

GAZETA MÉDICA DA BAHIA

Fundada em 1866



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

Salvador, Bahia, Brasil, julho - dezembro de 2006

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 2006 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

Programa de Alunos Especiais-Docentes (PAED) do PPgMS-FAMEB-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

Vice-diretor

Substituto Eventual do Vice-Diretor

Representante no CONSEPE

Secretários

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

Modesto Jacobino

Déa Mascarenhas Cardozo

Fernando Carvalho

Sônia Celino, Denise Sapucaia e Josias de Sena

Mário Castro Carreiro

Sumaia Boaventura André

Antonio Alberto da Silva Lopes

Helma P. Cotrim

Aldina Maria Prado Barral

Fabiola 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

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

Conceição Maria Passos de Queiroz

Albino Eduardo Machado Novaes

-

Vera Formigli

Marco Antonio Vasconcelos Rego

Vitória Eugênia Ottoni Carvalho

Domingos Macedo Coutinho

Déa Mascarenhas Cardozo

Angelina Xavier Acosta

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

Sônia Felzemburg

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 Lyrá
Marcelo Benício dos Santos
Manoel Barral-Netto
Oddone Braghiroli Neto
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-CIRÚRGICO DA BAHIA (sem nomeação de Diretores pelo Governo Imperial)
1829 – 1833	Jozé Avellino Barboza
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
1833 – 1836	Jozé Lino Coutinho
1836 – 1844	Francisco de Paula Araujo e Almeida
1844 – 1855	João Francisco de Almeida
1855 – 1857	Jonathas Abbott*
1857 – 1871	João Baptista dos Anjos
1871 – 1874	Vicente Ferreira de Magalhães*
1874 – 1881	Antonio Januario e Faria
1881 – 1886	Francisco Rodrigues da Silva
1886 – 1891	Ramiro Affonso Monteiro
1891 – 1895	Antonio Cerqueira Pinto
1895 – 1898	Antonio Pacifico Pereira
1898 – 1901	José Olimpio de Azevedo
1901 – 1908	Alfredo Thomé de Britto
1908 – 1912	Augusto Cezar Vianna
1913 – 1914	Deocleciano Ramos
1915 – 1930	Augusto Cezar Vianna
1931 – 1932	Aristidis Novis

1932 – 1933	Augusto Cezar Vianna
1933 – 1936	José de Aguiar Costa Pinto
1936 – 1946	Edgard Rego Santos
1946 – 1950	José Olympio da Silva*
1950	Francisco Peixoto de Magalhães Neto*
1950 – 1953	Eduardo Lins Ferreira Araujo*
1953 – 1955	Hosannah de Oliveira*
1955 – 1960	Rodrigo Bulcão D'Argollo Ferrão
1960 – 1962	Benjamim da Rocha Salles
1962 – 1965	Carlos Geraldo de Oliveira
1965 – 1968	Jorge Augusto Novis
1968 – 1972	Rodrigo Bulcão D'Argollo Ferrão
1973 – 1977	Renato Tourinho Dantas
1977 – 1980	Plínio Garcez de Senna
1980 – 1984	Newton Alves Guimarães
1984 – 1988	José Maria de Magalhães Netto
1988 – 1992	Heonir de Jesus Pereira Rocha
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

(*) Diretor Interino

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

DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLÓGICA E MEDICINALEGAL

- Aldina Maria Prado Barral
- Amélia Maria Ribeiro de Jesus
- 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
- Edirionmar 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
- Maria da Purificação Paim Oliveira Burgos
- Maria Teresa Rebouças Gonçalves de Azevedo
- Nélia Maria Dourado Lima Barreto
- Nilma Antas Neves
- Olivia Lucia Nunes Costa
- 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
- Octavio Henrique Messeder
- Raymundo Paraná Ferreira Filho
- Regis de Albuquerque Campos
- Reinaldo Pessoa Martinelli
- Roberto José da Silva Badaró
- Romário Teixeira Braga Filho
- Roque Aras Júnior
- Roque Pacheco de Almeida
- Tania Moraes Regis
- Tarcisio Matos de Andrade
- Thomaz Rodrigues Porto da Cruz
- Vitória Regina Pedreira de Almeida

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA

- Annibal Muniz Silvany Neto
- 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
- 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 Dunningham

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
- Silvana Fahel da Fonseca
- Solange Tavares Rubim de Pinho
- Suzy Santana Cavalcante
- Vanda Maria Mota de Miranda

GAZETA MÉDICA DA BAHIA

Volume 76 • Número 2

ISSN 0016-545X

Dezembro 2006

SUMÁRIO/CONTENTS

Editorial	1
<i>José Tavares-Neto</i>	

Artigos

Tuberculose no Estado do Acre: Série Histórica de 1996 a 2000	3
<i>José Alberto de Abreu Gonçalves, André Costa-Matos e José Tavares-Neto</i>	

Comparação da Prevalência da Síndrome Metabólica de Acordo com Critérios do National Cholesterol Education Program – Adult Treatment Panel III (NCEP–ATP III) e da International Diabetes Federation (IDF)	12
<i>Maria de Lourdes Lima, Juliana Melo, Raquel Correia, Olívia Bomfim</i>	

Expectativa versus Realidade na Formação Médica: o (Des)encanto do Estudante de Medicina	20
<i>Nedy Neves, Kleuber Lemos, Almir Bitencourt, Flávia Serra Neves, Caio Nunes, Iuri Neville, André Kuwano, Larissa Durães</i>	

Má Prática Acadêmica por Estudantes de Medicina: Estudo Piloto	29
<i>Iris Cristina B. da Costa, Manuella S. Martins, Sofia F. Mata-Virgem, Carlos Eduardo C. Rolim, Lauro R. Santana, Patricia U. R. Bataglia, Annibal M. Silvany Neto, Paulo Gilvane L. Pena</i>	

Comunicações

Psiquiatria y Lenguaje	38
<i>Alejandro Patiño Román</i>	

Fecaloma Produzido por Fibras de Açaí: Relato de Dois Casos	43
<i>Domingos N. Lamarão</i>	

História da Medicina na Bahia

Juramento de Hipócrates Utilizado na Faculdade de Medicina da Bahia de 1832 ao Primeiro Quartel do Século XX, e Informações Atuais sobre a Solenidade de Diplomação dos Médicos	45
<i>José Tavares-Neto</i>	

Comissão Nomeada pelo Governo Imperial Afim de Estudar a Beriberi nesta Província. 1880. Bahia 61
Euclides Alves Requião

Cartas ao Editor 82
Francisco Reis
Isabel Freitas

Relatos de Trabalhos de Conclusão em Pós-Graduações de Outras Instituições Brasileiras
Os Projetos Pedagógicos das Escolas Médicas no Brasil Império: Uma Contribuição para
Avaliação do Ensino Superior no País 84
Domenico Feliciello

Resumos de Trabalhos de Conclusão de Pós-Graduação do PPgMS-FAMEB-UFBA 85

Normas para Publicação

EDITORIAL

Este número é parte das Comemorações dos 198 anos da Faculdade de Medicina da Bahia, encerradas em 15 de Dezembro de 2006 com o lançamento do livro “*Contribuições das especialidades médicas à atenção primária à saúde*” (CONTEXTO: Salvador, 451p., 2006) do Programa de Alunos-especiais Docentes (PAED) e do Programa Voluntário de Iniciação Científica (PVIC) do Programa de Pós-graduação em Medicina e Saúde da FAMEB-UFBA.

Não foi ainda em 2006 que a *Gazeta Médica da Bahia* pôde passar a ser trimestral. Isso porque não há recursos para essa nova empreitada. Para o leitor ter uma mais clara idéia da razão principal, o Governo Federal repassa trimestralmente à Faculdade de Medicina da Bahia (FAMEB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) o valor aproximado de R\$ 13.000,00 e isso corresponde a R\$ 2,78/mês/membro da comunidade (alunos de graduação e pós-graduação; funcionários; e docentes, permanentes e substitutos). Com essa mísera receita, só é mesmo possível encontrar soluções para os pequenos problemas administrativos do dia-a-dia ou para cobrir as despesas correntes de manutenção, especialmente limpeza, higiene e conservação mínima do Pavilhão de Aulas da FAMEB.

Assim, como bem descreve Luiz Umberto Pinheiro no livro “*Universidade dilacerada: tragédia ou revolta?. Tempo de Reforma Neoliberal*” (Salvador: Bahia, 660p., 2004), muitas vezes as opções oferecidas ao custeio das atividades agredem, em muito, os valores e princípios da Universidade pública, gratuita e laica. Sendo também assim, restou à Editoria da *Gazeta Médica da Bahia* buscar o auxílio de Professores ou de Líderes de Grupos de Pesquisa, para manter esse patrimônio da FAMEB com circulação semestral e no formato eletrônico.

Não obstante, em 2007, esperamos que a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) aprecie, favoravelmente, o pedido de auxílio, a ser encaminhado, e se possa com esses recursos manter a *Gazeta Médica da Bahia* sem tantas influências externas ou dependentes de forças imponderáveis.

Neste número da *Gazeta Médica da Bahia*, é necessário destacar o artigo “Má Prática Acadêmica por Estudantes de Medicina: Estudo Piloto”, pois nunca foram tão relevantes, na construção da cidadania brasileira, os valores morais e éticos e isso, ainda mais notadamente, na formação do estudante de Medicina. Outros exemplos, em várias instituições do Brasil, têm mostrado o quanto ficou banal a corrupção, de variada natureza e formas de ação, estando bem sustentada na impunidade e na inércia dos Poderes Legislativo e Judiciário. Mesmo com essa triste e vergonhosa realidade brasileira, os estudantes, os professores e os gestores das unidades de ensino não podem alegar o desconhecimento sobre os ditames do Código Penal Brasileiro e das disposições regimentais da Universidade; do contrário, iremos construir uma Universidade faz-de-conta, onde o maior objetivo não é bem-formar e sim, muito infelizmente, fazer a expedição de diplomas. Com esse atual panorama, já somos grandes produtores de analfabetos funcionais e passaremos a ter a estatística dos universitários desqualificados. No Brasil, exemplos não faltam sobre essa novíssima e aparentemente profícua categoria.

De todo modo, é parte do projeto político-pedagógico de transformação curricular da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA a construção do cidadão futuro médico, bem como o estabelecimento de normas de avaliação, docente e discente, menos cartoriais e mais centradas nas boas experiências desse novo modelo de ensino-aprendizagem. Com esse processo, a *Gazeta Médica da Bahia* terá um papel central, ao divulgar propostas e resultados de estudos. Vamos trabalhar juntos para esses fins e, se preciso, com o Bom Combate.

José Tavares-Neto

Editor da *Gazeta Médica da Bahia*

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

Tuberculose no Estado do Acre: Série Histórica de 1996 a 2000

Tuberculosis in the Acre State: Historical Series from 1996 to 2000

José Alberto de Abreu Gonçalves¹, André Costa-Matos² e José Tavares-Neto²

Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Acre¹; Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia²

Na população do Estado do Acre, tem sido registrada a segunda maior incidência de tuberculose do Brasil, o que motivou o levantamento da série histórica dos casos da doença, bem como das suas características demográficas e clínico-epidemiológicas, nos bancos de dados da Secretaria de Saúde e Saneamento do Estado do Acre. No período do estudo, de 1996 a 2000, foram notificados 1.782 casos de tuberculose, sendo o maior número ($n=384$) em 1996 (68,9/100.000 hab.) e o menor ($n=309$) em 2000 (55,4/100.000 hab.). Entre os 1.782 casos, foram baixas as frequências daqueles com bacterioscopia de escarro (61,8%), radiografia de tórax (29,4%), pesquisa de anticorpos anti-HIV (9,4%) e reação de Mantoux (5,8%). Em conclusão, apesar das limitações metodológicas, a situação da tuberculose no período estudado não observava os critérios mínimos preconizados pelo sistema de vigilância epidemiológica e os consensos de instituições internacionais (OMS e OPAS) ou das sociedades médicas.

Palavras-chave: tuberculose, série histórica, SINAN, Acre.

In recent years, in the population of the State of the Acre, it has been being registered the second largest tuberculosis incidence in Brazil, motivating the study of the historical series of tuberculosis cases, as well as its demographic and clinical-epidemic characteristics, in databases of Health Secretary in the State of Acre. In the period of the study - from 1996 to 2000 - 1,782 cases of tuberculosis were notified, being the largest number ($n=384$) in 1996 (68.9/100.000 inhab.), and the smallest ($n=309$) in 2000 (55.4/100.000 inhab.). Among the 1,782 cases, the frequency was low for those with smear of sputum (61.8%), x-ray of thorax (29.4%), anti-HIV antibodies research (9.4%), and Mantoux's reaction (5.8%). In conclusion, in the studied period, the situation of tuberculosis in the State of the Acre does not observe either the minimum criteria considered by the system of epidemic vigilance, the understandings of international institutions (OMS and OPAS) or medical societies.

Key words: tuberculosis, historical series, SINAN, Acre.

A tuberculose é uma das principais causas de morbimortalidade em todo o mundo⁽²⁶⁾. Estima-se que um terço da população mundial esteja infectada pelo

Mycobacterium tuberculosis e que três milhões de pessoas morram anualmente⁽¹⁴⁾ em decorrência da doença. As diferenças de incidência anual estão notadamente associadas ao perfil de desenvolvimento socioeconômico de cada região; na população da região Oeste da Europa, por exemplo, a incidência da doença é de menos de 5 casos por 100.000 habitantes, alcançando 800/100.000 habitantes entre os mineiros da África do Sul⁽⁴⁾.

O Brasil ocupa destacado lugar entre os 22 países responsáveis por 80% dos casos estimados de tuberculose no mundo, com coeficiente de incidência

Recebido em 4/11/2006

Aceito em 22/12/2006

Endereço para correspondência: Prof. José Alberto de Abreu. Departamento de Ciências da Saúde, Campus UFAC, BR 364, km 05, 69915-900 Rio Branco (Acre). Tel. (68) 3224-6198. E-mail: ms.josea@uol.com.br.

Órgãos financiadores: Governo do Estado do Acre, CNPq, PET-Medicina (SESu-MEC/UFBA).

Gazeta Médica da Bahia

2006;76: 2(Jul-Dez):3-11.

© 2006 Gazeta Médica da Bahia. Todos os direitos reservados.

em 1999 de 48,0/100.000 habitantes⁽²¹⁾. Entre as unidades federadas do país, as populações dos Estados do Amazonas, Rio de Janeiro, Roraima e Acre apresentaram, em 1999 como em anos anteriores, os maiores coeficientes de incidência, variando entre 82,7 a 71,4 casos/100.000 habitantes⁽²¹⁾. O Estado do Acre responde pela segunda maior incidência entre todas as unidades federadas.

A atual terapêutica específica é capaz de curar cerca de 95% dos casos de tuberculose⁽¹⁷⁾, sendo o diagnóstico precoce e a cura dos pacientes as melhores estratégias de prevenção de casos secundários^(6,20). Não obstante, foi observado, nas últimas décadas do século XX, o aumento significativo da incidência da tuberculose em decorrência da expansão da pobreza, da pandemia de AIDS/SIDA e do aumento da prevalência de casos decorrentes do abandono do tratamento⁽¹⁸⁾.

Além dessa nova situação e dos elevados coeficientes de incidência de tuberculose^(21,22), no Estado do Acre há problemas de comunicação, difícil acesso da população aos serviços básicos de saúde, precariedade dos serviços de apoio diagnóstico, entre outras peculiaridades da região amazônica ocidental. Essas condições estão associadas a sub-notificação de casos, bem como a elevada taxa de abandono de tratamento e até a possibilidade do diagnóstico equivocado da tuberculose⁽²²⁾. Isso motivou o estudo de uma série histórica de casos de tuberculose no Estado do Acre⁽¹²⁾, como estudo-piloto de investigação mais ampla, incluindo as descrições dos casos notificados quanto às suas características demográficas e clínico-epidemiológicas, aspectos diagnóstico-terapêuticos e conclusão da investigação epidemiológica.

Metodologia

Essa primeira parte do estudo é descritiva, com a análise de todos os casos notificados de tuberculose, residentes no Estado do Acre, no período compreendido entre 1º de Janeiro de 1996 e 31 de Dezembro de 2000. A evolução, o comportamento da tuberculose e a validação dos instrumentos da

pesquisa serão estudados em outra publicação, comparando com a série histórica do período subsequente (01/01/2001 a 31/12/2006).

Foram excluídos os indivíduos com mudança de diagnóstico, aqueles transferidos para outros Estados do país e, na avaliação do desfecho, os casos que abandonaram o tratamento.

Os coeficientes de incidência foram calculados tendo como referência a população do Estado no ano 2000, de 557.526 habitantes⁽¹⁵⁾, e a taxa de crescimento vegetativo nos anos anteriores⁽¹⁵⁾. A definição de caso de tuberculose⁽⁹⁾ observou o critério da confirmação bacteriológica (baciloscopia ou cultura) ou aquele baseado em dados clínico-epidemiológicos (com ou sem exames complementares). Foi considerado como caso-novo de tuberculose o paciente virgem de tratamento específico ou que foi assistido com esse tratamento no período inferior a um mês⁽⁹⁾.

O registro de dados foi realizado manualmente, caso a caso, consultando os seguintes bancos de dados da Coordenação de Pneumologia Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde e Saneamento do Acre (SESSACRE): 1. ficha de notificação/investigação de tuberculose (SINAN); 2. ficha de notificação e de controle de tuberculose; 3. tela de acompanhamento de tuberculose; 4. ficha de visitas domiciliares; 5. declaração de óbito; 6. notificações de AIDS/SIDA realizadas pelo Serviço de Vigilância Epidemiológica, as quais foram verificadas para levantamento de listagem de pacientes com tuberculose, porventura não-notificados. Outros dois bancos de dados (ficha de apazamento; e o registro e controle de tratamento dos casos de tuberculose) também foram consultados, para avaliar a consistência das informações, bem como complementar os dados não disponíveis em outras fontes. Mais dois bancos de dados (boletim trimestral do programa de controle da tuberculose; e mapa de apuração diária), com resultados consolidados e não-nominais, foram também consultados com o objetivo de instrumentalizar a busca de casos não-computados. Além dos dados de identificação de cada caso (nome, naturalidade, data de nascimento e nome da mãe, quando disponível), para facilitar o registro das

informações e prevenir a duplicidade da mesma pessoa, foi elaborada ficha-padrão para o registro dos seguintes dados: 1. sexo; 2. idade; 3. grupo racial; 4. ano da notificação ou diagnóstico; 5. município (procedência); 6. métodos diagnósticos (resultados da radiografia do tórax, baciloscopia do escarro, teste tuberculínico e pesquisa de anticorpos anti-HIV); 7. forma clínica da tuberculose; 8. tipo de entrada no tratamento; 9. esquema de tratamento (I, IR, II e III)⁽⁸⁾; e 10. conclusão da investigação do caso ou o tipo de saída (cura, cura não-comprovada, abandono do tratamento, mudança de endereço ou óbito). Não foi possível levantar a ocupação dos pacientes, porque os dados secundários apresentavam registros bastante heterogêneos, anotações incompletas ou muito genéricos.

No final do levantamento, além das estratégias acima descritas para também prevenir a duplicidade de casos, todos os sujeitos da pesquisa com o mesmo nome (ou variação semelhante) e com a mesma naturalidade, procedência e idade ou data de nascimento, foram revistos um a um nas próprias fontes de informação, sendo excluído aquele caso com muitas semelhanças com um outro caso já incluído na planilha do estudo. Desse modo, foram excluídos dois (2) casos entre os doze (12) supostamente incluídos em duplicidade.

O projeto deste estudo teve autorização preliminar da Coordenação do Departamento de Ações Básicas (DABES) e, posteriormente, a aprovação do Gestor da Secretaria de Estado de Saúde e Saneamento (SESSACRE).

Os dados levantados foram processados usando o programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Science*, versão 10). Nas análises estatísticas, o erro tipo I foi afastado quando a probabilidade (p) foi menor ou igual a 5% ($p=0,05$).

Resultados

Entre os 1.789 casos levantados de tuberculose no período de 1996 a 2000, sete (0,4%) foram transferidos. Entre os casos incluídos no estudo ($n=1.782$), a maioria (83,4%) procedia de apenas dois

dos 22 municípios do Estado do Acre - 71,8% ($n=1.278$) de Rio Branco e 11,7% ($n=208$) de Cruzeiro do Sul (Tabela 1). No mesmo período de estudo, em quatro (18,2%) municípios nenhum caso de tuberculose foi descrito (Tabela 1).

Do total de casos ($n=1.782$), a maioria ($n=971$; 54,5%) era do sexo masculino; e entre aqueles com a idade registrada ($n=1.744$), a média foi de 26,6 ($\pm 19,0$) anos e com limites de 12 meses a 100 anos. A média da idade foi semelhante ($p>0,42$) entre as pessoas do sexo masculino ($24,9 \pm 18,4$) e feminino ($25,3 \pm 18,7$). Também, não houve diferença estatística ($p>0,78$) entre a média da idade dos casos procedentes de Rio Branco ($26,0 \pm 18,9$), Cruzeiro do Sul ($25,3 \pm 18,6$) e de outras cidades do Estado do Acre ($26,1 \pm 19,4$). Do total, 131 (7,4%) dos casos foram classificados como indígenas, sendo registrado que a maioria procedia de Rio Branco (54,2%; $n=71$) e, secundariamente, da cidade de Cruzeiro do Sul (24,4%; $n=32$).

Em 11 (0,6%) pessoas, a forma clínica não foi caracterizada. No Gráfico 1, foi descrita a distribuição total de casos por ano da ocorrência e das formas clínicas pulmonar e pulmonar-bacilífera. Considerando o total de casos, em 1996 houve a maior incidência da doença (68,9/100.000 hab.), com 384 casos; e em 2000, a menor (55,4/100.000 hab.), com 309 pacientes. Entre aqueles com a forma clínica definida ($n=1.771$), a mais prevalente foi a pulmonar, com 1.587/1.771 (89,6%). Como mostra a Tabela 2, em 184 (10,4%) casos a forma clínica foi extrapulmonar, assim distribuída: 3,6% meningoencefálica ($n=63$); 2,9% pleural ($n=52$); 1,2% miliar ($n=21$); 0,7% gênito-urinária ($n=13$); 0,7% ganglionar periférica ($n=12$); 0,5% ocular ($n=8$); 0,3% ósteo-articular ($n=6$); e 0,5% com outras localizações ($n=9$). Houve maior frequência de crianças da faixa etária de 0 a 4 anos de idade (Tabela 2) com a forma clínica meningoencefálica da tuberculose.

Na Tabela 2, entre os casos com idade e forma clínica registrada ($n=1.771$), a pulmonar ($n=1.587$) e a extrapulmonar ($n=184$) foram distribuídas pelas faixas etárias avaliadas. A faixa etária de 20 a 29 anos foi a mais afetada com a forma clínica pulmonar. Ao

Tabela 1. Número de casos de tuberculose no Estado do Acre, no período de 1996 a 2000, distribuído pela procedência dos pacientes (sede municipal) e região geográfica.

Região	Município	Total, n (%)	Ano				
			1996	1997	1998	1999	2000
Vale do Rio Acre	Rio Branco	1.278 (71,8)	302	247	272	245	212
	Brasiléia	47 (2,6)	3	7	12	17	8
	Sen. Guiomard	32 (1,8)	4	4	13	5	6
	Xapuri	32 (1,8)	5	4	12	6	5
	Plácido de Castro	31 (1,7)	9	4	9	6	3
	Bujari	14 (0,8)	1	1	4	2	6
	Sena Madureira	12 (0,7)	3	7	0	0	2
	Epitaciolândia	9 (0,5)	2	0	4	2	1
	Porto Acre	8 (0,4)	0	1	5	1	1
	Acrelândia	3 (0,2)	0	1	1	0	1
	Assis Brasil	1 (0,1)	0	0	0	0	1
	Capixaba	0	0	0	0	0	0
	Manuel Urbano	1 (0,1)	0	1	0	0	0
Vale do Rio Juruá	Cruzeiro do Sul	208 (11,7)	39	38	31	58	42
	Feijó	47 (2,6)	5	8	11	18	5
	Tarauacá	35 (1,9)	8	7	3	7	10
	Mâncio Lima	11 (0,6)	3	0	0	6	2
	Santa Rosa	1 (0,1)	0	1	0	0	0
	Jordão	0	0	0	0	0	0
	Mal. Thaumaturgo	0	0	0	0	0	0
	Porto Walter	0	0	0	0	0	0
Total	Rodrigues Alves	12 (0,7)	0	3	1	4	4
	1.782 (100)	384	334	378	377	309	

Gráfico 1. Coeficiente de incidência das formas clínicas da tuberculose por 100.000 habitantes, no Estado do Acre, no período de 1996 a 2000.

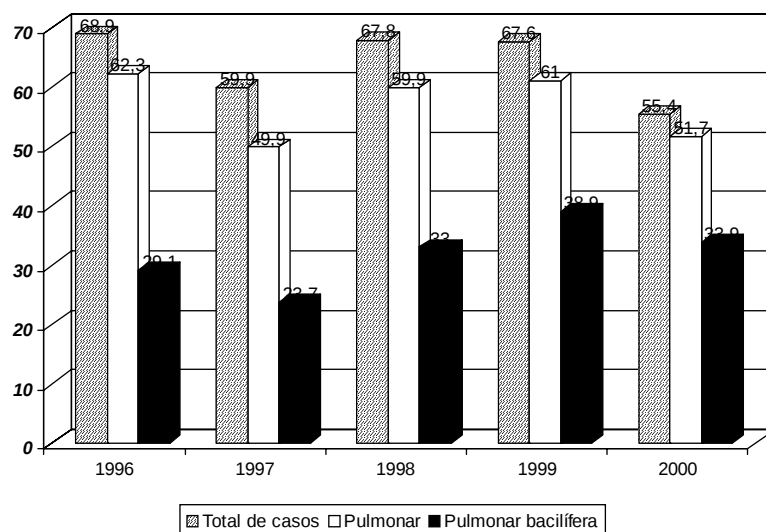


Tabela 2. Número de casos de tuberculose no Estado do Acre, no período de 1996 a 2000, conforme a faixa etária e a forma clínica.

Faixa etária (em anos)	Formas clínicas n(%)								Pulmonar	Total
	Extrapulmonar									
	ME	PL	MI	GU	GP	OL	Total			
0 4	27 (67,5)	4 (10,0)	-	2 (5,0)	2 (5,0)	2 (5,0)	37 (92,5)	3 (7,5)	40 (100,0)	
5 9	12 (60,0)	4 (20,0)	1 (5,0)	2 (10,0)	1 (5,0)	-	20 (42,6)	27 (57,4)	47 (100,0)	
10 14	6 (50,0)	2 (16,7)	2 (16,7)	-	1 (8,3)	1 (8,3)	12 (20,7)	46 (79,3)	58 (100,0)	
15 19	1 (14,3)	3 (42,9)	1 (14,3)	1 (14,3)	-	1 (14,3)	7 (6,2)	107 (93,8)	114 (100,0)	
20 29	-	6 (42,9)	3 (21,4)	-	2 (14,3)	3 (20,,0)	14 (3,8)	356 (96,2)	370 (100,0)	
30 39	1 (5,3)	11 (57,9)	2 (10,5)	2 (10,5)	1 (5,3)	2 (10,6)	19 (5,4)	330 (94,6)	349 (100,0)	
40 49	8 (21,6)	11 (29,7)	5 (13,5)	2 (5,4)	4 (10,8)	7 (18,9)	37 (10,9)	301 (89,1)	338 (100,0)	
50 59	1 (10,0)	5 (50,0)	2 (20,0)	-	-	2 (20,0)	10 (4,3)	220 (95,7)	230 (100,0)	
≥60	7 (25,0)	6 (21,4)	5 (17,9)	4 (14,3)	1 (3,6)	5 (17,7)	28 (12,4)	197 (87,6)	225 (100,0)	
Total	63 (3,6)	52 (2,9)	21 (1,2)	13 (0,7)	12 (0,7)	23 (1,3)	184 (10,4)	1587 (89,6)	1.771 (100,0)	

Meningoencefálica (ME); Pleural (PL); Miliar (MI); Gêrito-urinária (GU); Ganglionar periférica (GP); Outras localizações (OL).

comparar a frequência de casos com tuberculose pulmonar *versus* o conjunto daqueles com as formas extrapulmonares, das faixas etárias de 0 | 9, 10 | 29, 30 | 59 e ≥60, foi significativamente maior ($p < 0,001$) a forma pulmonar entre aqueles de 30 | 59 anos (48,0%; $n=829$).

