, Armstrong PW. A systematic review of randomized trials of disease management programs in heart failure. *American Journal of Medicine* 110: 378-384, 2001.
17. Pina IL, Apstein CS, Balady GJ, Belardinelli R, Chaitman BR, Duscha BD, Fletcher BJ, Fleg JL, Myers JN, Sullivan MJ; American Heart Association Committee on exercise, rehabilitation, and prevention. Exercise and heart failure: a statement from the American Heart Association Committee on Exercise, Rehabilitation and prevention. *Circulation* 107: 1210-1225, 2000.
18. Rich MW, Beckham V, Wittenberg C, Leven CL, Freedland KE, Carney RM. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *New England Journal of Medicine* 333: 1190-1195, 1995.
19. SEOSI Investigators. Survey on heart failure in Italian Hospital cardiology units. Results of the SEOSI study. *European Heart Journal* 18:1457-1464, 1997.
20. Seow H, Phillips CO, Rich MW, Spertus JÁ, Krumholz Hm, Lynn J. Isolation of health services research from practice and policy: the example of chronic heart failure management. *Journal of American Geriatric Society* 54: 535-540, 2006.
21. Sharpe N, Doughty R. Epidemiology of heart failure and ventricular dysfunction. *Lancet* 352: 3-7, 1998.
22. Steinwachs DM, Collins-Nakai RL, Cohn L, Garson A, Wolk MJ. The future of cardiology: utilization and costs of care. *Journal of American College Cardiology* 35: 91-98, 2000.
23. Stewart S, MacIntyre K, Hole DJ, Capewell S, McMurray JJ. More 'malignant' than cancer? Five-year survival following a first admission for heart failure. *European Journal of Heart Failure* 3: 315-322, 2001.

A Faculdade de Medicina da Bahia na Década de 1930

Ib Gatto Falcão*

Faço parte da turma de estudantes alagoanos que veio estudar na Faculdade de Medicina da Bahia na década de 1930.

Este depoimento livre, sem cotejo com dados documentais, quer registrar o que representou, na Bahia da época, a turma que colou grau em 1936, há setenta anos.

Inicialmente, devo dizer as razões porque escolhi estudar e ser diplomado em Medicina.

Meu curso secundário foi iniciado no Colégio Diocesano, em Maceió, nos dois primeiros anos, e concluído no Liceu Alagoano. Como bom aluno, fui agraciado com o Prêmio Adolf Aschoff.

Em paralelo ao curso secundário, estudei História Natural com o Professor Ezequias da Rocha, depois Senador da República. Médico, ele não lecionou História Natural propriamente dita, mas voltou-se para a Fisiologia, de modo que as nossas aulas foram do aparelho digestivo, do aparelho respiratório, do sistema nervoso e assim por diante. Isto determinou, da minha parte, uma simpatia para com um assunto que eu ignorava totalmente, daí a razão porque me decidi pelo estudo de Medicina, contrariando as normas de toda a família, que desejava que eu me tornasse bacharel em Direito, como fora meu pai, falecido quando eu tinha um ano de idade. Ademais, havia um fato

simbólico: meu pai deixara um anel de rubi em casa e a minha mãe esperava transferi-lo para mim, o que representou um aspecto sentimental muito difícil de superar. Mas prevaleceu a minha simpatia pelo estudo do homem e da sua formação natural.

Escrevi, então, numa ousadia para um menino de quinze anos, uma carta à Faculdade de Medicina da Bahia, pedindo um programa do vestibular. Recebi, no retorno, um folheto e criou-se um problema para o aluno do Liceu da província: nós não tínhamos, aqui, as normas práticas necessárias para enfrentar um vestibular numa faculdade de medicina.

Havia, na Maceió de então, o Professor Teonilo Gama, que fez carreira como docente, farmacêutico por formação e que era o preparador de História Natural da Escola Normal, morando defronte da instituição. Falei com ele e, então, foi muito gentil, porquanto, pude frequentar a Escola Normal, durante todo o mês de dezembro, às seis horas da manhã, ainda fechada ao expediente, para estudar as práticas de História Natural e enfrentar o vestibular.

Em janeiro de 1930, transferi-me para Salvador. Fiz a viagem de navio. Hospedei-me numa pensão para estudantes, uma estrutura que eu não conhecia, na Rua do Hospício. Fui orientado a procurar o curso pré-vestibular do Professor Adolfo Diniz Gonçalves, bem recomendado, situado na rua vizinha, Democrata, no número 19.

Acostumado, em Maceió, estudando com meia dúzia de colegas, no Liceu, fiquei espantado com o grande número de jovens pretendendo uma vaga na Faculdade de Medicina da Bahia, oriundos de diversas cidades do Nordeste. Havia, também, alguns colegas alagoanos, que tornaram mais fáceis as condições de estudo e trabalho. Foram meus colegas de turma Waldemar da Graça Leite, Olavo Uchoa de Omena, Eduardo Machado, José Lima Nunes de Oliveira e outros.

Aconteceu um episódio interessante, que vale a pena registrar: um colega mais velho, já não era um

Recebido em 18/01/2007

Aceito em 25/03/2007

Endereço para correspondência: Prof. Ib Gatto Falcão, Rua Professor Graça Leite, nº 90, Edifício Nina, apart. 401, Bairro do Farol, 57052-520 Maceió, Alagoas. E-mail, a/c: lamartine.lima@terra.com.br.

*Antigo aluno da Faculdade de Medicina da Bahia; diplomado médico na turma de 1936 dessa escola superior; ex- Secretário de Estado e antigo dirigente de instituições públicas e privadas de Saúde em Alagoas; fundador das duas faculdades de Medicina da cidade de Maceió; antigo Professor Catedrático de Clínica Cirúrgica dessas escolas superiores; atual Presidente da Academia Alagoana de Letras.

candidato a vestibular, mas um aluno de terceiro ou quarto ano, jogando futebol na rua, atirou a bola, que bateu no rosto da filha da dona da pensão e, em conseqüência, ela colocou-nos todos para fora da hospedaria. Este acontecimento, para mim, menino de quinze anos, sozinho, na cidade grande, ganhou contornos de grande dificuldade.

Transferimo-nos para uma outra pensão, comuniquei à minha família, consegui tranquiliza-la, e passei a fazer uma coisa da qual nada sabia: transação bancária. Em Maceió, havia alguma dificuldade para transferência dos recursos da mesada. Recebi, então, um cheque, que nunca tinha visto, com o valor das despesas do mês seguinte, a descontar no Banco Francês-Italiano. Fui ao estabelecimento bancário, o caixa perguntou-me se tinha algum endosso, disse que não tinha e fiquei sem receber o dinheiro, em situação difícil. Na nova pensão, o meu vizinho de quarto veio me perguntar se eu era rico. Questionei o por que da pergunta e ele, que trabalhava no banco, disse-me que havia uma quantia em meu nome. Expliquei-lhe meu problema e consegui, com sua ajuda, normalizar minha situação financeira.

Fiz o vestibular, os bons fados me ajudaram e consegui nota sete, disputando as vagas com mais de cem estudantes. Aprovado, matriculei-me e ingressei, em janeiro de 1930, no primeiro ano da Faculdade de Medicina da Bahia, no Terreiro de Jesus. Os novos acadêmicos enfrentamos o célebre trote dos calouros, sem maiores aborrecimentos.

Somente no quinto ano do curso, após experiências em várias hospedarias, fizemos uma coisa que já era tradicional, a “república de estudantes”. Juntamos um grupo e alugamos um grande sobrado, na Rua Oscar Freire, nº 18, antigo Areal de Baixo, defronte da residência do futuro Ministro Aliomar Baleeiro, e ali moramos durante dois anos seguidos, até o final do sexto ano, gozando de muito prestígio na redondeza, ganhando até presentes da vizinhança.

Tive a primeira surpresa, que me reservava o ensino superior. A aula inicial era do Professor Álvaro Campos de Carvalho, catedrático de Física Biológica, como então se chamava a disciplina, considerado homem eminente, crítico de arte e literatura, conhecedor de

música, uma expressão da cultura, na Bahia. Ao entrar na sala de aula, reconheci o docente. É que o Governador de Alagoas, Pedro da Costa Rego, muito hábil, costumava, naquela época, trazer os seus diretores de Saúde de fora do Estado. Conseguiu, então, coloca-lo à disposição do seu governo, e trouxe da Bahia, o Professor Álvaro de Carvalho, para Diretor da Saúde Pública, e também nomeou-o Inspetor do Liceu Alagoano, um posto com um salário respeitável, para somar com o modesto ordenado de dirigente da repartição sanitária, cargos que exerceu durante alguns anos da década de vinte. Acontece que, então, eu era aluno do Liceu e tínhamos uma péssima impressão daquele inspetor, que chegava de roupas diferentes, como se fora um militar, de perneiras, muito autoritário, criando muitas dificuldades para os seus alunos.

Entretanto, na Faculdade de Medicina da Bahia, mostrou merecer seu superior conceito, dando-nos uma bela aula. Foi um grande contraste, pois em Maceió jamais dera importância à vida cultural da cidade; nunca participara de reuniões literárias, não procurara um órgão da Medicina. Na capital alagoana, ele morava na Avenida da Paz; pela manhã, o Doutor Álvaro ia ao bairro da Levada, fazer seu trabalho de saneamento, e freqüentava uma bodega, do senhor Guimarães, famosa em Maceió, onde havia, diariamente, às nove horas, uma solenidade do “hasteamento do caju”, que dava início à distribuição farta de aguardente. Diziam até que era a cachaça a responsável pelo autoritarismo do mestre.

A segunda aula que recebi na Faculdade seria de Parasitologia, do eminente Professor Manuel Augusto Pirajá da Silva, que era considerado nome internacional. Consegui, a duras penas, o clássico livro de Parasitologia de Brumpt, em francês, em que o capítulo de verminoses e esquistossomose era da sua autoria. Tive a sorte de ser vizinho do eminente mestre, sempre elegante, bem vestido, e que caminhava ao meu lado desde o Areal de Cima até São Pedro, onde passava o bonde, o que era uma maravilha, pois o professor, muito gentilmente, pagava os duzentos reis da minha passagem, permitindo-me comprar um chocolate, uma concessão admirável de um docente conceituado para com um jovem aluno iniciante e vindo das Alagoas.

A Anatomia representava um motivo de preocupação dos jovens que aspiravam a carreira de médico. Em seu aprendizado, as extensas descrições, as referências topográficas, as complexidades do sistema nervoso e as exigências dos Professores Rafael de Menezes Silva e Eduardo Diniz Gonçalves, eram dificuldades a transpor. O Professor Rafael Menezes, soubemos, ser muito exigente, sendo o número de aprovados mínimo em relação ao de frequentadores do curso. Passamos a ler o tratado de Testut, tanto quanto o de Testut e Latarget, em francês, com cinco volumes. Meu colega José Lima, oriundo do Seminário de Maceió, já residia em Salvador, pois era sobrinho do alagoano e catedrático de Medicina Legal, Professor Estácio Luís Valente de Lima, e tinha um cargo meio simbólico no Serviço Médico-Legal do Estado, que funcionava naquela cadeira, no Instituto Nina Rodrigues, dirigido por aquele professor e integrado à Faculdade de Medicina da Bahia. O Professor Estácio de Lima tinha um servente, Evaristo Leão Veloso, que não sabia francês nem falar direito o português, mas conhecia muito de dissecação do corpo humano, e falavam que havia trabalhado com o Professor Oscar Freire de Carvalho. Diziam, até, que ele já discutira a matéria com outros professores da cadeira. Conseguimos então, Olavo Omena, José Lima, Graça Leite e eu, além de um colega suíço-francês que nos acompanhava, Charles René Pitex, com o Professor Estácio, a autorização para, no “Nina Rodrigues”, usar o cadáver de um indigente, e fazer todas as práticas exigidas, devidamente orientados por Evaristo, a quem gratificamos com uma pequena gorjeta. Isto nos possibilitou passar com segurança nos exames de Anatomia.

Este fato acontecia, não apenas na Anatomia; em Parasitologia ocorria o mesmo. O Professor Pirajá da Silva tinha um mundo de lâminas, de todos os parasitas conhecidos; no exame, puxava uma delas e mandava-nos falar sobre o que ela exibia; as reprovações eram altas. Entretanto, tinha um bedel, o Saraiva, que conhecia de cor todas as lâminas; então, fizemos uma cota de cinco mil réis para aquele servidor, e entrávamos pelo “Nina Rodrigues”, porque a Faculdade fechava ao meio dia, e com ele estudávamos

as lâminas, exaustivamente, por cerca de duas horas, sem almoço. No exame, não havia mais dúvidas e as notas foram ótimas.

No segundo ano, também lecionava Anatomia o Professor Eduardo Diniz Gonçalves, que os estudantes, pelas costas, chamavam de “Biriba”; genioso mas bondoso, totalmente vinculado à Faculdade, era Senador Estadual. Ele soube de um confronto de estudantes com a polícia, no Teatro Guarani, e, ainda vestido com a bata branca usada na sala de aula, caminhou do Terreiro de Jesus até o Palácio do Governo, para protestar junto ao Governador. O desentendimento foi causado por uma quebra da tradição de que nas primeiras apresentações de um espetáculo, as normalistas não pagavam e os acadêmicos pagavam a metade. Numa apresentação do, na época, famoso artista Raul Roulian esta tradição não foi mantida e a revolta dos estudantes foi sob a forma de vaias. A cavalaria foi chamada, invadiu o Teatro e expulsou os jovens de forma violenta, inclusive com ocorrência de feridos. No dia seguinte, houve outro confronto, entre os acadêmicos (dos quais um alagoano) e um policial que vinha no bonde, no Terreiro de Jesus, com troca de tiros, e novamente foi chamada a cavalaria. Quiseram os policiais invadir a Faculdade, e os catedráticos, entre eles, além do Professor Diniz, o Professor Joaquim Martagão Gesteira, de Pediatria, não permitiram. Chamou-me atenção um fato, até então desconhecido de todos os estudantes: os Professores Catedráticos da época, por força de lei, tinham honras de Tenente-Coronel; a hierarquia militar permitiu que os ânimos se acalmassem; e a Faculdade foi garantida por tropas do Exército, cujos comandantes eram dois alunos, colegas de turma.

Malgrado esse fato, no mês de agosto de 1932, em manifestação que houve na Faculdade a favor dos paulistas que lutavam por uma Constituição para o País, a qual o gaúcho Presidente da República içado ao poder pela revolução que depusera os governantes da chamada República Velha, ditos carcomidos, protelava indefinidamente, o cearense Interventor Federal ordenou a invasão da Escola por tropas policiais militares e a prisão de professores e alunos que ali se encontravam, os quais foram levados para a

penitenciária do Engenho da Conceição. Isto gerou intensa indignação de todos dos Corpos Docente e Discente e uma grita da sociedade baiana, e chegou o Professor Prado Valadares a ir a Palácio e dialogar asperamente com o oficial do Exército que, então, governava o Estado.

O Professor Eduardo Diniz usava uma qualificação para os alunos, que chamava de “fé de ofício”; no término de cada aula, convocava alguns discípulos para argüir e anotava seus desempenhos. Se, porventura, durante o exame final, algum deles não correspondesse bem, ele ia buscar sua “fé de ofício”, uma espécie de crédito, capaz de aprová-lo ou não.

Na Química, o preceptor era o Professor Antonio Ferrão de Amaral Muniz; elegante, também Senador Estadual, rico, usava um bonito relógio de algibeira, impressionava pela aparência e intimidava os alunos recém-chegados na Faculdade. O Professor Amaral Muniz tinha dificuldades sérias na articulação das palavras e não se distinguia pelo conhecimento da matéria; diziam até que a primeira aula, todos os anos, era igual e recitada na sua disartria: “Da Alquimia misteriosa, quase perdida na névoa dos tempos, veio a Química moderna, ciência de vôos rápidos ...”.

Havia, ainda, o Professor Euvaldo Diniz Gonçalves, vindo dos Estados Unidos, onde se especializara também na Química, que era de uma exigência sem par.

O Professor Sabino Silva, da cadeira de Fisiologia, que mais tarde seria mestre de Clínica Médica, era de uma exatidão matemática, com aulas rigorosamente de cinquenta minutos, e explicava-nos todos os problemas da matéria com uma admirável competência sobre a sua complexidade. Era justo com seus alunos e, desde que estudássemos, nada parecia difícil. Exigia que conhecêssemos a célebre Fisiologia de Gley, e para aqueles que tinham condições, havia a Fisiologia de Luciani, em quatro volumes, toda em italiano. Durante os exames, como a turma era grande, o Professor Sabino dividia-a em dois grupos, realizando a prova no Anfiteatro Prof. Alfredo Britto, contando com a ajuda do bedel. Certa vez, tendo concluído minha prova, conversava do lado de fora com os colegas, aguardando o segundo grupo terminar, quando surgiu

Carlos Teixeira de Amorim, bom aluno, que parecia alucinado; contou-nos que pulara pela janela do segundo andar, por sorte em cima de um monte de terra do jardim, que estava sendo renovado, com a prova na mão. Conseguimos colocá-lo no Laboratório, fui à Biblioteca e tomei emprestada a Fisiologia de Luciani. Mal e mal traduzi as respostas da prova e, a custa de dois mil réis para o bedel, a prova foi colocada junto às demais.

Ficamos todos ansiosos para verificar a nota do Carlos. Havia um hábito dos professores, de informar, aos alunos que passavam as férias fora da Bahia, suas notas, para que pudessem comprar ou não as suas passagens. Pedi ao professor para ver a minha nota e folheei até encontrar a do meu amigo, onde havia anotada uma delícia: “Esta prova parece uma tradução mal feita e às pressas do Luciani, mas, como fiscalizei, não vale a suspeita do julgamento – nota nove”. Até o Professor Sabino Silva, rigoroso como era, foi enganado por essa equipe de estudantes.

É importante fazer o registro da grande utilidade da Biblioteca da Faculdade de Medicina da Bahia, então dirigida por um jovem médico, que se formara em 1931, Doutor Afrânio Coutinho. Diziam que, por haver feito um belo discurso de formatura, já em 1932 fora nomeado Diretor da Biblioteca. Tempos depois, Afrânio Coutinho veio a tornar-se grande bibliófilo, reconhecido crítico literário, professor titular de Literatura no Rio de Janeiro e membro da Academia Brasileira de Letras. Naquela fase, sua compreensão já permitia que todos os estudantes tivessem acesso aos livros, então, como hoje, muito caros e difíceis de conseguir, porquanto importados. Também os bedéis ajudavam bastante, abrindo as portas dos laboratórios e permitindo aos acadêmicos praticar e realizar experiências, que de outra forma não conseguiríamos. Tivemos um mestre rigoroso chamado Professor Antônio Bezerra Rodrigues Lopes, Catedrático de Farmacologia; era um encanto de expositor e suas aulas excelentes. Havia, na época, dois tipos de professores: os ricos, que possuíam automóvel, e os pobres, que andavam de bonde. O Professor Bezerra Lopes fazia, todos os dias, a circular de bonde e descia na estação perto da Faculdade. Havia neste local umas

“vendeuses”, como se chamavam naquele tempo as vendedoras de vários artigos; eram moças inteligentes e agradáveis, e com uma delas o Catedrático exigente sempre apreciava conversar. Um colega, que estava em dificuldades no aprendizado da disciplina e com receio de enfrentar a prova oral de Farmacologia, descobriu essa amizade e aproximou-se da moça, pedindo sua recomendação, o que foi feito. No exame, como de esperar, o aluno não se saiu bem, mas o mestre aliviou o peso da sua avaliação e, então, disse-lhe: “o senhor está aprovado, mas não abuse das fraquezas alheias”.

Na memória ficou o Professor Inácio de Menezes; diziam que ele era mais naturalista e anatomista que cirurgião, embora a cadeira que lecionava fosse de Cirurgia, que ensinava bem e era rigoroso em Técnica Operatória e Cirurgia Experimental. Culturalmente era um gênio, conhecido como “um poço de sabedoria”, com livros publicados; mestre na teoria, diziam os estudantes que, no campo cirúrgico, não apresentava as mesmas qualidades.

Nos jardins da Faculdade havia um cidadão, venerando, Professor Domingos Cerqueira Lima, que tinha sido Assistente, estava aposentado, e apresentava uma esclerose adiantada. Ficava reclamando que o Professor Inácio não lhe dava mais trabalhos para fazer e exibia um bonito relógio que lhe tinha sido ofertado por ele, em seu aniversário, quando lhe chamara de “ilustre mestre”. Era uma figura folclórica, encanto dos estudantes e tratado com muito respeito e atenção pelos professores e dizia realizar pesquisas com as flores do jardim, pintando-as em cores diversas. O mestre de Anatomia e Técnica Cirúrgica, apesar de exigente com os alunos, era capaz de ser atencioso e dedicado ao antigo colega.