Nos 1.365 casos com desfecho registrado (cura ou óbito), excluídos os 417 que abandonaram o tratamento, a taxa de letalidade foi significativamente maior ($p < 0,001$) entre os portadores de formas extrapulmonares (25/184), comparada a forma pulmonar (64/1.181), respectivamente 13,6% e 5,4%. A pesquisa de BAAR no escarro foi positiva em 874 (49,0%) dos casos estudados, negativa em 227 (12,8%) e não realizada em 681 (38,2%) casos. Já a radiografia de tórax não foi realizada em 586 (32,9%) casos e em 672 (37,7%) não havia registro nas fontes de informação. Naqueles com radiografia de tórax (29,4%), o laudo do exame foi sugestivo em 520 (29,2%) e normal em 4 (0,2%).

A reação de Mantoux foi realizada em apenas 104 (5,8%) casos, sendo 10,6% não-reatores ($n=11$), 51,9% reatores-fracos ($n=54$) e 37,5% reatores-fortes ($n=39$). Porém, a maioria (94,2%) não teve acesso ao teste tuberculínico ($n=738$; 41,4%) ou a informação não foi registrada ($n=940$; 52,8%).

Considerando que as indicações desses exames também têm variações conforme as formas clínicas da

tuberculose, pulmonar vs. extrapulmonar, essas frequências foram avaliadas entre as mesmas, mas não houve diferença com significado estatístico ($p > 0,43$).

A quase totalidade dos casos ($n=1.610$; 90,4%) não foi submetida ao teste sorológico (ELISA) para a pesquisa de anticorpos anti-HIV. Entre as pessoas com pesquisa de anticorpos anti-HIV ($n=168$), 90 (53,6%) foram soronegativas, 13 (7,7%) soropositivas e 65 (38,7%) não tinham registro do resultado do exame. Nos 13 casos soropositivos não houve registro de nenhum resultado de exame confirmatório. Para os casos com resultado do exame sorológico ($n=103$), a taxa de mortalidade foi maior ($p < 0,0001$) entre as pessoas soropositivas (12/13) do que entre as soronegativas (14/90), respectivamente 92,3% *versus* 15,6%.

Com relação ao tipo de entrada no tratamento, a quase totalidade ($n=1.633$; 91,6%) foi classificada como caso-novo ou virgem de tratamento específico. Os demais casos (8,4%) corresponderam aos de recidiva ($n=43$; 2,4%), reingressos ($n=53$; 3,0%) ou sem informação ($n=53$; 3,0%).

O tratamento específico com esquema I (E-I) foi prescrito em 1.585 (88,9%) dos casos, sendo o grupo restante ($n=197$) assim distribuído: 9,6% ($n=171$) com o esquema terapêutico I-R; 0,2% ($n=4$) com o II; 0,06% ($n=1$) com o III; 0,1% ($n=2$) com outros esquemas terapêuticos anti-tuberculose; e 19 (1,1%) sem qualquer tratamento registrado. Excluindo-se esses

últimos casos (n=19), as frequências do tipo de tratamento (E-I *versus* outros esquemas) não diferiram estatisticamente ($p=0,71$) entre os casos tratados na cidade de Rio Branco (1.145/1.276) daqueles realizados em outras localidades do Estado do Acre (439/486), respectivamente 89,7% e 90,3%.

Em 1.772 (99,4%) casos, houve registro do desfecho e 10 pacientes mudaram de cidade após a introdução do tratamento específico. Entre esses 1.772 casos, a cura somente foi registrada em metade (50,6%; n=897), porque outros 384 (21,7%) pacientes foram classificados no grupo de cura não-registrada pela falta de indicadores. Além desses, 417 (23,4%) casos abandonaram o tratamento e 90 (5,1%) foram a óbito. A Tabela 3 mostra a distribuição dos óbitos e o coeficiente de mortalidade (/100.000 habitantes por ano de ocorrência). Considerando a população estimada em cada ano de estudo, em 1998 ocorreu o maior número de óbitos (n=24); e em 1996, o maior coeficiente de mortalidade (4,9/100.000 habitantes).

Tabela 3. Número de óbitos e coeficiente (C) de mortalidade por 100.000 habitantes por tuberculose nos anos de 1996 a 2000, segundo a população estimada* do Estado do Acre.

Ano	Número de óbitos	População*	Coeficiente
1996	22	446.000	4,9
1997	10	472.000	2,1
1998	24	514.000	4,7
1999	21	527.000	4,0
2000	13	557.000	2,3

A distribuição de óbitos por idade, sexo e grupo racial (Tabela 4) mostra que as crianças com 5 ou menos anos de idade (15%) e os casos do grupo classificado como indígena (9,9%) apresentaram frequência significativamente maior ($p<0,01$), que entre as crianças maiores de 5 anos (4,9%) e o grupo não-indígena (4,7%). A frequência de óbitos também foi maior nos casos do sexo masculino (6%), do que para o feminino (3,9%), entretanto, não houve diferença estatisticamente significativa (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição dos óbitos por tuberculose segundo idade, sexo e grupo racial no Estado do Acre no período de 1996 a 2000.

Variáveis	Óbito, n(%)		p
	Sim	Não	
Idade (anos)			
≤5	6 (15,0)	34 (85,0)	<0,005
>5	83 (4,9)	1.621 (95,1)	
Sexo			
masculino	58 (6,0)	913 (94,0)	>0,05
feminino	32 (3,9)	779 (96,1)	
Grupo racial			
indígena	13 (9,9)	118 (90,0)	<0,009
não-indígena	77 (4,7)	1.574 (95,3)	

Discussão

A notificação e a análise dos casos de tuberculose são relevantes componentes do sistema de vigilância epidemiológica⁽²⁸⁾. Apesar disso, entraves de planejamento e ou operacionais podem impor limitações na notificação desse agravo à saúde e, conseqüentemente, prejudicar a detecção de novos casos, a interpretação dos resultados, a avaliação dos serviços de saúde ou até o funcionamento dos mesmos, a comparação dos casos esperados *versus* notificados, entre outros efeitos danosos ao sistema de saúde. O sistema de vigilância epidemiológica é minimamente satisfatório, quando permite estimar a situação da doença numa determinada população ou região e avaliar o possível impacto das medidas de controle⁽³⁰⁾.

Nesse sentido, também as desigualdades regionais dificultam a comparação das estratégias utilizadas pelo sistema de vigilância, até porque a tuberculose no Brasil tem distribuição espacial não-homogênea, além de receber forte influência de fatores socioeconômicos - o que ocorre tanto em países desenvolvidos como naqueles com os piores indicadores de desenvolvimento humano⁽²⁵⁾. Por sua vez, essa situação também gera outros entraves ao maior desenvolvimento

do sistema de vigilância epidemiológica. Também, as disparidades regionais explicam a concentração observada (83,4%) de casos de tuberculose em dois municípios do Estado do Acre (Rio Branco e Cruzeiro do Sul), pois isso é o provável reflexo da maior oferta e facilidades de acesso aos serviços de saúde nesses pólos regionais, localizados nas suas duas macro-regiões do Estado, respectivamente Vale do Rio Acre e Vale do Rio Juruá.

Na série estudada, apesar das várias fontes de informação, propositadamente não foi realizada nenhuma validação dos registros disponíveis, mesmo usando dois bons instrumentos de vigilância (*e.g.*, SINAN e livro “preto” de registro). Isso porque não houve nesta fase do estudo o prévio objetivo de validar esses instrumentos, apesar de necessário na futura investigação (em fase de conclusão) abrangendo o período de 2001 a 2006, e também porque a maioria das fontes de informação utilizada carecia, na época deste estudo, de melhor organização e ordenamento, inclusive técnico-administrativo. Também, em nesse futuro estudo, abrangendo o período de 2001 a 2006, será avaliada a mudança de comportamento das formas clínicas da tuberculose, e como essas variam entre as duas macro-regiões do Estado do Acre - cada uma corresponde a aproximadamente metade da área territorial dessa unidade federada, aquela mais oriental (Vale do Rio Acre), onde se concentra a maioria dos serviços de saúde, e a mais ocidental (Vale do Rio Juruá); ambas as regiões têm, respectivamente, como pólos as cidades de Rio Branco (capital do Estado do Acre) e Cruzeiro do Sul.

Neste estudo, há aparente predominância de pessoas indígenas registradas como procedentes daqueles dois municípios pólos. Todavia, ambos os municípios têm populações e reservas indígenas menores do que as de outros municípios do Estado do Acre⁽²⁴⁾. Desse modo, é possível especular que o registro da procedência do paciente, nos bancos de dados avaliados, não mereceu o devido rigor técnico. Portanto, muito provavelmente, a distribuição dos casos de tuberculose por município, desta série histórica, reflete com mais propriedade a influência daquelas localidades (Rio Branco e Cruzeiro do Sul)

com maiores recursos humanos e do número de serviços de saúde e explica, em parte, porque no período estudado, de 1996 a 2000, nenhum caso de tuberculose foi notificado em quatro municípios do Estado do Acre.

Não obstante, o fato desses quatro municípios sofrerem forte influência de Rio Branco ou de Cruzeiro do Sul acaba dificultando ou impedindo o atendimento e o acompanhamento dos seus pacientes e comunicantes pelo serviço de saúde mais próximo do domicílio do caso, como recomendam o Ministério da Saúde⁽⁷⁾ e os organismos internacionais⁽¹⁹⁾, especialmente quando se observam as estratégias mais atuais de vigilância e controle⁽²⁹⁾. No entanto, essa e outras questões só ficarão melhores esclarecidas com o estudo de maior série histórica, incluindo o período de 2001 a 2006, além de comparar esses dois recortes temporais (1996 — 2000 vs. 2001 — 2006), pois foi dentro desse primeiro período (1996 — 2000), mais precisamente durante o primeiro semestre de 1999, iniciada o treinamento de recursos humanos e a sistematização do sistema de vigilância, até então extremamente desorganizado e ineficiente (A. Sandres: informação pessoal). Assim, por enquanto, os atuais resultados têm quase exclusivamente validade interna e servem mais como indicadores das investigações em andamento.

Considerando os números descritos para tuberculose em cada município do Estado do Acre e a sua respectiva população⁽¹⁶⁾, comparando-os aos coeficientes de incidência no Brasil⁽³⁾, é muito provável que a quase totalidade das demais populações municipais do Estado também busque, inclusive espontaneamente, os dois centros urbanos de maiores recursos. Dessa forma, devem ser investigadas as razões, provavelmente de várias naturezas, que expliquem os resultados observados.

Talvez, a falta de uma política continuada de vigilância e controle da tuberculose no Estado do Acre, especialmente antes de Janeiro de 1999, explique os resultados observados, inclusive a elevada frequência (23,4%) de abandono do tratamento específico, bem como os elevados percentuais de casos de tuberculose sem pesquisa do *M. tuberculosis* (38,2%) e ou sem

radiografia de tórax (70,6%). Adicionalmente, apesar da recomendação técnica⁽¹⁰⁾, na quase totalidade (90,4%) dos casos não foram pesquisados os anticorpos anti-HIV. Não obstante, era esperado por conta da maior indicação clínica de alguns exames (*e.g.*, pesquisa do *M. tuberculosis* e radiografia de tórax) que os mesmos tivessem registros mais frequentes entre os casos com a forma clínica pulmonar, porém isso não foi observado nesta primeira parte da série histórica a necessidade de avaliação sobre a qualidade da educação permanente dos profissionais das equipes de saúde, inclusive das normas e rotinas aplicadas à tuberculose disponíveis nos serviços do Sistema Único de Saúde da SESSACRE.

Nesse contexto, apesar dos coeficientes de incidência descritos para o ano de 1999 serem discretamente inferiores aos relatados por Rufino-Netto⁽²¹⁾, é muito provável, pela baixa capacidade de diagnóstico observada no Estado do Acre, que ambas as séries tenham números que subestimem a realidade. Por sua vez, essa situação tem associação direta com a capacidade de detecção, de notificação e registro adequado de casos pelo sistema de saúde, e, portanto, favorecendo o elevado número de casos sem o registro das informações básicas e ou ampliando as chances da sub-notificação, além de ser muito provável que muitos casos, em áreas mais remotas do Estado do Acre, não sejam sequer detectados.

Apesar das limitações descritas nesta série histórica, houve concordância com a literatura⁽¹⁾ sobre o predomínio de pessoas do sexo masculino portadoras de tuberculose, bem como a tendência da maior taxa de letalidade nesse grupo. Também em concordância com a literatura, além do expressivo número de casos ($n=131$) de tuberculose entre as pessoas do grupo indígena e considerando o tamanho da população nativa no Estado do Acre^(5,11), houve entre as mesmas, significativamente ($p<0,009$), maior taxa de letalidade (9,9% vs. 4,7%).

Nesta série histórica e naquelas descritas por outros autores⁽¹³⁾, também houve também concordância na distribuição dos casos de tuberculose entre as faixas etárias, especialmente naquelas economicamente ativas e a maior taxa de letalidade nas crianças com 5 ou

menos anos de idade⁽²⁾. De igual modo, a maior frequência na faixa etária de 0 a 4 anos da forma clínica meningoencefálica da tuberculose está de acordo com o que descreve a literatura⁽²⁷⁾.

Em conclusão e considerando as limitações descritas, este estudo além de confirmar as elevadas taxas de incidência da tuberculose no Estado do Acre, releva a necessidade de treinamento dos recursos humanos disponíveis, da reavaliação dos recursos diagnósticos, planejamento de estratégias de ação e controle e de revisão do sistema de vigilância epidemiológica. Porque, do contrário, prevalecendo nos dias atuais às observações assinaladas nesse período estudado (de 1996 a 2000), a tuberculose no Estado do Acre não só será mais uma calamidade negligenciada⁽²²⁾, como a população estará exposta a grave risco até por existir todas as condições facilitadoras da disseminação da infecção e das formas multiresistentes^(10,23).

Referências Bibliográficas

1. Begum V, Colambini P, Gupta S, Salim AH, Hussain H, Pietroni M, Rahman S, Pahan D, Borgdorff MW. Tuberculosis and patient gender in Bangladesh: sex differences in diagnosis and treatment outcome. *International Journal Tuberculosis Lung Disease* 5: 604-610, 2001.
2. Campos HS. Tuberculose: um perigo real e crescente. *Journal Bearing Machine* 70: 73-105, 1996.
3. Chaimowich F. Age transition of tuberculosis Incidence and mortality in Brasil. *Revista de Saúde Pública* 35: 81-87, 2001.
4. Davies PDO, Grange JM. Factors affecting susceptibility and resistance to tuberculosis. *Thorax* 56 (suppl II): 23-29, 2001.
5. Escobar AL, Coimbra CES, Camacho LA, Portela MC. Tuberculose em população indígenas de Rondônia, Amazônia, Brasil. *Caderno de Saúde Pública* (São Paulo) 17: 285-298, 2001.
6. Fundação Nacional de Saúde. Manual de normas para controle da tuberculose. Ministério da Saúde, Brasília, 1995.
7. Fundação Nacional de Saúde. Guia epidemiológico. Ministério da Saúde, Brasília, 1999.
8. Fundação Nacional de Saúde. Boletim Informativo de Epidemiologia. Ministério da Saúde, Brasília, 2000.
9. Fundação Nacional de Saúde. Guia epidemiológico. Ministério da Saúde, Brasília, 2002.

10. Gerard M. Tuberculosis in patients infected with the human immunodeficiency virus. *Monaldi Archives Chest Disease* 6:155-63, 1998.
11. Gómez PJ. A Tuberculose nas populações indígenas do Norte das Américas: com uma visão especial para as populações indígenas do norte da Amazônia, uma revisão da literatura. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000.
12. Gonçalves JAA. Tuberculose no Acre: série histórica de 1996 a 2000. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2002.
13. Hijjar MA, Oliveira MJPR, Teixeira GM. A tuberculose no Brasil e no mundo. *Boletim de Pneumologia Sanitária* 9: 9-20, 2001.
14. Ho TBL, Shaw RJ. Diagnosis and management of tuberculosis. *Monaldi Archives Chest Disease* 53: 424-428, 1998.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2000. Rio de Janeiro, 2001.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2000. Rio de Janeiro, 2002.
17. Job JRPP, Prado PEBS, Vranjac S, Duarte PC. Comparação de dados epidemiológicos da tuberculose pulmonar em Sorocaba, SP; Brasil, em uma década (1986-1996). *Revista de Saúde Pública* 32: 596-597, 1998.
18. Kritski AL, Silva JRL, Conde MB. Tuberculosis and HIV: renewed challenge. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* 93: 417-421, 1998.
19. Organização Panamericana de Saúde. Tuberculose infantil. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* (Barcelona) 116: 9-58, 1995.
20. Pilheu JA. Tuberculose 2000. Problemas y soluciones. *Revista Argentina del Torax* 57: 19-31, 1996.
21. Ruffino-Netto A. Programa de controle da tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. *Informe Epidemiológico do SUS* 10: 129-138, 2001.
22. Ruffino-Netto A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 35: 51-58, 2002.
23. Salamina G, Sodano L, Mezzetti F, Moro ML. The threat of multidrug-resistant tuberculosis: results of 1 tr. of surveillance in the Lombardy region of Italy. *Monaldi Archives Chest Disease* 54: 332-336, 1999.
24. Secretaria de Coordenação da Amazônia. Situação das terras indígenas no Acre, demarcações 2000. Ministério do Meio Ambiente, Brasília, 2002.
25. Tocque K, Regan M, Remington T, Beeching NJ, Syed Q, Davies PD. Social factors associated with increases in tuberculosis notifications. *European Respiratory Journal* 13: 541-545, 1999.
26. Toledo Júnior ACC. Tuberculose doença reemergente ou endêmica? *Revista Médica de Minas Gerais* 8: 20-23, 1998.
27. Valente MS, Chieira L. Tuberculose extrapulmonar. revisão teórica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, Lisboa, 5: 75-89, 1999.
28. World Health Organization. Global tuberculosis program – global tuberculosis control. WHO Report 1998. WHO/TB/98.2377, p.101-116, 1998.
29. World Health Organization. Stop tuberculosis partnership. The global plan to stop tuberculosis WHO/CDSTB/16, 2001.
30. World Health Organization. Global Tuberculosis Control, p. 159, 1998, disponível em <http://www.who.net/gtb/publications>, em 23 de Outubro de 2001.

Comparação da Prevalência da Síndrome Metabólica de Acordo com Critérios do National Cholesterol Education Program – Adult Treatment Panel III (NCEP–ATP III) e da International Diabetes Federation (IDF)

Comparison of the Prevalence of the Metabolic Syndrome in Accordance to the Criteria of the National Cholesterol Education Program – Adult Treatment Panel III (NCEP-ATP III) and of the International Diabetes Federation (IDF)

Maria de Lourdes Lima^{1 2} Juliana Melo², Raquel Correia², Olívia Bomfim²

¹*Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA;*

²*Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública da Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências (FBDC), Salvador, BA*

Síndrome metabólica (SM) é um transtorno complexo representado por uma constelação de fatores de risco metabólicos e cardiovasculares envolvendo usualmente, obesidade e resistência insulínica e que não possui uma definição universalmente aceita. O objetivo do estudo é comparar a prevalência da SM em pacientes ambulatoriais de acordo com os critérios do *National Cholesterol Education Program – Adult Treatment Panel III* (NCEP-ATP III) e da *International Diabetes Federation* (IDF). Este é um estudo transversal, com dados obtidos da revisão dos prontuários de 200 pacientes, com idade entre 18 e 88 anos ($47,9 \pm 14,5$), 57% mulheres, com IMC de $29,8 \pm 5,3$ Kg/m² atendidos por único examinador, em uma clínica de endocrinologia na cidade de Salvador-Bahia. Foram incluídos apenas os prontuários em que estivessem registrados medida da circunferência abdominal, pressão arterial, glicemia, triglicerídeos e HDL-c. Preencheu-se ficha de avaliação padrão, com cálculo das frequências de cada um dos fatores de risco, bem como da SM, utilizando os dois critérios. Os dados foram analisados através do programa SPSS, utilizando o teste do χ^2 para comparação de proporções e o teste t de Student nas variáveis contínuas. A prevalência da SM pelos critérios da IDF foi significativamente maior dos que a do NCEP-ATPIII (51% vs. 38%, $P = 0,008$) e aumentou com a idade e no sexo masculino. Portanto, o critério da IDF tendeu a incrementar a prevalência da síndrome metabólica, quando comparado com o critério do NCEP-ATPIII.

Palavras-chave: síndrome metabólica, critérios diagnósticos, resistência insulínica.

Metabolic syndrome (MS) is a complex disorder represented by a group of metabolic and cardiovascular risk factors that involves, usually, obesity and insulin resistance and doesn't have a universally accepted definition. The aim of this study is to compare the prevalence of the MS in out patients in accordance to the criteria of the National Cholesterol Education Program - Adult Treatment Panel III (NCEP-ATP III) and of the International Diabetes Federation (IDF). This was a cross-sectional survey with data obtained from the review of two-hundred patients' charts seen by only one doctor, in an endocrinology clinic in the city of Salvador-Bahia, aged from 18 to 88 years ($47,9 \pm 14,5$), 57% women, BMI = $29,8 \pm 5,3$ Kg/m². It included just charts of patients in which waist circumference, blood pressure, glucose level, triglycerides and HDL cholesterol were registered. Standard forms were filled out, assessing and calculating the frequencies of each one of the risk factors and the criteria for MS using both definitions. Data were evaluated through SPSS program, using the χ^2 test for comparison of proportions and Student's t test on continuous variables. The MS prevalence by IDF criteria was higher than the NCEP-ATP III criteria (51% vs. 38%, $P=0.008$) and increased according to age and among the male gender. Therefore, the International Diabetes Federation criteria enhanced the MS prevalence when compared with NCEP-ATP III criteria.

Key-words: metabolic syndrome, diagnostic criteria, insulin resistance.

A Doença Cardiovascular Aterosclerótica (DCVA), apesar do declínio, ainda é, com margem considerável, a principal causa de morte nos países desenvolvidos, impondo um ônus econômico cada vez maior⁽⁶⁾. A síndrome metabólica (SM), por sua vez, inicialmente descrita por Reaven como “Síndrome X”, vem recebendo destaque nos últimos anos, no cenário nacional e internacional, a respeito de suas implicações na DCVA⁽¹⁷⁾.

A síndrome metabólica é, na verdade, uma constelação de fatores de risco inter-relacionados, de origem metabólica e que parecem promover, direta ou indiretamente, o desenvolvimento de DCVA, culminando num aumento da morbi-mortalidade geral e cardiovascular e predispondo ao desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2^(1,12). Esse transtorno complexo não possui uma patogênese única, embora

esteja, usualmente, relacionado à obesidade central e à resistência insulínica⁽¹⁴⁾ e envolva a manifestação de um estado pró-trombótico e pró-inflamatório⁽¹²⁾.

As definições específicas propostas sobre a SM: *Third Report of the National Cholesterol Education Program – Adult Treatment Panel III*⁽⁸⁾ (NCEP-ATP III), *World Health Organization*⁽²⁾ (WHO), *American Association of Clinical Endocrinologists*⁽⁵⁾ (AACE), *European Group for Study of Insulin Resistance*⁽⁷⁾ (EGIR) e *International Diabetes Federation*⁽¹³⁾ (IDF) ainda não entraram em um consenso, não havendo, por conseguinte, uma definição padrão que possa ser usada rotineiramente. A primeira diretriz brasileira de diagnóstico e tratamento da síndrome metabólica, por sua vez, utiliza critérios do NCEP-ATP III para o seu diagnóstico⁽²¹⁾ (Quadro 1). O fato de existirem diversas classificações dificulta a

Quadro 1. Critérios diagnósticos para Síndrome Metabólica pelo *Third Report of the National Cholesterol Education Program – Adult Treatment Panel III* (NCEP-ATP III), *World Health Organization* (WHO) e *International Diabetes Federation* (IDF).

NCEP - ATP III	WHO	IDF
Presença de 3 ou mais dos seguintes critérios:	Presença de diabetes, tolerância à glicose alterada, glicose em jejum alterada ou resistência insulínica mais 2 ou mais das seguintes anormalidades:	Circunferência abdominal para cada população específica: América Latina homens ≥ 90 cm, mulheres ≥ 80 cm, mais 2 dos critérios seguintes:
1. Circunferência abdominal ≥ 102 cm em homens e ≥ 88 cm em mulheres;	1. Pressão arterial: $\geq 140/90$ mmHg;	1. TG ≥ 150 mg/dL ou sobre tratamento específico;
2. Triglicérides: ≥ 150 mg/dL	2. Triglicérides ≥ 150 mg/dL e/ou HDL-c < 35 mg/dL em homens e < 39 mg/dL em mulheres;	2. HDL-c < 40 mg/dL em homens ou < 50 mg/dL em mulheres ou sobre tratamento específico;
3. HDL-c: < 40 mg/dL em homens e < 50 mg/dL em mulheres;	3. relação cintura/ quadril $> 0,90$ em homens ou $> 0,85$ em mulheres e/ou IMC > 30 kg/m ² ;	3. Pressão arterial ≥ 130 mm Hg sistólica ou ≥ 85 mm Hg diastólica ou sobre tratamento anti-hipertensivo;
4. Pressão arterial: $\geq 130/85$ mmHg;	4. Microalbuminúria: ≥ 20 µg/min ou uma relação albumina/creatinina ≥ 20 mg/g.	4. Glicose de jejum ≥ 100 mg/dL (incluindo diabetes).
5. Glicemia em jejum: > 110 mg/dL		

Recebido em 20/08/2006

Aceito em 27/10/2006

Endereço para correspondência: Dra. Maria de Lourdes Lima, R. Coronel Artur Gomes de Carvalho 537 (Apto. 402), Pituba, 41820-190, Salvador, BA, Brasil. Tel: 55713359-0760. E-mail: mlourdeslima@hotmail.com.

comparação de diferentes populações e a prevalência pode diferir numa mesma população, a depender da definição utilizada.

Cabe ressaltar, contudo, que independente do critério utilizado e das modificações de cada um deles, a prevalência da síndrome metabólica tem aumentado, bem como o risco para doença cardiovascular aterosclerótica.

O objetivo principal deste estudo é, portanto, comparar a frequência da síndrome metabólica de acordo com os critérios do NCEP-ATP III e da IDF.

Material e Métodos

Estudo transversal com dados pré-existentes, obtidos através da revisão dos prontuários de 200 pacientes com idade entre 18 e 88 anos, atendidos consecutivamente, em uma clínica de Endocrinologia na cidade de Salvador-Bahia. Com intuito de padronizar as medidas da circunferência abdominal no mesmo local foi escolhido apenas um examinador.

Foram incluídos no estudo pacientes que tinham os seguintes registros no prontuário: medida da circunferência abdominal, pressão arterial, glicemia, triglicérides e HDL. Os pacientes que não possuíam registro de pelo menos um dos cinco fatores de risco descritos acima foram excluídos.

Foi preenchida ficha de avaliação padrão, que incluía dados demográficos, medida da circunferência abdominal, índice de massa corpórea (IMC), pressão arterial, níveis glicêmicos e perfil lipídico. Foi calculada a frequência de cada fator de risco bem como a frequência da síndrome metabólica, utilizando os critérios do NCEP-ATP III e da IDF. Além da avaliação global, foi feita estratificação por sexo e idade (maior ou igual a 50 anos e menores que 50 anos). A determinação da pressão arterial foi efetuada de acordo com os critérios do VII *Joint*⁽⁴⁾. A medida da circunferência abdominal foi realizada no ponto médio entre o rebordo costal inferior e a crista ilíaca⁽²¹⁾.

Diabetes mellitus foi definido como duas glicemias de jejum acima de 126 mg/dl ou em tratamento⁽²²⁾ e hipercolesterolemia como colesterol sérico maior ou

igual a 200mg/dl⁽²³⁾. Obesidade foi definida como IMC = 30 Kg/m² e sobrepeso, aqueles com IMC entre 25 e 30 Kg/m²⁽²⁴⁾.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências (FBDC) (Parecer número 77/2005).

As variáveis contínuas foram expressas em médias e desvio padrões; já as variáveis categóricas, em proporção. O teste do χ^2 foi utilizado na comparação das proporções e o teste t de Student, nas variáveis contínuas. Os dados foram analisados através do programa SPSS versão 9.0 (SPSS, Inc, Chicago, Illinois).

Resultados

Foram revisados os prontuários de 200 pacientes, 86 (43%) homens e 114 (57%) mulheres, com idade variando de 18 a 88 anos ($47,9 \pm 14,5$ anos), IMC de $29,8 \pm 5,3$ Kg/m². A descrição dos parâmetros clínicos estratificada pelo gênero em pacientes sem síndrome metabólica e com a síndrome definida pelas classificações do NCEP-ATPIII e do IDF é apresentada na Tabela 1. As mulheres que apresentavam SM tinham idade, IMC, circunferência abdominal, níveis pressóricos, glicemia, triglicérides e HDL mais elevados do que aquelas sem SM. Nos homens, apenas circunferência abdominal, pressão arterial e triglicérides foram mais elevados no grupo com SM.

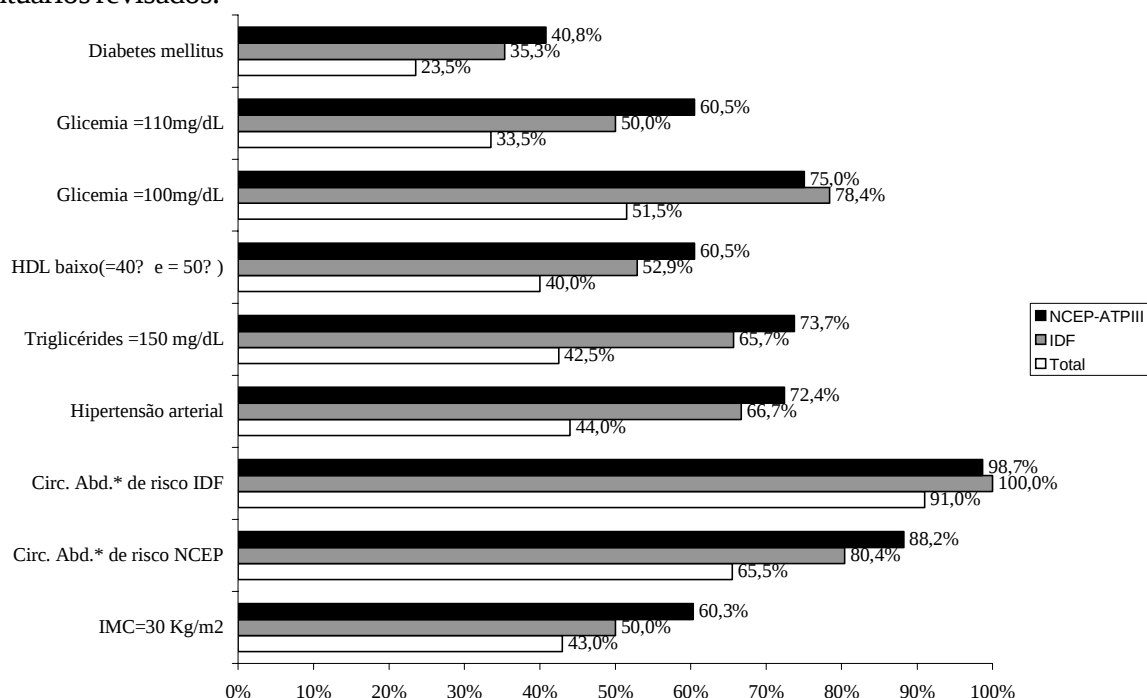
Hipertensão arterial foi encontrada em 88 pacientes (44%), diabetes mellitus em 47 (23,5%), glicemia de jejum alterada em 55 (27,5%), obesidade em 96 (43%), sobrepeso em 72 (38,7%), hipertrigliceridemia em 85 (42,5%) e hipercolesterolemia em 104 (52%). Os pacientes usando fibratos (3) e os que usavam estatina (12) foram considerados hipertrigliceridêmicos e hipercolesterolêmicos respectivamente. A Figura 1 mostra a prevalência dos fatores de risco em todo o grupo de pacientes e naqueles com SM definidos pelos critérios do NCEP-ATP III e da IDF. Não houve diferença estatisticamente significativa na frequência dos fatores de risco quando comparados os dois critérios. Síndrome metabólica definida pelos critérios do NCEP-

Tabela 1. Características dos pacientes ambulatoriais com e sem síndrome metabólica (SM) definidos pelo *Third Report of the National Cholesterol Education Program – Adult Treatment Panel III* (NCEP-ATP III) e pela *International Diabetes Federation* (IDF) estratificados pelo gênero.

Variável	Homens (n = 86)			Mulheres (n = 114)		
	SM NCEP (n=41)	SM IDF (n=57)	Sem SM (n=28)	SM NCEP (n=35)	SM IDF (n=45)	Sem SM (n=34)
Idade (anos)	52 ± 16	51 ± 15	48 ± 13	53 ± 14*	51 ± 1 [#]	43 ± 14
IMC (Kg/m ²)	32 ± 6	31 ± 6	29 ± 5	32 ± 5	32 ± 5	28 ± 4
TAS (mm/Hg)	147 ± 19*	143 ± 19 [#]	123 ± 9	142 ± 18*	139 ± 18 [#]	124 ± 9
TAD (mm/Hg)	88 ± 8*	87 ± 8 [#]	80 ± 4	87 ± 10*	86 ± 10 [#]	80 ± 4
C. Abdominal (cm)	110 ± 12*	108 ± 11 [#]	102 ± 14	104 ± 13*	102 ± 13 [#]	89 ± 9
Glicemia (mg/dL)	135 ± 60	132 ± 58	108 ± 45	132 ± 58*	124 ± 53 [#]	93 ± 23
Colesterol (mg/dL)	212 ± 44	215 ± 44	199 ± 38,	212 ± 46	214 ± 47	202 ± 33
Triglic. (mg/dL)	207 ± 114*	203 ± 113 [#]	146 ± 62	180 ± 64*	171 ± 62 [#]	99 ± 38
HDL (mg/dL)	42 ± 11	44 ± 11	47 ± 8	46 ± 12*	46 ± 11 [#]	54 ± 10
LDL (mg/dL)	133 ± 42	133, ± 42	118 ± 30	131 ± 45	134 ± 46	128 ± 30

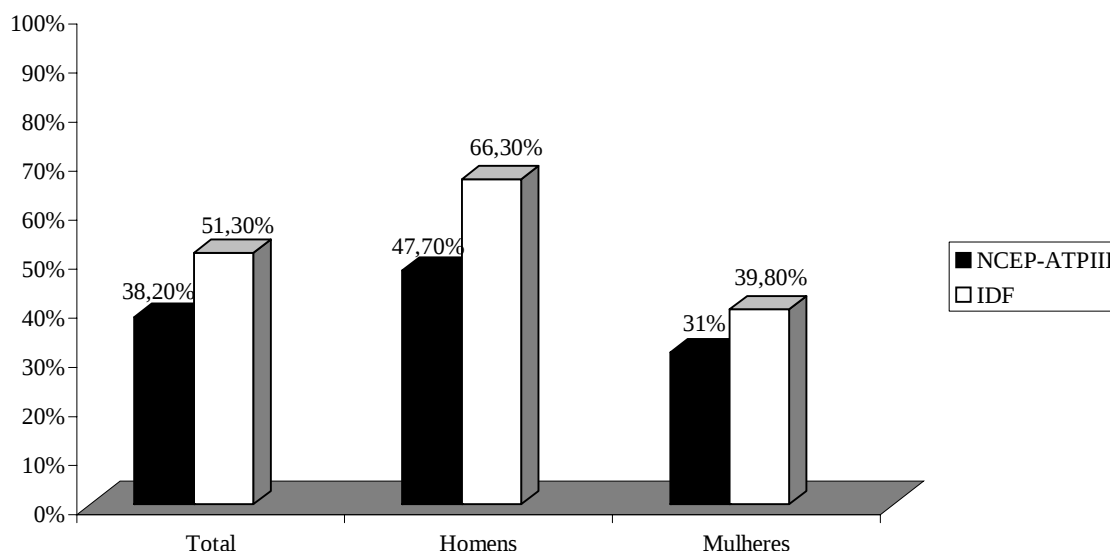
* P < 0,05 (Comparação de pacientes sem a síndrome metabólica com aqueles com a síndrome definida pelos critérios do NCEP-ATPIII). # P < 0,05 (Comparação de pacientes sem a síndrome metabólica com aqueles com a síndrome definida pelos critérios do IDF). C. Abdominal = Circunferência abdominal. Triglic. = triglicerídeos.

Figura 1. Prevalência dos fatores de risco de acordo com os critérios diagnósticos do *Third Report of the National Cholesterol Education Program – Adult Treatment Panel III* (NCEP-ATP III) e pela *International Diabetes Federation* (IDF), distribuídos de acordo com diagnóstico de Síndrome Metabólica e no total dos 200 prontuários revisados.



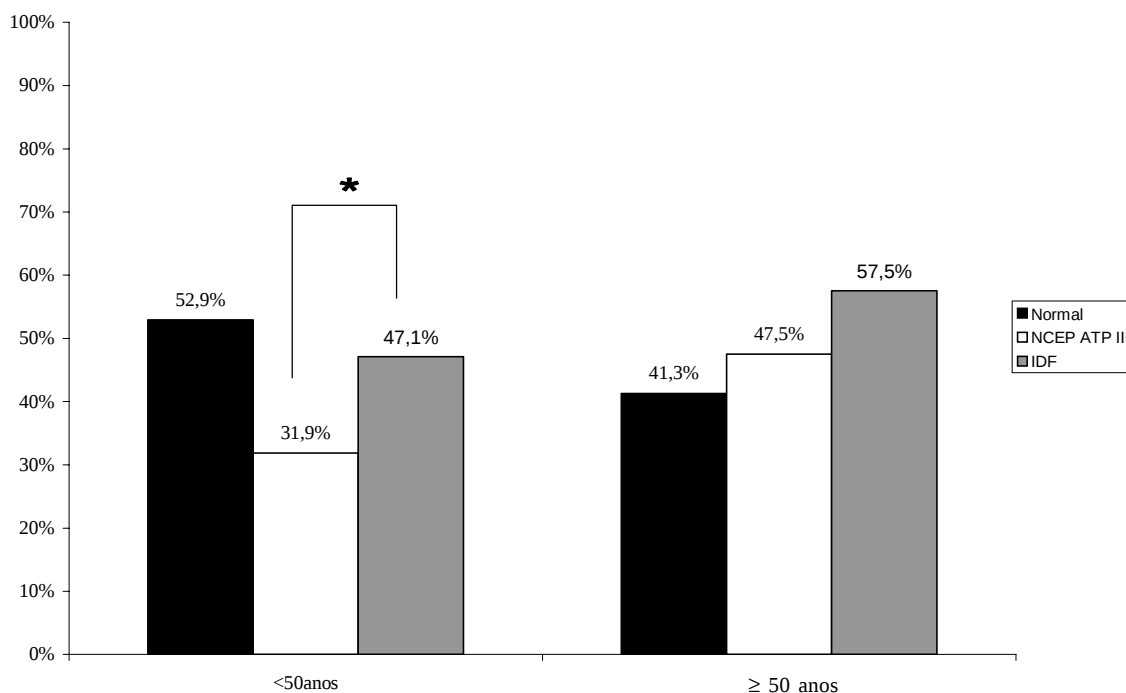
* Circunferência abdominal.

Figura 2. Prevalência da síndrome metabólica por sexo, em 200 prontuários de pacientes ambulatoriais de acordo com critérios do *Third Report of the National Cholesterol Education Program – Adult Treatment Panel III* (NCEP-ATP III) e pela *International Diabetes Federation* (IDF).



* NCEP-ATP III vs IDF: total ($P = 0,008$); homens ($P = 0,01$), mulheres ($P = 0,16$).

Figura 3. Prevalência da síndrome metabólica (SM) pelos critérios do *Third Report of the National Cholesterol Education Program – Adult Treatment Panel III* (NCEP-ATP III) e pela *International Diabetes Federation* (IDF) em 200 prontuários de pacientes ambulatoriais estratificados por idade: menor que 50 anos e maior ou igual a 50 anos.



* $P < 0,05$: IDF vs. NCEP ATP III <50 anos.

ATP III esteve presente em 76 pacientes (38%). Quando os critérios do IDF foram utilizados, a prevalência aumentou para 51%, estando presente em 102 pacientes ($P = 0,008$). O sexo masculino apresentou maior prevalência em ambas as definições. No sexo feminino, a diferença da prevalência entre os dois critérios não foi significativa (Figura 2).

A Figura 3 mostra a prevalência de síndrome metabólica pelos dois critérios, estratificados por faixa etária: menores e maiores ou igual a 50 anos. Observa-se um aumento da prevalência da síndrome nos dois grupos com o avançar da idade. Entretanto, a diferença da prevalência da síndrome pelos dois critérios foi significativa apenas nos indivíduos com menos de 50 anos.

Discussão

Existe grande discussão entre os especialistas se a síndrome metabólica é uma entidade independente com um fator patogênico central, que é a resistência à insulina, ou se é apenas um conglomerado de vários fatores de risco cardiovasculares reunidos no mesmo indivíduo^(12,14). Independente da questão conceitual a respeito da existência ou não desta síndrome, se torna imprescindível uma uniformidade na sua definição clínica, tópico este ainda bastante controverso no contexto médico, visto que as entidades que estudam o assunto até o momento não chegaram a um consenso.

Desde que foi descrita por Reaven em 1988⁽⁹⁾, as definições diferem tanto nos critérios diagnósticos, como nos seus pontos de corte⁽¹⁸⁾. Desde então, várias modificações, particularmente da pressão arterial e da glicemia, foram estabelecidas e aceitas pela maioria das entidades e, principalmente, passou-se a considerar a obesidade central.

Vale ressaltar, contudo, que, embora definições específicas sobre esta síndrome estejam sendo avaliadas e debatidas, sua importância como fator de risco para doenças cardiovasculares ateroscleróticas é incontestável. Por conseguinte, a definição ideal seria aquela que apresentasse boa

sensibilidade e especificidade, a fim de predizer o risco cardiovascular e de desenvolvimento de diabetes no indivíduo afetado, além de ser acessível e possibilitasse sua utilização na prática clínica diária.

Duas pesquisas realizadas em momentos diferentes, através do *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES III e NHANES 1999-2000), demonstraram um aumento significativo da prevalência da SM entre os adultos norte-americanos de 23,1% para 26,7%, utilizando os critérios do NCEP-ATPIII⁽¹⁰⁾. Há, todavia, uma relativa carência na literatura médica de uma comparação dos dois principais critérios (WHO e NCEP-ATP III) com o mais novo e modificado critério da International Diabetes Federation (IDF)⁽¹³⁾.

A definição do NCEP-ATP III é, indubitavelmente, mais prática do que a da WHO. O NCEP-ATPIII não prioriza qualquer fator de risco, o que ocorre com a WHO em que, para definir a síndrome, torna necessária a presença de resistência insulínica^(9,16).

A proposta de definição da IDF, apesar de ainda não estar validada por estudos de avaliação de risco, parece de grande utilidade, já que é prática, prioriza a circunferência abdominal, a qual prediz a quantidade de gordura visceral, indicador-chave no desenvolvimento da síndrome, e o que é mais relevante, define pontos de corte diferentes para os grupos étnicos específicos⁽¹³⁾.

No presente trabalho, a prevalência da SM pelos critérios do IDF foi significativamente maior do que a do NCEP-ATP III (51,3% vs. 38,2% $P = 0,008$). Este fato se justifica pela redução dos pontos de corte da circunferência abdominal e da glicemia. A elevada prevalência da SM neste grupo de pacientes pode ser explicada pela amostra ter sido de conveniência, dentro de uma clínica de endocrinologia. Entretanto, como o objetivo do trabalho é comparar as duas definições, este fato não interfere nas conclusões do estudo.

Prevalência elevada também foi observada em descendentes de asiáticos no Brasil: 55,4% pela WHO (95% CI, 52,5-58,2%) e de 47,4% (95% CI, 44,6-50,0%) pelo NCEP-ATP III, sendo que, neste último,

ao se considerar os critérios modificados para asiáticos, mais indivíduos com SM foram identificados (58%)⁽²⁰⁾.

A prevalência da síndrome aumentou com a idade, o que já era esperado; entretanto, a diferença entre as duas definições foi mais marcante nos indivíduos abaixo de 50 anos. Este também foi o resultado encontrado por Ford⁽¹¹⁾ ao analisar 3,601 pacientes, com idade superior a 20 anos, encontrando nestes, uma prevalência da SM maior ao utilizar o critério da IDF, quando comparado com o NCEP-ATPIII (39,0±1,1% vs 34,5±0,9%, respectivamente). Este incremento foi ainda maior na população masculina do que na feminina, resultado semelhante ao encontrado neste trabalho.

Logo, o critério da *International Diabetes Federation* tende a aumentar a prevalência da síndrome metabólica, de um modo geral, dentre os grupos analisados, especialmente no sexo masculino, quando comparado com o critério do *National Cholesterol Education Program* (NCEP-ATP III).

A definição dos pontos de corte da circunferência abdominal específicos para cada grupo étnico e/ou racial é de fundamental importância. No Brasil estes números ainda não estão definidos; entretanto, Barbosa et al.⁽³⁾ em estudo realizado em Salvador – Bahia, define como ponto de corte ideal para esta população 84 cm para mulheres e 88 cm para homens. Mais estudos são necessários para corroborar estes valores.

A alta prevalência da síndrome metabólica nas sociedades contemporâneas tem sido observada, e é indiscutível que uma definição universalmente aceita se faz necessário, uma vez que facilitaria maior entendimento e permitiria um maior número de estimativas a seu respeito. Não obstante, é imprescindível que se entenda que mais relevante do que uma definição precisa é a identificação desta síndrome, independentemente do critério utilizado.

Deste modo, sua detecção permitirá uma abordagem integrada, de modificação do estilo de vida ou medicamentosa de todos os fatores de riscos conjuntamente, reduzindo, assim, a morbi-mortalidade geral e cardiovascular, possibilitando, inclusive, a prevenção de doenças arteriais coronarianas ou o desenvolvimento de diabetes mellitus.

Referências Bibliográficas

1. Aguilar-Salinas CA, Rojas R, Gómez-Pérez FJ, Mehta R, Franco A, Olaiz G, Rull JA. The metabolic syndrome: a concept hard to define. *Arch of Med Res* 36: 223–231, 2005.
2. Alberti KG, Zimmet PZ. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications, part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus provisional report of a WHO consultation. *Diabetol Med* 15: 539-553, 1998.
3. Barbosa P, Lessa I. Critério de obesidade central em uma população brasileira. Impacto sobre a síndrome metabólica. *GM Bahia* 75, suppl 1: 53, 2005.
4. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, Jones DW, Materson BJ, Oparil S, Wright JT Jr, Roccella EJ; National heart, lung, and blood Institute Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure; National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA* 289: 2560–2572, 2003.
5. Clinical endocrinologists establish strategies to detect and manage the insulin resistance syndrome. Disponível em: <<http://www.aace.org>>. Acesso em: 2 setembro, 2005.
6. Criqui, MH. Epidemiologia da doença cardiovascular. In: Goldman L, Ausiello D, Cecil (ed), *Tratado de Medicina Interna*. 22ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, p. 290-294, 2005.
7. EGIR–The European Group for the Study of Insulin Resistance. Frequency of the WHO syndrome in European cohorts, and an alternative definition of an insulin resistance syndrome. *Diabetes Metab* 28:364-376, 2002.
8. Expert panel on detection, evaluation and treatment of high blood cholesterol in adults: executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP). Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III), *JAMA* 285: 2486-2497, 2001.
9. Ford ES, Giles WH. A comparison of the prevalence of the metabolic syndrome using two proposed definitions. *Diabetes Care* 26: 575-581, 2003.
10. Ford ES, Giles WH, Mokdad AH. Increasing prevalence of the metabolic syndrome among U.S. adults. *Diabetes Care* 27: 2444-2448, 2004.
11. Ford, E. Prevalence of the metabolic syndrome defined by the International Diabetes Federation among adults in the U.S. *Diabetes Care* 28: 2745-9, 2005.

12. Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR, Donato KA, Eckel RH, Franklin BA, Gordon DJ, Krauss RM, Savage PJ, Smith, Jr SC, Spertus JA, Costa F. Diagnosis and management of the metabolic syndrome. *Circulation* 112:2735-52, 2005.
13. International Diabetes Federation: the IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome. Disponível em: <<http://www.idf.org>>. Acesso em: 2/9/2005.
14. Kahn R, Buse J, Ferrannini E, Stern M. The metabolic syndrome: time for a critical appraisal. Joint statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care* 28: 2289-2304, 2005.
15. Ko GTC, Cockram CS, Chow CC, Yeung, Chan WB, So WY, Chan NN, Chan JCN. High prevalence of metabolic syndrome in Hong Kong Chinese - comparison of three diagnostic criteria. *Diab Res and Clin Pract* 69:160-168, 2005.
16. Mattos AG. História da síndrome metabólica, definições e validação prospectiva. In: Mattos AG, *Síndrome Metabólica*. 1ª edição. São Paulo: Atheneu, p. 3-6, 2005.
17. McKeigue PM. Ethnic variations in insulin resistance and risk of type 2 diabetes. In: Reaven GM, Laws A (ed.), *Contemporary endocrinology insulin resistance: the metabolic syndrome X*. Totowa, USA: Human Press Inc, p.19-33, 1999.
18. Meigs GB. Metabolic Syndrome: in search of a clinical role. *Diabetes Care* 27: 2761-2763, 2004.
19. Reaven GM. Role of insulin resistance in human disease (syndrome X): an expanded definition. *Ann Rev Med* 44:121-131, 1993.
20. Rosenbaum P, Gimeno SGA, Sanudo A, Franco LJ, Ferreira SRG. Analysis of criteria for metabolic syndrome in a population based study of Japanese-Brazilians. *Diab, Obes and Metab* 7:352-359, 2005.
21. Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia et al. I Diretriz Brasileira de diagnóstico e tratamento da síndrome metabólica. *Arq Bras Cardiol* 84 suppl 1: 1-28, 2005.
22. American Diabetes Association. Clinical Practice Recommendation. *Diabetes Care* 29:S43-48, 2006.
23. III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemia e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq. Bras. Cardiol.* 77 Supl 3, 2001.
24. National Heart, Lung, and Blood Institute/National Institutes of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults. The evidence report. Bethesda: National Institutes of Health, 1998: 1-228.

Expectativa *versus* Realidade na Formação Médica: o (Des)encanto do Estudante de Medicina

Expectation *versus* Reality on Medical Training: the (Des)illusion of the Medstudents

Nedy Neves¹, Kleuber Lemos², Almir Bitencourt², Flávia Serra Neves¹, Caio Nunes², Iuri Neville²,
André Kuwano², Larissa Durães¹

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública¹, Faculdade de Medicina da Bahia²

A faculdade de Medicina é o sonho de muitos estudantes do ensino médio. Entretanto, a utopia da universidade muitas vezes não se concretiza, surgindo decepções ao longo da graduação médica. O objetivo deste trabalho é identificar as expectativas e possíveis desapontamentos dos estudantes de Medicina em relação ao curso de graduação médica, além de analisar em que fases do curso eles ocorrem, buscando suas causas e relações. Metodologia: A pesquisa foi desenvolvida utilizando-se o método qualitativo, a partir de entrevistas semi-estruturadas, com 36 estudantes de Medicina de duas escolas médicas de Salvador-Bahia, de todas as séries do curso. Resultados: Entre os entrevistados, metade eram mulheres, e não houve diferença de gênero e idade, em relação aos ciclos da graduação avaliados, nem em relação às escolas. Os estudantes apontaram que esperavam um curso mais prático, mais humanizado e que permitisse maior preparo afetivo, além dos conhecimentos técnicos. Os desapontamentos relacionados em ambas as escolas referem-se à estrutura física das faculdades, à metodologia do ensino, ao despreparo dos professores e ao próprio currículo. Conclusão: Pode-se perceber com este estudo que as expectativas criadas pelos estudantes de Medicina antes de ingressar na faculdade não correspondem à realidade, gerando diversos desapontamentos. Os professores deveriam adquirir competências e habilidades na área de educação para se aproximarem do ideal do ensino médico. As escolas médicas necessitam adequar seus currículos às necessidades da população e ao preconizado pelo Ministério da Educação, para que ocorram avanços no ensino médico destas instituições.

Palavras-chave: educação médica, decepção, estudantes de medicina.

The Medical School is the dream of many high school students. However, the ideal university is not always the real one and many deceptions come along the medical graduation. The objective of this article is to identify the students expectations and possible disappointments at the medical school, analyzing in wich phases of the course they happen and looking for their causes and related issues. Methodology: The research was developed by the qualitative method, using semi-structured interviews with 36 medical students from two medical schools of Salvador-Bahia, assorted at all the series of the course. Results: Among the interviews, half were women, and there were no difference among gender or age, in relation to the cycles of the graduation evaluated or to the medical schools. The students pointed that they had expected for a more practical course, more humanized and that it allowed larger affective preparation, besides the technical knowledge. The related disappointments refered to the physical structure of the universities, to the teaching methods, to the teachers' unpreparedness and the curriculum itself. Conclusion: It can be noticed by this study that the expectations created by the medical students before entering the university don't correspond to its reality, producing several disappointments. The teachers should acquire competences and abilities within the educational area to approximate them of the ideal medical teaching. The medical schools need to adapt their curricula to the population's needs and to what is preconized by Brazilian Ministry of Education, to achieve a better medical teaching at these institutions.

Key words: Medical education, deception, medical students.

A faculdade de Medicina é o sonho de muitos estudantes do ensino médio. Entretanto, a utopia da universidade muitas vezes não se concretiza, surgindo decepções ao longo da graduação médica. O contato inicial com a universidade passa por estágios evolutivos, tais como a mudança de comunidade, transição para um novo contexto de valores e integração a este novo ambiente cultural e social⁽²⁴⁾. Inicialmente, o estudante de Medicina passa por uma fase de euforia por ter sido aprovado num vestibular tão concorrido. Posteriormente, observa-se um desencanto com queixas de volume excessivo de estudos, relacionado à falta de aplicabilidade dos mesmos e a ausência de formação didática dos professores^(8,16).

Compreender os motivos que levaram os alunos a escolher a profissão médica também é relevante. Estudo realizado na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) demonstra que grande parte dos estudantes foi motivada pela vontade de ajudar ao próximo, interesse por biologia e preocupação social⁽¹⁵⁾. Ao lado das razões altruístas acima apontadas, também há razões pessoais como vocação, aprendizado constante e realização pessoal, além de razões econômicas como remuneração e garantia de emprego⁽²³⁾.

Muitos trabalhos têm sido realizados para descrever o perfil do aluno durante a graduação médica. Entre eles, foi estudada a caracterização dos estudantes da FMUSP em 2002, o qual demonstrou que, muitas vezes, há um distanciamento do contato com o mundo não médico, principalmente quando o assunto é lazer. Este problema aumenta com a aproximação do fim do curso e a entrada no internato, quando ocorre um intenso contato com a prática, provocando ainda mais ansiedade, indecisão e angústia^(4,8).

O aumento do estresse no decorrer do curso de Medicina pode estar relacionado com alguns fatores desencadeadores: dificuldades na organização do

estudo; competitividade; distanciamento dos professores; intensa quantidade de informações; limite das atividades de lazer; frustração com o ciclo básico; contato com o sofrimento e a morte; contato com a realidade dos serviços de saúde; processo de escolha da especialidade; exame de residência médica; perspectiva e o medo da inserção no mercado de trabalho; além de insegurança quanto ao conhecimento técnico⁽¹¹⁾.