No terceiro ano, havia o fascínio das aulas do Professor Aristides Novis, grande nome como Diretor da Faculdade, logo depois catedrático de Fisiologia, orador brilhantíssimo, que chegava a ser aplaudido pelos alunos; era verdadeiro bálsamo nas dificuldades das outras matérias, principalmente porque na Cadeira de Histologia, o Professor Mário Andréa era rigoroso e reprovava a quem vacilasse. O seu descendente mais velho, Aristides Novis Filho, diplomado em 1931, foi

se aperfeiçoar em Cirurgia no serviço do Professor Caio Otávio Ferreira de Moura, que não cheguei a conhecer, entretanto, o brilho de Novis Filho atestava os méritos do Professor Caio Moura. O Professor Aristides Novis trouxe para a Faculdade o Doutor José Silveira, fisiólogo de formação internacional, respeitável pelo seu brilhantismo, para dar aulas sobre aspectos radiológicos do organismo humano, naquela época grande novidade. Ele despontou na Escola, foi integrado à equipe do Professor Antônio do Prado Valadares, catedrático de Clínica Propedêutica Médica, tornou-se figura notável da Medicina Baiana, especialmente na área da tuberculose, e depois catedrático de Clínica Tisiológica. O Professor José Silveira construiu, depois, o Instituto Brasileiro de Investigação do Tórax – IBIT, uma obra médico-social de alta expressão na assistência aos doentes dessa “Peste Branca”, que até então constituía-se em problema grave de saúde pública, e ainda existente, tanto na Bahia, quanto no resto do Brasil.

Interessado pela matéria, no terceiro ano médico fiz um curso extra-curricular de especialização em Radiologia, quando me tornei amigo pessoal de Silveira. Esse curso permitiu-me trabalhar, quando retornei a Maceió, como radiologista da Saúde Pública Estadual. Além deste, fiz, também, especialização em Cirurgia, com o Professor Eduardo de Sá Oliveira, que, depois tornou-se catedrático na Faculdade do Terreiro de Jesus.

Havia política, no bom sentido, na velha Escola. O Professor Augusto do Couto Maia, da disciplina de Microbiologia, não era catedrático e sim substituto, mas tinha extraordinário prestígio. Presidia os vestibulares e falava-se que ele anotava os primeiros estudantes colocados e acompanhava seu desempenho nos anos seguintes; se eles mantinham a regularidade nos estudos e continuavam a se destacar, ele os convidava para serem internos do Hospital de Isolamento, que atualmente tem o seu nome, próximo da Igreja do Bonfim. Os acadêmicos internos, na sua maioria pobres, ali recebiam casa, comida e uma boa mensalidade. Eram a nata dos alunos da Faculdade. Mais tarde, alguns deles tornaram-se docentes, como o alagoano Estácio de Lima. Politicamente, o Professor

Couto Maia era muito forte e dominava as decisões do colegiado, pois tinha sempre quatro ou cinco professores, oriundos do Hospital de Isolamento, que lhe deviam atenção.

Em 1932, já declarado o Movimento Revolucionário Constitucionalista de São Paulo, o Professor Augusto César Viana, que foi, por cerca de vinte anos, Diretor da Faculdade, homem bom e sério, desagradou um grupo de estudantes, por haver passado um telegrama de solidariedade ao deposto Presidente da República Washington Luís Pereira de Sousa, que estava exilado desde 1930. Surgiu um movimento estudantil querendo elevar o Professor Estácio de Lima ao cargo de Diretor. Não preciso dizer que os alunos alagoanos lideravam o movimento. Os acadêmicos reuniram-se, em grande número, no Anfiteatro Alfredo Britto e resolveram passar um telegrama ao então Presidente da República Getúlio Dornelles Vargas, pedindo a destituição do Diretor Augusto Viana e a designação do Professor Estácio para o cargo. Foi então que surgiu, para usar da palavra, Wladimir Ramayana de Chevalier, estudante, meio boêmio, mas que contava com a tolerância do Diretor, face seu extraordinário talento oratório. Com suas palavras, mudou totalmente o rumo da assembléia, dominando o pensamento dos colegas e encerrando o assunto; em vez de um telegrama de protesto, foi redigido um de solidariedade. Confirmou, no ano seguinte, como orador da turma, o seu poder verbal, alcançando até apagar o brilho do discurso do paraninfo, o Professor Aristides Novis, por muitos considerado o maior orador da Bahia, que era também pai de um formando. Ramayana de Chevalier começou lendo seu discurso, depois resolveu rasgá-lo e terminou de improviso as suas palavras, sob grandes aplausos. Nunca mais soube maiores notícias do colega Wladimir; ouvi dizer que ele tornara-se conhecido médico em Manaus, e chegara a Secretário de Saúde do Amazonas, mas não pude confirmar.

Encontrei na Faculdade alguns companheiros de estudos que não eram mais tão jovens; homens respeitáveis, como Gabriel Viana, irmão do Governador do Estado e com boa situação financeira, matriculado juntamente com o filho. Questionado porque se encontrava ali, respondia que era para ajudar ao filho,

que não gostava muito de estudar. Infelizmente, ele estudava menos do que o filho. Outro era o Dr. Honorato Pereira Maltez, irmão do Professor Aristides Pereira Maltez, de família de médicos, que resolveu também estudar Medicina, apesar de ser magistrado. Andava de colete, com seu relógio, muito elegante e era cumprimentado pelos professores com o maior respeito, mas gostava mais do seu Direito do que da Medicina e tive que ajudá-lo nas provas, senão não teria se formado.

Tivemos também um colega, Arnaldo Silveira, que era cirurgião-dentista, chegou à professor e Diretor da Faculdade de Odontologia da Bahia, foi famoso advogado e político importante, mas sentava-se junto conosco nas bancas, assistia às aulas e submetia-se aos exames. Era um seu aspecto sociológico interessante de se observar.

Como fiz vestibular com quinze anos, não tive oportunidade de obter a carteira de reservista, no período do curso secundário. Aconteceu que o Tiro de Guerra da Faculdade de Medicina da Bahia, onde me inscrevi, não funcionou, por motivos de ordem do Quartel General, relacionada com a Revolução de Trinta. Em seguida, veio a Revolução de São Paulo e tudo ficou mais difícil. No término da revolução paulista, junto com outros colegas, fui ao Comandante da Região pleitear um decreto, semelhante ao que já havia, anteriormente, beneficiando alguns estudantes. Telegrafamos ao Ministro da Guerra, General Góes Monteiro, alagoano e figura importante na vida política brasileira, e o decreto veio, concedendo aos estudantes do nosso Tiro de Guerra a situação de reservistas do Exército Brasileiro. Mas os soldados são muito cuidadosos e foi-nos exigido ter pelo menos um exercício de tiro, para obter aquela carteira militar.

Matriculei-me, então, de novo, como Atirador. Às cinco horas da manhã, saía da pensão até o Quartel do Barbalho, para fazer os exercícios, voltar para trocar de roupa e ir para o hospital; paralelamente, os dois sargentos que me instruíam eram meus colegas e também passavam dificuldades, com as exigências dos professores. Propus-lhes um acordo – eles me ajudavam nos exercícios e eu lhes retribuía o gesto, no hospital. Reduziram para apenas um dia semanal meu

comparecimento ao Quartel e tudo começou a se enquadrar. No dia do exercício de tiro, dei os cinco disparos de fuzil exigidos pela lei e, segundo eles, acertei todos. Da minha parte, ajudei-os a colarem grau.

Havia na Faculdade de Medicina da Bahia uma associação de alunos, chamada Sociedade Acadêmica Alfredo Britto, assim denominada em homenagem a um ex-Diretor daquela Escola, o Professor Alfredo Thomé de Britto, mestre eminente, que reconstruía o prédio do Terreiro de Jesus depois do incêndio que o destruiu em 1905, cuja memória era venerada pelos estudantes e professores. A associação funcionava numa sala mobiliada, por uma doação do Comendador Bernardo Martins Catharino, revestida de mármore, na sede da Faculdade. Na via lateral da Escola, antigamente chamada Rua das Portas do Carmo, há uma lápide de mármore, para a qual o Professor Prado Valadares redigiu os seguintes dizeres: “Viandante, a Sociedade Acadêmica Alfredo Britto torna público que esta rua tem o nome do seu ínclito patrono”. Acredito que esta inscrição ainda lá se encontre gravada na pedra. Fui eleito Secretário Geral dessa associação e buscamos ir além dos limites da cidade de Salvador.

Para tanto, em outubro de 1934, organizamos um Congresso de Sexologia, que revolucionou a sociedade baiana. O Arcebispo Metropolitano interferiu, foi ao Governador do Estado pedir a proibição do evento. Não conseguiu seu intento, mas obteve que a Rádio Difusora da Bahia não retransmitisse as conferências. A Faculdade de Medicina da Bahia cedeu-nos o Salão Nobre. Presidíamos as reuniões o colega Elísio Simões, eu e outro companheiro. Foram chamados os quatro maiores oradores da Bahia, na época: Professor Estácio de Lima, que falou sobre “A Inversão Sexual Feminina”; Professor Aristides Novis, sobre “A Psicofisiologia do Pudor”; Professor Luís Pinto de Carvalho, sobre “Adão e Eva”; e Professor Almir Cardoso de Oliveira, sobre “Os Problemas Sexológicos Femininos”. O Salão Nobre da Faculdade do Terreiro de Jesus foi inteiramente ocupado por estudantes e visitantes, ansiosos para conhecer os aspectos algo revolucionários dos trabalhos. Foi um sucesso no meio cultural da cidade, embora os jornais

tivessem dificuldades para falar sobre os temas expostos. Era um grito de independência da classe estudantil. Tínhamos a intenção de publicar tudo, sob forma de livro. Escrevi para o baiano Professor Júlio Afrânio Peixoto, e para o alagoano Professor Artur Ramos de Araújo Pereira, ambos catedráticos no Rio de Janeiro, mas infelizmente, terminei o curso, regressei a Maceió e eles não conseguiram publicar o material, que seria obra da mais alta expressão, pela valia dos trabalhos dos professores. Pouco mais tarde, foi publicado, sob a égide de Afrânio Peixoto, o pioneiro livro de Estácio de Lima sobre o homossexualismo feminino.

Naquela ocasião, as comunicações eram difíceis, todavia, assim mesmo, conseguimos trazer da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro o Professor Annes Dias, o Professor Cardoso Fontes e o Professor Martinho da Rocha, para fazerem importantes conferências que mobilizaram a vida estudantil da capital baiana. Tive, porém, junto com a alegria de receber os professores, que chegaram num navio italiano, em um final de mês, a decepção de não ter podido comprar, porque não restava mais dinheiro da mesada, o exemplar do jornal A TARDE, de Salvador, no qual, na primeira página, estava minha foto com os professores, que seria valiosa para a documentação daquela fase histórica da Sociedade Acadêmica Alfredo Britto.

O Professor Annes Dias compareceu ao Ambulatório do Canela, pertencente à Faculdade de Medicina da Bahia e onde hoje está a Reitoria da Universidade Federal da Bahia, então recentemente inaugurado, que era um progresso real na oferta de instrumento de ensino e trabalho clínico. Já se cogitava a construção de um hospital de clínicas, o que não existia até então, sendo todo o nosso estudo realizado no Hospital Santa Izabel, da Santa Casa da Misericórdia da Bahia, no bairro de Nazaré, que prestava importantes serviços às atividades da prática médica.

Havia, ainda, a Sociedade dos Internos do Hospital Santa Izabel, que realizava suas reuniões nas manhãs dos domingos e, vale registrar, a frequência era boa, embora os banhos de mar fossem sedutores, nas praias de Salvador.

Particpei ativamente dessas instituições, inclusive apresentando contribuições científicas. Publiquei na Revista Médica da Bahia, em novembro de 1934, comunicação à Sociedade Alfredo Britto. Nesse mesmo ano, particpei de concurso com o trabalho intitulado “Da Cloremia em Cirurgia”, e conquistei o Prêmio de Cirurgia, galardão este ofertado pelo Professor Edgar Rego Santos, que, posteriormente fez brilhante carreira como Diretor da Faculdade de Medicina, fundador e primeiro Reitor da Universidade da Bahia.

Mas a vida escolar não transcorria sempre tranqüila; o Interventor Federal da época, por motivos políticos que não chegaram ao nosso conhecimento, resolveu mandar prender o Professor Leôncio Pinto, considerado sábio da Anatomia Patológica brasileira e internacional. O mestre, que era um homem difícil no trato, rigoroso e respeitado, foi preso na porta da Faculdade de Medicina da Bahia, no Terreiro de Jesus, colocado na viatura da polícia e levado até a porta da Confeitaria Chile, ponto de encontro da sociedade de Salvador, e lá ficou, por um bom tempo, para que o povo o visse. Foi um grave incidente, que provocou a reação da Congregação e dos professores e a total indignação do mestre humilhado.

No quarto ano, começamos a estudar com o Professor Leôncio Pinto. Nas aulas, de forma veemente, criticava a política, e nós estudantes o estimulávamos, batendo palmas, ele se entusiasmava, e de Anatomia Patológica pouco víamos ou aprendíamos. Para nossa surpresa, quando pensávamos estar todos aprovados, pela empolgação do professor e o pouco que tinha sido lecionado, as provas foram rigorosamente aplicadas dentro do programa e, em conclusão, as notas foram péssimas. Nós não aprendêramos Anatomia Patológica para corresponder às exigências. Em consequência, a reprovação chegava a ameaçar até a obtenção do diploma. Reunimo-nos, todos, pedimos a intervenção do Professor Cesário de Andrade, de Oftalmologia, e fomos ao Diretor da Faculdade, Professor José de Aguiar Costa Pinto; após longas e difíceis conversas, o episódio foi esclarecido, conseguimos sensibilizar o mestre e contornar a situação. A raiva, a desfeita, a

humilhação sofrida por um ato puramente político contra um cidadão respeitável, culminara naquela situação que levava a quase reprovação de uma turma. Naquela época, os estudantes possuíam força bastante para lutar por seus direitos legítimos, exigi-los e defendê-los de forma firme, porém sensata, diferentemente dos dias atuais.

No quinto ano, ensinava Terapêutica Clínica o Professor Fernando José de São Paulo, baixinho, excelente didata, rigoroso. Com ele, os alunos aprendiam a formular, integralmente, as prescrições, diferente de hoje, com o progresso dos laboratórios. Para saber Terapêutica precisava-se conhecer Patologia e Farmacologia. O mestre ocupava-se com alta competência na análise dos problemas sociais dos enfermos, solicitando os exames e fazendo prescrições diferentes para doentes ricos e doentes pobres. No exame da disciplina, se a receita fosse correta, mas o paciente, pobre, não possuísse condições de adquirí-la, o aluno receberia zero e o comentário –“você não medicou, criou uma situação mais grave”. Era uma matéria extremamente difícil, que reprovava muitos alunos, já quase formados. As provas para os repetentes eram realizadas nas vésperas das solenidades de formatura, determinando uma situação desagradável para todos. Em nossa turma, por exemplo, aconteceu que o colega escolhido para orador da cerimônia de formatura, foi reprovado em Terapêutica Clínica e não pode participar da solenidade. Pedimos, então, o apoio do paraninfo, Professor Martagão Gesteira, para interceder junto ao Professor Fernando São Paulo, no sentido de antecipar os exames finais, a fim de que houvesse tempo para que os alunos porventura reprovados desistissem das obrigações da festa de formatura.

Recebidos em audiência, amavelmente fomos atendidos e, durante a conversa, um colega resolveu manifestar sua preocupação pela possibilidade de receber um resultado negativo. E o Mestre Fernando São Paulo, simplesmente, declarou: “Doutor, se é temor, aconselho-o a estudar, se é uma ameaça, não tomo conhecimento!”

As aulas do Professor Antônio do Prado Valadares, catedrático de Clínica Propedêutica Médica, eram um

desafio à atenção e ao desejo de aprender. Anunciava com insistência inovações, provocando grandes dificuldades para todos os alunos. Certo dia, após um exórdio de difícil compreensão, aquele mestre anunciava aula especial, para apresentar sua descoberta científica: o “later index Prado Valadares”, devidamente registrado por ele. Depois das explicações preliminares, verificamos que era apenas o distintivo que se apõe nas chapas de radiografia, para indicar o lado direito e o esquerdo.

Indignado com um incidente que tivera com o Governador da época, na oportunidade do movimento estudantil de agosto de 1932, o Professor Valadares demorava-se nas retaliações contra o poder público, esquecendo, às vezes, as aulas. Entretanto, em contraposição, o seu Serviço Clínico era respeitado pela participação magnífica dos Doutores Adriano Pondé, Claudelino Sepúlveda e José Silveira, que, não exercendo a cátedra, efetivamente, na qualidade de Assistentes, revelavam-se de mais alta valia e interesse para os alunos.

Não posso deixar de destacar, pela sua alta relevância, o grande e bondoso clínico Professor José Olímpio da Silva, que, entre as suas contribuições pessoais para a Faculdade, esmerou-se na formação do grande profissional e docente Professor Cícero Adolfo da Silva, seu filho, que se revelou figura exponencial da Medicina Brasileira.

O ensino da Cirurgia, seguindo os passos dos famosos Professores Antônio Pacheco Mendes e Caio Moura, desenvolveu-se nas cátedras dos Professores Fernando Luz, Antonio Bastos de Freitas Borja, Edgar Rego Santos e Eduardo de Sá Oliveira, mais jovem, que antes de ser catedrático, dava cursos de especialização em Cirurgia, um dos quais tive a oportunidade de frequentar.

A Enfermaria São José, do Hospital Santa Izabel, abrigava a Cátedra de Clínica Cirúrgica do Professor Fernando Luz; da mesma forma, a cadeira dispunha também de acomodações no recém-criado, em 1932, Ambulatório do Canela. Era um modelo de disciplina e de ordem, quase militar; além da ação respeitada do titular, registravam-se um suave cumprimento das regras de trabalho e alta consideração ao estudo e ao ensino. Os internos do Professor Luz deviam conhecer

perfeitamente os instrumentos cirúrgicos, sua denominação e finalidade. No Hospital, havia, ainda, de forma oficiosa, uma destinação de leitos para profissionais que não exerciam a condição de professores. Ficavam os estudantes responsáveis pela internação dos pacientes, recebendo, a título de ajuda, duzentos mil réis mensais.

Entre os Assistentes, o Doutor Oscar Tillemont Fontes era um líder bondoso, que compartilhava o trabalho médico com outros mais jovens, como o brilhante Pedro Ferreira, Mathias Mariani Bitencourt, e Henrique Rios, além dos internos e estagiários. Consegui ingressar, juntamente com os colegas Valdeloio Chagas de Oliveira, Pedro Osório Galvão, Menandro Novais e outros, no serviço do estimado e respeitado Mestre Fernando Luz. O exame dos problemas científicos era permanente, nas visitas diárias que o professor fazia, leito por leito, solicitando do interno as explicações que ele considerava válidas. Não existia, naquela época, a figura do anestesista; o Professor Luz, entretanto, contava com o Doutor Alfredo Rosa Boureau, que exercia aquela atividade na sua clínica privada, no seu serviço particular, como também em todas as cirurgias realizadas na Faculdade de Medicina da Bahia. A habilidade do Doutor Boureau, ao ministrar anestesia geral com maestria, usando o clorofórmio através de máscara, sem tubo endotraqueal nem as aparelhagens e outras condições tecnológicas de hoje, era excepcional.

Alguns alunos preferiam o Professor Tillemont Fontes ao Mestre Fernando Luz; este era mais técnico e erudito, mas o Docente Fontes era muito dedicado e excelente didata. Quando perguntei ao Professor Estácio de Lima qual o melhor Serviço para estagiar, este indicou-me o do Professor Fernando Luz. Mais tarde, diziam os estudantes que aquele Serviço passou a ser visto em dois momentos: “antes do Ib e depois do Ib”. É que os acadêmicos não operavam durante o estágio, até eu ingressar ali. Acontece que, durante as férias em Maceió, eu frequentava a Santa Casa de Misericórdia, acompanhando o Doutor José Carneiro e o Doutor José Carnaúba, que me permitiam auxiliá-los nos exames dos doentes e ajudá-los nas cirurgias. Assim, após as férias, durante uma aula, disse ao

Professor Luz que sabia fazer o procedimento cirúrgico que era o tema daquela lição. Ele perguntou-me onde havia operado, determinou que eu operaria no dia seguinte, e assim o fiz. E o Doutor Tillemont, de quem me tornei amigo, sempre que era convocado a realizar uma cirurgia, chamava-me para assisti-lo, o que era muito bom para mim, mas também foi fonte do ciúmes de alguns colegas.