Situações estressantes e de forte conteúdo emocional sofridas pelos estudantes de Medicina, também perpassam pelos médicos em sua trajetória, levando-os a sofrimento e crises existenciais⁽²¹⁾. O objetivo deste trabalho é identificar as expectativas e possíveis desapontamentos dos estudantes de Medicina em relação ao curso de graduação médica, além de analisar em que fases do curso eles ocorrem, buscando suas causas e relações.

Material e Métodos

A pesquisa foi desenvolvida a partir de entrevistas semi-estruturadas (combinação de perguntas fechadas e abertas, no qual o entrevistado tem a possibilidade de discorrer livremente sobre o tema proposto) colhidas por seis estudantes de Medicina membros da Associação de Acadêmicos para o estudo de Ética Médica e Bioética (ACADEMÉTICA)⁽²⁾, devidamente capacitados.

A população do estudo foi composta por estudantes de Medicina, em uma amostra de 36 alunos igualmente distribuídos entre duas escolas médicas (EM) de Salvador, Bahia: a Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia (FAMEB-UFBA), aqui referida como EM pública e a Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública da Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências (EBMSP-FBDC), aqui referida como EM privada. Trata-se de um estudo de caso e estas duas instituições foram utilizadas com os objetivos de comparar o curso público com o privado, assim como ampliar o objeto do estudo, ao complementar as informações entre as diferentes escolas. Os modelos curriculares das duas escolas são similares, ou seja, a metodologia tradicional do ensino,

Recebido em 08/11/2006

Aceito em 22/12/2006

Endereço para correspondência: Dra. Nedy Neves, Av. Orlando Gomes, 382 – B18 – Condomínio Village Piatã – Piatã – 41650-010 Salvador - Bahia. E-mail: nedyneves@superig.com.br

apesar da EBMSP estar em adiantados estudos para a implantação do programa de Aprendizagem Baseada em Problemas. As entrevistas foram realizadas em agosto de 2005, nos locais das práticas acadêmicas (ambulatórios, enfermarias, salas de aula, laboratórios, espaços no entorno da faculdade), de acordo com a disponibilidade dos entrevistados.

O roteiro da entrevista foi submetido a um teste piloto com alunos da ACADEMÉTICA⁽²⁾, não participantes do estudo, e posteriormente foi readaptado. A entrevista continha três tópicos principais: o primeiro relativo às expectativas dos alunos ao entrarem na faculdade; o segundo, em relação aos desapontamentos e o terceiro quando estes ocorreram e suas causas. Os entrevistadores utilizaram como recurso um gravador de fita tipo cassete, e cada um entrevistou seis alunos do curso de graduação médica, distribuídos do 1º ao 6º ano, de forma eqüitativa, sendo 3 alunos de cada ano, de cada EM selecionada.

A entrevista só tinha início após a devida assinatura do consentimento livre e esclarecido pelo entrevistado, e os dados da identificação dos mesmos foram guardados em sigilo. O projeto de pesquisa foi aprovado através do Parecer/Resolução nº 93/2005, pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Maternidade Climério de Oliveira da UFBA.

Todo o material coletado foi gravado e transcrito na íntegra sendo posteriormente selecionados alguns trechos para apreciação, através da Análise do Discurso, compondo a pesquisa qualitativa que se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Portanto, o trabalho interage com o universo de significados, aspirações, valores, crenças e atitudes que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Os grupos foram divididos em ciclo básico (1º e 2º ano), ciclo clínico (3º e 4º ano) e ciclo profissionalizante (5º e 6º ano), para ordenar didaticamente os resultados colhidos nas entrevistas.

Resultados

Entre os 36 entrevistados dos dois cursos estudados, metade eram mulheres, e não houve

diferença de gênero e idade, em relação aos ciclos da graduação avaliados, nem em relação às EM.

As respostas relativas à expectativa dos estudantes em relação ao curso de graduação, ao entrar para a Faculdade de Medicina, foram variadas, conforme exposto na Tabela 1.

Os estudantes apontaram que esperavam um curso mais prático desde o ciclo básico; contudo, ficaram imersos na teoria, demonstrando certo grau de impaciência com a demora de iniciar o contato com os pacientes. Observa-se que alguns têm ciência da necessidade de que os conhecimentos teóricos precedam o aprendizado prático; entretanto, destacam que pode haver uma ponte entre os dois, de forma a proporcionar uma teoria voltada para a prática médica.

Eu tinha uma expectativa de ao entrar na faculdade de medicina já estudar as doenças, ter contato com paciente, uma coisa de se sentir mais médico. (masculino, 4º ano, EM pública).

Eu esperava encontrar um curso mais prático, que desde o início já tivesse contato com o paciente, que não fosse tão teórico e com tantas matérias. No início do curso o estudante, ainda imaturo, não consegue ver a real importância daquele curso (feminino, 4º ano, EM privada).

Muitos alunos expressaram também sua expectativa em encontrar um curso mais humanizado. Um curso que permitisse ao aluno não só adquirir conhecimentos técnicos, mas também o preparar afetivamente para ter contato com pessoas muitas vezes fragilizadas e em diversos contextos.

A gente espera que o curso seja mais humanístico (masculino, 3º ano, EM pública). Você espera um curso que lhe forme para lidar com as pessoas e para saber cuidar delas (feminino, 2º ano, EM pública).

Eu esperava aprender a lidar com o paciente, com a dor e com a morte (masculino, 6º ano, EM privada).

Tabela 1. Sistematização do discurso de alunos, de duas faculdades (pública e privada), sobre os principais expectativas dos estudantes de medicina ao entrarem na faculdade, Salvador (BA) - 2005.

Ciclos	Expectativa
Básico	Ter contato com o paciente desde o início do curso Ter um suporte teórico-prático Ter os melhores professores Ser formado para lidar com as pessoas e para saber cuidar das pessoas
Clínico	Ter um curso mais humanizado Cuidar e curar pacientes Ter um curso prático e não teórico Adquirir conhecimentos
Profissionalizante	Ter um adequado preparo teórico e prático Ter um curso organizado Ter bons professores Aprender a lidar com o paciente, com a dor e a morte

À medida que o aluno evolui para os ciclos mais avançados, nota-se que o enfoque torna-se o preparo para uma boa prática médica e o cuidado com o paciente, além da preocupação com um amplo conhecimento do conteúdo de forma que facilite o ingresso nos cursos de residência médica e no mercado de trabalho.

Minha expectativa era que o curso proporcionasse, além do conhecimento técnico, uma prática necessária para aplicabilidade no futuro profissional. E também em obter todo o conhecimento possível e todo o conhecimento disponível para ser um bom médico (masculino, 5º ano, EM pública).

Em relação à pergunta referente ao desapontamento, os estudantes enumeraram muitos problemas que foram responsáveis pela não concretização de suas expectativas; estes itens estão relacionados na Tabela 2. Quanto ao período em que estes ocorreram, as respostas dos entrevistados

variaram bastante e envolveram todos os semestres do curso.

As entrevistas demonstraram que os estudantes apresentam grande insatisfação em relação aos dois cursos estudados, relacionada, principalmente, com a estrutura física da faculdade, com a metodologia do ensino, com o despreparo dos professores e com o próprio currículo. Em relação às matérias do ciclo básico, por exemplo, em que são referidas as piores experiências, é comum a queixa de que o conteúdo das disciplinas não é voltado para a prática médica como deveria ser. Um aluno do 4º ano queixou-se de que o único objetivo nesta fase era fazer a prova e conseguir ser aprovado na média, nada além disso.

A didática da universidade não foi aquilo que eu pensava. A universidade não oferece condições físicas para desenvolver suas atividade e os professores também não tem preparo suficiente, tanto intelectual quanto na capacidade de transferir conhecimentos (masculino, 4º ano, EM pública).

Tabela 2. Sistematização do discurso de alunos, de duas faculdades (pública e privada), sobre os principais desapontamentos dos estudantes de medicina com a faculdade, Salvador (BA) - 2005.

Ciclos	Desapontamento
Básico	Despreparo e descaso dos docentes Ciência básica desarticulada da prática clínica Competição na vida acadêmica Sistema de avaliação deficiente Sobrecarga do estudante Matérias não são interligadas
Clínico	Falta de identificação com o curso Insuficiência das disciplinas Ausência de atividades teórico-práticas integradas Ver os colegas fazendo exercício ilegal da medicina Horário desorganizado Currículo defasado Professores sem atenção na relação médico-paciente
Profissionalizante	Desorganização das disciplinas Falta de preocupação com o estudante Professores pouco interessados ou mal preparados Curso deficiente (incompleto) Falta de campo de prática Deficiência do sistema de saúde

As aulas são muito longas e monótonas. Os professores são mal preparados, as aulas são mal estruturadas e as provas são de memorização. Eu acho que o currículo é um dos responsáveis pela má formação (feminino, 1º ano, EM pública).

O currículo da faculdade de Medicina segue uma estrutura que foi criada na década de 20 nos Estados Unidos, chamado modelo Flexneriano, cuja estrutura é defasada em relação a dinâmica de conhecimento que existe hoje no mundo (masculino, 4º ano, EM pública).

Outra queixa freqüente se refere à sobrecarga aplicada aos estudantes de Medicina, que são

obrigados a dedicarem grande parte de seu tempo para os estudos. Segundo eles, isso se deve à quantidade de disciplinas imposta pelo currículo de ambas as faculdades, ao volume do conteúdo proposto por cada matéria, à carga horária extensa e mal distribuída, ao aprendizado deficiente das atividades práticas e, por fim, à responsabilidade inerente à profissão.

O estudante de Medicina tem que se dedicar totalmente à faculdade, que consome, suga e envelhece o aluno. Somos obrigados a estudar muito e mais que os colegas de outras profissões, e acima de tudo, temos que nos preocupar mais (feminino, 2º ano, EM pública).

A falta de atividades práticas desde o início do curso é uma das mais importantes causas de desapontamento dos estudantes de ambos os cursos estudados. Nos dois primeiros anos, fica evidente que a falta de contato com o paciente desestimula muito os ingressos no curso. No entanto, mesmo nas fases clínicas, percebe-se que a prática é insuficiente e mal estruturada.

No início do curso falta muito o contato com o paciente, o contato com a prática médica, que só vem ocorrer no final do curso (masculino, 4º ano, EM pública).

A faculdade não prepara os estudantes devidamente para a prática médica (masculino, 6º ano, EM privada).

Apesar da maioria das queixas serem semelhantes nos dois cursos avaliados, podemos observar algumas críticas específicas para cada escola. Na EM pública os alunos dão mais ênfase à falta de estrutura física da faculdade, à carência de professores e material, ao sucateamento do Hospital Universitário e à ausência de práticas importantes como saúde básica, emergência e UTI. Em relação aos professores, observa-se que grande parte é substituto e muitas vezes não estão comprometidos com o binômio ensino-aprendizagem. Na EM privada é frequente a queixa de pouco incentivo e deficiência em pesquisa. A competitividade está evidenciada entre estudantes das duas EM, todavia, a proposta de classificação por score na EM pública, contribui ainda mais para ampliar a concorrência.

Discussão

A pesquisa social trabalha com gente, que se relaciona entre si e com grupos sociais, sendo a entrevista um dos componentes fundamentais do trabalho de campo, por recolher informações através da fala dos atores sociais. Desta forma, a entrevista como fonte de informação proporciona dados referentes a fatos, idéias, crenças, maneiras de pensar, opiniões, sentimentos e comportamentos^(13,17).

O método qualitativo foi a abordagem metodológica de escolha para a coleta e análise dos dados, por

considerá-lo o mais adequado para significar os parâmetros propostos para este estudo. Isto porque, se acredita que as respostas inesperadas possibilitam um universo maior de informações, ampliando a investigação através da tomada do sentido amplo da comunicação verbal e com uma linguagem coloquial liberada de cerceamento. Trata-se, portanto, de um trabalho que valoriza as experiências, com os significados das motivações, para representar atitudes, valores e opiniões⁽³⁾.

Após a definição da população, o critério da amostragem é feito através da valorização do aprofundamento e da abrangência da compreensão dos sujeitos pesquisados. Portanto, a amostra não é um dado numérico e sim um recorte de múltiplas dimensões. O tratamento dos dados foi realizado através da *Análise do Conteúdo*, utilizando-se um conjunto de técnicas para a interpretação da comunicação e para a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto em mensagens^(3,5,18). Entre as técnicas utilizadas ressalta-se a categorização por temas e o recorte de textos em fragmentos⁽²⁰⁾.

As representações sociais são idéias, imagens, concepções e visão de mundo que os atores sociais possuem sobre a realidade, tornando-se por isto material importante para as pesquisas das Ciências Sociais. As representações sociais não são necessariamente conscientes. A partir destes conceitos, observa-se que ser médico significa adotar o modelo de trabalho sacerdotal, pela exigência de um atendimento imediato e obrigatório aos indivíduos que necessitam de cuidados^(12,26). Esta representação está no coletivo da população e pode ser observada quando os estudantes apontam como expectativas o interesse em aprender a lidar com os pacientes, com a dor e a morte. Outro discurso aferido é o do cuidado com as pessoas e o objetivo de curá-las, relacionados com o desejo de poder, que traz em seu bojo elementos de onipotência, defesa contra a doença, sofrimento e morte. Fantasias essas capazes de retardar, deter ou anular a ameaça de morte inerente ao ser humano⁽¹⁶⁾.

Quanto às expectativas relativas à faculdade e a metodologia do curso, observa-se que há

correspondência com dados apresentados pela USP e pela UNIFESP⁽¹⁸⁾. Grande parte dos alunos sinalizou para a dissociação entre teoria e prática, sendo este dado observado com mais intensidade no ciclo básico. Neste período há grande ansiedade dos alunos com relação ao distanciamento do paciente, o que contribui para aumentar sua insegurança e seus temores. Acredita-se que, desde o primeiro ano, com a devida supervisão dos preceptores, os estudantes devam fazer visitas periódicas às enfermarias ou ambulatorios. Esta prática tem revelado maior desenvolvimento ao chegar no ciclo clínico, tornando-se mais proveitosa⁽¹⁶⁾.

Alguns autores referem que no momento da decisão pela carreira, há uma concepção distorcida e confusa da realidade profissional, o que contribui para futuras frustrações^(6-8,10,15,23). Ao entrar na faculdade, logo no ciclo básico, os estudantes começam a apresentar desapontamentos que estão relacionados ao currículo, à metodologia do curso, aos professores e à própria faculdade, sendo esta conhecida como fase do desencanto⁽¹⁶⁾.

O papel da escola é de orientar, estimular e favorecer o aprendizado através de uma infra-estrutura adequada. Para tanto, o formato do ensino deve ser o mais dinâmico possível, de preferência dialógico e a luz das novas tecnologias educacionais⁽¹⁹⁾. Entretanto, a maioria das faculdades de Medicina brasileiras utilizam o modelo curricular flexneriano, enquanto algumas escolas têm buscado renovar através da *Aprendizagem baseada em problemas, auto-dirigida, em tutorias* e por fim, *orientada para a comunidade*⁽⁸⁾.

O professor carrega muitas responsabilidades como oferecer os conhecimentos básicos, possibilitar o desenvolvimento de habilidades técnicas, além de contribuir para a formação de valores⁽⁸⁾. O descaso dos professores e seu desinteresse também foram apontados pelos graduandos como elementos dificultadores do aprendizado. Este fato é demonstrado em estudos pesquisados, que comprovam haver um despreparo da maioria dos professores, os quais, de um modo geral, são especialistas e não tiveram formação para médico-professor⁽¹⁴⁾. O aprendizado deve ser centrado no aluno e ao professor caberia a função de

explicitar as dúvidas surgidas no caminhar⁽¹⁹⁾.

A sobrecarga do estudante, assim como a competitividade que está submetido, também são fatores evidenciados nas entrevistas como desencadeadores de estresse. Este tipo de angústia muitas vezes leva a distúrbios de comportamento, depressão e até procura por drogas, que algumas vezes configuram elementos de fuga^(8,10). Há trabalhos que apontam para a limitação das atividades de lazer dos estudantes que ficam imersos na convivência entre seus pares e deixam de conviver com outros grupos como uma possível causa desses transtornos⁽¹¹⁾. Muitas escolas desenvolvem serviços de apoio psicológico aos estudantes de Medicina, por tão elevado ser o grau de depressão entre o grupo^(4,6,10,15).

A maioria dos cursos de Medicina, no Brasil, está organizada de acordo com o preconizado pela resolução nº 8, de 8 de outubro de 1969⁽⁹⁾. Assim, os cursos ainda têm a duração de seis anos e durante os dois primeiros estão dedicados ao estudo das chamadas matérias básicas, definidas como: biologia, ciências morfológicas, ciências fisiológicas e patologia (traduzidas nos currículos como: anatomia, fisiologia, histologia, fisiopatologia, genética, parasitologia e higiene)⁽²²⁾. No entanto, a publicação das Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Medicina, de 2001, ainda não foi posta em prática pela maioria das escolas, apesar de já se encontrar em fase de implantação em muitas outras. De acordo com essas diretrizes, a estrutura do curso de graduação em Medicina deve utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento, promoção da interdisciplinaridade, inserção do aluno precocemente em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional e utilização de diferentes cenários de ensino-aprendizagem permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas da prática médica⁽⁹⁾.

Em conclusão, pode-se perceber com este estudo que as expectativas criadas pelos estudantes de Medicina antes de ingressar na faculdade não correspondem à realidade do curso. Isso acaba por gerar diversos desapontamentos que variam desde o

currículo adotado pelas faculdades, até a didática utilizada pelos professores. Esses professores, médicos em sua grande maioria, deveriam adquirir competências e habilidades na área de educação para se aproximarem do ideal do ensino médico. A EM pública deveria abrir concurso para ampliar seu quadro de professores efetivos, invertendo a proporção atual com grande número de substitutos, além de aplicar recursos na melhoria das instalações físicas. A EM privada deveria desenvolver o incentivo à pesquisa, através de bolsas de instituições destinadas para este fim. As EM necessitam, urgentemente, adequar seus currículos às necessidades da população e ao preconizado pelas Diretrizes Curriculares do Ministério da Educação, para que em um futuro próximo ocorram avanços palpáveis no ensino médico dessas instituições.

Referências Bibliográficas

1. Assis TSP. Percepção discente da profissão e do curso. In: Anais do XXXVI Congresso Brasileiro de Educação Médica, Recife, p.24, 1998.
2. Athanazio R, Lemos K, Fonseca D, Cunha M, Braghiroli MI, Almeida A, Nunez GR, Ramos AC, Barbeta M, Bitencourt A, Lordelo M, Rocha IM, Soares A, Neves N, Nery Filho A. Acadêmica: Um Novo Método de Estudo Continuo sobre Ética Médica e Bioética. Rev Bras Educ Méd 28: 73-8, 2004.
3. Bardin M. A análise do conteúdo. 1ª Edição. Lisboa: Edições 70, p. 42, 1979.
4. Bellodi PL, Cardilho G, Lima-Gonçalves E. Perfil do aluno FMUSP: vida pessoal. Rev Brás Educ Méd.; 26 (supl 2): 50, 2002.
5. Berelson B. Content analysis in communication research. 1ª Edição. N. York: University Press, p. 26-30. 1971.
6. Bourdieu P. A economia das trocas simbólicas. Miceli S. tradutor. 5ª Edição. São Paulo: Perspectiva; p. 242-257, 1999.
7. Cianflone ARL, Figueiredo MAC. A representação da medicina como profissão: considerações teóricas sobre conteúdos levantados junto a estudantes secundaristas e universitários. Medicina 26: 237-45, 1993.
8. Corrêa EOM. Interesses, aspirações e expectativas profissionais de estudantes universitários [tese de Doutorado]. Botucatu: Universidade de São Paulo, 1988.
9. Dini PS, Batista NA. Graduação e prática médica: expectativas e concepções de estudantes de medicina do 1º ao 6º ano. Rev Bras Educ Méd. 28: 198-203, 2004.
10. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, Conselho Nacional de Educação, Resolução nº 4, de 7 de novembro de 2001.
11. Farr RM. Representações sociais: a teoria e sua história. In: Guareschi P. e Jovcheloviitch S. Organizadores. 2º edição Petrópolis: Vozes, p. 31-59, 1995.
12. Gonçalves EL. Ser médico: uma longa trajetória. Uma curta reflexão para professores e estudantes de medicina. Rev. HU-USP 11: 22-29, 2001.
13. Guimarães RGM, Macedo AC, Azevedo MMCVM, Auad PR. O que mudou em nossas vidas? Os alunos de medicina na vivência do curso médico. In: Anais do XXXVIII Congresso Brasileiro de Educação Médica, 18 a 22 de setembro, Petrópolis, p.113-14, 2000.
14. Ignarra RM. Medicina: representações de estudantes sobre a profissão [tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2002.
15. Jahoda M, Deutsch M, Cook SW. Research methods in social relations. 1ª Edição. New York: Dryden Press. p. 32-35. 1951.
16. Lampert JB. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil. Tipologia das escolas. 1ª Edição. São Paulo: Hucitec / Associação Brasileira de Educação Médica, p. 115-52, 2002.
17. Lima MCP, Ramos-Cerqueira ATA, Reis JRT, Torres AR. Chegou o quinto ano e agora? A experiência da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP) na preparação para o internato. Rev Bras Educ Méd 26 (supl. 2): 37-8, 2002.
18. Mascaretti LAS, Santos MS, Sakai CEN, Cardilho GZ. Perfil do aluno da FMUSP EM 2000 – o aluno e seu projeto de vida profissional. Rev Bras Educ Méd 26 (supl 2): 55, 2002.
19. Millan LE, Marco OLN, Rossi E, Arruda PCV. O universo psicológico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas. 1ª edição. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 15-83, 1999.
20. Minayo MCS. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: Guareschi P. e Jovcheloviitch S. Organizadores. 2ª edição. Petrópolis: Vozes, p. 89-111, 1995.
21. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª Edição. São Paulo: Hucitec, p. 201-219, 2004.
22. Neves, N. O ensino de ética médica nas escolas médicas de Salvador - Bahia – Brasil: elementos contributivos para a humanização da medicina [Dissertação de Mestrado] Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2005.

23. Osgood CE. The representation model and relevant research method. In: de Sola Pool I, Trends in content analysis. Urbana: University of Illinois Press, p.33-88, 1959.
24. Quintana AM, Rodrigues AT, Goi CMD, Bassi LA. Humanização e estresse na formação médica. Rev AMRIGS 48: 27-31, 2004.
25. Rego S. A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 123-139, 2003.
26. Souza AN. Formação médica, racionalidade e experiência. Cienc. Saúde coletiva 6: 1-13, 2001.
27. Tamosauskas MRG, Packer MLT. Porque ser médico? A visão dos alunos do segundo ano de medicina da Faculdade de Medicina do ABC. In: Anais do XXXVIII Congresso Brasileiro de Educação Médica, 18 a 22 de setembro, Petrópolis, p.61, 2000.
28. Tinto V. Stages of student departure. Reflections on the longitudinal character of student leaving. J Higher Educ. 59: 438-55, 1998.

Má Prática Acadêmica por Estudantes de Medicina: Estudo Piloto

Academic Misconduct by Medical Students: A Pilot Study

Iris Cristina B. da Costa¹, Manuella S. Martins¹, Sofia F. Mata-Virgem¹, Carlos Eduardo C. Rolim¹, Lauro R. Santana¹, Patricia U. R. Bataglia², Annibal M. Silvany Neto¹, Paulo Gilvane L. Pena¹
Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia¹, Salvador, BA;
Universidade Bandeirante de São Paulo², São Paulo, SP

Má prática acadêmica é um fenômeno preocupante em muitas universidades do Brasil e do mundo. Pressupõe-se que este comportamento possa comprometer a formação profissional dos estudantes. Objetivou-se descrever a frequência e recorrência de más práticas acadêmicas; analisar os argumentos que visem a justificá-las e realizar o pré-teste do instrumento. Realizou-se estudo piloto com amostragem aleatória de 106 estudantes do curso de Medicina da Universidade Federal da Bahia, utilizando questionário estruturado e auto-aplicável. Aproximadamente, 88% dos estudantes afirmaram ter “pescado” em avaliações; 78%, recorrido ao plágio no preparo de trabalhos acadêmicos; 63%, falsificado assinaturas em listas de presença, ao menos uma vez, desde que começaram a graduação. A prática médica não supervisionada foi realizada por 50% dos estudantes do internato. “Provas pontuais e mal elaboradas” foi referido como um bom argumento para justificar a prática da “pesca” por 43,4% dos estudantes; 51,9% admitem que “quando o colega está realizando atividades mais importantes para sua formação profissional no momento de uma aula” é justificável assinar a lista de presença por ele; 50% dos estudantes do internato acham justificável a prática médica sem supervisão porque o “atendimento médico é precário na maioria dos locais”. Os dados apresentados sinalizam a necessidade de maior atenção a esta temática nos cursos de medicina tanto para fins pedagógicos específicos como para responsabilidade social do ensino médico. Palavras-chave: má prática acadêmica, integridade acadêmica, educação médica, exercício ilegal da Medicina.

Academic misconduct is a concern in many universities in Brazil and in the world. It may impair the students' professional education. The objectives of the present study are to describe the frequency and recurrence of misconduct in academic practices; to analyze the used arguments that “justify” them and to execute the pre-test of the instrument. This pilot-study randomly sampled 106 medical students at the Federal University of Bahia Medical School. Structuralized and self-applicable questionnaires were used. About 88% of the students have declared to cheat in class evaluations; about 78% to plagiarize in academic works; and 63% to have falsified presence lists, at least once since the beginning of the graduation course. No supervised practical medicine was carried out by 50% of the boarding school students. “Prompt tests and badly elaborated” was claimed to justify the practical of cheating by 43.4% of the students; about 51.9% agree that “when the colleague is carrying out a more important activity for its professional formation during class time” there is a good argument to justify faking the list of presence; about 50% of the boarding school students agree that being the “medical attendance precarious in the majority of the places” is a good argument to justify the practice of medical assistance without supervision. The presented results show the necessity for higher attention to the pedagogical responsibilities regarding students' misconduct in Medical School.
Key words: academic misconduct, academic integrity, medical education, illegal exercise of Medicine.

Recebido em 18/11/2006

Aceito em 20/12/2006

Endereço para correspondência: Prof. Paulo Gilvane Pena, Pavilhão de Aulas da Faculdade de Medicina da Bahia – Departamento de Medicina Preventiva - Av. Reitor Miguel Calmon, s/n, Campus Canela, 41110-100 Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: plpena@uol.com.br.

Má prática acadêmica pode ser definida como qualquer comportamento ilícito de um estudante que possa distorcer sua formação^(11,13). Muitos autores preferem não dar definições exatas sobre o que seria má prática acadêmica e flexibilizam o conceito de acordo com as más condutas mais pertinentes às instituições e às diferenças culturais estudadas⁽¹³⁾.

Acredita-se que existam dados insuficientes para avaliar e explicar a má prática acadêmica. Estudos defendem que este fenômeno tenha determinações complexas⁽⁶⁾, abarcando duas perspectivas distintas como prováveis preditores de má prática: uma relacionada com condições individuais e outra envolvendo situações pertinentes ao ambiente acadêmico^(11,13).

A “pesca” ou “cola” (consulta a livros, anotações, colegas, ou a outras fontes, durante uma avaliação na qual essa consulta não é permitida), vista como má prática acadêmica, não obstante ser um tema presente no cotidiano, desafiando os profissionais que trabalham e se interessam pela educação, tem sido assunto de pouco interesse para pesquisas científicas^(8,11). O plágio de trabalhos escolares é outro tipo de má prática acadêmica que vem sendo estudada e, acredita-se que as novas ferramentas tecnológicas tenham facilitado este tipo de comportamento^(3,7). Entende-se por exercício ilegal da Medicina por estudantes, conhecida muitas vezes como uma vertente dos estágios extracurriculares, a realização de atos médicos sem a supervisão médica adequada. Este, além da sua caracterização de ato ilegal, representa outra forma de má prática acadêmica. Acredita-se que essas formas de más práticas tenham potencial para distorcer o currículo formal com repercussões na formação técnica e ética do estudante.

Os estágios extracurriculares, largamente difundidos no país, têm sido avaliados por muitos estudantes como essenciais à complementação de sua formação profissional⁽¹⁴⁾. Todavia, Rego⁽¹⁴⁾ lembra que os mesmos estudantes que apontam a procura dos estágios como busca de aprendizagem são unânimes em referir que tais atividades são praticamente desprovidas de supervisão e de programação específica. Além disso, o distanciamento da escola

médica das clínicas e dos hospitais que ofertam estágios contribui para a falta de controle da qualidade do profissional egresso da academia. Esta qualidade pode estar comprometida pela aprendizagem de conceitos e técnicas erradas, de condutas profissionais eticamente incorretas e relação médico-paciente inadequada^(10,14).

O Conselho Federal de Medicina, por meio da Resolução nº 663 de 1975, busca definir os limites éticos e as responsabilidades formais para a prática e supervisão dos estudantes nesses estágios^(5,14). Os Conselhos Regionais de Medicina também têm se manifestado a respeito⁽¹¹⁾, assim como os próprios graduandos por meio de suas representações estudantis⁽¹⁰⁾.

Com este estudo, buscou-se descrever a frequência e a intensidade de diversas formas de má prática acadêmica de estudantes de medicina e analisar os argumentos que visam justificá-las. Além disso, objetivou-se realizar o pré-teste do instrumento e obter estimativas fidedignas de cálculo amostral na perspectiva de um estudo de associação.

Material e Métodos

Trata-se de estudo piloto, transversal, de caráter exploratório, realizado em amostra de graduandos da Faculdade de Medicina da Bahia (FAMEB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), no período de março a maio de 2006. Trabalhou-se com uma amostra aleatória, estratificada por semestre. Selecionou-se para o estudo 10% da população de graduandos por semestre letivo, perfazendo uma amostra de 106 estudantes num universo de 1.010. Estes, para serem incluídos, deveriam estar regularmente matriculados em cada um dos 11 semestres letivos, já que os graduandos do último semestre (12º semestre) terminaram a graduação médica antes da realização do estudo. Houve 5 recusas, com reposição aleatória, e 1 perda.

Para a coleta de dados foram aplicados dois questionários quantitativos. O primeiro utilizado para avaliação da competência moral (MJT), construído por Lind⁽²⁾ e validado em português por Bataglia⁽²⁾, cujos dados não são discutidos neste artigo por não se

constituírem em objetivo deste. O segundo faz uma abordagem da má prática acadêmica, ampliado a partir do instrumento traduzido de Marsden⁽¹¹⁾, sem validação para a língua portuguesa. A ampliação deu-se para adequação do instrumento aos objetivos da pesquisa, de acordo com dados publicados na literatura científica e em função da observação dos pesquisadores do contexto em estudo. A ampliação contemplou os itens de frequência de atividade médica sem supervisão; e os argumentos (favoráveis e contrários) para este e os demais atos de má prática acadêmica; ambos dispostos segundo a escala de Likert (com valores de 1 a 5) com orientação diferente para a frequência das más práticas acadêmicas e argumentos. As más práticas acadêmicas foram dispostas de acordo com a frequência de recorrência (1-nunca, 2-uma vez, 3-poucas vezes, 4-várias vezes e 5-muitas vezes) e os argumentos relativos a cada uma delas tiveram a escala disposta segundo o grau de concordância para cada argumento (1-discordo fortemente, 2-discordo, 3-indeciso, 4-concordo e 5-concordo fortemente). Entende-se por recorrência o número de vezes que a prática foi repetida pelo estudante entrevistado e por frequência apenas a ocorrência ou não da prática. Foram apresentados aos graduandos oito argumentos para prática da “pesca”, três para plágio, três para falsificação de listas de presença e seis para prática da medicina sem supervisão médica. Além do grau de concordância, questionou-se dentre os argumentos descritos, qual justificaria a conduta caso a realizasse.

A pesquisa foi aprovada pelo Parecer nº 16/2006 do Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira, Salvador (Bahia) e o Termo de Consentimento Livre Esclarecido assinado pelos estudantes que concordaram em participar. A aplicação dos questionários foi realizada por cinco graduandos da FAMEB-UFBA, participantes do grupo de pesquisa do estudo em questão, previamente treinados. Foi realizada uma abordagem individualizada aos estudantes sorteados, com contato inicial por telefone, correio eletrônico ou pessoalmente, apresentando-lhes a descrição geral do conteúdo da pesquisa, tempo estimado de preenchimento dos questionários (20-30

min.) e forma de seleção dos mesmos. Em seguida, procedeu-se ao agendamento da data para posterior preenchimento dos questionários, na presença do aplicador responsável, preservando, contudo, o caráter anônimo e confidencial da pesquisa. Para isto, optou-se pela proteção do sigilo do instrumento com sua deposição em urnas previamente lacradas. Estas foram abertas após aplicação do total dos questionários, em presença de todos os pesquisadores e com o conteúdo das urnas misturado antes da tabulação dos dados.

A recorrência à prática da “pesca” e do plágio foi obtida considerando seus tipos mais frequentes. Isto se deu devido à ausência de um item que questionasse diretamente a recorrência destas condutas. Para a “pesca” foram oferecidos oito itens que consideravam a existência de conhecimento do colega do qual “pescava” e as diversas formas utilizadas para esta. Os oito itens oferecidos para o plágio contemplaram três aspectos principais, a saber: tamanho das sentenças copiadas sem devida citação, compra de trabalhos e origem do texto (“web”, livros, artigos, etc). As variáveis sexo, idade e renda média familiar foram utilizadas exclusivamente para descrição da amostra. Os semestres foram dispostos em ciclos de ensino de acordo com a estrutura curricular da graduação médica, sendo o ciclo básico composto por alunos do 1º ao 4º semestre; o ciclo intermediário por alunos do 5º ao 8º semestre e ciclo internato por alunos do 9º ao 12º semestre. Quanto ao grau de concordância com os argumentos que justificam os diversos tipos de má prática acadêmica, estes foram separados em três grupos de acordo com a escala. A concordância foi obtida em função dos indivíduos que optaram pelos itens 4 (concordo) e 5 (concordo fortemente) da escala; indeciso para os indivíduos que optaram pelo item 3 (indeciso); e discordantes para os indivíduos que optaram pelos itens 1 (discordo fortemente) e 2 (discordo) da escala. A descrição da população e da recorrência foi realizada através do cálculo de frequências, medidas de tendência central e de dispersão. Foi utilizado o teste qui-quadrado para avaliação da independência entre variáveis, considerando um nível de significância de 5%. A análise dos dados utilizou como suporte o software SPSS® versão 9.0.

Resultados

Descrição da amostra

Foram estudados 106 graduandos, sendo a distribuição por sexo semelhante em cada ciclo do curso médico e igual quando foi considerada a totalidade dos estudantes. A média de idade foi de $22,15 \pm 2,28$ anos com aumento previsto da idade no decorrer da graduação. Observou-se 35,6% dos estudantes com renda média familiar de 10 a 20 salários mínimos e 26,7% com renda maior que 20 salários mínimos (Tabela 1).

Frequência das más práticas

Aproximadamente, 88% dos estudantes afirmaram ter praticado “pesca” em avaliações; 78%, feito plágio no preparo de trabalhos acadêmicos; e 63%, falsificado assinaturas em listas de presença, ao menos uma vez, desde que ingressaram no curso de graduação. A prática médica não supervisionada foi realizada por 50% dos estudantes do internato.

O item mais frequente dentre os tipos de “pesca” apresentados foi a “pesca com o conhecimento do colega” (83%), sendo este o parâmetro de “pesca” para o estudo. Quanto à recorrência, obteve-se uma frequência de 40,6% para o item poucas vezes (Tabela 2). O plágio a partir da “retirada de pequenas sentenças ou parágrafos da internet” foi o item de maior frequência (60,4%), sendo este parâmetro de referência para o plágio. A recorrência deste concentrou-se também em poucas vezes (34,9%), sendo que a não realização obteve maior proporção (39,6%) (Tabela 2). Evidencia-se também na Tabela 2 uma maior proporção de não realização para todas as demais práticas e destaque para a recorrência de poucas vezes, tanto para falsificação de lista de presença (30,2%), atendimento médico sem supervisão considerando todos os ciclos (6,6%) e atendimento médico sem supervisão para o ciclo internato (19,2%).

Apreciação aos argumentos

Os dados apresentados a seguir correspondem ao grau de concordância do graduando a cada argumento que lhe foi apresentado. Não foi possível identificar os

motivos que levam os alunos a realizarem as más práticas, por limitações de aferição do instrumento de coleta.

Dentre os argumentos apreciados pelos estudantes estão apresentados os de maior concordância para cada má prática. Os argumentos que melhor justificam a prática da “pesca” são: avaliações mal elaboradas e pontuais (43,4%) e pretensão de ajudar um amigo (37,7%). Por outro lado, a escassez de tempo foi um argumento que apresentou predomínio de discordância (65,1%). Os estudantes, em sua maioria, discordaram dos argumentos apresentados para justificar o plágio, destacando os argumentos que tratam da falta de orientação pelo docente (63,2%) e da existência de assuntos mais importantes para estudar (82,0%). A falsificação de assinaturas em listas de presença foi melhor justificada pela realização de atividades mais importantes para a formação profissional do colega (51,9%) e impossibilidade do colega comparecer à aula (40,6%). A proporção de indecisos foi inferior a 25% em todos os argumentos acima citados (Tabela 3).

Considerando os argumentos apresentados para realização de atividades médicas sem supervisão (Tabela 4), destacaram-se a intenção de ajudar uma população carente (47,5%) nos ciclos básico e intermediário, e a existência de atendimento médico precário (50%) para o ciclo internato, sendo a diferença significativa entre os ciclos ($p=0,013$ e $0,007$, respectivamente). A necessidade de aquisição de experiência clínica e a obtenção de remuneração financeira, tanto para o ciclo internato quanto para o ciclo básico e intermediário, apresentaram-se com predomínio da discordância sem diferenças significantes.

As estimativas para realização de cálculo amostral foram satisfatoriamente alcançadas. A quantificação das frequências de más práticas foi insatisfatória na obtenção de um resultado mais objetivo. A identificação das motivações às práticas ficou impossibilitada por não entendimento do enunciado nos seus respectivos itens. Houve moderada frequência de indecisos, oscilando entre 3,8% e 26,9%.

Tabela 1. Aspectos sócio-demográficos da amostra em estudo de acordo com ciclo do curso de graduação em Medicina. FAMEB-UFBA, 2006.

Dados demográficos	Ciclo do curso médico, n (%)			
	Básico	Intermediário	Internato	Total
Sexo				
Feminino	24 (54,5)	15 (41,7)	14 (53,8)	53 (50)
Masculino	20 (45,5)	21 (58,3)	12 (46,2)	53 (50)
Idade (média em anos)	20,68 ± 1,94	22,4 ± 1,31	24,31 ± 1,76	22,15 ± 2,28
Renda média familiar (salários mínimos)				
<2		2 (4,8)	0	0 2 (2)
2 — 5	8 (19)	4 (11,8)	2 (8)	14 (13,9)
5 — 10	14 (33,3)	4 (11,8)	4 (16)	22 (21,8)
10 — 20	8 (19)	16 (47,1)	12 (48)	36 (35,6)
>20	10 (23,8)	10 (29,4)	7 (28)	27 (26,7)

Tabela 2. Frequência de recorrência das más práticas acadêmicas pelos graduandos de medicina. FAMEB-UFBA, 2006.

Tipo	Frequência (%)				
	Nunca	Uma vez	Poucas vezes	Várias vezes	Muitas vezes
“Pesca”	17,0	12,3	40,6	22,6	7,5
Plágio	39,6	14,2	34,9	8,5	2,8
Falsificação de lista de presença	36,8	14,2	30,2	10,4	8,5
Atendimento médico sem supervisão	83,0	4,7	6,6	3,8	1,9
Atendimento médico sem supervisão (apenas internato)	50,0	11,5	19,2	11,5	7,7

Discussão

O estudante de Medicina desde sua inserção no ambiente acadêmico é doutrinado a valorizar o aspecto técnico da profissão médica em detrimento do aspecto humanístico^(17,19). A abordagem da integridade acadêmica é negligenciada na formação do estudante enquanto sujeito do seu aprendizado. Este tema tem sido fonte crescente de pesquisa no Brasil e no exterior. Uma possível associação entre a ocorrência de más práticas, enquanto estudante e posteriormente como profissional, vem sendo levantada, aumentando a importância da temática⁽⁹⁾.

No presente estudo, observou-se que as más práticas acadêmicas apresentam frequência alta e baixa recorrência. Esta se encontrou no atual estudo entre uma e poucas vezes; resultado abaixo do esperado, em função da alta frequência. Outros estudos sugerem que, à medida que progridem na graduação e se aproximam da prática médica, os estudantes aprimoram sua reflexão quanto às más práticas recorrendo menos a estas^(11,13) podendo justificar os resultados aqui encontrados. No entanto, esta é uma justificativa controversa⁽¹³⁾ e mais estudos devem ser realizados para sustentá-la. Apesar da baixa taxa de recusas entre os estudantes sorteados, é importante

Tabela 3. Grau de concordância e indecisão dos graduandos segundo os argumentos apresentados para a prática da “pesca”, plágio e falsificação de assinaturas. FAMEB-UFBA, 2006.

Argumentos	Proporção (%) de Concordância	Proporção (%) de Indecisos
Sobre a prática da “pesca”		
Provas pontuais e mal elaboradas	43,4	13,2
Pretensão de ajudar um amigo	37,7	22,6
Escassez de tempo para estudo	24,5	10,4
Sobre a prática do plágio		
Falta de orientação docente de como fazer	17,9	18,9
Assuntos mais importantes para estudar	14,2	3,8
Sobre a falsificação de assinaturas		
Quando colega está realizando atividades mais importantes para sua formação profissional	51,9	10,4
Quando colega é um amigo e não pôde ir à aula	40,6	14,2

Tabela 4. Comparação da proporção de concordância e indecisão quanto aos argumentos melhor apreciados pela graduação médica para realização de prática da medicina sem supervisão médica, segundo o ciclo da graduação. FAMEB-UFBA, 2006.

Argumentos	Ciclo Básico/Intermediário		Ciclo Internato		p
	% de C	% de I	% de C	% de I	
Ajudar a população carente e desassistida	47,5	13,8	15,4	26,9	=0,013
Aquisição de experiência clínica	22,5	11,3	26,9	15,4	=0,719
Obtenção de remuneração financeira	21,3	7,5	34,6	11,5	=0,260
Atendimento médico precário na maioria dos locais	20	17,5	50	3,8	=0,007

C = concordância; I = indecisos.

considerar os possíveis vieses de aferição deste estudo, principalmente em um tema no qual, as quantificações e as impressões das respostas são subjetivas.

A apreciação dos argumentos apresentados aos estudantes evidenciou três variáveis pertinentes à formação médica, a saber: problemas pedagógicos, passividade dos estudantes frente à realidade encontrada e cumplicidade entre estes.

O currículo médico tem como meta oferecer bases para o aprendizado profissional, tanto teórico quanto prático, além de desenvolver a capacidade crítica dos estudantes para lidar com dilemas vividos enquanto

estudantes e durante sua vida profissional⁽¹⁹⁾. Todavia, a universidade vem apresentando sinais de insuficiência pedagógica (*e.g.* despreparo do corpo docente e estrutura curricular defasada)⁽¹⁸⁾ e estrutural (*e.g.* inadequação dos campos de prática). Neste contexto, o estudante, pouco estimulado à reflexão, adequa-se ao que lhe é oferecido. Um artifício utilizado nesta adequação é a cumplicidade entre os colegas, por vezes manifestada nas más práticas.

Problemas no modelo pedagógico puderam ser observados na análise do argumento “provas pontuais e mal elaboradas”. Este argumento sugere falha na

atuação do educador quando este não consegue sensibilizar o estudante para a relevância e aplicabilidade dos temas abordados na formação profissional. Assim, o estudante recorre à “pesca” como forma de adaptação a este contexto. Em concordância com a literatura, a maioria dos estudantes deste estudo tende a inserir a culpa das más práticas acadêmicas ao sistema educacional ou ao próprio educador⁽¹²⁾. Os mesmos esquecem, por falta de reflexão ou por não se considerarem como agentes modificadores, que são partes fundamentais na construção e melhoria da realidade em que estão inseridos. Neste contexto, muitos professores e alunos assumem um “pacto de mediocridade”, em que “o professor diz que ensina, o aluno finge que aprende” e pouca contribuição oferece à melhoria do ensino.

A cumplicidade com os colegas foi outro tema presente nos argumentos relatados pelos estudantes neste e em outros estudos⁽¹⁶⁾. Os argumentos englobados neste tema são: “quando o colega está realizando atividades mais importantes para sua formação profissional” e “quando o colega é um amigo e não pode ir à aula”, ambos utilizados para justificar a falsificação de assinaturas em listas de presença e “pretensão em ajudar um amigo” como argumento para justificar a prática da “pesca”^(13,16). A “cultura da cumplicidade”, evidenciada em muitas situações nos ambientes médicos e bem difundida na sociedade, pode contribuir para afirmação deste argumento no ambiente de estudo da medicina, quando a socialização e a aquisição de valores também são realizadas através de exemplos de profissionais médicos com quem os alunos têm contato⁽¹⁹⁾.

Entre os argumentos que apresentaram em sua maioria predomínio da discordância, destacam-se “escassez de tempo de estudo” para justificar a prática da “pesca”, e “falta de orientação adequada” e “assuntos mais importante para estudar” para justificar o plágio. Embora a literatura sugira tais argumentos como importantes motivadores da prática destas transgressões, o presente estudo encontrou uma apreciação negativa a estas justificativas. Assim, esta dissociação sugere que os estudantes, mesmo fazendo uso de tais argumentos nestas práticas, não os creditam qualidade.

A análise da prática médica sem supervisão merece ser mais detidamente explorada em virtude de seu maior impacto na formação ético-humanística do profissional. Enquanto as más práticas até aqui estudadas estão restritas ao ambiente acadêmico e apenas indiretamente podem interferir na atuação e relação médico-paciente, a prática médica não supervisionada compromete terceiros, podendo resultar em agravos à saúde do “usuário” do serviço.

A prática médica por estudante de medicina sem supervisão não é recente. Estudos identificam sua ocorrência desde as primeiras décadas do século XX, descrevendo sua tendência em se perpetuar^(14, 15, 18). Embora, com frequência, não seja admitida formalmente pelas Escolas Médicas, pela corporação médica ou autoridades governamentais, essa prática não apenas é aceita como é até estimulada ou promovida^(14,15). Configura-se assim uma tradição, já com tendência a ser tratada como uma simples busca pela aquisição de habilidades práticas, subestimando seu potencial nocivo tanto para a saúde do paciente quanto para a formação profissional do estudante^(14,15).

Os argumentos considerados pelos estudantes como os que melhor justificariam a prática médica sem supervisão envolvem uma realidade complexa, que contempla componentes curriculares, sociais, financeiros e pessoais. Foi observada uma mudança nas apreciações dos argumentos, de acordo com o momento no curso da graduação. O caráter dinâmico deste fenômeno demonstra uma percepção distinta dos estudantes quanto ao sistema de saúde.

O argumento que aborda a ajuda à população carente e desassistida apresentou forte concordância entre os estudantes dos ciclos básico e intermediário. Isto suscita uma reflexão sobre o sub-aproveitamento das aspirações dos estudantes em contribuir para a saúde da comunidade e a insuficiente inserção da escola médica neste processo^(7,14,15). Já o ciclo interno, em sua maioria, não agregou diretamente o fator comunitário, preferindo o argumento que trata das precariedades do sistema de saúde, sugerindo uma adaptação às debilidades teóricas, práticas e éticas do referido sistema.

A totalidade dos estudantes não creditou a busca por experiência clínica e remuneração financeira como bons argumentos para realização da prática médica sem supervisão. Todavia, estes apareceram na literatura como os melhores motivos para realização da prática. A dissociação entre os motivos e apreciações aos argumentos sugere que, embora os estudantes utilizem tais argumentos para justificar a prática, não os consideram bons motivos. Situação semelhante foi evidenciada na análise da prática da “pesca” e do plágio.

O estudo merece certas considerações, tendo em vista as limitações do método quantitativo. Por exemplo, o fato de disponibilizar os argumentos para os estudantes abre possibilidade para estes optarem pelos argumentos em função de convenções morais, podendo comprometer os resultados da pesquisa.

O pré-teste do instrumento permitiu identificar importantes deficiências em sua construção. Dentre estas, destacam-se a presença de idéias superpostas, sugerindo que algumas questões do instrumento são suprimíveis; a subjetividade da escala de Likert para a frequência e, portanto, sua aparente inadequação na quantificação fiel; e a ausência de quesitos diretos para obtenção da recorrência da “pesca” e do plágio, indicando a necessidade desses no instrumento. A oscilação na proporção de indecisos sinaliza um insuficiente grau de convicção para alguns argumentos, recomendando a necessidade de uma readequação de linguagem.

Más práticas estão presentes em muitas situações do cotidiano da sociedade moderna. A universidade como integrante dessa realidade não escapa às más influências. No entanto, seu papel educador deveria fomentar a reflexão destas práticas, comprometendo-se, por exemplo, com a formação da integridade moral de seus estudantes. No caso da área da saúde, esse compromisso não pode ser negligenciado, pois o trato com a vida é direto. Assim, os dados aqui apresentados sugerem elementos importantes para construção de um espaço acadêmico mais íntegro, com destaque para mudança de postura pedagógica e conscientização dos discentes como agentes construtores do espaço universitário e social. O projeto de transformação

curricular da FAMEB⁽²⁰⁾, por meio da sistematização de um eixo ético-humanístico que acompanhe a grade médica, busca contribuir neste tipo de demanda.

Por fim, este estudo demonstrou elevada frequência de atos de má prática acadêmica com baixas taxas de recorrência, sendo que a maioria dos argumentos encontrados na literatura como motivadores de tais atos não foram considerados bons argumentos para justificá-los. Dentre as recomendações que podem ser sugeridas, destaca-se que a má prática acadêmica pode ser contornada por esforços sinérgicos entre autoridades discentes e docentes no sentido de tornar o espaço universitário mais efetivo. Todavia, é importante assinalar o caráter piloto do estudo e, portanto, a fragilidade de seus dados.

Agradecimentos

Os autores agradecem ao Núcleo de Estudos de Pesquisa e Educação Transdisciplinar em Bioética da FAMEB-UFBA pelas contribuições feitas durante a apresentação prévia deste trabalho e, em especial, à sua coordenadora Prof^a Eliane S. Azevêdo pela leitura do manuscrito e sugestões ao mesmo. Agradecemos também aos estudantes por aceitarem participar do estudo e pelas críticas a este, em especial, àqueles que leram e julgaram a versão preliminar desta publicação.

Referências Bibliográficas

1. Ambrósio MR, Spíndola RB, Santos GT, Paiva HCF, Pacheco LF, Patrocínio LG, Oliveira LM, Silva LL, Lima RGR. Exercício profissional de medicina por estudantes. *Rev Bras Educ Med* 25: 28-38, 2001.
2. An Introduction to the Moral Judgement Test, MJT. Disponível em: <<http://www.uni-konstanz.de/ag-moral/mut/mjt-intro.htm>>. Acesso em: 14 de outubro de 2006.
3. Azevêdo ES. Honestidade Científica: Outro desafio ao controle social da ciência. *Gaz Méd Bahia* 76: 35-41, 2006.
4. Bates IP, Davies JG, Murphy C, Bone A. A multi-faculty exploration of academic dishonesty. *Pharm Educ* 5: 69-76, 2005.
5. Conselho Federal de Medicina. (1975). Resolução CFM Nº 663/75, publicada no D.O.U. (Seção I – Parte II) de 12/08/75.

6. Glick SM. Cheating at medical school. Schools need a culture that simply makes dishonest behaviour unacceptable [editorial]. *BMJ* 322: 250-251, 2001.
7. In New CAI Research Conducted By Don McCabe. Disponível em: < http://www.academicintegrity.org/cai_research.asp>. Acesso em 22 de outubro de 2006.
8. Is plagiarism more prevalent in some forms of assessment than others? Disponível em: <<http://www.ascilite.org.au/conferences/perth04/procs/pdf/alam.pdf>>. Acesso em 10 de outubro de 2006.
9. Keohane N. The fundamental values of academic integrity. The Center for Academic Integrity, Duke University, 1999.
10. Lemos K, Neves N, Athanazio R, Lordelo M, Bitencourt A, Neves FS, Boaventura C, Nery Filho A. Proposta de código de ética dos estudantes de medicina da Bahia. *Gaz méd Bahia* 75: 133-142, 2005.
11. Marsden H, Carroll M, Neill JT. Who cheats at university? A self-report study of dishonest academic behaviours in a sample of Australian university students. *Aust J Psychology* 57: 1-10, 2005.
12. McCabe D. Academic dishonesty among high school students. *Adolescence* 136: 681-7, 1999.
13. Mejía JF, Ordóñez CL. El fraude académico en la Universidad de Los Andes. ¿Qué, qué tanto y por qué? *Rev Estudios Sociales* 18: 13-25, 2004.
14. Rego STA. A prática na formação médica: o estágio extracurricular em questão [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1994.
15. Rego STA. Currículo paralelo em Medicina, experiência clínica e PBL: uma luz no fim do túnel? *Interface – Comunic, Saúde, Educ* 2: 35-48, 1998.
16. Silva GA, Rocha MM, Otta E, Pereira YL, Bussab VSR. Um estudo sobre a prática da cola entre universitários. *Psicol Reflex Crit* 19: 18-24, 2006.
17. Siqueira, JE, Eisele, RL. O ensino da ética no curso de Medicina. *Rev Bras Educ Med* 24: 22-26, 2000.
18. Taquette SR, Stella R, Costa-Macedo LM, Alvarenga FB. Currículo paralelo: uma realidade na formação dos estudantes de medicina da UERJ. *Rev Bras Educ Méd* 27: 71-76, 2003.
19. Taquette SR, Rego S, Schramm FR, Soares LL, Carvalho SV. Situações eticamente conflituosas vivenciadas por estudantes de medicina. *Rev Assoc Med Bras* 51: 23-28, 2005.
20. Terceira Versão do Projeto de Transformação Curricular da Faculdade de Medicina da Bahia. Disponível em:<http://www.medicina.ufba.br/documentos/transf_curri_c3.pdf> Acesso em 15 de outubro de 2006.

Psiquiatría y Lenguaje

Psychiatry and Language

Alejandro Patiño Román

Area of Human Genetics, Medical Research Council (MRC), Facultad of Medicine of the University the Edimburgh, Scotland, U. K; Área de Investigación Salud y sociedad de la Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Xochimilco (UAM-X), México, D. F.

En este ensayo se propone el valor del lenguaje en su estructura y como un gran instrumento propedéutico y terapéutico. Además se hacen observaciones importantes para la pedagogía médica en el ámbito histórico y filosófico, para comprender la asociación entre mente y lenguaje. Palabras-chave: Psicología, origen, filosofía.

This essay analyze the value of language in its structure and also as a great instrument in propedeutics and therapeutic actions. Besides, has important observations: the medical pedagogy in the historical and philosophical way, to understand the association between mind and language.

Key words: Psychology, origen, Philosophy.

Una de las características más evolucionas de la constitución humana, que sobresale de las demás especies es el lenguaje, porque implica la parte fundamental de la mente. Es decir, una relación con el mundo entre nuestro entendimiento y los fenómenos reales que siempre será una estructura básica de nuestra existencia. L. Wittgenstein⁽⁶⁾ categóricamente afirma en su libro *Investigaciones Filosóficas*, que *la construcción de la palabra en términos mentales no existiría sin la cosa referida: "objeto"*.

Las estructuras cerebrales que generan esta función dinámica y constante, son el fruto de una evolución de millones de años diseñados naturalmente en una armonía orgánica e intelectual que nos hace sentirnos solos ante el universo biológico.

Se puede uno imaginar que las letras y fonemas sirven para designar los sonidos, aun la acentuación y

los signos de puntuación tendrán sentido. Una escritura puede concebirse como un lenguaje para obtener pautas sonoras, pero tal escritura; sería una concepción demasiado simplista para abordar la complejidad de la escritura. La asociación de fonemas con limites definidos forman la palabra que se adecua a la cosa, por eso la atención del niño a través de los datos de los sentidos se entrena en la asociación de la palabra a la cosa, a esto le llamó L. Wittgenstein <<explicación ostensiva>>. Sin embargo la enseñanza ostensiva solo pudo producir o puede producir una instrucción limitada.