Honrava-me, ainda, com sua amizade o Professor Edgar Santos, que, coisa difícil naquela época, permitiu-me ter dois leitos para minhas atividades em sua Clínica Cirúrgica.

No começo do quarto ano, o Professor Fernando Luz chamou-me, informando que iria me nomear Interno; fiquei radiante com a oportunidade, porque, além das condições técnicas, havia a compensação financeira, que era de duzentos mil réis. No dia seguinte, novamente convocado para conversar com o professor, fui informado de que a minha nomeação estava certa, porém havia uma solicitação de um colega, em dificuldades financeiras, que esperava a nomeação para terminar o curso. O Professor Luz disse-me que queria me ouvir. Transferi a responsabilidade para o mestre, respondendo que queria o internato para poder me aprimorar na profissão. Respondeu-me que me daria três anos, coisa incomum, mas que dividiria a remuneração com o colega. Passei uma procuração para aquele meu companheiro, que, durante todo o tempo do internato, recebia o dinheiro e dividia comigo, conforme combinado. A decisão foi válida, pois meu condiscípulo tornou-se médico eminente na Bahia.

Certa vez, também vale registrar, veio a Salvador uma embaixada de doutorandos cariocas, acompanhados de eminente professor, em visita científica. O Professor Fernando Luz deliberou uma “manhã cirúrgica”, na qual aconteceram três cirurgias de demonstração, a serem realizadas, respectivamente, pelo Titular da Cátedra, por um Assistente, Pedro Ferreira, e, para meu orgulho e satisfação, fui um dos designados para operar, na qualidade de Interno. Passei cinco anos trabalhando no serviço do Mestre Fernando Luz e, assim, logo que, formado, retornei para Maceió, pude realizar cirurgias com segurança, o que foi muito importante para minha vida profissional.

Havia uma reclamação entre os alunos de Medicina de que aprendiam a técnica cirúrgica, mas não sabiam fazer cirurgia, pois não se lhes davam oportunidades do exercício manual dos instrumentos, havendo só a formação teórica. Conheci médicos, que concluíram o curso antes de mim, que sabiam a patologia, mas não tinham treinamento prático de cirurgia. Naquele tempo, não havia o instituto da pós-graduação; logo depois, começou a ser esboçado. Entretanto, em linhas gerais, os formandos do meu grupo possuíam bom nível. Por exemplo, tive um colega, Valdeloír Chagas de Oliveira, que ocupou a vaga que eu pretendia, pois não tive condições financeiras para deslocar-me e assumi-la, no Estado de São Paulo, e que, em pouco tempo, submeteu-se a concurso, tornou-se brilhante professor na Escola Paulista de Medicina e, depois, ainda prestou notável concurso na Faculdade de Medicina da Bahia. Tive outro colega, Pedro Osório Galvão, extremamente hábil nos trabalhos do internato cirúrgico, que, logo após formado, tornou-se cirurgião do Hospital Santa Izabel.

Comparecia ao serviço do Professor Fernando Luz, sem maiores obrigações funcionais, uma figura altamente expressiva na Medicina baiana, que era o Doutor João Gonçalves Martins, conhecido como Jones Martins. Com a aposentadoria do Professor Pacheco Mendes, de quem ambos foram Assistentes, os dois tornaram-se candidatos à Cátedra de Cirurgia. Segundo dizia o Doutor Jones, depois de preparar sua tese na Europa, embarcara num navio de volta e houve uma greve, o que impedira sua chegada a tempo de fazer a inscrição, e, assim, perdera o concurso, pois o Doutor Luz, sozinho, o fizera e fora aprovado. Ele continuava Assistente da Cátedra, mas não aceitava a chefia do Professor Luz. Usava uma bengala que pesava, segundo o próprio, de três a cinco quilos, dizendo que era para manter o tônus muscular. Não acreditava no Iodo, dizendo que só valia pelo álcool que continha. Gozava de regalia concedida pelo catedrático, comparecia, atendia alguns doentes, sem maiores responsabilidades. Não tendo boa condição financeira, fazia algumas excursões, operando em diversas cidades, inclusive em Maceió. De média estatura, aspecto atlético, tinha boa aparência, apesar de estar com mais de sessenta anos.

Com o falecimento do Professor Caio Moura, primeiro catedrático de Urologia da Faculdade de Medicina do Terreiro de Jesus, houve uma espécie de abalo no movimento cirúrgico da especialidade na Bahia. Todavia, seu substituto, Doutor Antonio Artur Pereira França, vulgo “Francinha”, embora sem a altitude intelectual do antecessor, fazia o possível para atender bem os estudantes.

Tivemos um docente interessante, Professor Otávio Torres, de Patologia Geral, com muitos trabalhos publicados, que era paradoxalmente encantador e algo simplório. Com um discreto problema de disartria, tinha alguma dificuldade para expor e não despertava maior atenção dos alunos. Altamente conceituado, representava a cultura básica do corpo docente dos primeiros anos letivos. Repetia, com compreensível vaidade, as projeções de um documentário que registrava sua permanência nos Estados Unidos, onde fizera aperfeiçoamento. Em determinado dia, projetando o tal filme da decantada estadia, exclamou: “este ali sou eu, que aqui está”. Os estudantes riram, o professor insultou-se, suspendeu a aula e modificou seu comportamento com relação à turma, tornando-se extremamente rigoroso e exigente. Entendemos que as aprovações seriam cada vez mais difíceis.

Após muitas reuniões, para resolver o impasse criado entre nós e o mestre, alguém teve uma brilhante idéia. O Professor Torres era dedicado dirigente de uma instituição de obra social que amparava os Filhos Sadios dos Lázaros. Pedimos, então, sua licença para uma visita ao dispensário; a data foi marcada pelo agradecido docente. Levando biscoitos e bolachas, que adquirimos após cota geral, fomos em um bonde conseguido na Companhia Linha Circular de Carris da Bahia. O mestre emocionou-se com a iniciativa, recebeu-nos amavelmente, ouviu um belíssimo discurso de um colega, que já não era jovem, Felipe Néri do Espírito Santo. O êxito foi total; o professor modificou seu comportamento para com a turma e a aprovação foi tranqüila. Devo lembrar que os irmãos Torres, de uma tradicional família de intelectuais, eram famosos no meio estudantil da Bahia.

A Clínica Obstétrica, desde 1912, era ministrada na Maternidade Climério de Oliveira, sediada perto

do Hospital Santa Izabel, e, dada as responsabilidades nas enfermarias cirúrgicas e os horários das aulas, a sua freqüência regular tornava-se-me difícil. O seu Diretor era o Catedrático Professor Almir de Oliveira, considerado um dos maiores oradores da Bahia, de forma que suas aulas eram brilhantes e muito concorridas. É preciso dizer das dificuldades que eu tinha, sendo interno de Clínica Cirúrgica, para ir às aulas de Obstetrícia, mas esforçava-me para conciliar, da melhor forma possível, a presença nas duas disciplinas.

Igualmente, vale a pena lembrar a existência do Serviço Médico-Legal do Estado da Bahia no Instituto Nina Rodrigues, da cátedra de Medicina Legal, com entrada externa independente pela Rua Alfredo Brito e passagem interna para a Faculdade de Medicina do Terreiro de Jesus. Essa determinante física permitia aos alunos acompanharem os trabalhos do Professor Estácio de Lima e seus Assistentes. O Mestre Estácio associava o brilho inegável da grande cultura à sua figura humana excepcional, elegante e cavalheiresca. Como alagoano, foi uma espécie de nume tutelar dos patricios, e como professor e cidadão, foi incedível na bondade e na magnanimidade de coração. Durante decênios, Estácio de Lima, mundialmente bem relacionado e respeitado pela sua contribuição extraordinária, foi influência na Medicina Legal da Bahia e do País.

Registre-se também que a Cadeira de Medicina Legal tinha Assistentes de alto nível, como Artur Ramos e Álvaro Dórea, que, ao mesmo tempo, realizavam atividades profissionais e docentes, e mais tarde tornaram-se catedráticos no Rio de Janeiro.

Sempre que possível, eu ia assistir, sem obrigações maiores, os trabalhos e os exames médico-legais, adquirindo conhecimentos valiosos nessa área. Os estudantes daquela época, graças a essas facilidades, lucravam muito com o acréscimo dessa prática médica na sua formação profissional. Assisti, por exemplo, a autópsia do Governador Antenor Navarro, da Paraíba, que sofrera um acidente aéreo, juntamente com o Ministro José Américo de Almeida, quando o hidroavião em que viajavam tentou pousar nas águas do Porto dos Tainheiros, na Ribeira de Itapagipe.

Não foi sem razão, que, naquele período, múltiplas teses sobre assuntos médico-legais foram defendidas, revelando nomes importantes, como José Lages Filho, Ademar Vasconcelos, José Pimentel de Amorim e Waldemar da Graça Leite, que honraram a docência na Bahia e em Alagoas.

Esta condição permitiu-me que, recém-formado, em 1936, na minha cidade de Maceió, fosse, provisoriamente, designado para exercer o cargo de médico legista no Serviço Médico-Legal do Estado de Alagoas, atualmente Instituto Estácio de Lima, no impedimento do titular efetivo, o Doutor José Lages Filho. Pude, então, com segurança, efetuar perícias e elaborar pareceres, quando necessários, no interesse da Justiça.

Na cadeira de Pediatria, conheci a personalidade do Professor Martagão Gesteira; ele possuía deficiência auditiva, que compensava com instrumento mecânico, e ministrava-nos excelentes aulas.

No período entre 1933-1934, o Governador do Estado Juraci Montenegro Magalhães recebeu a visita do Presidente da República Getúlio Vargas, que ficou admirado com a obra no âmbito pediátrico realizada na Bahia. Quando o Presidente Vargas criou o Departamento Nacional da Criança, transferiu o Professor Gesteira para a sua Diretoria, dando-lhe todas as vantagens. A minha turma elevou-o ao paraninfado. Pessoalmente, mais tarde, graças à amizade com o eminente mestre, pude trazê-lo a Alagoas, para beneficiar a assistência às crianças do Estado, quando autorizou verba para construção de Centro Maternal, com cerca de dez andares, o que representaria obra da mais alta expressão nessa área. Infelizmente, dificuldades locais impediram a conclusão da obra e aconteceu, de forma lamentável, a demolição do que já havia sido levantado.

Havia, no corpo docente da Faculdade, um homem encantador, o fidalgo Professor Eduardo Rodrigues de Moraes, de vivência internacional, altamente qualificado na área da sua Cátedra de Clínica Otorrinolaringológica, que se destacava tanto na docência quanto nas atividades de clínica particular. Os alunos do Professor Eduardo de Moraes procedentes das Alagoas se destacaram como grandes

profissionais e mestres na especialidade, como a Professora Lily Lages e o Doutor Durval Cortez.

A Cátedra de Clínica Oftalmológica era prestigiada pela presença do Professor Cesário de Andrade, que exercia também suas atividades no Ministério da Educação, presidindo o Conselho Federal de Educação, no Rio de Janeiro. Seu prestígio e valor eram conhecidos, daí a razão da grande frequência às suas aulas; a clínica das doenças dos olhos e da visão, diferentemente daquela de cirurgia geral, na maioria das vezes, não exigia grandes operações nem longos internamentos.

Tive um colega, Elísio Simões, modesto, inteligente, afeiçoado ao Professor Cesário de Andrade, que conseguiu um feito importante: logo após a formatura, em 1936, instalou seu consultório, luxuoso, na Rua Chile, reduto dos médicos já conceituados na sociedade.

O Professor Mário Carvalho da Silva Leal, da Cadeira de Psiquiatria, altamente inteligente, era muito benévolo com os estudantes. A presença dos alunos em sala de aula não era muito controlada, mas, a qualidade do mestre levava-me às lições. Ele tivera alguns discípulos excepcionais, como Artur Ramos e outros. A Revista Médica da Bahia dedicou ao Professor Mário Leal uma edição exclusiva, na década de 1930, prova incontestada de sua capacidade e importância. Comentava-se que o Professor Leal tinha uma excentricidade: vinha caminhando desde o bairro onde morava, a Barra, até a Faculdade do Terreiro de Jesus, e, em cada esquina, comprava, primeiro um charuto, depois uma caixa de fósforos. Tal como outros mestres – Couto Maia, Eduardo de Moraes e Pinto de Carvalho, por exemplo – Mário Leal participava do grupo que apoiava Estácio de Lima nas lides da política acadêmica.

Contávamos, também, com a presença do Professor João Américo Garcez Fróes, respeitabilíssimo na sua Cátedra de Medicina Tropical, e também na de Medicina Legal, que ministrava na Faculdade Livre de Direito da Bahia, onde depois seria sucedido, através de concurso, pelo Mestre Estácio de Lima.

No grupo de Clínica Médica, a figura mais simpática era, além do Doutor Adriano de Azevedo Pondé, o Professor Armando Sampaio Tavares. Modesto, humilde, era considerado grande clínico e generoso

como mestre. Dividia com o Professor Fernando São Paulo a boa formação dos estudantes, no domínio da prescrição e assistência aos doentes. Competia com o Professor Prado Valadares, em valor e prestígio.

Visitou a Bahia, naquele tempo, o Professor Clementino da Rocha Fraga, baiano e antigo Catedrático da Clínica Propedêutica Médica da Faculdade de Medicina do Terreiro de Jesus, que fora transferido para o Rio de Janeiro pelo Presidente Vargas, para ocupar cargo semelhante na Universidade do Brasil. Registre-se que o Professor Clementino Fraga disputara a cadeira com o Professor Prado Valadares, saindo vitorioso. A recepção na Escola foi altamente prestigiada pelos docentes, sobressaindo-se a presença do Professor Anísio Circundes de Carvalho, antecessor do Professor Fraga e que proferiu, apesar de sua idade avançada, emocionado pronunciamento.

Paralelamente, tentando formar uma base técnico-científica para ascensão à cátedra, surgiam várias figuras. Entre elas, na área da Cirurgia, familiarizei-me com o Doutor Jorge Valente, de alta respeitabilidade, principalmente na área de Urologia, de que era Docente Livre. Ele tinha seu consultório particular na Rua Chile, que freqüentei, o que foi primordial para, quando formado, pudesse exercer uma boa assistência científica e técnica nesta área. O Professor Jorge Valente terminou Catedrático de Clínica Urológica da Faculdade de Medicina da Bahia e da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, que fundou e dirigiu durante muitos anos.

O Doutor Flaviano Inocêncio da Silva, simpático, amável, transmitia-nos, juntamente com o Catedrático de Dermatologia, Professor Albino Arthur da Silva leitão, a disciplina através de um ensino de qualidade, com prestigiadas aulas sobre doenças da pele.

Muito mais leves nas perspectivas, o Professor Eduardo Lins Ferreira de Araújo, na Cátedra de Microbiologia, e o Professor Aristides Maltez, na de Ginecologia, foram também respeitáveis. O Professor Maltez, que, depois de diplomado na Bahia, havia feito treinamento em hospital dos Estados Unidos da América, era famoso como brilhante cirurgião, criador de novas técnicas na sua especialidade, e fundou a benemérita Liga Bahiana Contra o Câncer.

A Faculdade de Medicina da Bahia recompensou o tirocínio daqueles que ali ingressaram no ano de 1930, no álbum de formatura da turma de 1936, em que figuram cento e setenta e oito (178) diplomados, além de quatro (4), que faleceram enquanto cursavam. Tinham-se matriculado cento e vinte e um (121) alunos da Bahia, quinze (15) do Piauí, sete (7) de Sergipe, seis (6) do Amazonas, seis (6) do Rio Grande do Norte, cinco (5) de Alagoas, cinco (5) do Ceará, quatro (4) de Pernambuco, dois (2) da Paraíba, um (1) de Mato Grosso, um (1) do Rio Grande do Sul, um (1) de São Paulo, um (1) do Maranhão, um (1) de Minas Gerais, um (1) português, e um (1) suíço naturalizado brasileiro. Veio de Lausanne o suíço, Charles Pitex, ali diplomado em Comércio, que chegou a Salvador para trabalhar com o negócio de fumo, aproximou-se do grupo de alagoanos e resolveu estudar Medicina, daí a razão porque, no quadro de formatura, colocou “alagoano”, no local de seu nascimento. Apesar das dificuldades de associar suas atividades de trabalho, na área comercial, com o estudo das ciências médicas, fez um bom curso, tornando-se um dos grandes médicos legistas da Bahia e Assistente do Professor Estácio de Lima.

Assim, minha vida acadêmica na Escola Superior Mater do Brasil, no histórico Terreiro de Jesus, transcorreu durante a década revolucionária de 1930, pois ingressei no curso médico no início do ano da Revolução de Outubro, vi as conseqüências da Revolução Constitucionalista de São Paulo, e fui diplomado pouco antes da decretação do Estado Novo getulista, a Bahia ainda sob um Interventor Federal. Então, muito embora eu tenha tido a oportunidade de seguir para o Sul do País, para maior e melhor aperfeiçoamento, por motivos financeiros tive de começar imediatamente a minha vida profissional no meu torrão alagoano.

Setenta anos já se passaram desde que voltei. Creio que tenho sido útil à minha terra.

Guardo sempre na memória do coração os dias idos e vividos na minha hoje bicentenária Faculdade de Medicina da Bahia.

Maceió, Alagoas, 28 de dezembro de 2006.

A Mulher Profissional e os Direitos Humanos*

Eliane Elisa de Souza e Azevêdo

Nesse momento, para mim, a visão do mundo moderno que mais se ajusta à realidade do título de Cidadã da Cidade do Salvador, que ora recebo, é aquela apresentada por Stuart Mill quando diz que:

“O que mais caracteriza o mundo moderno é que a pessoa já não nasce no lugar que há de ocupar durante a vida”.

Há alguns séculos, o escravo nascia escravo e a escravatura era o seu lugar na vida. Não apenas os escravos, mas também os senhores, os poderosos, os ricos, os pobres, os miseráveis, os da cidade e os do interior... cada um já nascia no espaço do que seria.

O mundo moderno, todavia, gerou forças transformadoras na sociedade, as quais movimentam as pessoas do seu espaço de nascimento a espaços outros, planejados ou não. E à medida que as forças sociais interagem com o nosso eu, e nos movimentam... sentimos que a nossa vida se torna cada vez menos pessoal e mais circunstancial.

Meu espaço de nascimento foi Tanquinho, no interior deste Estado. Até a idade de quatro anos, meu universo limitava-se às crianças da minha rua.

Com a idade referida conheci Salvador pela primeira vez. Em meu espírito confundia-se a alegria da viagem com a tristeza dos meus pais. Para mim, o encanto de conhecer a cidade grande; para eles a

certeza do meu diagnóstico de poliomielite aguda. Não me recordo como reagi a essa realidade, mas lembro que, se minha locomoção limitou-se, muita coisa em mim ampliou-se.

Ainda em Tanquinho, a frequência à escola primária tornou-se possível graças ao suporte de uma tecnologia elementar – o meu velocípede, e ao companheirismo diário de alguns amigos. O apoio que recebi construiu muita coisa boa em meu espírito e fez-me crer na bondade das pessoas.

De Tanquinho meu espaço de moradia ampliou-se: - Feira de Santana, Salvador, São Paulo; Honolulu e Seattle nos Estados Unidos; Londres na Inglaterra e novamente Salvador. Morando nesses locais, conhecendo outros povos e outras culturas, valorizei o que é nosso. Por opção consciente escolhi Salvador e a Universidade Federal da Bahia para viver e trabalhar. Aqui estou, na Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA, há 16 anos e daqui observo as mudanças do mundo moderno em tudo que nos rodeia, principalmente, no que se refere à mulher.

O título que acabo de receber foi proposto pela vereadora Eliana Kertész. Confesso que esse fato exponencia minha satisfação e torna minha gratidão muito profunda. Admiro Eliana pelo destemor com que assumiu a carreira política, e pela postura firme no desempenho do seu mandato.

Temos pouca tradição de mulheres na política; seja local ou nacional. Consequentemente, a falta de referencial histórico exige muito mais das mulheres que hoje constroem a história política desta Cidade, deste Estado e deste País.

Não apenas na política, mas também no exercício de certas profissões, no desempenho de cargos e funções, a presença da mulher mal começa a ser revelada. E se nos dispusermos a buscar na história nomes de mulheres que com competência desempenharam funções, teremos dificuldades, porque também a história não é escrita com justiça.

Recebido em 20/04/2007

Aceito em 26/06/2007

Endereço para correspondência: Núcleo de Pesquisa e Estudo Transdisciplinar em Bioética, Faculdade de Medicina da Bahia, Largo do Terreiro de Jesus 40026-010 Salvador, Bahia. E-mail: eedsea@uol.com.br.