La experiencia del sonido se organiza en estructuras que no pueden ser abordadas por las ciencias naturales, se estudian a través de la Lingüística y de la Filosofía del lenguaje.

Evidentemente el sistema del lenguaje se ira complicando conforme atribuyamos a la cosa elementos visibles y no visibles como sería el caso de los adjetivos ocultos a la sensopercepción. De esta manera contemplamos una ampliación del lenguaje que puede conducir a una ruta indefinida de la cosa; que implica la investigación y la construcción de nuevas palabras para la comprensión del mundo.

Recebido em 19/07/2006

Aceito em 05/09/2006

Endereço para correspondência: Prof. Alejandro Patiño Román. Holbein 103 – 401. Col. Noche Buena, Del. Benito Juárez. C.P. 03720, México, D. F. Tel.: (55) 55 63 46 14. Endereço eletrônico: alejandroproman@yahoo.com.mx.

Si lo antes dicho se estancara en lo previo, el lenguaje será una repetición estrictamente descriptiva, pero no es el caso de nuestra mente e imaginación el quedarnos en esta simplicidad. Con nuestra experiencia vamos descubriendo sobre el “objeto”, elementos no nombrados lo que implica la invención de nuevas palabras que en su conjunto nos pueden llevar a un conocimiento prácticamente sin límites. No solamente se trata de sustantivos y adjetivos, sino del enlace para construir pensamientos sobre la *cosa*. Este proceso es de carácter universal de tal manera que se puede traducir a todos los idiomas. De esta forma nos encontramos con una relación excepcional donde la mente a través del lenguaje se enlaza con el objeto en forma permanente generando un matrimonio indisoluble.

Ya una vez descrita la cosa y la construcción del lenguaje para nombrarla hemos dicho que se genera una forma de enlace que llamaremos conocimiento elemental. Sin embargo la observación de cualquier objeto en cuestión sigue expresando nuevos factores ante los cuales no existe el lenguaje que configure una impresión cognoscitiva. Esto se observa en la investigación científica. Se desarrolla por lo tanto la *necesidad* de enlazar las estructuras limitadas del lenguaje para comportarse como un verdadero pensamiento. Resulta inevitable que en un principio existieran numerosos equívocos porque estamos en el umbral embrionario de los primeros conocimientos. Aparece por primera vez un resultado inesperado: la frustración del entendimiento que ofrece un dolor e insatisfacción sobre el objeto estimado, pasará un tiempo indeterminable para que ambas partes coincidan en el *valor* de lo que está expresándose para llegar a un destino de igualdad de significados.

Este nuevo elemento, la igualdad del valor, significará por primera vez entre los grupos humanos una relación de asociación que determine la cantidad y cualidad de lo nombrado. En otras palabras el objeto se apropia de igual manera por las culturas primitivas, siendo así este fenómeno, es muy probable que emerjan entre ellos el principio del poder, aquel que pueda obtener bajo la *acción* la mayor cantidad de *palabras* y *cosas* será mas rico.

No puedo imaginar que hubiera sucedido lo contrario, porque ya una vez obtenido el valor de ambos grupos se tendrá que luchar por él y/o construir el trueque. Hablo de cosas útiles y de valor sin las cuales habría un desmerecimiento de un grupo a otro. Es probable que aquí empiece la violencia y entre más lucidez la negociación.

La naturaleza de esta diferenciación entre el que más tiene o menos tiene desarrollará factores que irán infiltrándose dentro de las mismas comunidades: hablemos de hambre, clima, organización social y toda la barbaridad que en sus principios desunieron nuestra calidad de hombres. Sí, fueron las utilidades de su arquetipo natural pero, también su desarrollo del lenguaje. Parece ser que la pugna fue inevitable. Me es difícil no nombrar los antecedentes que seguirán siendo incógnitas de la imaginación ya que través de este elemento se fundaron diferencias que separaban a los distintos clanes y los hacían lidiar por pertenencias en un principio comunes y posteriormente diferentes. Menciona Wittgenstein: *que lo imaginado es el resultado del experimento o de la experiencia*. Es aquí cuando la experiencia se desconecta de los datos de los sentidos para la creación de símbolos, supongo que el maltrato de la naturaleza y la fuerza de organización de los clanes emergen como una necesidad aparentemente de sobrevivencia. Ha desaparecido la identificación de especie y el común denominador de ayudarse a vivir; por primera vez aparece el *poder*. Todo poder siempre ha sido expresado a través de símbolos y fuerza; esto tiene que ser correspondido con imágenes y experiencias de triunfo. No me es difícil concebir que estos símbolos hayan construido (a través de la imaginación) ídolos, dioses y finalmente religiones. La magia no ha desaparecido totalmente pero los dioses y su relación entre ellos han adquirido el poder de la identidad, y de esta forma es posible detectar la unidad de fuerza, de conquista y de alternativa de eternidad. Sin embargo a través de este proceso tuvo que haber necesariamente un sentido de confusión en el mundo de valores, eran demasiados clanes, muchos símbolos y deidades que desorganizaban cualquier pensamiento e imaginación entre nuestros semejantes primitivos. Llego el momento

en donde la palabra *religare* conformó conceptos más amplios para unir lo que ahora llamamos condición humana: es la emergencia de las religiones; todo esto codificado por el lenguaje.

Curiosamente no fue el triunfo sino el *dolor en el contacto con nuestros semejantes* lo que empezó a darnos un consenso de nuestra identidad humana y en el tejido histórico de todas estas experiencias se fue conformando nuestra capacidad espiritual, de alma (psique), cuya conformación a través de nuestros ancestros griegos pudieron combinar dos enormes palabras psique y logos... Así nos encontramos con los primeros pasos que hasta el siglo XIX llegó a conformar una ciencia llamada Psicología. La tarea no era fácil porque estaban divididas, como todos sabemos el cuerpo y la psique, hoy conocemos que el alma y el cuerpo se conforman en el mismo organismo. Para todos es claro que esto es una realidad moderna dentro de las ciencias y nos resulta impresionante que todo empezó con el lenguaje.

Como cuna del conocimiento filosófico Grecia y Roma (en ese orden) en occidente se origina a través de un largo proceso: presocrático, Platónico, Aristotélico y según L. Wittgenstein esta dirigido a la concepción de todos los mecanismos del conocimiento. Fue Sören Kierkegaard⁽²⁾ el que comenzó en el siglo XIX a reflexionar filosóficamente sobre la existencia humana, básicamente su objeto de estudio era la *angustia* ante la existencia y fue retomado por muchos autores que todos reconocerían de inmediato para terminar con J. P. Saltré⁽⁵⁾, los estudios de esta línea de pensamiento que nos han permitido penetrar con profundidad en los aspectos emocionales de nuestra condición y en lugar de reducir el espectro filosófico, lo han enriquecido a través de un humanismo pensante, además del conocimiento, la *existencia* con todo su valor emocional que la constituye.

Pueden pensar con naturalidad que esto ha ampliado la perspectiva del análisis psicológico y mental independientemente que estoy consciente de detractores que han sido influidos por ideas peregrinas e investigaciones no concluidas como es el caso del conductismo de Skinner⁽³⁾ que nos ofrece una independencia del lenguaje como fenómeno y

seríamos sujetos de leyes que hasta ahora nadie comprende.

No hemos terminado de entender la categoría del conocimiento, por lo tanto, la filosofía clásica tiene su quehacer, pero la tarea de la existencia es inmediata, que va con la comprensión del factor emocional en donde podríamos resolver gran parte del tino de la categoría existencial para valorar la angustia.

La proposición más importante de este ensayo es la formación de un personal calificado que comprenda lo arriba expuesto para asimilar los mecanismos psicológicos y mentales más sencillos y volcarse ampliamente sobre el pensamiento de la mentalidad y psicología humana en el ámbito histórico-clínico, de esta manera, podríamos confiar que estamos en buenas manos de científicos que encuentren la posibilidad de cura o disminuir el dolor. Afortunadamente comprendemos con mayor amplitud los fenómenos fisiológicos de la mente y cerebro humano; pero jamás desechare la idea de que ese universo está afectado por la experiencia y el lenguaje.

La Psiquiatría como Ciencia

Como médico sería insensato no reconocer a los grandes maestros de la Psiquiatría que durante más de dos siglos han podido construir toda la sustancia que en sus síndromes y taxonomía están descritos, sería imposible referirme a todos ellos, pero si consideraría a Emil Kraepelin como el padre de la Psiquiatría Moderna, no solo como investigador, sino como maestro. Su sistemática en la segunda mitad del siglo XIX genera dicho origen. Su capacidad para describir los síndromes conocidos por esta disciplina es de una densidad incomparable. Se necesitaba naturalmente ir tallando a través de los autores sumamente conocidos para encontrar aspectos de nuestra condición humana que han transformado buena parte de la medicina moderna.

Ciertamente pertenecía al positivismo moderno pero sus descripciones ya instaladas pudieron darnos la luz para penetrar donde estaba lo orgánico y lo psicológico. Nuestro propósito es comprender a través de la integración cuales son las categorías de la psiquiatría actual.

Estamos hablando de la conducta humana, de la patología mental y de los desordenes psicopatológicos que la experiencia familiar y social contribuyen a la enfermedad psicológica; si a esto agregamos la descripción de las manifestaciones clínicas y una clasificación de los síndromes, podremos llegar a un diagnóstico. Mucho más podremos estudiar en términos de neurociencias y trastornos psicológicos la gran mayoría de los fenómenos que afectan a nuestros enfermos, sería inútil en este breve ensayo describir toda la patología psiquiátrica pero hay que entender que esto no ocurre por primera vez sino que forma parte integral de la historia de la medicina que todo aquel interesado en formar parte de ella debe entender y estar documentado de los orígenes de nuestra cultura⁽⁴⁾.

No debemos ser inocentes al formular nuestros diagnósticos, cada uno de ellos es probable que tenga una historia ancestral, los fenómenos cerebrales están vinculados a la teoría de la evolución, conjugados igualmente con las funciones mentales de integración superior "Wundt"; pero las experiencias de cada época tienen y deben dirimirse con matices y sutilezas para comprender la caracterología del hombre moderno. Es por esto que me resulta puntual señalar los aspectos históricos-culturales que generan la diversidad del carácter en las distintas épocas. Debemos estar atentos para ubicar la experiencia del hombre actual ante sus deseos, su conciencia y su conformación ética. Cuando esto se convierte en caótico nos encontramos en el área de la psicopatología; y cuando nos encontramos con fenómenos orgánicos, genéticos o accidentales nos hallaremos con fenómenos mentales. El diagnóstico diferencial debe ser preciso para construir una estrategia terapéutica o de rehabilitación. Si nos encontramos ante los puros síntomas y síndromes y actuamos terapéuticamente seremos técnicos, jamás científicos, porque desconocemos la historia vital de nuestros ancestros que muy probablemente padecieron lo mismo sin respuesta. Esto significa una alerta ante la pedagogía, la investigación y tratamiento fino de nuestros enfermos que merecen la mayor tolerancia y conocimiento del médico. Tenemos una historia escrita de la medicina⁽¹⁾.

No olvidemos que una propiedad singular de la especialidad es nuestra semiología en donde el lenguaje ocupa el primer lugar para comprender las ideas, sentimientos y motivaciones conceptuales de los pacientes. Hablamos anteriormente del matrimonio original del lenguaje y la cosa, lo que implica un sistema fenomenológico que formula un matrimonio indisoluble. Cuando esto se rompe por falta de una serie de "juicios de realidad", nos encontramos con el delirio que hace convalecer temporalmente o definitivamente a los pacientes. Caso distinto sería en la neurosis donde todas las operaciones biológicas se encuentran intactas pero las experiencias han deformado el carácter haciendo que penetren en la zona de un desorden emocional incompatible con la salud⁽⁷⁾.

El trabajo por realizar en lo terapéutico y de investigación tanto en la psicopatología como en las neurociencias, es gigantesco; la mente estudiando a la mente... Sin embargo sigo siendo optimista en el avance de nuestras experiencias y de los logros que vamos viendo.

Wittgenstein opina: *que puede imaginarse fácilmente un lenguaje que consta sólo de preguntas y expresiones de afirmación y negación, e innumerables otros. Imaginar un lenguaje significa imaginar una forma de vida.* No se trata sólo de imaginación, sino de una conformación interna de la mente que en nosotros nos permite tener una visión aproximada del mundo que será corroborada en el ámbito de las experiencias. Por esto siempre señalamos que el lenguaje es nuestro principal elemento propedéutico para comprender la organización del pensamiento, emociones y conducta de los enfermos. En el sistema del delirio, alucinaciones e ilusiones nuestros pacientes escuchan ordenes sin sentido, que significan para el mundo exterior un fenómeno incomprensible. Por ahora solo los especialistas podrán encontrar los mecanismos biológicos del delirio cuyo contenido psicológico estarán dictados por la experiencia existencial. Sus asociaciones pueden conformar una gramática perfecta pero es la incongruencia para cualquier buen observador que existe una fractura dentro del sistema lógico; agreguemos que su finalidad, del delirio, conduce a un caos en donde la

destrucción de la personalidad y la conducta hienra convirtiéndolos en inválidos.

El significar (pensar) estar enfermo y la oración que viven íntimamente no encuentra compatibilidad entre la palabra y la cosa, para todos aquellos que han tenido la experiencia especializada de escuchar a estos pacientes les resultará una verdad ineludible. Esperemos que las neurociencias y la psicofarmacología nos den en un breve futuro más herramientas para corregir la fractura del pensamiento lógico y eliminar las anormalidades de la senso-percepción.

Es curioso que dentro de la categoría de las neurosis, nos encontremos ante un sujeto biológicamente sano, pero ante la metodología biográfica podemos comprender las alteraciones del carácter que obstaculizan la simplicidad del mundo cotidiano. Esta invalidez psíquica que no fisiológica, ha sido marcada a lo largo de años básicamente en lo familiar que muchas veces destruyen autoestima, voluntad e independencia. Entramos al mundo de la patología del alma, porque la sustancia de la psique es la *experiencia*; por lo tanto nuestra estrategia terapéutica, esta en el ámbito de la psicoterapia (cura por la palabra), y con ayuda de psicofármacos menores para disminuir la angustia. Se proponen tres etapas de este proyecto pedagógico que son: 1) la catarsis que nos ayudaría a descargar factores emocionales, 2) el análisis biográfico que nos permita detectar con precisión cuales son las experiencias que han enfermado al paciente, y si esto resulta entraríamos a la tercera fase 3) que es la transformación: Una nueva forma de vida. Estas tres fases se ven obstaculizadas por los viejos mecanismos de defensa y es ahí donde el talento y experiencia del psicoterapeuta, a través de una confianza dirigida en bienestar del enfermo podrá pasar las barreras de los mecanismos de defensa para que fluyan naturalmente del inconciente al conciente aquellas experiencias que han deformado su destino natural. El

trabajo es arduo se requiere estar en la textura de la paciencia y entender con mucha claridad que la caracterología deformada a través de los años implicará un esfuerzo grande por parte del paciente y del terapeuta.

Personalmente he vivido esa transformación y no hay quimeras, pero si, mucho trabajo. Son los años de experiencia y la calidad cultural del médico lo que facilitará este proceso terapéutico que nos conduce a pensar la complejidad del problema. Se podría pensar con facilidad que los procesos sociales de prosperidad y los de crisis generarían una epidemiología previsible: a mayor prosperidad menor psicopatología, mientras que las crisis generan mayor psicopatología. No invoco al sentido común, sino a las estadísticas internacionales para proponer esta ecuación simple; pero el dilema de fondo radica en dos problemas, uno sería la cultura que puede estar deformada por valores falsos y el otro estaría constituido por el diseño de una economía política expresada por el lenguaje y la práctica. Se trata de un fenómeno histórico-clínico para que la razón funcione en la calidad de las relaciones interpersonales y la sensibilidad estética para eliminar los más grandes problemas de nuestra existencia que generarán salud y el gran indicador de la alegría.

Referências Bibliográficas

1. Entralgo L. Historia Universal de la Medicina. Salvat: España, 1972.
2. Kaplan H. Condicionamiento Operante. Compendio de Psiquiatría de Kaplan. Salvat: New York, 1988.
3. Kierkegaard SA. Mi Punto de Vista. 3ª ed., Aguilar: Argentina, 1966.
4. Morgan L. La Sociedad Primitiva. Pavlov: México, 1995.
5. Sartre JP. Being and Nothingness. Philosophical Library: New York, 1956.
6. Wittgenstein L. Investigaciones Filosóficas. Crítica/ Filosofía: México, 1988.
7. Wundt W. Fundamentos de la Psicología Fisiológica 873 - 1874 (Alemania). Larousse: Barcelona, 1996.

Fecaloma Produzido por Fibras de Açaí: Relato de Dois Casos

Fecal Impaction Produced by Açaí: Two Case Reports

Domingos N. Lamarão

Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima (HCAL), Macapá, AP

O objetivo do presente relato é mostrar que o fecaloma produzido pelas fibras de açaí (*Euterpe oleracea*), consumido *in natura*, requer conduta terapêutica diferente dos fecalomas de outra natureza, porque exige esvaziamento manual sob anestesia, e que acomete pessoas pobres da Amazônia brasileira. Daí o interesse em descrever dois casos de fecaloma produzido por fibras de açaí a partir da descrição clínica-cirúrgica dos mesmos.

Palavras-chave: fecaloma, fibras de açaí, Benzoar.

The target of this present report is shows that fecal impaction produced by açaí (*Euterpe oleracea*) fiber consumed *in natura*, requist a diferent behavior demand the manual emptying, under anesthesia effect and that compremend poor people from brazilian Amazônia. Thence the interest in relate two cases of fecal impaction produced by açaí fiber, originating from clinical end surgical description of both.

Key words: fecal impaction, açaí fiber, Benzoar.

No Brasil, é freqüente o diagnóstico de fecaloma, especialmente aqueles pelas seguintes causas: megacolon chagásico, câncer colo-retal, fissura anal, estenose anal, uso de bário em enema opaco, dieta constipante, uso de medicamentos constipantes e permanência no leito por tempo prolongado⁽¹⁾. Não obstante, não foi encontrado relato na literatura sobre o fecaloma originado pelo consumo *in natura* do fruto do açaizeiro (*Euterpe oleracea*), daí o interesse em fazer a descrição clínica-cirúrgica de dois casos de fecalomas, ambos produzidos pela fibra do açaí.

Caso 1

W.M.S., 53 anos, masculino, motorista, residente na cidade de Santana (Amapá), com história de obstipação intestinal de 6 dias, acompanhada de dor

Recebido em 08/11/2006

Aceito em 19/12/2006

Endereço para correspondência: Dr. Domingos N. Lamarão.
Av. Almirante Barroso, 409 - 68906-360 Macapá, Amapá, Brasil.

Endereço eletrônico: dom-lama@uol.com.br.

na região anal, e que associava a recente ingestão da polpa do fruto açaizeiro (açaí), triturando-a com os dentes. No segundo dia da doença, procurou o hospital da sua cidade e onde foi realizado “clister” glicerinado, mas sem melhora; no dia seguinte, foi prescrita medicação laxativa oral e também não conseguiu evacuar. Foi então transferido para o Hospital Pronto-Socorro da cidade de Macapá, recebeu medicação para dor e em seguida foi encaminhado ao Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima (HCAL), onde foi solicitada interconsulta ao Ambulatório de Gastroproctologia, no dia 18 de abril de 2006, quando relatava perda via anal de sangue “vermelho rutilante” nos últimos 4 dias e ao tentar evacuar havia eliminação exclusivamente de muco, além de desencadear intensa dor na região anal; ao exame físico, o abdômen estava doloroso à palpação profunda e o toque retal revelou a presença de grandes quantidades de grânulos de coloração marron, com sangue em permeio, e apresentando elementos espiculados. O hemograma estava normal. Paciente foi levado ao centro cirúrgico no mesmo dia, colocado na posição de Sims e com anestesia (lidocaína 2%, 10 mL) dos esfíncteres anais, auxiliada pela

lidocaína em geléia durante o toque retal (com a polpa digital); em seguida, foram retirados vários e pequenos fragmentos do fecaloma, até o completo esvaziamento da ampola retal, isto também como forma de prevenção de lesão da mucosa retal. Após 24 horas de observação, obteve alta hospitalar e sem queixas.

Caso 2

E.S.S., 12 anos, feminino, estudante do 1º grau. Admitida no Hospital Pronto-Socorro de Macapá em 08 de Julho de 2005, procedente da cidade de Porto Grande (Amapá), queixando-se de obstipação intestinal há sete dias e dor ano-retal. A paciente e os familiares também associavam o quadro à ingestão da polpa do açaí *in natura*. No leito, preferencialmente a paciente ficava em decúbito ventral por ser a posição antálgica; e o toque retal constatou a presença de fecaloma impactado na ampola, constituído de material residual bastante resistente e com espículas que produziam sangramento pelo contato com a mucosa. Não houve evacuação após a lavagem intestinal e o tratamento foi o mesmo procedimento acima descrito.

Discussão

Embora esse tipo de fecaloma seja mais freqüente em crianças pode também acometer pessoas adultas, como já observado em outras ocasiões. Por sua vez, esse tipo de ocorrência não pode ser confundido com *benzoar*⁽⁴⁾, pois esse evento é desenvolvido durante tempo habitualmente prolongado e não, como nos dois casos relatados, de evolução aguda.

Os dois casos portadores de fecalomas foram, muito provavelmente, produzidos pelas fibras do fruto do açaizeiro, consumido *in natura* e pela trituração com os dentes. Essas fibras ficam impactadas no reto, resistindo a ação de medicamentos laxativos e aplicações de enemas. Nesses casos, fundamentada

na prévia experiência com outros casos, ficou evidenciado que a única conduta eficaz é o esvaziamento intestinal manual.

Por isso, que no preparo da polpa do fruto do açaizeiro (*E. oleracea*) deve ser retirado o bagaço (fibras) através de processo manual com utilização de peneiras ou o uso de batedeira seguida de coagem. Isso porque como as fibras são espiculadas e insolúveis se ingeridas podem causar transtorno durante o trânsito pelo tubo digestivo, hemorragia digestiva baixa e/ou fecaloma.

Não obstante, eventos dessa natureza são decorrentes de peculiar hábito alimentar de populações do interior da Amazônia, onde o açaí é freqüentemente fonte alimentar e, mais especialmente, naquelas comunidades com piores indicadores de desenvolvimento humano, sendo que muitas das quais têm no fruto do açaizeiro o único alimento disponível. Também por isso, terá efeito direto na incidência dessa patologia regional a implantação de consistente e duradoura política pública que reduza a prevalência da fome (insegurança alimentar) na Amazônia.

Em conclusão, os resultados também evidenciam que nesses casos não têm resultados satisfatórios as condutas habitualmente preconizadas⁽¹⁻³⁾ para fecalomas de outras naturezas.

Referências Bibliográficas

1. De Souza VCT. Coloproctologia. 4ª ed., Medsi: Rio de Janeiro, p. 696-98, 1999.
2. Lima MJR, Coelho AK, Khouri RM. Tratamento da Obstipação Intestinal. In: Da Cruz GMG (ed.), Coloproctologia Terapêutica. Revinter: São Paulo, Vol III, p. 1745-54, 2000.
3. Rothemberg DA, Velasco AI. Complications of anal surgery. In: Mazier WP, Levien DH, Luchtefeld MA, Senagore AJ. Surgery of the colon, rectum and anus. Saunders: Philadelphia, p. 346-48, 1995.
4. Teixeira RG. Miscelânea enterocolônicas. In: Da Cruz GMG (ed), Coloproctologia Terapêutica. Revinter: São Paulo, Vol III, p. 2286-88, 2000.

Juramento de Hipócrates Utilizado na Faculdade de Medicina da Bahia de 1832 ao Primeiro Quartel do Século XX, e Informações Atuais sobre a Solenidade de Diplomação dos Médicos

José Tavares-Neto

Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA

Com a nota histórica “*Sobre a Revista dos Cursos da Faculdade de Medicina da Bahia*”, publicada no número 1, volume 76, do corrente ano, a Diretoria da Faculdade irá, a cada número da *Gazeta Médica da Bahia*, trazer à luz documentos disponíveis no Acervo Geral da Faculdade de Medicina da Bahia (1810 – 2006), desconhecido das recentes gerações de médicos e profissionais da área da saúde.

Esse Acervo Geral da Faculdade de Medicina da Bahia foi inicialmente organizado em 1982, pela Professora Maria José Rabello de Freitas, e então contava com 5.328.000 documentos. Atualmente, esse Acervo tem de 6.500.000 a 7.000.000 de documentos. Todavia, o número mais exato só será possível definir após a conclusão do levantamento em andamento realizado pela Equipe^A do Curso de graduação em Arquivologia do Instituto de Ciência de Informação (ICI) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Para esse plano de trabalho do ICI-UFBA, houve aprovação da sua Congregação de proposta encaminhada pela Diretoria da Faculdade de Medicina da Bahia (FAMEB) da UFBA, também aprovado pela Congregação da FAMEB. Desse modo, na atualidade, o Acervo Geral da Faculdade de Medicina da Bahia (1810 – 2006) é também

campo de prática do curso de graduação em Arquivologia do ICI-UFBA e espera-se que esse segundo levantamento se complete com a digitalização de todos os seus documentos, inclusive das teses doutorais^B (1840 – 1928), as teses de concursos para o ingresso na carreira docente e de Livre-docência (1843^C – 2006) e as atas da Congregação da Faculdade desde 1816^D até o presente. Só assim, será possível preservar esse precioso e único acervo para a História da Medicina da Bahia e do Brasil, além de oferecer aos pesquisadores fontes fundamentais à compreensão dessa história. Isso será possível com aproximadamente US\$ 932.000,00 (dólares norte-americanos), como citado no projeto “Recuperação e Preservação do Acervo da Faculdade de Medicina da Bahia” encaminhado, em 2006, pela Profa. Zeny Duarte Miranda para atender Edital do BNDES^E e pela Diretoria da FAMEB ao Ministério da Cultura.

Se algo de concreto não for realizado para a preservação desse Acervo, em menos de uma década é muito provável que grande parte dos documentos dos dois primeiros quartéis do Século XIX fique irremediavelmente perdida pela ação de fungos, acidificação do papel e outros danos decorrentes da ação do tempo.

^A Profa. Zeny Miranda Magalhães dos Santos (ICI, Coordenadora), Profa. Celeste Santana (ICI, Coordenadora-substituta), Bibl. Teresa Maria Coelho da Silva (Secretaria da Fazenda do Governo da Bahia, Especialista em Arquivologia) e Ademir Silva (FAMEB, Técnico em Assuntos Educacionais). Estagiários do Curso graduação em Arquivologia do ICI-UFBA: Aline Silva de Carvalho, Ana Cristina de Jesus Araújo, Jeane Maria Oliveira de Almeida, Lázaro Augusto Garcia Castro e Victor Freitas de Souza.

^B A primeira versão com a lista dessas teses (ano, autor e título) foi publicada no volume 74, número 1, p. 9-101, 2004, da *Gazeta Médica da Bahia* (Meirelles et al. Teses Doutoriais de Titulados pela Faculdade de Medicina da Bahia, de 1840 a 1928.). Em Junho de 2005, foram descobertas novas Teses Doutoriais, inclusive algumas anteriores a 1840; esse material será futuramente republicado de forma mais atualizada.

^C O levantamento de todas as teses ainda não foi concluído; os anos citados, inclusive das teses doutorais, correspondem aos das teses mais antigas até agora encontradas.

^D A primeira Ata é de 23 de Março de 1816, ainda quando a FAMEB era denominada de Collegio Médico Cirúrgico da Bahia. Após a Reforma do Ensino Médico de 1832, a primeira ata foi de 23 de Março de 1833. As atas da FAMEB dos últimos 190 anos também contam grande parte da História da Bahia e do Brasil.

^E Na primeira parte desse segundo levantamento, foram obtidos a maior parte dos recursos da FINEP e outra parte do Saúde-Bradesco. No entanto, essa segundo parte ainda não foi concluído por falta de recursos.