* Discurso proferido em 09 de outubro de 1985 quando do recebimento do título de Cidadã da Cidade do Salvador conforme Resolução nº. 623/85 da Câmara Municipal de Salvador.

Quem de nós conhece a história do seu próprio povo escrita segundo a visão dos menos favorecidos? das minorias? dos oprimidos? dos negros? dos índios? ou das mulheres?

E ainda que seja na história da luta dos oprimidos que esteja o referencial das forças que necessitam, pouco conhecemos dessas lutas, porque para os que escrevem a história importam apenas os feitos de seus próprios heróis.

Teria sido Hipácia, filósofa grega, a única mulher a destacar-se como erudita da antiguidade, ou teriam outras mulheres sido injustiçadas pelos historiadores? Por que a mitologia criou deusas protetoras da Medicina como Ísis no Egito, Saravarti na Itália, etc. se na antiguidade não havia nenhuma concessão oficial para a mulher exercer a medicina?

Todavia, desde os hebreus, egípcios, gregos e romanos as mulheres sempre praticaram obstetrícia de forma não oficial e dessa mesma forma acumularam grande experiência e conhecimentos, os quais eram transmitidos de umas às outras. Assim, quando no século XIII foi permitido às mulheres escrever livros, não foi sem razão que Trótula de Salerno escreveu valioso tratado de obstetrícia e ficou considerada como a primeira médica da história.

Contudo, somente um século depois, no ano de 1311, publicava-se em Paris um famoso édito, o qual permitia às mulheres fazer exames para a cirurgia, mas não para medicina. Àquela época, cirurgia era uma profissão leiga, artesanal, vista com desprezo pelos médicos, que se consideravam nobres detentores do saber, enquanto que os cirurgiões não tinham nenhum conhecimento científico. A distância do valor social entre o médico e o cirurgião era tal que em seu juramento o médico prometia “jamais ser cirurgião”. Assim, foi à cirurgia e não à medicina que às mulheres foi permitido o acesso.

No século XIV, por resolução oficial, a França passa a considerar a cirurgia como profissão digna e honrosa. Todavia, somente dois séculos depois, em 1754, é que, na Alemanha, para assombro do resto do mundo, diploma-se, oficialmente, a primeira mulher médica: a Dra. Dorotéa Christina Erxleben.

A lei, no entanto, não mudou a tradição; e as primeiras mulheres que freqüentaram escolas médicas na Europa e nos Estados Unidos sofreram perseguições, humilhações, apedrejamento e até expulsões pelo fato de suas presenças provocaram revoltas. Elizabeth Blackwell, a primeira mulher médica nos Estados Unidos, em 1849, foi recusada em onze escolas antes de ser aceita no Genova College em Nova York.

Para as brasileiras, somente em 1879, com a Reforma Leôncio de Carvalho, regulamentou-se:

“a liberdade e o direito da mulher freqüentar os cursos das Faculdades e obter um título acadêmico”.

E em 1887, há menos de um século atrás, diploma-se pela Faculdade de Medicina da Bahia, a Dra. Rita Lobato Velho Lopes, primeira mulher médica da Bahia e do Brasil.

Também no Brasil a lei permite, mas só o tempo muda os costumes... e as mulheres médicas enfrentaram durante décadas toda sorte de preconceitos que as viam como sem competência, e mesmo pudor. E não raro, entre seus próprios colegas, as mulheres médicas eram alvo de brincadeiras ou anedotas pouco sociais. Devemos, todavia, reconhecer que tudo isso vem mudando, e com certa rapidez. Para alguns estudiosos do assunto o período de 1918 a 1930 foi marcado pela consolidação da competência da mulher. Para tanto, muito contribuiu o desempenho das mulheres na Primeira Guerra Mundial. Ao final da segunda Guerra trinta e seis países já lhes haviam conferido direitos políticos.

Atualmente, parece-nos que uma das práticas fundamentais é libertar a mulher de uma educação planejada para a submissão e o mito da inferioridade. No lar, na escola, nas igrejas e na sociedade em geral transmite-se, por palavras, conceitos e atitudes, a marginalização da mulher. Assim, educada para acreditar-se limitada e vivendo em espaços pré-limitados pela sociedade, a grande maioria viveu e morreu sem ter tido a chance de desenvolver seu próprio potencial.

Quem na história da humanidade foi capaz de revolucionar costumes, abrindo espaços e privilegiando a mulher?

Há dois mil anos, contrário aos costumes tradicionais da época, um revolucionário libertador, entre outras coisas,

- aboliu o poder masculino, pregando a igualdade para todos;
- exaltou a transcendência da função materna;
- julgou com igualdade a mulher pecadora, convidando àquele sem pecado a atirar a primeira pedra;
- privilegiou a mulher samaritana, fazendo-a sua enviada a esse povo;
- ao morrer na cruz, entregou a humanidade aos cuidados maternos de Maria, Sua Mãe;
- e ao ressuscitar fez-se primeiro reconhecer pelas mulheres que iam visitar o túmulo.

Lamentavelmente, tudo isso tem recebido pouca ênfase na transmissão dos ensinamentos de Cristo pela Igreja que Ele criou igual para todos, mas que se hierarquizou com poderes restritos a um clero masculino.

E ainda hoje, ao aceitarmos Maria como a Mãe espiritual da humanidade, vemos exaltadas as qualidades de submissão como se submissão fosse sinônimo de santidade.

Não tenho dúvidas da mulher firme, corajosa e executiva que foi Maria, a Mãe de Jesus, sem prejuízo de suas qualidades, de serenidade, santidade e amor.

- Maria foi a primeira refugiada política da história quando, escapando à perseguição de Herodes fugiu para o Egito, a fim de proteger a vida de seu filho;
- Maria também foi a mulher que contrariando os costumes da época era a única presença feminina na reunião com os apóstolos, quando do evento de Pentecostes;
- Também foi Maria quem deliberou o momento do primeiro milagre e providenciou junto a Jesus a transformação da água em vinho nas Bodas de Caná;

- Aos pés da Cruz, no Calvário, Maria não desmaiou, gritou ou desesperou... mas, manteve-se de pé e em silêncio numa atitude modelar de mulher Santa.

Desde a revolução agrícola, há 10 mil anos atrás, que a humanidade vem se transformando social e culturalmente.

No decorrer desse tempo inventou-se a escrita e dela progrediu-se da cuneiforme à eletrônica; passou-se da domesticação de animais para transporte, ao uso de aviões supersônicos; viveu-se a revolução científica, a revolução industrial e já se aproxima a revolução biotecnológica. Pela ciência e tecnologia, a humanidade hoje entende, modifica ou controla um grande número de fenômeno da natureza. Não apenas isso, mas a humanidade já conseguiu decifrar o código da vida, manipular as moléculas de DNA e tornar-se capaz de programar a reprodução.

Todavia, existe vergonhoso descompasso entre o que a humanidade progrediu em ciências e em tecnologia e o que ela progrediu no reconhecimento dos direitos humanos para homens e mulheres. Foi preciso a Revolução Francesa para a proclamação dos Direitos Humanos Francês; e foi necessário chegar-se à metade do século XX para que os direitos humanos de qualquer um fossem dignificados com uma declaração internacional. Mas, não obstante a lentidão com que a humanidade progride em relação aos direitos humanos, a grande esperança advém da luta por sua conquista.

Por exemplo, o nosso país recentemente, mostrou ao mundo como reconquistar os direitos do povo. Quando no princípio deste ano viramos uma página da história do Brasil, cada brasileiro sentiu-se participante do processo. Mudamos, não apenas os métodos de exercitar a democracia, mas, fundamentalmente, mudamos a nossa participação em seu exercício. Se antes, no país, as coisas aconteciam e nós denunciávamos, agora, o nosso dever de cidadão, não é mais o de ter coragem de denunciar, mas o de ter a coragem de realizar.

Conquistamos o direito à reconstrução de nossa pátria e sabemos que ela não ocorrerá por milagre nem

por decreto, mas resultará do trabalho sério e comprometido de cada cidadão brasileiro.

Todos nós agora, temos o direito e o dever de fazer a história do Brasil. E mais que nunca, é dever fazê-la com justiça para todos, pois, queiramos ou não, este país será o que fizermos dele.

MEUS SENHORES,
MINHAS SENHORAS

Quando fui comunicada que receberia o título de Cidadã de Salvador, não apenas senti o significado dessa honraria, mas também reconheci que ao longo da minha vida foram muitas as pessoas que para ele contribuíram.

Tenho a convicção que ninguém se realiza por si mesmo, e que é, pela existência de outras pessoas que nos edificamos. É falso pensar que nossa vida é particularmente nossa e que nossa história é individual. O que os fatos nos comprovam é que tudo aquilo que conseguimos tem alicerces em pessoas que, de uma forma ou de outra, compartilharam no passado ou compartilharam no presente o nosso convívio.

E ainda que o título se ligue ao meu nome, tenho a consciência e a gratidão voltadas a inúmeros outros nomes que de certa forma participaram deste evento. Muitas dessas pessoas estão neste auditório e sabem que minha gratidão lhes diz respeito.

Muito obrigada.

Avanços das Ciências Médicas e Realizações Científicas na Bahia de 1945 a 1964*

Eliane Elisa de Souza e Azevêdo**

O honroso convite do Prof. Dr. Ubiratan Castro de Araújo, Digníssimo Presidente da Fundação Pedro Calmon, desafiou-nos com “um dever de casa” que somente poderia ser cumprido com a colaboração de famosos Mestres/Pesquisadores cuja disponibilidade tornou essa palestra possível:

- Prof. Dr. José Tavares-Neto. Diretor da Faculdade de Medicina da Bahia. De sua pessoa obtivemos informações históricas pertinentes a sua área de pesquisa, doenças tropicais; dados sobre a Faculdade de Medicina da Bahia e em especial sobre a pessoa do Prof. Dr. Aluísio Prata, além da disponibilidade para cuidadosa leitura e sugestões ao manuscrito;
- Prof. Dr. Roberto Figueira Santos, gentilmente dispôs-se a uma conversa de cerca de duas horas plenas de preciosas informações, além de oferecer-nos cópias de duas de suas falas e um exemplar de seu livro intitulado “*Reflexões sobre temas da atualidade*”;
- Prof. Dr. Zilton Andrade, enviou-nos algumas páginas de sua própria produção além de informações em conversas por telefone.

- Prof. Dra. Penildon Silva, gentilmente atendeu nossas solicitações encaminhadas por intermédio de sua filha, a Prof. Dra. Luciana Silva.

A todos eles desejamos registrar, de público, nossos sinceros agradecimentos.

Os anos decorridos entre 1945 e 1964 são iniciados com o fim da II Guerra Mundial; o fim do Estado Novo (1930-1945), e o nascimento da Segunda República com acenos de nova experiência democrática. Ao final do período, têm-se como marcos as inquietudes e inseguranças da revolução de 1964 e a consciência de perda da Democracia.

Entre 1945 e 1964 decorreram-se dezenove anos associados a avanços em diversos setores da sociedade, dos quais daremos atenção específica à área das ciências médicas no Estado da Bahia.

No estágio de desenvolvimento acadêmico que se encontrava a sociedade baiana em 1945, a promoção do progresso científico e médico exigia a confluência de circunstâncias apropriadas e, sobretudo, de pessoas com visão, competência e determinação para transformar sonhos em realidades sociais.

Sendo a Bahia um Estado da Federação, estava, necessariamente, compondo e ao mesmo tempo refletindo o cenário nacional de desenvolvimento científico que traduzia o Brasil à época e que, por sua vez, resultara do excepcional trabalho de notáveis pessoas de ciência que como bandeirantes abriram os caminhos do futuro.

Sem as características e a formação dos pesquisadores atuais, os construtores da ciência no passado contribuíram mais para o social que para o currículo pessoal. A própria atividade de pesquisa era espontânea, nascida da percepção social de doenças e endemias e do desejo de compreendê-las. A dedicação à pesquisa nascia na alma de pessoas que, livre das exigências institucionais e da pressão por

Recebido em 20/05/2007

Aceito em 16/06/2007

Endereço para correspondência: Núcleo de Pesquisa e Estudo Transdisciplinar em Bioética, Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA, Largo do Terreiro de Jesus, 40026-010 Salvador, Bahia. E-mail: eedsea@uol.com.br.

* Conferência proferida na Fundação Pedro Calmon (Salvador, Bahia) em 04 de maio de 2007.

**Professora Emérita da Faculdade de Medicina da Bahia (FAMEB) e do Instituto de Biologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora Titular aposentada da Universidade Estadual de Feira de Santana. Pesquisadora 1A do CNPq. Coordenadora do Núcleo de Bioética da FAMEB-UFBA.

números de publicações, apaixonavam-se pelo prazer de descobrir ou de criar espaços para proporcionar descobertas. Assim, no passado, eram pessoas de ciências não apenas as que pesquisavam, mas também as que se empenhavam para criação de instituições que dariam abrigo ao estudo e à pesquisa.

O Início

O fato da colonização portuguesa, diferentemente da espanhola, não priorizar a criação de universidades impôs ao país extraordinárias barreiras ao desenvolvimento científico. Na era colonial (1500-1808), os únicos acontecimentos relacionados a atividades científicas, que aqui ocorreram, ficaram por conta de viagens de naturalistas e exploradores europeus que, às custas de nossa riqueza natural, implementaram, nos museus da Europa, conhecimentos e coleções sobre a flora e fauna brasileiras. Contracenando a esse tipo de práticas, os Jesuítas, que também se empenharam, sem sucesso, pela criação de uma universidade na Bahia, desenvolveram estudos locais sobre a cultura indígena, propriedades terapêuticas de plantas e observações em astronomia.

Mais tarde, com a chegada da corte portuguesa, criou-se, na Bahia, em 18 de fevereiro de 1808, a primeira escola de ensino superior, hoje Faculdade de Medicina da Bahia. Definia-se assim o marco histórico de início do ensino superior e médico no Brasil. Meses depois, curso semelhante foi criado no Rio de Janeiro. Cursos superiores de engenharia, direito e escola militar foram posteriormente criados no Império, seguidos, mais tarde, pela instalação de museus de história natural, que funcionaram como embriões da institucionalização da pesquisa no País.

Durante os quarenta e um anos da Primeira República (1889-1930), o exercício da democracia impulsionou, tanto em âmbito nacional como estadual, o surgimento das primeiras instituições de pesquisa nas áreas Agrícolas e de Saúde Pública: Instituto Manguinhos, Butantã, Agrônomo de Campinas, entre outros. Todavia, a instalação do Estado Novo (1930-1945), se por um lado implementou a criação de faculdades e de cursos superiores, assim como das primeiras universidades, a burocratização do sistema

federal, na avaliação de Simon Schwartzman, “*sufocou a capacidade de iniciativa e de ações próprias das instituições de pesquisa governamentais*” e levou o Instituto Manguinhos a uma das piores de suas fases. Findo o Estado Novo, e iniciado um novo período, muitas realizações que vieram do passado experimentaram processos de transformação e progresso, ao lado de outros avanços radicalmente inovadores. Quer de uma forma ou de outra, a promoção do avanço científico esteve sempre ligada a nomes de pessoas que com obstinação, competência e paixão pela pesquisa souberam vencer limitações e começaram a construção da ciência brasileira.

À época, na Bahia, assim como no país em geral, para inovar, criar e realizar no mundo da ciência e da academia era necessário buscar saberes “além mar”. Não apenas nos séculos passados, com os Professores Nina Rodrigues e Pirajá da Silva, mas também nas décadas de trinta e quarenta do século XX, a busca por saberes em Ciências e em Medicina teria que ultrapassar as fronteiras da nação. Foram pessoas com o privilégio desta visão de busca e com a possibilidade de realização de viagens, que, abastecendo-se de conhecimentos em centros internacionais avançados, tiveram a competência de transplantarem para a Bahia as sementes do desenvolvimento científico. Edgard Santos, José Silveira, Fúlvio Alice, estão entre aqueles que buscaram saberes fora e engrandeceram a Bahia nos anos 1945-1964.

Ao serem aqui referidos nomes de pessoas que nos anos quarenta e cinquenta do século XX, impulsionaram o progresso científico e médico na Bahia, é indispensável um exercício mental do que significavam, à época, as distâncias intercontinentais, na ausência de aviões a jato, e-mails, telefonia celular, etc.

A Ciência no Brasil e na Bahia antes de 1964

O primeiro despontar da ciência médica experimental brasileira ocorreu na Bahia com o trabalho de Manuel Augusto Pirajá da Silva, do qual resultou a descoberta do *Schistosoma mansoni*, parasita responsável pela “barriga d’água”, ou seja, a esquistossomose mansônica.

Graduado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia, Pirajá da Silva iniciou suas pesquisas microscópicas em 1903, como assistente de Clínica Médica. Sem formação específica de pesquisador, como era comum à época, soube aproximar-se da ciência atualizada através longas permanências na França e na Alemanha, além de manter contatos, por correspondências, com diversos pesquisadores internacionais. Seu trabalho original foi publicado nas revistas *Brasil Médico* e *Archives de Parasitologie* em 1908. Controvérsias surgiram sobre a prioridade de sua descoberta, até a realização do I Congresso Brasileiro de História da Medicina, no Rio de Janeiro, em 1951, quando Edgard Cerqueira Falcão, em memorável trabalho, comprovou, sem sombras de dúvidas, a originalidade da descoberta de Pirajá da Silva. Assim, ficava reconhecido no mundo da ciência não apenas o agente etiológico da doença esquistossomose mansônica, descoberto na Bahia, mas também muitos saberes sobre a biologia desse organismo.

Não foi só a pesquisa de Pirajá da Silva que marcou a primeira década do século XX como o nascedouro da ciência médica brasileira.

No Rio de Janeiro, no Instituto de Manguinhos, hoje Fundação Oswaldo Cruz, o médico Carlos Ribeiro Justiniano Chagas, nessa mesma época, descobriu uma doença não descrita nos compêndios da Medicina. Sua genialidade científica levou-o a perceber não apenas as manifestações clínicas dessa nova doença, mas também o fez suspeitar e comprovar, através experimentações em animais, que o agente etiológico da doença era um parasita também desconhecido e que recebeu a denominação de *Trypanosoma cruzi*. Carlos Chagas também demonstrou a forma de aquisição da doença, sua epidemiologia e o modo de transmissão pela picada de um inseto hematófago, o “barbeiro”. Acrescente-se que ao publicar, em 1909, a nota prévia sobre a doença de Chagas, Carlos Chagas tinha apenas 29 anos de idade.

Merece destaque especial o fato que à época da descoberta de Carlos Chagas, 1909, Pirajá da Silva encontrava-se em Hamburgo, na Alemanha. Ao tomar conhecimento da sensacional descoberta manifestou seu entusiasmo pelo fato, sem dissociá-lo da questão social, e assim escreveu:

“mais uma moléstia a infelicitizar a humanidade, a pátria brasileira, entravando-lhe a marcha do progresso, pelas conseqüências altamente funestas e anti-sociais”.

Nada mais profético que essas palavras de Pirajá da Silva. Hoje, quase um século depois, a classe pobre do país continua vítima dos danos causados pela doença de Chagas, não obstante ter o próprio Carlos Chagas ensinado como erradicar esse mal, através de ações sociais que libertassem a pobreza da moradia em precárias casas de sopapo. Lamentavelmente, a doença de Chagas também passou a ser alvo de investimentos de tecnologias avançadas e procedimentos inovadores direcionados àqueles que já são vítimas da forma grave da doença. Nas recomendações de Carlos Chagas as ações deveriam ser preventivas e, conseqüentemente, os portadores da forma grave da doença não existiriam. Na modernidade tecnológica, todavia, aplicam-se custosos marca-passos e terapias celulares para aliviar sintomas da doença de Chagas, quando o combate aos triatomíneos e o simples progresso social com o revestimento das paredes das casas de sopapo teria sido suficiente para evitar que aquelas mesmas pessoas adquirissem a doença. Assim, com perplexidade, observa-se que para uma doença que poderia ter sido evitada com ações sociais, usam-se procedimentos paliativos com dispendiosas sofisticadas da tecnologia moderna.

Em 1958, a Faculdade de Medicina da Bahia, o Instituto Bahiano de História da Medicina e Ciências Afins, e a Academia de Medicina da Bahia, reuniram-se para comemorar o cinquentenário da descoberta de Pirajá da Silva. Em dezembro do próximo ano, 2008, todos nós teremos, na Bahia, a responsabilidade do registro histórico dos cem anos da descoberta de Pirajá da Silva.