Por essas razões, transcrevemos nesta nota histórica o livreto (6 páginas), cuidadosamente encadernado pela Livraria Catalina, localizada à “Rua Cons. Dantas, 21”, na ainda cidade da “Bahia – Brazil”, provavelmente entre 1902 a 1908 – nesse livreto a data não foi registrada, mas em data posterior (provavelmente por ocasião da mudanças ortográficas da década de 40 do Século XX) autor desconhecido rabiscou o livreto “Juramentos”⁽¹⁾ da Faculdade de Medicina da Bahia com as mudanças ortográficas recém-adotadas⁽³⁾, atualizando a grafia das palavras Brazil (para Brasil), de Director (para Diretor), alumnos (para alunos), e, entre as outras mudanças, manuscreeu um “X” sobre o juramento, abaixo transcrito, em língua latina. Mais adiante também, será apresentada uma breve revisão sobre o Juramento de Hipócrates no ato da Solenidade de Diplomação dos Médicos e o Roteiro da mesma na Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

Antes disso, provavelmente durante os primeiros 74 anos (1808 a 1882) da Faculdade, a diplomação e juramento dos médicos seguiam outros procedimentos. Na Memória Histórica de 1884, relativa aos acontecimentos de 1883, escreveu o Memorialista Prof. Alexandre Affonso de Carvalho^F nas conclusões:

“Finalmente, a formula designada nos novos Estatutos, pela qual ser effectuada a cerimonia do juramento para a collação do grau de doutor em medicina, merece especial reparo, pela innovação que introduziu, sem necessidade, visto que a norma até então era simples, grave, imponente,

infundia respeito e acatamento, que soem ter os juramentos.”

“Segundo a praxe estatuida até a promulgação do Decreto de 25 de outubro do anno proximo passado, o acto do juramento consistia no seguinte: ajoelhado o doutorando, collocava a mão sobre o livro dos Santos Evangelhos e proferia as seguintes palavras: “*Juro exercer a medicina com honra, prudencia e humanidade; assim Deus me ajude*”, levantando-se o director punha em seu dedo o anel e dizia: “*Com este anel eu vos ligo á mais nobre das profissões, recorde-vos elle sempre o sagrado juramento que acabais de prestar*”; e ao colocar sobre sua cabeça o barrete continuava: “*Em virtude dos poderes que me são concedidos e em nome desta Faculdade, confiro a vós F. ... o grau de doutor em Medicina. Podeis praticar e ensinar a medicina.*”

“Pelos novos Estatutos, além do sagrado juramento prestado sobre o livro dos Santos Evangelhos, como acabamos de referir, accrescentaram: O doutorando levanta-se, e, pondo a mão sobre as obras de Hippocrates, continua: “*Prometto sobre as obras de Hippocrates que, penetrando no interior das familias, os meus olhos serão cegos, e a minha língua callará os segredos que*

Recebido em 02/09/2006

Aceito em 14/12/2006

Endereço para correspondência: Prof. José Tavares-Neto, Núcleo de Bioética da Faculdade de Medicina da Bahia, Largo do Terreiro de Jesus, 40025-010 Salvador, Bahia, Brasil. Telfax: (55) (71) 3321-0383. E-mail: tavaneto@ufba.br.

Apoio: CNPq, FAPESB.

me forem confiados; nunca de minha profissão me servirei para corromper os costumes, nem para favorecer o crime". E, ao entregar ao candidato um exemplar das obras de Hippocrates, diz o director: *"Lêde e meditai as obras do pai da medicina. Regule-se a vossa vida pela delle e os homens cobrirão de bênçãos o vosso nome"* e, finalmente, pondo o anel no dedo do doutorando, diz-lhe: *"Recebei este anel como symbolo do grau que vos confio. Podeis praticar e ensinar a medicina"*. (José Olympio d'Azevedo. Memória Histórica da Faculdade de Medicina da Bahia (39p.), 1884. Aprovada pela Congregação em 02 de Março de 1885, páginas 38 e 39).

À época da publicação do livreto "Juramentos", a FAMEB formava médicos, farmacêuticos, cirurgiões-dentista e parteiros, por isso constava para todos esses as promessas ou juramentos a serem proferidos no ato da diplomação, os quais são aqui transcritos, bem como os juramentos por ocasião da posse do Diretor da Faculdade, Professores Catedráticos e Substitutos, e Funcionários da FAMEB.

Este é o conteúdo do livreto⁽¹⁾:

Página 1

"FORMULA de promessa, para a posse de Director"

"Prometto respeitar as leis da Republica, observar e fazer observar o regulamento desta

Faculdade, cumprindo, quanto em mim couber, os deveres do cargo de director desta Faculdade."

Página 2

"FORMULA de promessa dos lentes Cathedraticos e Substitutos"

"Prometto respeitar as leis da Republica, observar o regulamento desta Faculdade, cumprir os deveres de professor ... com zelo e dedicação promovendo o adiantamento dos alumnos que forem confiados aos meus cuidados."

Página 3

"FORMULA de promessa dos demais empregados"

"Prometto cumprir fielmente os deveres do cargo de"

Página 4

"FORMULA de promessa para a collação do grão de doutor em Medicina"^G ^H

"Ego ... promitto me in exercenda medendi arte, fidelem semper exhibiturum honestatis, ritatis, scientiæque præceptis"

"Lares ingressus, oculi mei tamquam coeci erunt, mutumque os ad commissæ secretæ servandæ, quod pro munere honoris præcipuo habebō: nunquam etiam disciplina medica ad mores corrumpendos, fovendæ crimina utar."

^G No original, também registrado em negrito. Até a Reforma do Primeiro Período Republicano, o médico ao ser diplomado, entre 1832 a 1928, se defendesse a Tese Doutoral recebia o grau de Doutor em Medicina, do contrário era graduado em Bacharel em Medicina.

^H No livreto⁽¹⁾, é o único Juramento em língua latina, e é muito provável que sua adoção ocorreu após 1885, considerando as observações do Prof. Alexandre Affonso de Carvalho (Memória Histórica da FAMEB, 1884).

"Os outros alumnos dirão somente:"

- "Idem spondeo."

"Palavras proferidas pelo Director:"

"Hypocratica opera legito ac meditator, tuoque nomini benedict homines, si exempla quoque vitae ratione referas."

"Accipe anulum hunc, symbolum gradus quem tibi conferimus."

"Esto, igitur, medicam artem tum exercere tum docere liceat."

Página 5

"FORMULA de promessa para o grão Pharmaceutico e Parteira"

"Prometto no exercício da profissão de ... ser sempre fiel aos deveres da honra, da sciencia e da caridade."

"Nunca me servirei de minha profissão para corromper os costumes nem favorecer o crime".

Página 6

"FORMULA de promessa para o grão de Cirurgião Dentista"

"Prometto no exercício da profissão de ... ser sempre fiel aos deveres da honra, da sciencia e da caridade."

Provavelmente no início dos anos 40 do Século XXI¹, foi introduzida a versão em língua portuguesa do Juramento do Médico diplomado pela FAMEB, e tem o seguinte texto¹:

"Prometto que, ao exercer a arte de curar mostrar-me-ei sempre fiel aos preceitos da honestidade, da caridade e da ciência."

"Penetrando no interior dos lares, meus olhos serão cegos, minha língua calará os segredos que me forem revelados, **o que** (grifo nosso) terei como preceito de honra."

"Nunca me servirei da profissão para corromper os costumes ou favorecer o crime."

"Se eu cumprir esse juramento com fidelidade, goze eu, para sempre, a minha vida e a minha arte, de boa reputação entre os homens."

"Se o infringir ou dele me afastar suceda-me o contrário."

Este Juramento de Hipócrates de Kós é uma forma simplificada do Juramento original^(5,6,9), mas em lugar de *os quais*^L (usado no Juramento de muitas Escolas Médicas do Brasil) no segundo parágrafo do texto acima, o eminente Professor Joffre M. de Rezende^(5,6), da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, ensina que o correto é a locução pronominal *o que*, com a seguinte explicação:

"... refere-se ao enunciado na frase anterior, ou seja, expressa a intenção do médico guardar sigilo em relação ao que vê e ao que ouve no interior dos lares", enquanto a "... a locução pronominal os quais (grifo nosso, ou "aos quais")", no plural, tem como antecedente "os segredos que me forem revelados". Ora, não faz o menor sentido fazer "dos segredos que me forem revelados" "preceitos de honra". É fora de dúvida que esta construção está gramaticalmente incorreta e deve ser abandonada em favor da primeira".

¹ As atas da Congregação da FAMEB entre 1940 a 1949, não precisam o novo texto do Juramento, mas trazem evidências sobre a discussão desse novo texto. Não obstante, essa mudança deve ser melhor investigada e buscando a documentação da Diretoria, a partir da Reformas do Ensino dos anos 30 e 40 do Século XX.

¹ Também disponível na "home page" da FAMEB (www.medicina.ufba.br).

^L Nesse mesmo parágrafo, outras Escolas Médicas também usam a locução *as quais* de modo equivocado⁽⁶⁾.

Portanto, o segundo parágrafo do Juramento simplificado de Hipócrates é mesmo correto com a seguinte redação:

"Penetrando no interior dos lares, meus olhos serão cegos, minha língua calará os segredos que me forem revelados, o que terei como preceito de honra."

Infelizmente, nos dias atuais, as Comissões de Formatura estão expostas aos ditames de empresas organizadoras, com fins exclusivamente mercantilistas, que muito conhecem sobre organização de festas e folguedos, mas pouco sabem sobre a História da Medicina ou dos seus valores. Desse modo, cabe aos Colegiados dos Cursos de Graduação, ou as Coordenações de Cursos, a orientação dos formandos para não cometerem esse tropeço ortográfico e que altera, substantivamente, um dos propósitos do Juramento.

Além do mais, a quase totalidade dos médicos não tem oportunidade dessa discussão durante o curso de graduação em Medicina; em consequência, no ato da diplomação repetem, como "papagaios"⁽⁸⁾, o Juramento imposto pela empresa organizadora da solenidade. Assim, de Norte a Sul do Brasil, com honrosas exceções, os convites de formatura seguem um padrão, inclusive com a impressão do Juramento com o erro, supracitado, assinalado por Rezende⁽⁶⁾. Além desse constante equívoco, abaixo do Juramento é dada a autoria de Hipócrates (460-375/351 a.C), quando esse texto é adaptação simplificada de uma das versões latinas e inspirada na versão original em língua grega^(4,9). Provavelmente, a versão em língua latina registrada no livreto da Faculdade de Medicina da Bahia⁽¹⁾, do início do Século XX, foi provavelmente utilizada no ato de diplomação^M desde a vigência da Lei de Reforma do Ensino Médico de 1832.

A versão original do verdadeiro Juramento de Hipócrates (nascido na Ilha de Kós^N, Grécia), do livro

Juramento da coleção Corpus hippocraticum, também sofreu variações pelas traduções para a língua latina e dessa para as línguas francesa e inglesa^(4,5). A versão em língua portuguesa citada por Ribeiro Junior⁽⁴⁾ tem a seguinte tradução:

"Juro por Apolo médico, Asclépio, Hígia, Panacéia e todos os deuses e deusas, fazendo-as testemunhas de que conforme minha capacidade e discernimento cumprirei este juramento e compromisso escrito: Considerar aquele que me ensinou esta arte igual a meus pais, compartilhar com ele meus recursos e se necessário prover o que lhe faltar; considerar seus filhos meus irmãos, e aos do sexo masculino ensinarei esta arte, se desejarem aprendê-la, sem remuneração ou compromisso escrito; compartilhar os preceitos, ensinamentos e todas as demais instruções com os meus filhos, os filhos daquele que me ensinou, os discípulos que assumiram compromisso por escrito e prestarem juramento conforme a lei médica, e com ninguém mais; Utilizarei a dieta para benefício dos que sofrem, conforme minha capacidade e discernimento, e além disso evitarei o mal e a injustiça; Não darei a quem pedir nenhuma droga mortal e nem darei esse tipo de instrução; do mesmo modo, não darei a mulher alguma pessário para abortar; Com

^L Até meados dos anos 70 do Século XX, a Formatura dos Médicos da Faculdade de Medicina da Bahia era realizada sempre aos 15 dias de Dezembro.

^M Nos Jardins da Faculdade de Medicina da Bahia, sede *mater* da Medicina Brasileira, no Largo do Terreiro de Jesus (Centro Histórico - Salvador, Bahia), há um espelho d'água que observa os contornos da Ilha de Kós e defronte do mesmo foi construída uma estátua de Hipócrates em tamanho aproximado do natural.

pureza e santidade conservarei minha vida e minha arte; Não operarei ninguém que tenha doença da pedra, e cederei o lugar aos homens que fazem isso; Em quantas casas eu entrar, entrarei para benefício dos que sofrem, evitando toda injustiça voluntária ou outra forma de corrupção, e também atos libidinosos no corpo de mulheres e homens, livres ou escravos; O que vir ou ouvir durante o tratamento sobre a vida dos homens, sem relação com o tratamento e que não for necessário divulgar, calarei, considerando tais coisas segredo. Se cumprir cumprir e não violar este juramento, que eu possa desfrutar minha vida e minha arte afamado junto a todos os homens, para sempre; mas se eu transgredir e não cumprir, o contrário dessas coisas aconteça”.

Porém, muitas variações do juramento hipocrático têm sido publicadas em decorrência da origem da tradução, especialmente aquelas de textos clássicos em língua inglesa ou francesa. Rezende⁽⁵⁾ registra uma dessas variações traduzida para a língua portuguesa por Bernardes de Oliveira (*apud* Rezende⁽⁵⁾) e esse baseado no texto em língua inglesa⁽⁵⁾:

“Juro por Apolo Médico, por Esculápio, por Higéia, por Panacéia e por todos os deuses e deusas, tomando-os como testemunhas, obedecer, de acordo com os meus conhecimentos e meu critério, este juramento: Considerar meu

mestre nesta arte igual aos meus pais, fazê-lo participar dos meios de subsistência que dispuser, e, quando necessitado com ele dividir os meus recursos; considerar seus descendentes iguais aos meus irmãos; ensinar-lhes esta arte se desejarem aprender, sem honorários nem contratos; transmitir preceitos, instruções orais e todos outros ensinamentos aos meus filhos, aos filhos do meu mestre e aos discípulos que se comprometerem e jurarem obedecer a Lei dos Médicos, porém, a mais ninguém. Aplicar os tratamentos para ajudar os doentes conforme minha habilidade e minha capacidade, e jamais usá-los para causar dano ou malefício. Não dar veneno a ninguém, embora solicitado a fazer, nem aconselhar tal procedimento. Da mesma maneira não aplicar pessário em mulher para provocar aborto. Em pureza e santidade guardar minha vida e minha arte. Não usar da faca nos doentes com cálculos, mas ceder o lugar aos nisso habilitados. Nas casas em que ingressar apenas socorrer o doente, resguardando-me de fazer qualquer mal intencional, especialmente ato sexual com mulher ou homem, escravo ou livre. Não relatar o que no exercício do meu mister ou fora dele no convívio social eu veja ou ouça e que não deva ser divulgado, mas

considerar tais coisas como segredos sagrados. Então, se eu mantiver este juramento e não o quebrar, possa desfrutar honrarias na minha vida e na minha arte, entre todos os homens e por todo o tempo; porém, se transigir e cair em perjúrio, aconteça-me o contrário.”

Na atualidade, há muitas críticas ao clássico Juramento de Hipócrates e alguns até propõem sua extinção no ato da diplomação. Varella⁽⁸⁾, por exemplo, enumera algumas das suas objeções, como:

“... repetir o juramento ... sem fazer menção ao papel do médico na preservação da saúde e na prevenção de doenças na comunidade é fazer vistas grossas à responsabilidade social inerente à profissão”.

Esse mesmo autor⁽⁸⁾ também levanta outras questões, entre as quais destacamos:

“... faz sentido jurar por Apolo, Asclépios, Higiéia e Panacéia ...?”

“... não fazer sexo com escravos ...?”

“Ou não usar o bisturi, mesmo em casos de cálculos nos rins?”

“Ou prometer ensinar nossa profissão gratuitamente aos filhos de nossos professores ...?”

Não obstante, como também destaca Varella⁽⁸⁾, Hipócrates teve papel fundamental na construção do conhecimento médico, e os seus ensinamentos e os da escola hipocrática foram fundamentais à Moral e à Ética aplicadas à área da saúde, bem como na elaboração dos atuais códigos deontológicos utilizados no Ocidente.

Por isso também e até por razões históricas, o Juramento deve ser preservado no ato da diplomação e quando do registro do médico no Conselho Regional de Medicina. Na Faculdade de Medicina da Bahia, em respeito à tradição e também por razões históricas, deve ser mantida a forma simplificada do Juramento

de Hipócrates, mas sempre observado o rigor ortográfico assinalado por Rezende⁽⁶⁾.

Todavia, os avanços da Medicina e da Tecnociência, a evolução dos costumes, o mercado de trabalho, as agressões contra a Natureza e o Meio Ambiente e os novos ensinamentos da Bioética impuseram ao Médico novas realidades e isso tem motivado propostas de Juramento mais atuais e coerentes com esses novos tempos.

Nesse atual contexto, no curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina, desde 1997 é utilizado o seguinte Juramento Médico⁽⁷⁾:

“Juro por Hipócrates de Cós, assim como por todos os médicos que me antecederam no exercício dessa arte, que viverei a Medicina com devoção, prudência e honestidade consagrando minha vida para servir o ser humano enfermo. Sabendo limitado o poder da ciência para alcançar a cura de inúmeros padecimentos e sabendo ser a morte uma expressão natural da finitude humana, considerarei maior a missão de aliviar e confortar. Sempre receberei as pessoas enfermas como membros da família humana, respeitando-as em suas decisões sobre execução de quaisquer procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que minha arte conceber. Respeitarei incontinentemente os segredos a mim confiados, exceto quando os mesmos colocarem em risco a vida de terceiros. Não permitirei, outrossim, que convicções, crenças ou comportamentos pessoais privem qualquer enfermo de minha consideração

profissional. Utilizarei a tecnologia científica com parcimônia, sabendo-a tão somente complementar ao superior relacionamento interpessoal médico-paciente. Nos experimentos que realizar visarei o bem da humanidade, evitando impor qualquer sofrimento e injúria física ou mental ao sujeito da pesquisa, considerando imprescindível sua anuência voluntária. Tudo isso farei contemplando o ser humano com dignidade e amor que devoto ao meu irmão de sangue. Se assim proceder, goze eu para sempre do reconhecimento de todos. Se o infringir ou dele me afastar, suceda-me o contrário."

Primordialmente muitas dessas promessas fazem parte da Declaração de Genebra (1948), a qual foi sucessivamente revista nas subseqüentes assembleias da Associação Médica Mundial e em 1994, por ocasião da sua 46ª Assembleia Geral (Estocolmo, Suécia), passou a ter a seguinte redação:

"No momento de me tornar um profissional médico: prometo solenemente dedicar minha vida a serviço da humanidade. Darei aos meus mestres o respeito e o reconhecimento que lhes são devidos. Exercerei a minha arte com consciência e dignidade. A saúde do meu paciente será minha primeira preocupação. Mesmo após a morte do paciente, respeitarei os segredos que a mim foram confiados. Manterei por todos os meios ao meu alcance, a honra da profissão médica. Os meus colegas serão

meus irmãos. Não deixarei de exercer meu dever de tratar o paciente em função da idade, doença, deficiência, crença religiosa, origem étnica, sexo, nacionalidade, filiação político-partidária, raça, orientação sexual, condições sociais ou econômicas. Terei respeito pela vida humana e jamais farei uso dos meus conhecimentos médicos contra as leis da humanidade. Faço essas promessas solenemente, livremente e sob a minha honra."

Apesar dos avanços desses dois últimos juramentos, os mesmos continuam omissos quanto ao papel "do médico na preservação da saúde e na prevenção de doenças"⁽⁸⁾, e sobre sua "responsabilidade social"⁽⁸⁾. Assim, em todas essas declarações, promessas ou juramentos prevalece a tradicional cultura médica, predominante hipocrática e muito em acordo aos preceitos da Reforma Flexneriana⁽²⁾.

Essa é mais outra razão para a Faculdade de Medicina da Bahia (FAMEB) da UFBA manter a forma adaptada e simplificada do Juramento de Hipócrates, como determinou sua Congregação em 2005, pelo menos até que outro Juramento, mais abrangente e atual, seja proposto. Por sua vez, em 2004, o Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da FAMEB-UFBA estabeleceu o Cerimonial da Diplomação (ANEXO I) e nesse consta a versão simplificada do correto Juramento de Hipócrates.

Esse roteiro do Cerimonial da Solenidade de Diplomação vem sendo adotado desde Janeiro de 2004, e a partir daí foram findos os atropelos de última hora e as indevidas injunções, sem aviso prévio, das ditas empresas especializadas nesse tipo de evento. Antes disso, os Formandos são comunicados e conscientizados sobre os aspectos legais dessa solenidade e, assim procedendo, essa deixou de ser um simples acordo entre quem paga e quem organiza.

Referências Bibliográficas

1. Faculdade de Medicina da Bahia. Juramentos. Acervo Geral da Faculdade de Medicina da Bahia, 6p., [data imprecisa: 1902/1908].
2. Flexner A. University – american, English, german. Oxford University Press: New York, 1930 [texto original publicado em 1910 pela Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching].
3. Osbriano S. Ortografia simplificada brasileira: estatuto e anêcsos. Americana: Rio de Janeiro, 47p., 1941.
4. Ribeiro Junior WA. ΟΡΚΟΣ, ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ (O juramento de Hipócrates). Modelo 19 (Araraquara, SP) 4: 69-72, 1999.
5. Rezende JM. Juramento de Hipócrates. Revista Paraense de Medicina 17: 38-47, 2003.
6. Rezende JM. Juramento de Hipócrates. In: Linguagem Médica. 3ª ed. rev. e ampl., AB: Goiânia, p. 283-284, 2004.
7. Siqueira JE. Juramento médico. In: Anais do III Congresso Brasileiro de Bioética, Porto Alegre (RS), 2000.
8. Varella D. O juramento de Hipócrates. Disponível em <http://drauziovarella.ig.com.br/artigos/jhipocrates.asp>, acesso em 20 de Agosto de 2006.
9. Vasconcelos E. Juramento de Hipócrates. Revista Paulista de Medicina 83: 196-204, 1974.

ANEXO

ROTEIRO DA SOLENIDADE DE FORMATURA DA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, DO TERREIRO DE JESUS^{O,P}

1. O Mestre de Cerimônia convida o Magnífico Reitor (se presente) e o Diretor, nos seguintes termos:

"Magnífico Reitor da Universidade Federal da Bahia,
Prof. Dr. (**nome completo**) ;

Excelentíssimo Senhor Diretor da Faculdade de Medicina
da Bahia da Universidade Federal da Bahia, *mater* do
Brasil, do Terreiro de Jesus, Prof. Dr. (**nome completo**) ."

OBSERVAÇÕES:

- a) Todos os Formandos e Membros da Mesa-diretora, exceto o Secretário(a) do Colegiado e Funcionário(a) Homenageado(a), devem obrigatoriamente usar beca em acordo a posição acadêmica (Reitor e Diretor) ou a titulação;
- b) Sobre a mesa-diretora, nos lugares dos assentos do Reitor, Diretor e Coordenador do Colegiado, devem ser colocadas cópias atualizadas do Roteiro do Cerimonial de Diplomação e, se couber, com as alterações manuscritas decorrentes das determinações da reunião conjunta, citada na Nota do rodapé desta página;
- c) Na mesa-diretora não deve conter arranjos florais ou outros objetos decorativos que impeçam a boa visibilidade dos membros da mesa-diretora ou do público presente ao evento.

^O Proposta da Diretoria da FAMEB de Setembro de 2003, aprovada pelo então Coordenador do Colegiado, Prof. Aristides Cheto de Queiroz, e posteriormente aprovada pelo Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

^P NOTA: O Diretor da FAMEB e o Coordenador do Colegiado devem receber, com a devida antecedência, o Roteiro da Diplomação, em acordo às normas abaixo transcritas. Pouco antes do início da Solenidade, em reunião conjunta com ambos os Gestores da FAMEB, os Mestres de Cerimônia (da Empresa Organizadora e os da Turma de Formandos) devem ser informados pelos mesmos das alterações, se houver, a serem introduzidas no Cerimonial, isso caso o roteiro proposto não observe estritamente o estabelecido.

2. O Reitor da UFBA, se presente, ou Diretor da FMEB declara aberta a Solenidade de Diplomação e convida os componentes da mesa-diretora, dizendo:

"Aos ... dias de ... do ano de ... às ... horas, declaro aberta a Solenidade de Diplomação dos Médicos e Médicas da Turma ... da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, e convido à Mesa-diretora:

Ilustríssimo Senhor, Prof. Dr. (**nome completo**), Coordenador do Colegiado de Graduação em Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia do Terreiro de Jesus da Universidade Federal da Bahia;
Prof. Dr. (se portador da titulação de doutor), (**nome completo**), Paraninfo da Turma;

Prof. Dr. (se portador da titulação de doutor), (**nome completo**), Patrono da Turma;

Prof. Dr. (se portador da titulação de doutor), (**nome completo**), Amigo da Turma;

Sra. ou Sr. (**nome completo**), Secretária(o) do Colegiado do Curso;

Professores Homenageados (se docentes da UFBA, denominar por Professor, se também portadores do título de Doutor, Prof. Dr.) (**nome completo**);

Funcionário(a) homenageado(a): Sra. ou Sr. (**nome completo**)."

OBSERVAÇÃO: outros componentes da mesa-diretora só após autorização expressa do Coordenador do Colegiado de Curso, desse modo nenhum aluno[a] tem autorização para esse convite sem o prévio consentimento por escrito do Coordenador do Colegiado e esse deve obter a prévia concordância formal da Direção da Faculdade ou, se couber, da Congregação da Faculdade. Isso também se aplica as autoridades constituídas dos três níveis de governo e das casas legislativas, exceto se presente o Presidente da República, o Ministro da Educação, o Governador do Estado da Bahia, o Presidente do Senado Federal, o Presidente da Câmara Federal dos Deputados ou o Prefeito da Cidade do Salvador. Caso presente o Presidente da República esse assume a presidência honorária da mesa-diretora ou, caso se aplique, o Ministro da Educação. Portanto, o Governador do Estado da Bahia, o Presidente do Senado Federal, o Presidente da Câmara Federal dos Deputados ou o Prefeito da Cidade do Salvador podem ser convidados para assento à mesa-diretora, mas nesses casos a presidência da solenidade cabe ao Reitor ou ao Diretor da FAMEB.

3. Estando composta a mesa-diretora, o Diretor da FAMEB passa a condução do trabalho ao Mestre de Cerimônias da Empresa Organizadora do Evento:

- O Mestre de Cerimônias (M.C.), diz:

"Solicito o ingresso do cortejo dos concluintes do curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia, *mater* do Brasil, da Universidade Federal da Bahia, no ...º ano da sua fundação, do semestre (ano?)".

- ou o M.C., caso se aplique, diz:

"Solicitamos a abertura das cortinas apresentando os concluintes do curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia, *mater* do Brasil, da Universidade Federal da Bahia, no ...º ano da sua fundação, do semestre (ano?)".

Em seguida, o Mestre de Cerimônias da Empresa Organizadora faz a seguinte recomendação aos presentes:

"Solicitamos que o uso de cartazes, faixas, apitos, cornetas e tambores fiquem restritos até essa fase desta cerimônia. A partir deste momento, a Direção da Faculdade e a Coordenação do Curso de Medicina, solicitam que os presentes não utilizem cartazes, faixas, apitos, cornetas e tambores".