Décadas após os feitos de Carlos Chagas e de Pirajá da Silva, duas grandes descobertas, na área médica, marcaram, no Brasil, os anos quarenta e sessenta:

- Em 1948, Maurício Rocha e Silva descobriu, no Instituto Biológico de São Paulo, a “bradicinina”, substância com efeitos anti-hipertensivo, presente no organismo humano e liberada pelo veneno do *Bothrops jararaca*. No ano seguinte, 1949, o primeiro número da revista Ciência e Cultura, editada pela Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência publicou, em língua portuguesa, a descoberta da bradicinina. No ano seguinte, 1950, os três pesquisadores, Maurício Rocha e Silva, Gastão Rosenfeld e Wilson Teixeira Beraldo anunciaram a descoberta para o mundo em artigo publicado no *American Journal of Physiology*;
 - Em 1960, Sérgio Ferreira, aluno de Maurício Rocha e Silva, descobriu que o veneno da jararaca contém, além da enzima que libera a bradicinina, uma substância com eficaz ação inibidora da angiotensina II, isso é, um agente anti-hipertensivo. O Laboratório Squibb, de posse desse conhecimento produziu e comercializou o medicamento *Capotan*. Hoje o país importa o produto.
- Fora da área médica, mas também entre os anos 1945-1964, o Brasil foi palco de outra grande descoberta científica:
- Em 1947, no mundo da física, César Lattes participou do grupo de pesquisadores que descobriu a partícula “méson pi”. A descoberta foi de tal magnitude que gerou a expectativa de, pela primeira vez, um pesquisador brasileiro receber a honrosa láurea do prêmio Nobel. Ainda que fundamentalmente correta, infelizmente, a expectativa não se tornou realidade.

Ciência Médica e Ensino Superior na Bahia nos Anos 1945-1964

Já distante dos passos iniciais, a ciência médica na Bahia foi adquirindo maturidade e, conseqüentemente, robustecendo-se em número de pesquisadores e atividades científicas. Com o privilégio de ter sido o berço do ensino médico no Brasil, a Bahia, vem, desde

1808, alimentando, na Faculdade de Medicina da Bahia, a sementeira de grandes nomes da ciência médica, os quais, através gerações criaram uma cultura de educação superior e pesquisa científica no Estado. O nome de Edgard Rego dos Santos simboliza a história de confluência de cultura e ciência, na Bahia e no Brasil. Médico, graduado pela Faculdade de Medicina da Bahia, dela tornou-se Professor por concurso. Cedo revelou seu grande dom administrativo como Diretor do Hospital Pronto Socorro e depois como Diretor da Faculdade de Medicina da Bahia, no período 1936 a 1955. Foi no exercício da Diretoria da Faculdade de Medicina da Bahia, que Edgard Santos idealizou e criou, em 1946, a Universidade Federal da Bahia.

Sendo a Universidade uma instituição nascente e ainda sem o devido prestígio local, permanecer na Diretoria da Faculdade de Medicina da Bahia e dessa posição, reconhecidamente prestigiada, fortificar a recém-nascida Universidade, foi a sábia opção de Edgar Santos durante os primeiros nove anos de vida da nova Universidade. Assim, a Faculdade de Medicina da Bahia, a Escola Máter do País, foi não apenas o nascedouro da idéia, mas também o espaço gestor da Universidade Federal da Bahia, durante seus primeiros nove anos.

A competência e a sabedoria de Edgard Santos elevaram a Universidade ao reconhecimento internacional, traduzido nos títulos e honrarias que recebeu em Portugal, Espanha e França. Sua grandiosa visão criou uma Universidade voltada para o futuro, e para o mundo, não apenas no que concerne às ciências, mas também às artes e à cultura geral.

Foi também no cargo de Diretor da Faculdade de Medicina da Bahia, que Edgard Santos iniciou a construção o Hospital das Clínicas da UFBA, inaugurado em fins de 1948. Fruto de arrojado projeto arquitetônico e técnico-científico, esse Hospital foi capaz de elevar a Bahia ao patamar de hospitais universitários encontrados em países avançados.

A percepção de futuro de Edgard Santos marcou, mais uma vez, a história da Medicina na Bahia e no Brasil, não apenas pela dimensão e modernidade da estrutura e dos equipamentos do Hospital das Clínicas, mas também, pela competente seleção de famosos

pesquisadores para chefiar serviços essenciais ao ensino e à pesquisa. Na Anatomia Patológica, por exemplo, optou por trazer da Itália o Prof. R. Stigliani, e mais tarde, dos Estados Unidos, o Prof. Franz Von Lichtemberg. Nesta oportunidade designou dois médicos locais, Clarival do Prado Valadares e Jorge P. Studart, para, ao lado do Dr. Lichtemberg, aprofundarem saberes em patologia. Iniciava-se, assim, uma rica e nova fase da pesquisa em Anatomia Patológica, em breve, engrandecida com o retorno, dos Estados Unidos, do Dr. Zilton Andrade, e pouco depois do Dr. Aníbal Silvany Filho, os quais, juntando-se ao grupo local, com extraordinária competência impulsionaram, a nível internacional, as atividades de pesquisa em Anatomia Patológica desenvolvidas no 3º subsolo do Hospital das Clínicas.

Falecido em junho de 1962, Edgard Santos, permanece vivo na obra que criou nos cargos de Diretor e de Reitor.

Nas décadas de cinquenta e sessenta, o ambiente de ciência estimulava muitos no Hospital das Clínicas, gerando novas idéias, novas realizações e atraindo jovens pesquisadores.

Em 1958, nesse Hospital, sob a liderança do Prof. Roberto Santos, ocorreu o fato de profundo impacto na vida acadêmica e científica da Bahia: criou-se, em modelos norte-americanos de primeira linha, o Programa de Residência Médica. Essa memorável realização contou também com a colaboração de expoentes da medicina e da pesquisa científica: Dr. Heonir Rocha, Dr. Gilberto Rebouças, além do já brilhante grupo da Anatomia Patológica e de professores pesquisadores em Cirurgia e em Radiologia. Estabeleceu-se, com a Residência Médica, o trabalho docente em regime de dedicação exclusiva, e as atividades de pesquisa, ensino e assistência atingiram, no fim da década de cinquenta e início de sessenta, o máximo da excelência acadêmica. Durante a semana, sessões científicas em Clínica Médica, Clínica Cirúrgica e Anatomo-clínica reuniam professores, médico-residentes e alunos em ricas e atuais discussões científicas sobre as patologias dos pacientes internados, a patogenia de seus males e as opções terapêuticas mais modernas. Prestigiados

pesquisadores do exterior eram trazidos como visitantes e, ao lado do grupo local, ensinava-se medicina de primeira linha e produzia-se ciência médica de ponta, publicada em revistas científicas internacionais da maior credibilidade. Entre 1953-1963, por exemplo, o Prof. Roberto Santos publicou cinco trabalhos científicos nas revistas *Journal of Clinical Investigation* (2); *Nature* (1); *American Journal of Physiology* (1) e *New England Journal of Medicine* (1). É oportuno lembrar que, á época, as publicações brotavam naturalmente dos saberes pesquisados, sem as atuais exigências quantofrênicas de número de publicações submissas aos critérios de avaliação dos financiadores da ciência nacional. Vivia-se a fase de transição entre a ciência da primeira metade do século XX, liderada por pesquisadores autodidatas, e a ciência moderna que aos poucos se institucionalizava no Brasil e exigia treinamento específico para a formação de pesquisadores.

Nessa fase, da ciência médica na Bahia, o Prof. Roberto Santos deu continuidade ao sonho de seu pai, Reitor Edgard Santos. No Hospital das Clínicas, Prof. Roberto Santos estabeleceu verdadeira escola de ciência moderna ao criar o NUMEX, Núcleo de Medicina Experimental, congregando competentes pesquisadores locais, estimulando jovens iniciantes e abrindo oportunidade para a instalação, nesse Hospital, de novas áreas de pesquisa de vanguarda, a exemplo da Genética Humana sob a coordenação da Dra. Cora de Moura Pedreira.

Mais ou menos à mesma época, uma outra mente diferenciada dedicava-se à pesquisa em Virologia na área de veterinária: o Prof. Fúlvio Alice. Natural de Curitiba, mudou-se para a Bahia em 1940. Nessa mesma década, obteve, na Universidade de Iowa, o título de Mestre, defendendo dissertação sobre identificação do vírus da coriomeningite. Foi pioneiro no Brasil em técnicas laboratoriais para cultura de vírus. Em 1950 criou o Instituto Biológico da Bahia, participou do planejamento da Escola de Medicina Veterinária, instituiu a Defesa Sanitária Animal no Estado e em 1951 criou os Anais de Medicina Veterinária da Bahia. Levou o nome da Escola de Veterinária da UFBA ao reconhecimento internacional. Conseguiu a adaptação

do vírus rábico ao embrião de galinha, amostra “Bahia” e desenvolveu o soro anti-rábico. Sua produção científica engloba estudos sobre os vírus da febre aftosa, encefalite, raiva, doença de Aujeszky e New Castle, gripe, poliomielite, raiva, entre outros.

Na década de trinta, o Prof. José Silveira estagiava na Alemanha em busca de conhecimentos em radiologia, quando fora informado, por carta de Prado Valadares, sobre devastadora epidemia de tuberculose que assolava a Bahia. Decidiu dar novo rumo à sua vida e dedicou-se ao estudo da tuberculose. Retornando à Bahia, iniciou seu trabalho de atendimento clínico e de pesquisa no Ambulatório Augusto Viana. Nessa mesma década retornou a Europa e voltou decidido a criar o Instituto Brasileiro para Investigação da Tuberculose – IBIT, o que ocorreu em 1937. Posteriormente, construiu a sede própria do IBIT, inaugurada em 1944, e considerada uma das melhores na América Latina. A incansável dedicação de Prof. José Silveira impulsionou a pesquisa em doenças pulmonares. Do IBIT nasceu o Hospital do Tórax e posteriormente o Hospital Santo Amaro. Atualmente, através a Fundação José Silveira, a obra desse dedicado pesquisador e administrador continua prestando serviços à Bahia.

Não apenas a tuberculose, mas também a hanseníase, a mortalidade infantil e o câncer motivaram médicos, com especial sensibilidade social e espírito de luta, a dedicarem-se ao estudo e combate dessas enfermidades. Otávio Torres, criou a Sociedade Baiana de Combate a Leprosia e dedicou sua inteligência e trabalho a essa causa; Martagão Gesteira, criou a Liga Baiana Contra a Mortalidade Infantil e os benefícios de sua luta perpetuaram-se no Hospital que leva seu nome; Aristides Maltez, criou a Liga Baiana Contra o Câncer cujos frutos também se perpetuaram no Hospital que traz seu nome. Ainda que tais empreendimentos ocorressem em épocas passadas, os anos 45 a 64 são testemunhas do quanto os conhecimentos sobre essas patologias avançaram aqui na Bahia, e, sobretudo, o quanto a população pobre desse Estado encontrou abrigo para seus sofrimentos nas obras resultantes das ações desses médicos pesquisadores plenos de consciência social.

Na década de quarenta, em seu final, o Governador do Estado, Dr. Otávio Mangabeira criou a Fundação Gonçalo Moniz. O nome da fundação era em homenagem ao grande mestre de Fisiologia, Patologia Geral e Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina da Bahia, Prof. Gonçalo Moniz Sodré de Aragão, falecido em 1939. Ligados à história da Fundação Gonçalo Moniz estão, também, nas décadas de sessenta e setenta, os nomes de dois grandes pesquisadores: Prof. Aluizio Prata e Prof. Zilton Andrade. Ambos, em períodos diversos, foram diretores da Fundação, partilhavam atividades de pesquisa entre a Fundação Gonçalo Moniz e o Hospital das Clínicas, ambos fizeram escola de discípulos pesquisadores e muito enriqueceram a literatura médica com suas publicações científicas. Entre os anos 1945 e 64, Prof. Aluizio Prata e seus colaboradores publicaram cerca três dezenas de trabalhos científicos, todos eles sobre doenças infecciosas e parasitárias que agridem a população da Bahia.

Paralelamente, o Prof. Zilton Andrade, tanto no Hospital das Clínicas como na Fundação Gonçalo Moniz, fortalecia sua escola de Patologia, também voltada à pesquisa sobre doenças de nossa população. Prof. Zilton Andrade, conseguiu agregar pesquisadores locais ao seu grupo, atrair jovens à pesquisa e manter, até os dias atuais, prestigiado nível de publicações científicas no Brasil e no exterior.

A diversidade de talentos em ciência também aflorou na Bahia com pesquisadores que ao lado da pesquisa de bancada em laboratórios dedicavam-se à produção de livros didáticos de alto padrão. Prof. Penildon Silva, em 1960, lançou, em 1ª. edição, pela Editora Guanabara Koogan, o livro *Farmacologia*. A edição dessa obra mudou a história do ensino da especialidade no Brasil e trouxe para a Bahia a posição de fonte de dispersão desses saberes. O impacto desse competente e atual compêndio de Farmacologia percebe-se há mais de quarenta anos, não apenas por ter se tornado o livro de texto mais adotado em todo o Brasil, mas pela cuidadosa atualização feita por seu Autor da 1ª à atual 6ª edição.

Uma descoberta científica, ocorrida na Bahia, em 1947, mudou, mundialmente, a história da herança da anemia falciforme

No decorrer dos anos quarenta, a Genética ainda permanecia imersa em desconhecimentos, até mesmo sobre mecanismos elementares de herança monogênica para doenças relativamente comuns, como a anemia de células falciformes ou simplesmente *falcemia*. A doença, encontrada na África, região do Mediterrâneo, Arábia Saudita e Índia, tornou-se também conhecida em países com populações afro-descendentes como os Estados Unidos e o Brasil.

Na década de quarenta, em qualquer país do mundo, médicos e pesquisadores conheciam a forma clínica da doença e sua associação ao fenômeno de falcização das células sangüíneas, isso é, ao fato das hemácias adquirirem a forma em “foice” ao serem submetidas à privação de oxigênio. Todavia, a herança da doença não era compreendida, principalmente porque todos os doentes tinham o teste de falcização positivo, mas, existiam pessoas, geralmente parente, que tinham o teste positivo e não tinham da doença.

Em 1947, na Universidade de Ann Harbor, nos Estados Unidos, o famoso pesquisador geneticista, James Neel, tornou-se mais famoso ainda ao publicar, na revista *Medicine* (vol. 26, págs.: 115-153, 1947), a descoberta do mecanismo de herança da anemia falciforme explicando que as pessoas com teste positivo e sem doença eram portadoras apenas de um gene para a doença e que aqueles que apresentavam a doença possuíam esse gene em dose dupla. A descoberta alcançou a devida repercussão no mundo da ciência e conferiu-se a James Neel o título de descobridor do mecanismo de herança da anemia falciforme, publicado em 1947.

Um ano antes, em 1946, também na Bahia, o Professor da Faculdade de Medicina da Bahia, Dr. Jessé Accioly, apresentou, “*em nota prévia, em uma das sessões realizadas por ocasião da inauguração do Instituto Brasileiro para Investigação da Tuberculose*” a hipótese por ele desenvolvida sobre a herança da anemia falciforme. Esse trabalho teve apenas repercussões locais, conferindo-lhe, nesse mesmo ano, 1946, o Prêmio Tertúlias Acadêmicas. No ano seguinte, em 1947, Jessé Accioly divulgou detalhada descrição de sua hipótese, em artigo de 29 páginas, publicado na revista local, *Arquivos da*

Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (no. 2; pág.: 169-198, 1947). Em decorrência dos limitados meios de divulgação que Jessé Accioly usara para publicar sua hipótese, poucas pessoas, fora do pequeno círculo de pesquisadores locais, tomaram conhecimento de sua descoberta.

Em 1973, o Dr. Jessé Accioly, procurou-nos no 6º andar do Hospital das Clínicas, hoje Hospital Universitário Prof. Edgard Santos, e ofereceu-nos uma cópia de seu trabalho original. Ao verificar a data de publicação espantou-nos descobrir ser falso o que se ensinava nos Estados Unidos e o que os livros de Genética Médica ensinavam, pois a formulação da hipótese por Jessé Accioly, aqui na Bahia, sobre herança da anemia falciforme, precedera, em um ano, a mesma formulação feita por James Neel nos Estados Unidos.

De imediato obtivemos permissão do Dr. Jessé para publicar a essência de sua descoberta, em revista de circulação internacional. Assim, sob a forma de “Carta ao Editor” tivemos a honra de enviar à revista *American Journal of Human Genetics*, publicação oficial da Sociedade Americana de Genética Humana, uma nota sobre a descoberta do Dr. Jessé Accioly, ilustrada com uma fotocópia da página de no. 172 de seu trabalho, a qual traduz a essência de sua hipótese. Em julho de 1973, no vol. 25, às páginas 457-458, a revista *American Journal of Human Genetics* tornou de conhecimento internacional ser o Dr. Jessé Accioly o pioneiro na descoberta do mecanismo de herança da anemia falciforme.

Pouco tempo depois, por solicitação do serviço de Hematologia da própria Universidade de Ann Harbor, USA, e contando com a colaboração do Dr. Gilberto Rebouças, traduzimos para a língua inglesa, todo o volumoso trabalho de Jessé Accioly. Após esses fatos, a literatura científica internacional passou a citar o nome de Jessé Accioly com os devidos créditos de sua descoberta.

Dois pontos merecem destaque nesse relato:

Primeiro, a profundidade da reflexão científica que levou Jessé Accioly à elaboração de sua hipótese,

acrescida da evidência de que, àquela época, na Bahia, Jessé Accioly era uma pessoa atualizada em conhecimentos de genética básica. A linguagem usada é perfeita na definição do que considera paciente homozigotos e portadores heterozigotos. Além disso, pelo fato do teste de sicemia produzir certo percentual de falsos-negativos, o que perturba as evidências da hipótese, não desencorajou o Dr. Jessé, levando-o mesmo a admitir que os observados desvios de segregação mendeliana deveriam ocorrer por conta desses testes falsos-negativos.

Segundo, a comprovação de que para fazer-se ciência de ponta o equipamento essencial é uma boa cabeça. Dr. Jessé era apenas clínico, não trabalhava em pesquisa quer clínica ou laboratorial. Todavia, observava intuitivamente seus pacientes e trazia consigo o indispensável aos grandes cientistas, isso é, a capacidade de questionamentos disciplinados acerca de fenômenos corriqueiros, com vontade de entendê-los e de descobrir o segredo de suas causas. É realmente extraordinário que Dr. Jessé Accioly, na Bahia, em 1946, pensando sozinho, chegasse à conclusão correta sobre o mecanismo de herança da anemia falciforme antes da elite da ciência norte-americana. Parabéns a Jessé Accioly, parabéns à Bahia.

Transições da Ciência nos Anos 1945-1964

Institucionalização da Ciência

O clima nacional em pesquisa, em especial nos Estados de Sudeste e Sul, apontava a necessidade de institucionalização administrativa da ciência brasileira. Em 1951, o Presidente da República criou o Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq), e pouco tempo depois a Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior, (CAPES). Com o surgimento do CNPq, o pesquisador brasileiro passou a ter sua instituição de referência e apoio. O sucesso do CNPq em promover a ciência nacional é comprovado no país e fora dele. Os estímulos e o fomento à pesquisa, advindos do CNPq também repercutiram no Estado da Bahia. Os pesquisadores Roberto Santos, Zilton Andrade, Aluizio Prata, Heonir Rocha, entre outros, foram, nessa época

inicial do CNPq, pontes de ligação entre essa instituição e a pesquisa na área médica na Bahia.

A visão ao passado também repousa na década de quarenta como um momento na história desse Estado, pleno de realizações, no que se refere à criação de instituições na área da saúde. Data dessa década, não apenas a criação da Universidade Federal da Bahia, do Hospital Universitário Professor Edgard Santos, mas também a criação da Fundação Gonçalo Moniz; do Instituto de Saúde Pública da Bahia; do Núcleo de Pesquisa da Bahia, posteriormente denominado Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas da Bahia e o Instituto de Saúde Pública da Fundação Gonçalo Moniz, a nova sede do Instituto Brasileiro para Investigação da Tuberculose, entre outros.

A institucionalização da pesquisa, a formação de grupos de pesquisadores, o estímulo advindo das instituições de fomento e a percepção do poder da ciência na condução da economia e, conseqüentemente, das sociedades, criaram a profissão de pesquisador. Diferentemente do que ocorria no passado, além da paixão por estudar, pesquisar, descobrir e compreender tornou-se necessário a aquisição de conhecimentos específicos sobre métodos e técnicas da pesquisa científica. Aliados aos rigores do planejamento da pesquisa tornaram-se indispensáveis os conhecimentos de estatística para fins de análise e interpretação dos resultados.

No início da década de sessenta, pela primeira vez, na Bahia, ensinou-se a disciplina de Bioestatística Médica aos alunos de graduação em Medicina. O retorno do Dr. Guilherme Rodrigues da Silva, ao Hospital das Clínicas, pleno de conhecimentos em estatística básica e aplicada, e a mente aguçada do Prof. Roberto Santos em apoio à difusão do ensino dessa disciplina, imprimiram cientificidade de vanguarda à pesquisa local.

Aos poucos, os pesquisadores locais, em sintonia com a ciência dos países avançados, usavam uma nova linguagem científica, que alimentava a comunicação entre pares e a leitura de artigos em revistas científicas internacionais. “Média”, “desvio padrão”, “teste de *qui quadrado*”, “teste ‘t’”, “análise de regressão”, etc. eram termos da nova linguagem científica de elite. A

conclusão sobre os resultados das pesquisas passou a exigir a avaliação de probabilidades de sua ocorrência ao acaso, expressa em um mágico valor de “p”. Vivia-se, na Bahia, no início dos anos sessenta a ciência dos grandes centros.

Sem qualquer possibilidade de não adesão a essa novidade, pesquisadores maduros debruçaram-se sobre os novos livros e incorporaram saberes em estatística. Quando a reforma do ensino superior ocorreu em 1968 e criaram-se os cursos de pós-graduação “sensu stricto”, muitos deles, já nasceram com condições de oferecer disciplinas de fronteira. Na Bahia, por exemplo, o Curso de Mestrado em Medicina Interna da Faculdade de Medicina da Bahia, ao ser instalado, oferecia ensino em Bioestatística e em Genética Médica, disciplinas de vanguarda à época. Assim, as sementes da ciência médica moderna, competentemente plantadas no final dos anos cinquenta e início dos anos sessenta foi capaz de oferecer sustentação científica à criação do Curso de Mestrado em Medicina Interna e garantir seu sucesso nos anos posteriores.

Transição da Fonte de Saberes da Europa para os Estados Unidos

O alastramento da Segunda Guerra Mundial nos países da Europa, em especial França e Alemanha, tradicionais produtores de ciência, imprimiu mudanças no desenvolvimento da ciência médica na Bahia. Promoveram essas mudanças, não apenas as dificuldades impostas pela guerra às comunicações e às viagens de estudo à Europa, mas também a atenção que os Estados Unidos passaram a dedicar à questão da pesquisa científica em alguns países, inclusive o Brasil.

Na década de quarenta, a Fundação Ford estabeleceu amplo intercâmbio entre grupos de pesquisas biomédicas no Brasil e nos Estados Unidos. Na Bahia, sob a chefia da Dra. Cora de Moura Pedreira, criou-se, com recursos da Fundação Ford, no 6º andar do Hospital das Clínicas, no final dos anos cinquenta, o Laboratório de Genética Humana. Mais ou menos à mesma época, em 1957, a Fundação Rockefeller propiciou ao Prof. Jorge Novis, viagem aos Estados Unidos a fim de visitar universidades e centros

de pesquisa em fisiologia. Ao retornar, o Prof. Jorge Novis obteve apoio financeiro dessa mesma fundação para fins de modernização de equipamentos e melhoria nas atividades de pesquisa. Nos anos seguintes, a liderança e o entusiasmo do Prof. Jorge Novis atraíram médicos, farmacêuticos, veterinários, biólogos e estudantes à pesquisa em fisiologia. Desse grupo surgiram vários nomes que se consagraram em atividades acadêmicas e científicas de reconhecido mérito, dentre os quais destacamos Prof. José Simões Silva Júnior e Luiz Fernando Seixas Macedo Costa.

Em 1958, a criação do Programa de Residência Médica, no Hospital das Clínicas, contou com fundamental apoio da Fundação Kellogg, que em convênio inicial com duração de cinco anos, fortaleceu laboratórios, forneceu material didático, orientação e consultoria para formação de pessoal. Nove professores foram contemplados com bolsas dessa Fundação e receberam treinamento em hospitais universitários norte-americanos a fim de exercerem, aqui, as funções de supervisores no Programa de Residência Médica. Com recurso e apoio logístico, o Hospital das Clínicas capacitou-se para abrigar 40 médicos-residentes em apartamentos localizados no 5º andar, oferecendo moradia, sala de estudos, de lazer e refeições gratuitas no próprio hospital.

A passos largos, a influência da cultura científica norte-americana crescia no meio acadêmico da Bahia. Diferentemente das décadas anteriores que exigia dos pesquisadores o empreendimento próprio para custeio de suas viagens de estudo à Europa, o apoio dessas fundações mudou o cenário, trazendo essa oferta às instituições brasileiras, acrescida de subvenções à melhoria das instalações de laboratórios e de pesquisa. A mudança da França para os Estados Unidos incluía também as fontes para leitura de atualização científica e a seleção de livros de textos usados no curso médico. Pessoalmente, como estudante de Medicina, vivi essa transição. Ao iniciar o curso médico em 1956 estudei Anatomia Humana no tradicional livro de Testut em língua francesa. Três anos depois, ao tornar-me aluna do Prof. Zilton Andrade, recém-chegado dos Estados Unidos, estudei Anatomia Patológica no livro do Robson, em língua inglesa. Ao final do curso médico,

em 1961, recebi das mãos do Prof. Roberto Santos um exemplar do famoso livro de Bioestatística de Fisher, também em língua inglesa.

No início do ano 1964, já estavam consolidadas as transições científicas na Bahia, tanto em relação aos países fontes de saberes, quanto às modernas práticas de ensino e de produção de conhecimentos.

Conclusões

O desenvolvimento científico, em especial das ciências médicas, exige não apenas circunstâncias adequadas à sua ocorrência, mas, principalmente, a existência de pessoas movidas por fortes ideais e capacidade de realização.

Na Bahia, nos anos de 1947 a 1951, tendo Otávio Mangabeira no Governo do Estado e Anísio Teixeira na Secretaria de Educação, as circunstâncias eram das mais propícias ao desenvolvimento de saberes. Nessa época, a Bahia experimentou extraordinário salto nas áreas de educação e cultura, as quais, sem dúvidas, influenciaram as ciências médicas, se não diretamente, mas no fortalecimento da esperança que naturalmente ocorre ao presenciar-se a construção de 258 novos prédios escolares no período de um ano. O ensino fundamental e médio na Bahia, ainda reflete, nos dias atuais, a obra realizada por Anísio Teixeira e sua concepção de Escola Parque. Houvesse, nas décadas que se seguiram ao trabalho de Anísio Teixeira, continuidade de investimentos no ensino em geral, teríamos, certamente, o registro de histórias mais ricas em ciência, educação e cultura.

A interligação de saberes entre ciência, cultura e ensino, em seus diversos níveis, tanto favorece o crescimento geral da sociedade como pode prejudicá-lo se uma das áreas torna-se notoriamente negligenciada. Se tivéssemos tido, ao longo dos anos, ensino de qualidade em todos os níveis, teríamos também, na área médica, melhor produção científica. Por imposição de desigual desenvolvimento, a Bahia, hoje, tem, por um lado, o mérito de produzir ciências médicas de países de vanguarda, também tem, por outro lado, o constrangimento de ainda conviver com doenças típicas de países sem desenvolvimento.

Fontes de Consultas

1. Zilton Andrade – Informações pessoais. CV Lattes/CNPq, 2007.
2. Aluísio Prata – Informações pessoais. CV Lattes/CNPq, 2007.
3. Souza AL. Baianos Ilustres. 1567-1925. IBRASA, INL: Brasília, 359p., 1979.
4. Santos IB. Vida e Obra de Pirajá da Silva. Livraria José Olympio Editora: Rio de Janeiro, 116p., 1977.
5. Ciência Hoje. Crônicas de sucesso: ciência e tecnologia no Brasil. Ciência Hoje: Rio de Janeiro, 153p., 2002.
6. Conceição AC, Nery GC, Pinho SR (org.) Rubim de Pinho fragmentos da psiquiatria transcultural. EDUGBA: Salvador, 162p., 2002.
7. Franco WA, Torres GC. Fúlvio Alice: referência da Medicina Veterinária Baiana. Anais do VIII Congresso Brasileiro de História da Medicina, 13-15 de novembro de 2003, Salvador, Bahia, 2003.
8. Schwartzman S. A Capacidade Institucional de Pesquisa no Brasil, 15p., 1991. Extraído de <http://www.schwartzman.org.br/simon/bogota.htm>, acesso em 06/04/2006.
9. Silva, Penildon. Informações pessoais, 2007.
10. Dantes MAM. As ciências na história brasileira. Ciência & Cultura 57: 26- 29, 2005.
11. José Silveira. Extraído de http://www.fjs.org.br/int_silveira01.html, acesso em 11 de abril de 2007.
12. Projeto do Curso de Mestrado em Medicina. Documento aprovado pelo Conselho de Coordenação da UFBA em 02 de dezembro de 1971, visando obtenção de credenciamento do Curso no Conselho Federal de Educação.
13. Silva Júnior JS. A Cátedra da Fisiologia na Faculdade de Medicina da Bahia. 1815-1970. Centro Editorial e Didático da UFBA, Coleção Monográfica. Série Reitor Edgard Santos, 88p., 1987.
14. Tavares LHD. História da Bahia. UNESP (São Paulo)/EDUFBA: Salvador, 542p., 2001.
15. Tavares-Neto J, Paraná R. Nota histórica sobre o Curso de Pós-graduação em Medicina da UFBA. Revista Baiana de Saúde Pública 25: 9-15, 2001.
16. Tavares-Neto J. Pirajá da Silva: centenário em 2008 da descoberta do *Schistosoma mansoni*. Jornal da Ciência 2007 [in press].
17. Santos RF. Considerações Históricas sobre a Formação de Médicos no Brasil. Palestra pronunciada no Instituto Baiano de História da Medicina e Ciências Afins, em 14 de setembro de 2006.
18. Santos RF. História da Universidade Federal da Bahia. Conferência pronunciada em 03 de julho de 2006, na oportunidade das comemorações dos 60 anos da UFBA.
19. Santos RF. Reflexões Sobre temas da atualidade. EDUFBA: Salvador, 300p., 2005.

A Propósito da Academia de Medicina de Feira de Santana

Lamartine Lima

Presidente Emérito do Instituto Bahiano de História da Medicina e Ciências Afins; Presidente da Academia de Letras e Artes do Salvador e ex-secretário-geral do Instituto Geográfico e Histórico da Bahia.

Tratemos de pioneirismo. A mais antiga das instituições culturais vigentes no mundo, quando foi criada não tinha nome. Atualmente a Academia de Atenas funciona em belíssimo prédio de estilo clássico, o qual tem por trás o Jardim de Academos, no trecho assim chamado, hoje em frente a um ponto de ônibus, vizinha da Biblioteca e da Universidade Nacionais, situadas entre duas avenidas no centro da capital da Grécia. Naquele pequeno bosque teria existido o túmulo do herói ático, que doara o terreno aos seus concidadãos. Ainda é todo plantado de velhas *Olea europaea*, e talvez sob aquelas mesmas oliveiras, há quase 2.400 anos, reuniam-se o filósofo Platão e seus discípulos, para tratar dos mais diversos assuntos que envolvessem o livre pensamento filosófico e o culto das nove Musas. Data também do século IV antes de Cristo a Biblioteca de Alexandria, que acolheu a Escola Platônica para ali levada por Plotino e Porfírio.

A universidade, como instituição de ensinamentos de diversos saberes, apenas surgiria no século IV da era cristã, através do poder total de senhor do Ocidente, em Roma, e do Oriente, em Bizâncio, pelo imperador Caius Flavius Valerius Aurelius Constantinus, que a criou na cidade com seu nome (e não deve ser confundida com a atual Universidade de Constantinopla, datada de 1453). Como primeira instituição livre de ensino superior, a Universidade de Bolonha veio surgir no ano de 1088, pouco antes da sua rival, em Paris, com data de 1150. Entretanto, a Escola Filosófica Helênica evoluíra com o tempo,

materializara-se em edificação e, embora tenha tido, no século VI, seu patrimônio confiscado pelo imperador Justiniano, não se extinguiu. Foi por ela influenciado que Lorenzo Valla, considerado um “supremo” entre os homens de cultura da Renascença, no meado do século XV, pela primeira vez traduziu, do grego para o latim, os escritos de Heródoto e Tucídides, e transmitiu sua influência ao médico e humanista Marsílio Ficino, que veio a ser o mestre de Giovanni Picco della Mirandola, o gênio das novecentas teses, considerado símbolo de “um saber sem limites”. Porém a principal ascendência intelectual sobre Ficino foi de Gemistos Pléton, quem, já octogenário e trazido a Roma pelo imperador de Constantinopla, transmitiu o pensamento de Platão às comunidades da Península Itálica. Foi quando, encantado com o saber do velho filósofo, Cosimo de Medicis, o mais rico banqueiro e chefe político florentino, convidou Pléton para jantar, e das discussões humanísticas naquele ágape cresceu a idéia, que se concretizou em 1457, da fundação de uma escola do pensamento grego em Florença. Então, o grande Medici criou o nome Academia, em homenagem ao doador do local onde Platão havia ensinado aos seus discípulos. E designou como presidente da Academia de Florença (que não pode ser confundida com a chamada também de Academia Florentina, na verdade a Camerata Fiorentina, ou de Giovanni Bardi, operística, que foi fundada em 1580) a Marsílio Ficino, quem passou a reunir um grupo auto-selecionado de eruditos, os quais tratavam livremente da cultura greco-latina, da literatura, da música, das últimas descobertas, de todas as curiosidades, todavia não discutiam sobre medicina. Aquela instituição tem servido de modelo para todas as outras academias que não são registradas na História da Cultura. Ela, em essência, é o contraponto livre e positivo do ensino superior oficial, embora, com o fluir das épocas, seu

Recebido em 01/06/2007

Aceito em 21/06/2007

Endereço para correspondência: Instituto Bahiano de História da Medicina e Ciências Afins, Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA, Largo do Terreiro de Jesus, 40025-010 Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: lamartine.lima@terra.com.br.

nome passasse a significar escola, colégio e, até mesmo, universidade... E assim, na Europa do século XVII, surgiram as academias para o ensino de Belas Artes, e tantas outras. Fez-se mais famosa, entretanto, a Academia Francesa, que foi criada, em 1634, por Armand Jean du Plessis, de família de prelados e políticos, cardeal, duque de Richelieu e poderoso ministro do rei Luís XIII. Tornou-se padrão dessas agremiações livres do domínio universitário, contudo sob amparo do governo, tem quarenta cadeiras e 373 anos de idade. As especializadas científicas são decorrência do prestígio das humanísticas, e a primeira delas no mundo foi a Academia dos Linceus, localizada em Roma, criada em 1603. Chegaram ao Brasil noventa anos depois daquela da França, a primeira, humanística, com o nome de Academia dos Esquecidos, fundada na Bahia, com data de 1724, pelo vice-rei, depois visconde de Sabugosa, a qual durou não mais que um ano, e, datada de 1771, o vice-rei visconde de Lavradio fundou a Academia Científica do Rio de Janeiro, que funcionou durante sete anos. Surgira esta quarenta anos depois da Academia Real de Cirurgia, de Paris, instituída no ano de 1731 e que, com a Revolução Francesa, seria encerrada em 1792. Somente em 1820 apareceria a Academia de Medicina de Paris. Todavia, deve-se a um oficial médico da Marinha, cirurgião-mor da Imperial Câmara, o almirante doutor Joaquim Cândido Soares de Meirelles, a criação, em 1829, da Academia Imperial de Medicina, atual Academia Nacional de Medicina, que reúne a excelência dos médicos brasileiros, paradigma das instituições congêneres em nossa Pátria.

Nesse diapasão, vinte anos depois, foi constituída no Salão de Doutoramentos da Faculdade de Medicina do Terreiro de Jesus, em Salvador, com data de 1848, a Academia de Ciências Médicas da Bahia, sob a presidência honorária do presidente da Província, e com a presidência efetiva do Prof. Dr. João Batista dos Anjos, sendo seus membros titulares, quase todos lentes daquela primeira escola superior do Brasil; a atual Academia de Medicina da Bahia, datada de 1958

(cento e dez anos depois), é composta de reconhecidas sumidades facultativas da capital.

Recentemente, de modo pioneiro e também nas terras baianas, foi estabelecida a primeira entidade do tipo e de âmbito municipal em nosso País. Fundada no ano de 2004, a Academia de Medicina de Feira de Santana (AMeFS) afirma-se entre as instituições de âmbito estadual, às quais pode com justiça equiparar-se e integrar-se na Federação Brasileira de Academias de Medicina. Deve ter acolhida por aquela organização federal a novel academia, que é conduzida por personalidades de nomeada nacional, tais a presidente Prof^ª Dr^ª Eliane Elisa de Souza e Azevêdo, importante membro do Corpo Docente e ex-reitora da Universidade Federal da Bahia, quem conta, entre os dirigentes, com o Prof^º Dr. José Tavares-Neto, que é também diretor da Faculdade de Medicina da Bahia, dessa mesma universidade, além de outros acadêmicos reconhecidos especialistas pós-graduados, todos com título de mestre ou doutor, e naturais daquele município baiano. É, sem dúvida, admirável essa realização dos mais destacados profissionais médicos da primeira cidade do interior do Estado da Bahia, centro atualizado da melhor prática da medicina, que também se associa à pesquisa e à transmissão do conhecimento, em sessões de hospitais e clínicas particulares, e pela publicação de trabalhos científicos. Os acadêmicos, em suas sessões, têm estudado, debatido, promovido e estimulado a educação continuada, a cultura e a pesquisa, sempre acerca de assuntos relativos à arte hipocrática e às ciências afins, e honrado a memória das suas celebridades e dos feitos médicos. É de se aplaudir vigorosamente que, em curto período de dois anos, a Academia de Medicina de Feira de Santana, de quarenta cadeiras, com atuais dezenove acadêmicos, nas suas sete seções – de Medicina Preventiva, Saúde Coletiva, Biologia Humana, Bioética, Medicina Geral, Cirurgia Geral, Medicina Especializada, Cirurgia Especializada – haja produzido vinte e cinco trabalhos do melhor quilate científico, que serão publicados, em breve, em seu segundo livro de memória.

Hino da Faculdade de Medicina da Bahia

Antonio Natalino Manta Dantas

Professor Associado I do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia. Coordenador do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina. Membro do Instituto Bahiano de História da Medicina e Ciências Afins. Membro da Comissão do Bicentenário da Faculdade de Medicina da Bahia

As entidades de elevado significado social costumam ter um Hino a ser tocado, cantado ou orado, louvando seus atributos, nos seus momentos festivos ou de exaltação cívica. No entanto, a Comissão encarregada da organização dos festejos do Bicentenário da Faculdade de Medicina da Bahia observou que ela ainda não tinha um Hino.

Um hino encerra três aspectos, dois formais que o veiculam, a poesia e a melodia e um essencial que é a sua própria razão de ser, o enredo. Portanto, a dificuldade na elaboração do Hino da Faculdade de Medicina da Bahia foi sempre à identificação de alguém que dominasse esses três aspectos.

Ao longo do tempo, sempre se procurou distinguir algum artista consumado, senhor do domínio da arte poética e musical, para a sua elaboração. Estes extraordinários demiurgos esbarraram sempre num obstáculo, praticamente, intransponível, o enredo.

O enredo tem que ser sentido por alguém que viva a Faculdade, que conheça o seu significado, a sua História e tenha a sensibilidade de sentir a tristeza de seus reveses e a alegria de suas vitórias. Este alguém poderia ser naturalmente encontrado no seu corpo discente, docente ou no pessoal de sua administração desde que se tenha impregnado de sua identidade.

Os antigos alunos da Faculdade ou seus docentes teriam mais facilidade no desenvolvimento de tão específico enredo, mas, por um perfil personalístico,

não são necessariamente poetas ou compositores musicais.

A Medicina tem seus eleitos e seus imperativos institucionais. A atividade médica em sua axiologia final é altruística porque visa à restituição, promoção da saúde e prevenção das doenças. Mas o faz embasada em conhecimentos científicos. A Ciência, por seu turno, é conhecimento humano obtido pela experiência, como tal sempre reproduzível, porém regido por leis matematicamente demonstráveis. Até um simples diagnóstico médico é sempre um cálculo probabilístico, onde subjacente ao raciocínio explícito há uma velada análise estatística de probabilidades.

Assim, embora a atividade médica, em sua finalidade última, lembra a do sacerdote, já no seu modo operacional se identifica mais com a do cientista com sua inseparável matemática. A estética da Ciência se desenvolve pela procura, encontro e demonstração da Verdade, em torno da qual orbita. Portanto, seus caminhos, institucionalmente, não passam pela composição poética ou musical.

Diante do problema, senti-me convocado e compelido para a busca da solução. Pelo menos, quanto à elaboração de um enredo que servisse de material a ser trabalhado por algum artista que se dispusesse a dar-lhe o veículo da poesia e melodia.

Quatro motivos ou condições principais me levaram a tanto:

- 1º) Ser membro da Comissão encarregada dos festejos do bicentenário da Faculdade de Medicina da Bahia, onde o problema foi detectado;
- 2º) Ser conhecedor da História da Faculdade de Medicina da Bahia, ocupando a Cadeira nº 14 do Instituto Bahiano de História da Medicina e Ciências Afins que tem como patrono um tio-

Recebido em 09/04/2007

Aceito em 11/06/2007

Endereço para correspondência: Pavilhão de Aulas da Faculdade de Medicina da Bahia - Comissão do Bicentenário), Avenida Reitor Miguel Calmon s/nº, *campus* UFBA-Canela 40110-100 Salvador, Bahia, Brasil. Telefax: (71) 3245-8562/8551/0739 Ramal: 227/228. E-mail: natalino.dantas@terra.com.br.

Gazeta Médica da Bahia

2007;77: 1(Jan-Jul):66-71.

© 2007 Gazeta Médica da Bahia. Todos os direitos reservados.

- bisavô, Prof. Domingos Rodrigues Seixas, Professor de Higiene e de História da Medicina;
- 3º) Ser antigo aluno desta Faculdade, tendo cursado os últimos anos da década de 50 e começo da década de 60 do século passado (1957-1962), época que antecedeu de perto uma profunda Reforma Universitária e um conturbado período de transformações político-sociais do país;
- 4º) Ser o Professor Decano, com 41 anos de Magistério na Faculdade de Medicina da Bahia, sendo, atualmente, Professor Associado I (Departamento de Cirurgia).

E, assim, voluntaria e espontaneamente, dirigi a atenção de minha mente, em reverberantes reflexões, no sentido da minha Faculdade de Medicina da Bahia.

Preliminarmente, observei que além de seu significado social e altruístico, ela equivale, alegoricamente, a uma pequena-grande pátria e desperta, naqueles que a veneram, um dos sentimentos mais antigos da espécie humana que já tem o seu centro neurológico, mais remoto, incorporado ao paleoencéfalo. É o sentimento da territorialidade, ou Complexo R, e, neste caso específico, tanto é físico quanto intelectual.

Em toda pátria se distingue uma nação e um país. A nação, aqui, representada pelos três segmentos populacionais que lhe estão ligados por laços de vivências atuais ou pretéritas: discentes, docentes e do pessoal administrativo.

O país figurado pelo espaço físico onde ela desenvolve suas atividades de ensino, pesquisa e extensão. No particular, tem sua expressão maior, no Palácio da Medicina do Terreiro de Jesus, onde ela nasceu num pequeno núcleo que foi o Real Hospital Militar (antigo Convento dos Jesuítas) e, daí muito cresceu pela incorporação de casas residenciais da circunvizinhança.

A Faculdade de Medicina da Bahia já dispõe de uma bandeira e um brasão heráldico. A bandeira serviu na Guerra de Canudos (1897), quando alunos e professores, com risco de morte, prestaram atendimento aos feridos nos combates. O brasão heráldico foi elaborado pelo beneditino Frei Paulo, em

1957, e encerra o lema da Faculdade de Medicina da Bahia: *Sanare atque Servare*.

Portanto, só faltava, mesmo, o Hino.

Com tais razões, estabeleci um planejamento de enredo dividindo-o, cartesianamente, em três partes: a primeira parte ou saudação à Faculdade, a segunda parte ou contemplação à sua nação, ou seja, ao seu pessoal (discentes, docentes e do pessoal da administração) e a terceira parte ou contemplação ao seu país, representado pelo seu espaço físico.

1ª Parte – Saudação à Faculdade de Medicina da Bahia

Nesta saudação, deveria ser lembrado o sentimento que ela desperta quanto ao seu significado. Entretanto, podendo esse significado ser genérico e comum a outras Faculdades de Medicina, dever-se-ia personalizar a saudação trazendo aspectos específicos que a particularizem e que a tornem única.

Neste aspecto, a Faculdade de Medicina da Bahia é pródiga em atributos que lhe conferem uma personalidade especial: é a mais antiga unidade de Ensino Superior da Bahia e do Brasil; sempre procurou manter um curso de graduação cuidadosamente elaborado e de alto nível; dispõe de um brasão heráldico que encerra a máxima latina, *Sanare atque Servare* (Curar e até Prevenir), resumo do seu Programa de Ensino; ao longo do tempo tem sido o núcleo centralizador de mobilizações cívicas de estudantes e docentes em momentos de sofrimento nacional, expressando um acendrado amor pela Democracia; assim o foi na Guerra de Canudos, na Guerra do Paraguai, no apoio à Revolução Constitucionalista de São Paulo, na execração ao nazismo na Segunda Guerra Mundial e na condenação às perdas democráticas que se seguiram ao Golpe Militar de 1964.

Tem um forte sentimento associativo, um extraordinário desprendimento de haveres e capacidade de doação que lhe conferiram a condição de ter sido o ponto de partida para a criação da Universidade Federal da Bahia.

Os Cursos de Odontologia e Farmácia surgiram e foram desenvolvidos com o apoio e estima da Faculdade de Medicina da Bahia, que os abrigou durante décadas em seu prédio-sede, o Palácio do Terreiro de Jesus.

O Prof. Edgard Santos, quando Diretor da Faculdade de Medicina e o foi por dez anos, coordenou os trabalhos de criação da Universidade Federal da Bahia, donde veio a ser o seu primeiro Reitor por outros tantos quinze anos. No início, a Reitoria funcionava na ampla sala da Diretoria do Palácio da Faculdade de Medicina da Bahia.

O campus universitário do Canela, onde hoje se localizam o Palácio da Reitoria, o Hospital Universitário Prof. Edgard Santos e várias unidades universitárias, foi doado gratuitamente pela Faculdade de Medicina da Bahia à Universidade que, então se criava. Correspondia à chácara do Bom Gosto do Canela, comprada pela Faculdade de Medicina da Bahia, durante a gestão do Diretor Prof. Augusto Viana que antecedeu o Prof. Edgard Santos, do seu antigo proprietário, o Gen. Aguiar. A Faculdade de Medicina da Bahia nada cobrou em troca quer em vantagens ou serviços. Também nada recebeu, nem gratidão ou sequer a lembrança por este ato de desprendimento.

2ª Parte – Contemplação à Nação Faculdade de Medicina da Bahia (alunado, corpo administrativo e docente)

Nesta parte seriam, sumariamente, descritas as atividades de aprendizado dos alunos e alunas. Aqui caberia uma alusão às qualidades do pessoal da administração caracterizadas pelo acendrado senso de responsabilidade e compromisso com a Faculdade. Por fim uma referência ao corpo docente, devotado não só às atividades de ensino, mas também à extensão, por ser amplamente desenvolvida, e à pesquisa científica, com a manutenção de cursos de pós-graduação *stricto sensu* que tanto têm projetado nossa Escola no Brasil e no Exterior.

3ª Parte – Contemplação ao país, Faculdade de Medicina da Bahia

Nesta parte, é suficiente considerar o Palácio do Terreiro de Jesus. Esquecer o que foi doado de boa vontade, o campus do Canela e, até, o seu Hospital-Escola, Hospital Universitário Prof. Edgard Santos, construído com muita luta e sacrifício, por gerações de Professores, Alunos e Funcionários.

O Palácio do Terreiro de Jesus representa a própria história da Faculdade de Medicina da Bahia. Ali ela nasceu pela Carta-Régia de 18 de fevereiro de 1808, assinada por Dom Fernando José de Portugal, Governador da Capitania da Bahia, a mando do Príncipe Regente Dom João, futuro Dom João VI.

No começo, todas suas atividades se concentravam nos limites de suas paredes, ensino, pesquisa, extensão e até assistência, visto que o Hospital-Escola, inicialmente o Real Hospital Militar e depois a Santa Casa de Misericórdia, funcionaram em suas dependências.

Hoje, ali se situa sua administração, cursos de graduação e pós-graduação, atividades assistenciais, egrégios órgãos da Medicina como a Academia de Medicina da Bahia e o Instituto Bahiano de História da Medicina e Ciências Afins, o Memorial da Medicina com um extraordinário acervo de documentos que contam a história da própria Faculdade, da Bahia e do Brasil dos séculos XIX e XX. Ainda abriga provisoriamente dois museus. Grande parte de suas dependências se encontra em fase de restauração, Salão Nobre, Sala da Congregação com sua pinacoteca, Sala dos Lentes e a Biblioteca. A monumentalidade de seus espaços interiores somadas a sua história causa um impacto a quem os visita. Esta sensação foi muito bem advertida pelo atual presidente do Instituto Bahiano de História da Medicina e Ciências Afins, Dr. Antonio Carlos Nogueira Britto, em discurso proferido na solenidade de re-inauguração do Anfiteatro Prof. Alfredo Thomé de Britto:

“Atentai, ó vos que estais a pisar este chão. Este chão é sagrado. Este chão, este solo, esta terra são ungidos, são consagrados, são abençoados pelos deuses da Medicina. Este chão é o chão do santuário da Medicina primaz do Brasil”.

Esta admirável advertência deveria constar no Hino.

As manifestações cívicas e protestos políticos dos estudantes de Medicina e de docentes costumavam agregar também alunos e professores de outras escolas; esses tinham sede no Anfiteatro Prof. Alfredo Thomé de Britto e causavam grande repercussão no meio social. Nem sempre os governos encaravam com simpatia estas manifestações de cidadania. Em 22 de agosto de 1932, em plena ditadura do Presidente Vargas, forças armadas cercaram o Palácio da Faculdade de Medicina, prenderam os professores e alunos que lá se encontravam prestando um apoio cívico à Revolução Constitucionalista de São Paulo. Todos foram encarcerados em Penitenciária. Este dia deveria ser comemorado como o “Dia da Resistência Cívica da Faculdade de Medicina da Bahia”.

Também nos meses que se seguiram ao Golpe Militar de março de 1964, havia continuadas manifestações estudantis em protesto às limitações democráticas. Isto resultou na expulsão da administração da Faculdade de Medicina da Bahia e aulas que ainda se realizavam em sua tradicional sede. O Palácio esteve fechado e abandonado por algum tempo. Depois ocupado, parcialmente, por alguns cursos da Universidade Federal da Bahia e, até, por grupos estranhos à Universidade. Estes inquilinos não souberam ou não puderam conservar suas instalações que entraram em franca deterioração.

Passado o período dos Governos ditatoriais militares, a egrégia Congregação da Faculdade de Medicina da Bahia solicitou ao Conselho Universitário a restituição do seu Palácio. Na sessão de sete de março de 1994, o Respeitável Conselho Universitário aprovou, pela unanimidade de seus membros, o parecer do Relator, Prof. Antonio Carlos de Oliveira,

“que todo o conjunto arquitetônico localizado no Terreiro de Jesus esteja sob o comando exclusivo da direção da Faculdade de Medicina, sendo de sua competência o encaminhamento de todas as providências necessárias à ocupação de todos os espaços para que ali volte a ser o templo da Medicina da Bahia, onde se formaram gerações de

médicos, homens de ciência que engrandeceram o nome da Bahia e souberam afirmar-se perante a Pátria”.

E, assim, a Faculdade de Medicina da Bahia teve sua sede restituída, porém, bastante deteriorada fisicamente. Ingentes esforços têm sido empreendidos em sua recuperação, já se tendo conseguido sucesso em boa parte.

Pela magnitude dos desdobramentos destas manifestações de civismo que tem causado severas penalidades à Faculdade de Medicina da Bahia, julgo que caberia no Hino uma referência que os lembre.

Terminada esta fase analítica de identificação de dados que deveriam constar do enredo do Hino, tomei a ousadia de sintetizá-los em versos.

Ousadia porque não sou poeta. Sou Cirurgião e professor de Cirurgia. Passei boa parte de minha vida em salas de Cirurgia, salas de Aula e em ambientes de Terapia Intensiva. Costumo trabalhar com as mãos. Minha pretensão era sugerir versos que viessem a ser trabalhados por um poeta. Quis facilitar o seu trabalho. Escolhi versos decassilábicos porque não seriam muito curtos, lembrando uma marcha militar, nem tão longos causando languidez ou tédio.

Decidi reuni-los em estrofes de quatro versos com rimas alternadas nas sílabas terminais.

As três partes do Hino foram entremeadas por um estribilho. As duas primeiras partes com quatro estrofes. A última parte teve cinco estrofes porque a ela não se seguiu o estribilho, porém, em compensação, é encerrado com um verso de efeito.

O estribilho contém quatro versos e se reporta à formação pós-graduada da maioria dos professores e professoras, a cuidadosa seleção dos alunos para o ingresso na Faculdade e a condição da Faculdade de Medicina da Bahia ser amais antiga do Brasil.

Pareceu-me que, assim, conseguiria com mais propriedade atingir o entendimento de ouvintes.

Tive algumas dificuldades. Nem sempre consegui os desejados decassílabos. Pelo menos quanto a um dos versos que se repetiu algumas vezes e que não podia ser omitido pela força que encerra:

“*Faculdade de Medicina da Bahia*”.

Sendo esse um legítimo alexandrino. Também não me preocupei com a acentuação silábica. Seria demasiado pretender o ideal parnasiano.

Mas, até Olavo Bilac, o maior ourives da formalística poética em língua portuguesa, na letra do Hino à Bandeira, um dos mais belos hinos brasileiros, nem sempre obedeceu à rigidez numérica nas sílabas de seus versos.

Também senti as dificuldades do labor poético expressas na confiança de Bilac no seu soneto “*Inania Verba*”:

*“O Pensamento ferve, e é um turbilhão de lava;
A Forma, fria e espessa, é um sepulcro de neve ...
E a Palavra pesada abafa a Idéia leve,
Que, perfume e clarão, refulgia e voava.*

*Quem o molde achará para a expressão de tudo?
Ai! Quem há de dizer as ânsias infinitas
Do sonho? E o céu que foge à mão que se levanta?”.*

Entretanto, ao compor o Hino da Faculdade, obedecendo ao roteiro pré-estabelecido do enredo, por vezes, versos inteiros me vinham à consciência, já prontos e acabados. Não raro com palavras que fogem a minha linguagem habitual e que me obrigaram a conferir o significado no dicionário.

Ficou em mim uma dúvida. Seriam elaborações sutis oriundas do acervo da minha memória subconsciente ou inspirações ditadas por aqueles deuses da Medicina referidos por Nogueira Britto e que preferi chamá-los, em versos, de entes divinais?

Agradeço as sugestões que me fizeram a Prof^a Eliane Azevêdo, Prof. J. Tavares-Neto, Prof. Orlando Sales e Prof. Irismar Reis de Oliveira que me permitiram aperfeiçoar a apresentação inicial do Hino. Agradeço, sobremaneira, a surpreendente aprovação unânime da Congregação da Faculdade de Medicina da Bahia, na sessão ordinária de 3 de abril de 2007.

Quanto à melodia, passei a incumbência ao Prof. Otoni Raimundo Costa Filho, antigo aluno desta

Faculdade, graduado em 1975, médico-neurologista e que, por razões especiais, é dotado de consagrados e raros dotes musicais.

Eis a letra do Hino da Faculdade de Medicina da Bahia:

Letra de: Antonio Natalino Manta Dantas

Música de: Otoni Raimundo Costa Filho

I

Nós te saudamos veneranda escola
Faculdade de Medicina da Bahia
A lembrança que de ti se evolva
É de altruísmo e ciência com harmonia.

Curar e até Prevenir é o lema
Do nobre e tradicional destino,
Inscrito em teu augusto emblema,
Símbolo do programa de ensino.

Que pela sua própria natureza
Feito para o bem da humanidade
Reveste-se de toda grandeza
Até mesmo na adversidade.

Foste o início da Universidade,
A grandiosa Federal da Bahia,
Onde ti integras com dignidade,
Erudição e serena altanaria.

Estrilho

Mestres e mestras! Doutra confraria!
Seleta mocidade estudantil!
Faculdade de Medicina da Bahia!
Escola *mater*! Primaz do Brasil!

II

Teu alunado perlonga, dia-a-dia,
Cumprindo cada uma atividade,
Sala de aula, ambulatório, enfermaria,
Centro cirúrgico e maternidade.

O teu pessoal administrativo
Nos diversos serviços de gestão,

Prestimoso e participativo,
Confere segurança a cada ação.

Mas, é no desvelo de docentes
No distinguido mister de ensinar
Que valores se tornam presentes
Da sempiterna beleza sem par.

São pesquisas ... Buscas da verdade,
Experimental, clínica e social,
Eflúvios de tua identidade,
Que se acrescem à Ciência universal.

Estribilho

Mestres e mestras! Doutra confraria!
Seleta mocidade estudantil!
Faculdade de Medicina da Bahia!
Escola *mater*! Primaz do Brasil!

III

A coordenação do que se ensina
E a todos os trabalhos conduz,

Vem do sacro altar da Medicina,
O Palácio do Terreiro de Jesus.

Ó vós visitante que aqui chegais
Atentai! Este lugar é sagrado!
Perene unção de entes divinais
Tornam o ambiente sempre abençoado.

Este chão, este solo que pisais
Cobiçado por instâncias mil,
É a herança de nossos ancestrais,
Berço da Medicina do Brasil.

Mas, quando as sombrias nuvens da opressão
Ameaçam à nação brasileira
A resistência cívica em ação,
Aqui, pronta, levanta-se ligeira.

Não nos abate sequer a prisão,
Temos amor pela democracia.
Esta, também, é nossa tradição.
Faculdade de Medicina da Bahia.

Logomarca do Bicentenário da Faculdade de Medicina da Bahia

Guga Dias e Mário Santana*



*Publicitários de Salvador (Bahia).

Nota do Editor: logomarca doada à Faculdade de Medicina da Bahia pelos autores e sem ônus para o Serviço Público Federal.

Salvador, 26 de março de 2007.

Ilmo. Sr.
Prof. Dr. José Tavares-Neto
Editor da *Gazeta Médica da Bahia*

Senhor Editor,

Revido a comunicação “Juramento dos Médicos”, publicado no Volume 76, nº 2 de 2006, da *Gazeta Médica da Bahia* (página 45-60), observei que às páginas 47, primeira coluna, ao final da transcrição da Memória Histórica, o autor é o Prof. Alexandre Affonso de Carvalho, como corretamente assinalado, as páginas 46 e também no rodapé da página 47, porém ao final da coluna supracitada é registrado, erradamente, o nome do Prof. José Olympio d’Azevedo, autor da Memória Histórica de 1883 e pai do eminente médico e antropólogo Prof. Thales de Azevedo.

Cordiais saudações,

Dra. Cristina Fortuna
Laboratório de Genética Médica do Complexo Hospital Universitário Prof. Edgar Santos

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

1. Informações Gerais

A Gazeta Médica da Bahia (GMBahia), fundada em 10 de julho de 1866, teve circulação regular de 1866 a 1934 e de 1966 a 1972, e outro número avulso em 1976. A GMBahia é órgão oficial da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia e tem periodicidade semestral, mas a partir de 2008 será trimestral.

Os trabalhos submetidos à Gazeta Médica da Bahia serão encaminhados aos membros do Conselho Editorial, que decidirão sobre sua aceitação (com ou sem revisão) ou recusa, sem conhecimento de sua autoria (“blind review”).

A revista tem como linha editorial publicações científicas e trabalhos técnicos e de extensão vinculados, estritamente, à área médica em temas de interesse da saúde coletiva, epidemiologia, clínica, terapêutica, diagnóstico ou da reabilitação, ou de áreas correlatas.

Aceitam-se trabalhos escritos em português, espanhol ou inglês, com título, resumo e palavras-chaves no idioma original e em inglês. Serão aceitos exclusivamente em língua portuguesa se for editorial, resenha bibliográfica, noticiário ou carta ao Editor. As demais formas de publicação devem conter resumo e “abstract”: artigo original; artigo de revisão (esse só será aceito de autor convidado pelo Conselho Editorial); artigo de opinião (“Ponto de vista”); discussão de caso na área da Bioética ou Ética Médica; conferência; comunicação (“Nota prévia”); relato de caso; informe técnico; resumo e “abstract” de Monografia; Dissertação ou Tese; relatório de atividade de extensão; opinião de estudante de Medicina; nota sobre História da Medicina; e projetos e atividades na área da Educação Médica. Outro tipo de abordagem deverá, previamente à apresentação, receber autorização do Conselho Editorial da GMBahia.

A publicação submetida em língua estrangeira deve vir acompanhada de resumo em língua portuguesa.

2 Considerações Éticas e Bioéticas

Todos os trabalhos submetidos, envolvendo a participação de seres humanos, devem observar as recomendações da Declaração de Helsinki de 1975 (revisada em 1983) e aquelas da Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. No trabalho deve ser citado qual o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) aprovou o projeto de pesquisa que originou a publicação, informando também o número/ano do Parecer (*e.g.*, ... aprovado pelo Parecer nº 24/2004 (ou assinale a data, se não houver número), do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário ... [cidade, Estado] ...”).

A citação de medicamento deve fazer referência ao nome genérico. Quando for estritamente necessária a citação do nome de marca do medicamento, inserir nota de rodapé informando a razão e o nome genérico, outras medicações similares e/ou de marca. Também, a Gazeta Médica da Bahia não aceita divulgação de produtos de indústria farmacêutica e de produtos médico-hospitalares.

3. Formato Geral do Trabalho a Ser Submetido

3.1 todo o trabalho deve ser compatível com o processador de texto “WORD for WINDOWS”ã, em qualquer das versões do “software” e desde que assinale na etiqueta do CD (*vide* item 3.18);

3.2 ao digitar o texto, o comando de retorno da linha “enter” só deve ser utilizado no final de cada parágrafo; em nenhuma hipótese será aceito trabalho que ao final de cada linha conste um “enter”, pois só é cabível ao final do parágrafo;

- 3.3 também não utilizar “tab” para recuo da primeira linha ou centralização de título ou capítulo;
- 3.4 não utilizar espaço (“enter”) adicional entre os parágrafos;
- 3.5 margens esquerda e direita com 3,0cm, e a superior e inferior de 2,5cm;
- 3.6 as margens direita e esquerda devem ser alinhadas (justificadas);
- 3.7 todas as páginas devem ser numeradas, inclusive a primeira, com números arábicos e no canto superior direito;
- 3.8 o espaçamento de todo o texto deve ser duplo (exceto no título e “corpo” das tabelas, gráficos, figuras, etc.);
- 3.9 o tamanho da fonte (letra), de todo o texto, deve ser 12, inclusive o título do trabalho;
- 3.10 todos os trabalhos devem ter título em língua portuguesa e inglesa (exceto se for editorial, resenha bibliográfica, noticiário ou carta ao Editor), sendo o primeiro na mesma língua empregada no texto. O primeiro título deve ficar em negrito e com fonte no formato “times new roman” e, o segundo, sem negrito e com fontes em “arial” e em itálico.

Exemplos (extraídos da RSBMT 34 (2), 2001):

Facial nerve palsy associated with leptospirosis

Paralisia facial associada à leptospirose

ou

Mudanças no controle da leishmaniose visceral no Brasil

Changes in the control program of visceral leishmaniasis in Brazil

- 3.11 todo o texto deve ser redigido no formato de fonte “times new roman”, exceto o segundo título na língua inglesa (*vide* acima) ou quando houver outra indicação técnica;
- 3.12 não citar abreviaturas (sem antes a expressão completa) ou referência bibliográfica no resumo ou no “abstract”;
- 3.13 no texto (exceto do resumo ou no “abstract”) as referências devem ser citadas da seguinte forma:

- se o(s) autor(es) é (são) sujeito(s) do período ou da sentença. Exemplo:
 ... Carmo et al.⁽⁵⁾ (**no caso de três ou mais autores, sendo o ⁽⁵⁾ sobrescrito correspondente ao número da referência bibliográfica**) e Bittencourt & Moreira⁽³⁾ (**no caso de dois autores, com o “&” comercial entre os mesmos, sendo o ⁽³⁾ sobrescrito também correspondente ao número da referência bibliográfica**) reviram, recentemente, a literatura e assinalaram ...
- a(s) referência(s) bibliográfica(s) é(são) citada(s) conforme o número da referência bibliográfica.
 Exemplo:

... Em revisões recentes^(3,5), foi assinalado a dispersão de pessoas com história da infecção, não obstante outros autores^(2,4,11-16,25) avaliam isso como efeito da migração de pessoas ... (**no caso, todos trabalhos foram citados pelo número da referência bibliográfica correspondente**)

- 3.14 quando o formato do trabalho couber capítulo (*e.g.*, artigo, conferência) não “quebrar a página” entre um capítulo e o seguinte. O texto deve ser contínuo;
- 3.15 figuras, gráficos, quadros, tabelas, etc., cada um destes elementos deve ficar em arquivo (CD) à parte e encaminhado, nas cópias impressas, na ordem de citação e após o capítulo referências bibliográficas. A GMBahia não aceita para publicação elementos coloridos (figuras, gráficos, etc.), mas, se houver indicação técnica, o autor deverá ressarcir as despesas adicionais com fotolitos e impressão;

3.16 figuras, gráficos, quadros, tabelas, etc., só serão aceitos se digitados ou reproduzidos nos seguintes formatos: BMP, TIFF, PICT, GIF, ou outro de fácil compatibilidade;

3.17 além das cópias impressas o autor responsável pela correspondência deve anexar CD, obrigatoriamente, com etiqueta especificando o conteúdo e o sobrenome do primeiro autor em destaque;

3.18 na etiqueta do CD, os arquivos devem ser nomeados da seguinte forma:

- ✓ arquivo com o texto: sobrenome do primeiro autor[texto]
- ✓ anexo(s):
 - sobrenome do primeiro autor[tabela1]
 - sobrenome do primeiro autor[tabela2]
 - sobrenome do primeiro autor[quadro1]

3.19 antes de encaminhar as 4 (quatro) cópias impressas, exclua do CD todos os arquivos não relacionados ao trabalho encaminhado;

3.20 em todo o conteúdo, se for em língua portuguesa, os números decimais devem ser separados por vírgula (13,3%) e os milhares por ponto (1.000.504 pessoas), mas, se for em língua inglesa a mesma situação é inversa, respectivamente: 13.3% ou 1,000,504.

4. Itens de Cada Tipo de Trabalho

4.1 primeira página: títulos (em língua portuguesa e inglesa, ou vice-versa); nomes dos autores (com número sobrescrito para a correspondência institucional na nota de rodapé), resumo (na linha seguinte: palavras-chave) e “abstract” (na linha seguinte “key-words”). O número de palavras-chave (ou de “key-words”) deve ser no mínimo de três (3) e no máximo seis (6). Ainda na primeira página, citar um “short title” com até 40 toques (incluindo os espaços entre as palavras), em língua portuguesa ou, caso se aplique, espanhola e em inglesa. Primeiro o resumo, se o texto for em língua portuguesa, ou abstract, se na língua inglesa. Os nomes dos autores devem ser registrados, preferencialmente: prenome e último sobrenome, abreviando ou excluindo os nomes intermediários, exceto Filho, Neto, Sobrinho, etc. (e.g., Demétrio C. V. Tourinho Filho ou Demétrio Tourinho Filho);

4.2 nota de rodapé da primeira página:

1ª linha: vinculação institucional principal do(s) autor(es), antecedida pelo número de registro, citado sobrescrito após o nome de cada autor; cidade, abreviatura do Estado [e.g., 1. Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA, Salvador, BA; 2. Hospital Geral do Estado (SESAB), Salvador, BA]. Não citar titulação, ocupação, cargo ou função;

linha seguinte: Fonte (ou fontes) de financiamento, se houver;

linha seguinte: **Endereço para correspondência** (em negrito e itálico): nome do autor responsável pela correspondência, endereço, CEP cidade, País. Telefone e/ou FAX. Exemplo: Dra. Magda Villanova, R. das Ciências 890 (Apto. 12), 40845-900 Salvador, BA, Brasil. Tel.: 55 71 789-0906; FAX: 55 71 789-6564;

linha seguinte: endereço eletrônico (campo obrigatório, e com fontes de cor preta);

linha seguinte: registrar a expressão: “Recebido para publicação em” (a data será registrada pela Secretaria da Revista);

4.3 o resumo e o “abstract” (correspondendo à tradução do primeiro), na primeira página, devem ter até 250 palavras, ou até 100 palavras se for comunicação, informe técnico ou outros formatos. O formato do resumo deve ser o narrativo, destacando objetivo(s), material(is) e método(s), local e população de estudo, principais resultados e conclusões (considerando os objetivos do trabalho). O resumo e “abstract” não devem conter citações bibliográficas ou abreviaturas (exceto se citar previamente) o nome ou expressão por extenso;

4.4 os artigos e as comunicações devem ter, respectivamente, até 20 (vinte) e dez (10) páginas impressas, incluindo as páginas correspondentes às figuras, tabelas, etc.;

4.5 os artigos têm os seguintes elementos:

4.5.1 primeira página, *vide* acima;

4.5.2 as páginas seguintes (no máximo três), correspondendo ao capítulo introdução (a palavra “introdução” não deve ser registrada), devem conter a delimitação da pergunta a ser estudada e as justificativas de forma objetiva;

4.5.3 capítulo subsequente, **MATERIAL E MÉTODOS**, escritos de forma que o leitor tenha a exata compreensão de toda a metodologia e população estudada. Quando se aplicar (*vide* item 2), citar Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) e número do Parecer que aprovou o projeto de pesquisa de onde se originou o artigo. As técnicas e métodos, já estabelecidos na literatura, devem ser descritos pela citação bibliográfica afim. Apenas se for estritamente necessário, este capítulo pode conter figura ou mapa, gráfico, quadro, tabela, etc. Caso se aplique, de forma objetiva, deve ser citado o plano da análise estatística;

4.5.4 capítulo subsequente, **RESULTADOS**, escritos de forma clara e objetiva, sem interpretação de nenhum deles. O número de Tabelas, Figuras, Quadros, etc., deve ser o mais restrito possível e citados no texto pelo número arábico correspondente, da seguinte forma: “... na **Tabela 2** as principais as alterações eletrocardiográficas foram associadas ao tipo de saída hospitalar do paciente ...” ou As principais alterações eletrocardiográficas foram associadas ao tipo de saída hospitalar do paciente (**Tabela 2**) ...”;

4.5.5 capítulo subsequente, **DISCUSSÃO**, baseada na interpretação dos resultados observados (sem repeti-los em detalhes e sem a citação de tabelas, figuras, etc.), comparando-os com a bibliografia pertinente. As especulações, sugestões ou hipóteses devem ter como fundamentação os resultados observados;

4.5.6 capítulo, se couber, de **AGRADECIMENTOS** - citando, sumariamente, o nome completo da pessoa (instituição) e qual a real contribuição ao trabalho;

4.5.7. capítulo final, das **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS** (as mesmas normas são aplicadas aos demais formatos de trabalhos). Não usar outros termos aparentemente equivalentes (Bibliografia, Referências, etc.). Devem ser ordenadas em rigorosa ordem alfabética, numeradas consecutivamente, e citando todos os co-autores – exceto se houver 25 ou mais co-autores, nesse caso cite os 24 primeiros seguidos da expressão latina *et al.* No texto (exceto se sujeito da sentença), tabelas e em legendas de ilustrações, as referências bibliográficas devem ser citadas por numerais arábicos e entre parênteses ⁽¹⁾ ou ^(2,14,23). Só a letra primeira letra do sobrenome de cada autor deve ficar em maiúscula e as demais abreviaturas não devem ser seguidas por ponto ou ponto e vírgula entre os autores. Se houver mais de um trabalho do(s) mesmo(s) autor(es), a ordem deve ser cronológica, começando pelo mais antigo;

4.6 ainda sobre as Referências bibliográficas, use o estilo dos exemplos adiante descritos e que observam os formatos usados pela “National Library of Medicine” (NLM) no *Index Medicus*. Os títulos das revistas ou periódicos devem ser abreviados de acordo com a formatação oficial estabelecida no *Index Medicus*. Em caso de dúvida, consulte a Lista de Revistas Indexadas no *Index Medicus* (“List of Journals Indexed in *Index Medicus*”), publicada anualmente pela NLM em separado e também no número de janeiro de cada ano do *Index Medicus*, a qual pode ser obtida no endereço eletrônico <http://www.nlm.nih.gov> (ou mais especificamente no: http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/terms_cond.html; depois “clique” sobre o formato de impressão desejado [“available formats”]);

4.6.1 o estilo dos requisitos uniformes (o estilo de Vancouver) baseia-se, amplamente, no estilo-padrão ANSI adaptado pela NLM para seus bancos de dados (*e.g.*, MEDLINE). Nas modalidades de referências, nota foi incluída quando o estilo Vancouver difere do atualmente usado pela NLM;

4.6.2 modalidades de trabalhos a serem citados (alguns exemplos são fictícios):

Artigo

Almeida BS, Tavanni GHT, Silva YHU, Caldas HFT, Almeida Neto BS. Níveis de aminotransferases em escolares de Mendonça (SE), soronegativos para os vírus das hepatites B e C. *Rev Soc Bras Med Trop* 56: 34-39, 2001. Não citar número da revista ou periódico, só o volume.

Tese, Dissertação, Monografia ou assemelhando

Britto Netto AF. Distribuição espacial dos casos de sarampo no Nordeste brasileiro, de 1960 a 2002 [tese de Livre-Docência]. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2003.

Livro

Carmo HF, Fonseca Filho TG, Melo-Silva TT. *Antropologia médica: estudos afro-brasileiros*. 5ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 302p., 2001.

Capítulo de livro

Vinhais C. Conduta e tratamento: hipertensão arterial. In: Sardinha GTR, Romero MC (ed), *Terapêutica clínica*. 1ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 123-129, 2001.

Resumo de trabalho científico apresentado em Evento Científico

Araújo JS, Carneiro JN, Almeida BS, Tavanni GHT, Silva YHU, Caldas HFT, Almeida Neto BS. Esquistossomose mansônica na cidade do Salvador, Bahia. In: *Resumos do XXII Simpósio Internacional de Medicina Tropical*, 20 a 27 de setembro, Rio Branco, p. 87, 1999.

Patente

Larsen CE, Trip R, Johnson CR, inventors; Novoste Corporation, assignee. *Methods for procedures related to the electrophysiology of the heart*. US patent 5,529,067. Jun 25, 1995.

Publicação extraído de período ou jornal popular

Marconi TQ. Novo caso de raiva humana em Salvador. *Jornal Clarin*, Salvador, junho 21; Sect. A:3 (col. 5), 1999.

Publicação audiovisual [videocassete] [DVD], [CD-ROM] etc.

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassete]. St. Louis: Mosby-Year Book, 1995.

Mapa (não parte de alguma publicação específica)

Estado da Bahia. *Distribuição dos casos de calazar* [mapa demográfico]. Salvador: Secretaria de Estado de Saúde, Departamento de Epidemiologia, 2001.

4.6.2.1 publicação sem número ou volume: ... *Curr Opin Gen Surg* 325-33, 1993.

4.6.2.2 paginação em numerais romanos: ... *Hematol Oncol Clin North Am* 9: xi-xii, 1995.

4.6.2.3 se carta (letter) ou resumo (abstract) em publicação periódica: Clement J, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [letter]. *Lancet* 347: 1337, 1996. Ou seja, colocar entre colchetes letter ou abstract.

4.6.2.4 publicação de *erratum*: Hamlin JA, Kahn AM. Herniography in symptomatic patients following inguinal hernia repair [published erratum appears in *West J Med* 162: 278, 1995]. *West J Med* 162: 28-31, 1995.

4.6.2.5 publicação contendo retratação: Garey CE, Schwarzman AL, Rise ML, Seyfried TN. Ceruloplasmin gene ... [retraction of Garey CE, Schwarzman AL, Rise ML, Seyfried TN. In: *Nat Genet* 6: 426-31, 1994]. *Nat Genet* 11: 104, 1995.

4.6.2.6 publicação retratada: Liou GI, ..., Matragoon S. Precocious IRBP gene ... [retracted in *Invest Ophthalmol Vis Sci* 35: 3127, 1994]. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 35: 1083-8, 1994.

4.7 não incluir entre as referências bibliográficas: trabalhos submetidos e ainda não-aprovados; dados não-publicados ou comunicação pessoal. Essas informações devem citadas no texto, do seguinte modo: "... foi observado em 44,5% dos casos a mesma lesão [Almeida Neto & Souza R em 20/11/2004: dados não-publicados]" ou em caso de comunicação pessoal: "... o ajuste do aparelho X[®] (nome do fabricante, cidade) para a temperatura ambiente de 25°C, foi realizado do seguinte modo ... [Silva-Araújo J (FAMEB/UFBA), comunicação pessoal em 07/10/2003]";

4.8 os quadros (fechados com linhas verticais nas laterais), figuras, gráficos e ou tabelas (sem linhas laterais verticais) devem ter título objetivo, numeração com algarismo arábico e título [*e.g.* **Tabela 4.** Indicadores demográficos da população de Cavunge, Ipecaetá, Bahia (2001)]. A compreensão desses elementos deve independe da leitura do texto. Em caso de figura, deve ser numerada no verso e o título encaminhado em folha à parte. Caso a(s) figura(s) ou outro(s) elementos seja(m) colorido(s), o autor principal deve informar ao Editor da GMBahia a fonte de custeio dessa despesa.

5. Submissão do Trabalho

Na carta ao Editor da GMBahia deve constar a assinatura de todos os autores do trabalho, mas, se isso não for possível anexar à correspondência cópia de FAX ou de mensagem eletrônica autorizando o(a) autor(a) responsável a apresentar o trabalho para publicação. Na correspondência devem constar as seguintes informações: título do trabalho; seção da GMBahia ou tipo de trabalho (se artigo, conferência, comunicação, ou outro tipo de apresentação); declaração que o trabalho está sendo submetido apenas à GMBahia; a concordância de cessão dos direitos autorais para a GMBahia; e se há algum conflito de interesse de um ou mais autores.

Caso haja a utilização de figura, tabela, etc. publicada em outra fonte, deve-se anexar documento que ateste a permissão para seu uso em publicação científica. Nesse caso, o documento probatório deve constar nome, endereço, e-mail, telefone e fax do autor responsável ou do Editor da publicação original.

Antes de submeter o trabalho, uma a uma das exigências deve ser revista pelo autor responsável para evitar a devolução ou a rejeição do trabalho pela Secretaria da GMBahia.

Caso o trabalho seja entregue pessoalmente por um dos autores na Secretaria da GMBahia, o autor responsável deve trazer uma segunda via da carta de submissão para o devido registro de recebimento pela Secretaria. Não será aceito nenhum trabalho entregue por terceiros ou em locais não autorizados. O trabalho deve ser encaminhado, preferencialmente, através de correspondência registrada para o seguinte endereço:

Gazeta Médica da Bahia
Faculdade de Medicina da Bahia (UFBA)
Largo do Terreiro de Jesus, Centro Histórico de Salvador
40025-010 Salvador, Bahia, Brasil

SUMÁRIO/CONTENTS

Editorial.....	1
<i>José Tavares-Neto</i>	
 Artigo Original	
Prevalência de Hipotireoidismo Subclínico em Idosos de um Distrito Docente-Assistencial de Rio Branco (Acre)	5
<i>Rinauro Santos-Júnior, Danielly M. Gonçalves, Flávia Fernandes Santos, Luciana Bora, Thomaz Cruz</i>	
A Qualidade dos Prontuários Relacionada ao Perfil dos Processos Ético-Profissionais	11
<i>Fábia Gama Silva, Nedy Maria Branco Cerqueira Neves, Almir Galvão Vieira Bitencourt, Flávia Branco Cerqueira Serra Neves, Israel Soares Pompeu de Sousa Brasil, Livia Siqueira Costa dos Santos e Guilherme Rebello</i>	
 Artigo de Revisão	
Breve História da Bioética na Faculdade de Medicina da Bahia, UFBA e na Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia	19
<i>José Tavares-Neto, Eliane S. Azevêdo e Maria da Glória Sampaio Gomes</i>	
A Importância de Serviços Especializados e Multidisciplinares para Pacientes com Insuficiência Cardíaca e seu Impacto na Saúde Pública.....	31
<i>Francisco J. F. B. dos Reis, André Maurício S. Fernandes, Roberta L. Bahia, Viviane Sahade, Erenaldo de Souza Rodrigues Junior</i>	
 Artigo de Opinião	
A Faculdade de Medicina da Bahia na Década de 1930	37
<i>Ib Gatto Falcão</i>	
A Mulher Profissional e os Direitos Humanos	50
<i>Eliane Elisa de Souza e Azevêdo</i>	
Avanços das Ciências Médicas e Realizações Científicas na Bahia de 1945 a 1964	54
<i>Eliane Elisa de Souza e Azevêdo</i>	
A Propósito da Academia de Medicina de Feira de Santana	64
<i>Lamartine Lima</i>	
 Bicentenário da Faculdade de Medicina da Bahia	
Hino da Faculdade de Medicina da Bahia	66
<i>Antonio Natalino Manta Dantas</i>	
Logomarca do Bicentenário da Faculdade de Medicina da Bahia.....	72
<i>Guga Dias & Mário Santana</i>	
 Carta ao Editor	 73
 Normas para Publicação	