OBSERVAÇÕES:

- a) Antes, durante ou após a Solenidade de Diplomação, é terminantemente proibida a apresentação de qualquer recurso audio-visual (filme, vídeo-clip, diapositivos, transparências, etc.), sob pena da suspensão do ato de diplomação; exceto se ao exclusivo juízo do Coordenador do Colegiado e desde que não contenha cenas que possa vir a constranger algum formando, familiar, membros do corpo docente ou que agrida a dignidade humana. Se isso ocorrer, o Diretor da FAMEB deve fazer pronunciamento público, durante a Solenidade de Diplomação, censurando a parte indevida e, se couber, posteriormente abrir Comissão de Sindicância para apurar as responsabilidades. Caso seja aprovada a exibição de filme, vídeo-clip ou outro recurso áudio-visual em nenhuma hipótese deve conter imagens de pacientes nas unidades de saúde da UFBA ou de outra instituição; em caso de recurso áudio-visual usando imagens de unidade de saúde, qualquer imagem de paciente deve ser obrigatoriamente excluída;
- b) Se houver, o recurso audio-visual (filme, vídeo-clip, diapositivos, transparências, etc.), esse deve ser apresentado logo após a apresentação dos formandos;

- c) Também, antes, durante ou após a Solenidade de Diplomação, é terminantemente proibido fazer agradecimentos a qualquer casa ou indústria farmacêutica ou de produtos médicos. Outros eventuais patrocínios só podem ser citados após prévia autorização do Diretor da Faculdade ou, se couber, da sua Congregação.
4. O M.C. passa a palavra ao Diretor da Faculdade de Medicina da Bahia, citando-o nominalmente e com a titulação acadêmica que couber, nos seguintes termos:

"Convido o Prof. Doutor (e Livre-Docente, se couber), (**nome completo**), Diretor da Faculdade de Medicina da Bahia, *mater* do Brasil, da Universidade Federal da Bahia, no ...º ano da sua fundação, para a continuidade da Solenidade de Diplomação".

5. O Diretor da FAMEB, requer:

"Solicito aos presentes que fiquem de pé, para a execução do Hino Nacional Brasileiro."⁹

6. O Diretor da FAMEB convida o Orador da Turma, nos seguintes termos:

"Convido o(a) Doutorando(a) (**nome completo**), a discursar em nome da sua Turma da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia."

7. Em seguida, o Diretor da FAMEB convida o(s) Juramentista(s) da Turma, nos seguintes termos:

"Convido os(as) Doutorandos(as) (**nomes completos**), a proferir(em), pausadamente, o Juramento adaptado e simplificado do Juramento de Hipócrates, e solicito que os médicos e médicas presentes também fiquem de pé, e estendam o braço esquerdo à altura do ombro:"

*"Prometo que, ao exercer a arte de curar
mostrar-me-ei sempre fiel aos preceitos da honestidade, da caridade e
da ciência"*

*"Penetrando no interior dos lares,
meus olhos serão cegos,
minha língua calará os segredos que me forem revelados,
o que terei como preceito de honra."*

⁹ A gravação do Hino Nacional deve conter música e letra, conforme versão aprovada pela legislação pátria. Se ao vivo, o cantor e o(s) músico(s) devem também observar a versão aprovada pela legislação superior.

“Nunca me servirei da profissão para corromper os costumes ou favorecer o crime.”

*“Se eu cumprir esse juramento com fidelidade,
goze eu, para sempre,
a minha vida e a minha arte,
de boa reputação entre os homens.
se o infringir ou dele me afastar suceda-me o contrário.”*

8. O Sr. Diretor da FAMEB convida o(s) Mestre(s) de Cerimônia da Turma para fazer(em) a solicitação de grau ao Coordenador do Colegiado nos seguintes termos:

“Convido o(a) do(a) Doutorando(a) (**nome completo**) para fazer o requerimento de colação do Grau de Médico”.

9. Diz o Doutorando(a) requerente:

“Em nome da turma do, semestre de do ano de, da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia venho requerer, ao Ilustríssimo Sr. Coordenador do Colegiado do curso de Graduação em Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, Professor Doutor (**nome completo**), que proceda a colação de grau de acordo com a Lei em vigor”.

10. O Coordenador do CGM deferirá o requerimento, dizendo:

“Na condição de Coordenador do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia e com a autoridade e as atribuições a mim conferidas pelas Leis da República Federativa do Brasil e o dispositivo X do Artigo 126 do Regimento Geral da Universidade Federal da Bahia, confiro o Grau de Médico a (**nome completo**), a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas outorgadas a este título pelas Leis do País”.

11. Os Mestres de Cerimônia convidam os pais de (nome completo) para a entrega do diploma^R:

“Convido o Sr. (**nome completo**) e a Sra. (**nome completo**) para a entrega do diploma”.^S

^R NOTA: Não é sensuál o convite aos pais ou familiares. Isso também torna a cerimônia prolongada, elevando a duração para mais 90 a 120 minutos. A recomendação é do convite aos pais ocorrer no início do Baile de Formatura.

^S NOTA: as Mães e/ou Pais docentes da UFBA devem ser referidos conforme o seu Grau de Titulação Acadêmica.

12. O recém-formando se dirige ao centro da mesa-diretora estendendo o braço direito para receber o anel no dedo indicador direito do Coordenador do CGM, que imporá o Grau proferindo as palavras:

"Nos termos da legislação pátria da República Federativa do Brasil, confiro o grau de médico a (**nome completo**) "

13. Os Mestres de Cerimônia convidarão um a um dos formandos para a colação de grau dizendo:

"Ilustríssimos membros da mesa-diretora, Senhoras e Senhores presentes, informamos que apenas o primeiro formando cumprimentará os membros da mesa-diretora em nome da turma".

Convido o(a) doutorando(a) (**nome completo**) para colar grau de médico e o Sr. (**nome completo**) e a Sra. (**nome completo**) para a entrega do diploma".

OBSERVAÇÃO: os Mestres de Cerimônia ficam proibidos de chamar seus Colegas por apelidos, características pessoais, de procedência ou naturalidade, ou mesmo citando-os por expressões pessoais ou por características mais íntimas.

14. E assim sucessivamente até ser chamado o último formando. Em todos os casos, inclusive a partir do 2º formando, no momento da Colação do Grau, o Coordenador do Colegiado repete:

"Idem, confiro o grau de médico a (**nome completo**) "

OBSERVAÇÕES:

- a) Incluir no Roteiro a relação dos formandos, a qual deve seguir, rigorosamente, a lista nominal fornecida pelo Coordenador do Colegiado de Curso; essa deve ser solicitada, ao menos, com 5 (cinco) dias úteis de antecedência, e devidamente registrada pelo Coordenador e Secretário do CGM.
- b) Cabe ao Coordenador do CGM levar para o local do evento a lista nominal oficial e ficar exclusivamente restrito a diplomação daqueles citados na mesma.

Relação dos graduandos da FAMEB-UFBA:

Formando(a)	Pais ou Padrinhos ^s
2- nome completo do aluno(a)	pai: (nome completo) mãe: (nome completo)
3- idem, até o final da lista	Idem

15. Caso se aplique, ao término da solenidade de diplomação, os Mestres de cerimônia da Turma convidarão os colegas que farão as homenagens da turma:

- "neste momento, faremos homenagens em nome da turma de médicos, a aquelas pessoas que direta ou indiretamente colaboraram para realização desse nosso sonho e dos nossos estudos médicos".
- "convidamos o(a) médico(a) Dr.(a). confiro o grau de médico a (nome completo)", para presentear a Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA, e para isso também convidamos o Senhor Diretor, Prof. Dr. **(nome completo)**, para receber o quadro dos formandos. Retorna-se assim a tradição das antigas turmas da Faculdade de Medicina da Bahia do Terreiro de Jesus da Bahia, homenageando os seus **(especificar número de anos da fundação da faculdade)** anos de existência, sendo a primeira escola médica do Brasil";
- convidamos o(a) médico(a), **(nome completo)** para entregar nossa homenagem ao Parainfo da Turma ao Prof. Dr. **(nome completo)** ;
- convidamos o(a) médico(a) **(nome completo)** para entregar nossa homenagem ao Patrono da Turma ao Prof. Dr. **(nome completo)** ;
- convidamos o(a) médico(a) **(nome completo)** para entregar nossa homenagem ao Amigo da Turma Prof. Dr. **(se portador do título)**, **(nome completo)** ;
- convidamos o(a) médico(a) **(nome completo)** para entregar nossa homenagem ao Prof. Dr. **(nome completo)** **(e de igual modo para os outros Professores ou Médicos Homenageados)** .
- convidamos o(a) médico(a) **(nome completo)** para entregar nossa homenagem a(o) funcionário(a) Sr(a). **(nome completo)** .

*****os Mestres de Cerimônia da Turma encerram suas atividades*****

16. Após essas homenagens, o M.C. passa a palavra ao Diretor da FAMEB e esse convida um a um dos alunos laureados, citando antes do anúncio o histórico de cada prêmio, nos seguintes termos:

- **[Histórico do Prêmio Prof. Manoel Victorino]**^T "convido o(a) médico(a) recém-diplomado(a) **(nome completo)** para receber o diploma do prêmio Prof. Manoel Victorino a que faz juz, por ter sido o(a) aluno(a) laureado(a) da turma, obtendo a maior média global durante o curso médico, de ..."

^T Prêmio instituído em 1892. O Prof. Manoel Victorino era natural de Salvador, colou grau de Médico em 1876, e pela primeira vez, em 1883, a Faculdade de Medicina da Bahia aprovou um candidato ao Cargo de Professor com média 10 e distinção e louvor. Lecionou Clínica Cirúrgica. Foi Governador da Bahia de 1889 a 1990, Vice-Presidente da República de 1894 a 1898, e Presidente em exercício da República de 1896 a 1897, com o afastamento do Presidente Prudente de Moraes.

- **[Histórico do Prêmio Prof. Alfredo Thomé de Britto]**^U "convido o(a) médico(a) recém-diplomado(a) (**nome completo**) para receber o diploma do prêmio Prof. Alfredo Britto por ter sido o(a) aluno(a) classificado(a) em 1º lugar na produção científica entre os que se inscreveram para disputar esse prêmio".
- **[Histórico do Prêmio Prof. Juliano Moreira]**^V "convido o(a) médico(a) recém-diplomado(a) (**nome completo**) (**nome completo**) para receber o diploma do prêmio Prof. Juliano Moreira por ter sido o(a) aluno(a) classificado(a) em 1º lugar pelo conjunto dos trabalhos de extensão, entre os que se inscreveram para disputar esse prêmio".
- **[Histórico do Prêmio Raymundo Nina Rodrigues]**^X "convido o(a) médico(a) recém-diplomado(a) (**nome completo**) para receber o diploma do prêmio Prof. Nina Rodrigues por ter sido o(a) aluno(a) classificado(a) em 1º lugar pelo conjunto da produção científica, dos trabalhos de extensão, média global acima do valor médio e por ter a indicação de no mínimo 5 docentes da Faculdade de Medicina da Bahia".

17. O Diretor da FAMEB ou Coordenador do CGM convida o Paraninfo da Turma a discursar;

18. O Diretor da FAMEB ou Coordenador do CGM convida o Patrono da Turma a discursar;

19. O Diretor da FAMEB congratula os concluintes do curso e encerra a cerimônia. Caso esteja presente o M. Reitor da UFBA, o encerramento da solenidade cabe ao mesmo.

20. O M.C. da Empresa Organizadora solicita aos presentes, que permaneçam em seus lugares e nos seguintes termos:
 "Solicito que permaneçam em seus lugares, até a saída dos membros da mesa-diretora e dos novos médicos e das médicas da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia. No "foyer" deste auditório, os diplomados receberão os cumprimentos, local onde também serão distribuídos os convites do baile de formatura. Boa noite".

^U O Prêmio é uma homenagem ao Prof. Alfredo Thomé de Britto, natural da Bahia (1865, Ilha dos Frades), diplomou-se em Medicina em dezembro de 1885 pela Faculdade de Medicina da Bahia. Foi Professor Catedrático de Clínica Propedêutica (1893 a 1909), defendendo a tese "Ensaio crítico sobre os principais processos de cardiometria clínica", e Diretor da Faculdade de Medicina da Bahia no período de 1901 a 1908. Destacou-se como Professor, tendo publicado vários trabalhos científicos, foi o pioneiro no uso dos Raios X em nosso meio, utilizando-os como instrumento propedêutico. Como Diretor, reconstruiu o prédio da Faculdade de Medicina da Bahia após o incêndio de 1902, além de dar grande impulso em todos os setores. O Prof. Alfredo Thomé de Brito foi, ainda, Presidente da Liga Baiana contra a Tuberculose.

^V Prêmio instituído em 2002. O Prof. Juliano Moreira, nasceu em Salvador em 01 de Junho de 1873, diplomou-se em Medicina em 1891 pela Faculdade de Medicina da Bahia, sendo aprovado por distinção com tese inaugural sobre "Etiologia da Sífilis Maligna Precoce". Tornou-se Assistente da Clínica Psiquiátrica em 1893. Em 1896, foi aprovado como Lente Substituto da 12ª Seção, com a Tese "Discinesias Arsenicais". Conciliou a docência com a prática assistencial. Na década de 30 (do século XX), o Hospital São João de Deus recebeu o seu nome. Criou o Instituto de Clínicas da Faculdade, atual Hospital Universitário. Dirigiu o Hospital Nacional de Alienados no Rio de Janeiro e coordenou a Assistência Psiquiátrica do Brasil, durante o governo de Rodrigues Alves. Liderou a psiquiatria brasileira de 1903 a 1930, destacando-se como médico e cientista reconhecido internacionalmente.

^X Prêmio instituído pela Congregação da Faculdade de Medicina da Bahia em 2006, por ocasião do Centenário da Morte do eminente Professor Nina Rodrigues. Neste ano de 2006, fazem 100 anos do falecimento do Prof. Raimundo Nina Rodrigues, de quem são os primeiros estudos brasileiros na área da Medicina Legal; e também é da sua autoria o primeiro estudo com cientificidade sobre beribéri no Brasil, realizado entre pacientes internados em instituição psiquiátrica da cidade do Salvador (Bahia), com o título "A assistência médico-legal aos alienados no Estado da Bahia" publicado na *Revista dos Cursos da Faculdade de Medicina da Bahia*, Salvador 3: 163-470, 1905. Esse trabalho de Nina Rodrigues (1905) e o conhecimento sobre a beribéri daquela época, foram revistos por R. R. Jacobina & F. M. Carvalho e publicado na revista *História, Ciências, Saúde*, Rio de Janeiro, VII: 113-132, 2001, os quais concluíram "O trabalho de Nina Rodrigues é um exemplo de 'raciocínio epidemiológico', com formulação da questão, construção dos dados guiados pelas hipóteses de trabalho e obtidos com técnicas simples e eficientes".

Resposta do Dr. EUCLIDES ALVES REQUIÃO á Comissão Nomeada pelo Governo Imperial Afim de Estudar a Beriberi nesta Província. 1880. Bahia¹

Sabios e illustrados collegas e am^{os}

Recebi a vossa circular datada de 29 de Dezembro do anno próximo passado, e passei a tê-la com profunda attenção, assim como, o questionário que acompanhou-a, vendo que os illustrados amigos solicitavão a minha pequena coadjuvação, para com a dos illustrados collegas da Província, poderem tratar da realisação de um dos comimettimentos mais transcendentos da actividade medica. – O estudo especial de uma entidade morbida que, de alguns annos a esta parte, tem prendido seriamente a attenção dos distinctos clínicos desta capital, molestia, cujos effeitos desastrosos e aterradores são demais conhecidos; quero fallar do Beri-beri, esse Protheu da Pathologia medica.

No louvavel intuito de cooperar para o estudo desta molestia, e tendo seriamente investigado alguma coisa sobre o assumpto, tomei a resolução de responder á maior parte das questões propostas, e eis que ahi vae o resultado das minhas observações clinicas.

O trabalho que se segue só tem de merecimento ser o cumprimento de um devêr; sinto no entretanto e profundamente não dispôr de vastos conhecimentos afim de corresponder a expectativa daquelles que tão bondosamente solicitarão o fraco auxilio do humilde-collega; comtudo envidei todos os esforços ao meu alcance afim de satisfazer ás exigencias do questionário apresentado.

É verdade que arreteci algumas vêses timido diante da magnitude da emprêza; mais, atirei-me tendo em algumas ocasiões de tatear nas trevas, sem ao menos têr a esperança de encontrar um raio de luz que me guiasse ao caminho da verdade.

Fiquei sobre modo penhorado, por vêr a subida honra com que me distinguão aos illustrados collegas e amigos, dando d'est'arte uma prova significativa de consideração a aquelle que, tem tido sempre a felicidade de admiral'os nas luctas gigantescas da intelligencia.

Não posso deixar de render a devida homenagem e um voto sincero de louvôr ao digno Señor ex-ministro do Império, Cons^o Francisco Maria Sodré Pereira, a quem por certo devêmos a felis lembrança de mandar por uma commissão das mais distinctas praticas d'esta capital estudar a molestia em questão, estímulo poderoso de onde poderá provir grandes resultados e m^{ia} luz.

Deste modo deu o illustre estadista uma prova de que por alguma forma tem em muita consideração a saúde publica da terra que nos servia de berço. Passo a responder às questões apresentadas.

1ª Questão

Tem observado casos da molestia denominada beri-beri na localidade onde exerce a proffissão?

Na minha pratica tenho tido occasião por muitas vêses de observar casos d'essa terrível enfermidade que tantas e tão preciosas vidas tem aceifado, e que tanto tem prendido a attenção dos praticos.

Inumeros casos da molestia têm sido confiados aos meus cuidados, ora só é francamente manifesta, ora surprehendendo a marcha de uma outra entidade

¹Nota do Editor: a presente publicação reproduz *ipsis litteris* a ortografia do documento original, de 46 páginas, manuscrito em bico-de-pena mais às páginas dos quadros (citados no original como "mappas"). Este documento foi encontrado casualmente como anexo de officio de 1982, do Prof. Heonir Rocha (então Pró-Reitor de Pós-graduação da Universidade Federal da Bahia), dirigido ao Reitor Macêdo Costa para ser incorporado ao acervo da Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA.

morbida a que ella vem complicar, embaraçando sua marcha, quando não vem trazer, immediatamente depois do seu apparecimento, o luto e a desolação sobre uma família inteira.

Além dos casos que tenho tido na clinica civil, fui em meados do anno de 1878 incumbido pelo digno e humanitário Señr Cons^o Barão Homem de Mello, então presidente d'esta Província, de estabelecêr uma enfermaria especial na Villa de Itaparica, para n'ella serem tratados beri-bericos.

Effectivamente nomeado a 5 de Julho do ditto anno dirigi-me para a referida Villa a 11 do mesmo mês, onde, a esforços meus e dos meus companheiros de trabalho, montei o estabelecimento para n'elle serem tratados convenientemente os atacados da molestia, com especialidade os retirantes das províncias do norte, que, victimas da sêcca, se acharão domiciliados no Arsenal da Marinha desta Província.

Bem merecião esses infelises que se os denominasse verdadeiros comprehendias de pathologia; reconhecendo então o pesado encargo confiado aos meus cuidados. Como rehabilitar aquelles organismos, completamente depauperados de seiva, e onde um só apparêlho não funcionava nas raias da normalidade?

Como levantar as forças a quem já as tinha tão enfraquecida, e para quem a vida se tornara um fardo se não um verdadeiro martyrio?

Apesar de se acharem providos, ainda que tarde, de todos os recursos e meios que a sciencia lhe podia ministrar, manifestavão certa intensidade de sofrimentos Moraes que por si (**palavra ilegível**) constituíam as sambreadas do leituoso quadro que se patenteava ás minhas vistas. E senão vejâmos:

Aqui era o pobre e infelis mãe que, quasi extenuada pelos soffrimentos, supplicava ao lado de sua filha, por quem extremecia, e a quem via exalar quasi o ultimo lampêgo de vida, a morte como único descanó aquelle cruel martyrio.

Ali era o marido extremoso, com a tês macilenta, olhos encravados, cabêllos desgrenhados, vestes em um estado que, até aos seus proprios olhos insjuravão certa repugnancia, e com aspecto que denunciava perfeitamente o desespero que se aninhava n'aquella alma, ao lado da espôsa agonizante por quem morria

de affectos e para quem implorava um allívio n'aquella situação tão critica quanto desesperadôra.

Acolá finalmente era o irmão carinhoso ao lado de sua inocente irman, moribunda, e a quem denotava amizade sem limites, quasi à revoltar-se contra a propria Providencia que não lhe ouvia as fervorosas supplicas. No entanto a fé se aninhava n'aquelle cerebro, como a esperança de salvação no coração do naufrago que, em procellosa tempestade, se julga quase perdido. Era horrivel!

Tal foi o quadro que se desenhou ás minhas vistas, quando por instancias do Exm^o Senr. Cons Barão Homem de Mello, foi examinar estes infelizes no Arsenal da Marinha.

Dos retirantes que ali se achavão, sequirão para a enfermaria em Itaparica sasscente ou que estavam atacados, sendo que a molestia se manifestava n'esses individuos complicando, na maioria dos casos, á marcha de individualidades morbidas outras, de que já se achavão soffrendo.

Deste modo se fará uma pequena idéa do estado em que estavam os infelises confiados aos meus cuidados.

Não obstante, a crítica felina e mordaz não tardou apparecêr nas columnas das – A pedidos – de alguns jornaes diarios d'esta capital, que n'aquella epocha fazião, como ainda hõje fazem, opposição aos actos do humanitario governo da Província, recahindo sobre estas accusações ridiculas, sem base nem fundamento.

Censuravão a criação d'aquelle estabelecim^{to}, apresentando o pretexto frivolo, de ser elle um meio de protêger afilhados do governo, etc,etc.

Disserão até que, “a poetica Itaparica, muito bem appellidada Europa dos pobres, e onde todos os beribericos achavão prompto aleivio aos seus soffrimentos, só tinha aberto uma cruel excepção para os infelises retirantes”.

Sem entrar n'essa apreciação, nem na de contas exageradas e falsas de medicamentos enviados d'esta capital para a dita enfermaria, que audaciosamente publicarão, tive seriamente desêjos de perguntar aos taes noticiarios, si tivessem elles a competencia para responder-me, o seguinte:

Os retirantes que farão mandados para a enfermaria em Itaparica se achavão nas mesmas condições em que estavam os filhos d'esta Província ou de outras, que, atacados da molestia para ali si dirigião em procura de um allivio?

Julguei porem mais acertado e judicioso atirar ao desprêso as acusações que em parte me fazião as taes (**palavra ilegível, originalmente sublinhada**).

Entretanto as taes criticas, não deverião ignorar se tivessem competencia para isso, que, á sêcca, á fome e muitas outras causas que desapiedavam^{te} devastarão as infelises províncias do norte, havião de esquir-se as pestes, e soffrimentos de toda naturêza, muito principalmente na classe proletaria, achando-se portanto aquellas províncias em pessimas condições hygiênicas.

Os retirantes que aqui chegavão estavam, na maioria innamidos, e doentes, desembarcando quasi a morrer; soffrendo de diversas molestias, devidas em geral á sua alimentação que tinhão, ás pessimas aguas de que fazião uso, etc,etc; n'esse estado seguião p^a o Arsenal da Marinha onde ficavão estacionados e ali erão atacados da beriberi.

No numero, dos primeiros doentes que da capital seguia p^a a Enfermaria em Itaparica farão alguns que, mal desembarcarão, expiravão!²

Pedião pois n'essas circunstances, achar todos prompto alivio e decidida cura na enfermaria?

A maior parte encontrou ahi, é verdade, a saude e o vigôr, o que não pude porem fazer foi o milagre de curar beribericos tuberculosos, etc,etc.

A enfermaria a meu cargo foi vesitada pelos mais exigentes e conhecedôres do serviço de taes estabelecimentos, para o que invoco o testemunho valioso. Se todos os illustrados facultativos, que, quasi semanalmen^{te} ali se achavão, e mesmo esses zoilos. Ao contrario ficarião acreditando no que noticiarião os taes jornaes na sua improba tarefa, de censurar todos os actos da Administração da Provincia, ainda mesmo, ainda mesmo as mais judiciosos e louvaveis, e de ferir a quem nunca se occupou com tão illustres desconhecidos.

Lastimei realmente esse inglorio trabalho, mas é bem que note o seguinte: que essa accusação fosse feita nas columnas de um pasquim vá, porem que jornaes illustrados d'esta terra, ao menos teem-se se esta conta, franqueassem as suas columnas, à publicações d'aquella ordem, jamaes, a cuja frente achão-se homens que têm algum traquêjo nos negocios publicos da provincia, e veem a necessidade palpitante da criação de um estabelecimento d'aquelles, isso é o que realm^{te} admira!

Agóra morrem os desvalidos, lutando com a apathia e o indifferentismo, e as taes criticas censurão o governo da provincia pela falta de uma enfermaria – Não se as entende.

Entretanto o beri-beri continua e continuará a fazer uma dezimação, e, aí d'aquelle que lembrar a criação de uma nova enfermaria na ilha de Itaparica, onde possão ser tratados os que fôrem pouco favorecidos da fortuna, porque soffrêra de novo as accusações tremendas da imprensa que caprichosamente fizer então opposição aos actos do governo.

Finalmente, no que acabo de diser não vae por certo a linguagem do despeito, mas sim a expressão fiel e bem significativa da verdade.

2º Questão

Em que epocha se manifestarão os primeiros casos que observou, ou que lhe consta haverem ocorrido no logar?

Quando a primeira parte tenho a responder, que, o primeiro caso de beri-beri por mim observado foi no Hospital da S^{ta} Caza de Misericordia, no anno de 1876, sendo então n'esse tempo, alunno do quinto anno de medicina³.

Dessa epocha para cá tenha tido constantemente occasião de observar doentes affectados da molestia em questão, quer na minha clinica, quer na de alguns collegas, n'esta provincia.

² Este facto foi publicamente observado e por mais de uma vês, em Itaparica.

³ Nota do Editor: o autor deste texto, Dr. Euclides Alves Requião, foi graduado médico-doutor na Turma de 1877 da Faculdade de Medicina da Bahia, defendendo a Tese Doutoral "INTERVENÇÃO DA CIRURGIA NA SACRO-COXALGIA" (FAMEB: 0092). Foi Colega de Turma do Prof. Climério de Oliveira.

Consta-me, entretanto, o seguinte, relativamente á segunda parte do quesito:

Si bem me lembro, corria o anno de 1863 p^a 1864 quando foi chamado o nosso illustrado collega o Señr Dr. Silva Lima afim de prestar soccorros concernentes a sua proffissão a uma doente, no sertão d' esta provincia.

Effectivamente seguia e tève de reconhecer, no dia 18 de Maio do mesmo anno, a molestia em uma senhõra, que parecerá ter nada menos de quarenta nem mais de cincoenta annos de idade.

Depois do apparecimento d' este caso, que, por alguma forma prendeu seriamente a attenção do distincto clinico de que acabei de fallar, forão se succedendo novos casos, de modo a tomar a molestia um certo grão de desenvolvimento, à ponto de, pelo cunho da gravidade que apresentava, espalhar o terrôr sobre a população.

No mesmo anno creio, tève tambem o Dr. Alves, no mês de Julho, de obbservar a entidade morbida em questão em uma senhõra de constituição debil, musculatura pouco desenvolvida, com 59 para 60 annos de idade.

Por essa epocha, pouco mais ou menos, o nosso illustrado collega, o Señr Dr. Patterson, cuja merecimento jamais desmetido, vae progressivamente sabendo dia a dia tève, de observar n' esta capital, a beri-beri em uma senhõra, cazada, de 28 annos de idade, sobrevivendo-lhe a molestia dois dias depois de um parto.

Nesta doente os acontecimentos precipitarão-se de modo a complicar-se seriamente o apparatus de symptômas, subindo de ponto a gravidade do caso, e fallecendo poucos dias depois a paciente.

Desta epocha para cá o apparecimento da molestia tem sido tão frequente, que, sem mêdo de errar, posso affirmar, que seria endemicamente entre nós.

3ª Questão

**Quantos casos observou, e em que epochas?
Especifique a idade, sexo, côr, naturalidade,
occupação, habitar de cada pessoa affectada, e
particularmente se usava das alcoolicas em
excesso. Sendo mulher, se foi accomettida
durante a gravidês ou puerperio e em que
epochas deste estado.**

Julguei conveniente e até judicioso, dividir o quesito em duas partes, não só como meio de facilitar, como ainda de methodisar o trabalho.

Quanto a primeira parte é difficil, si não impossível, dar uma noticia exata do n° de casos que tenho tido occasião de observar, mas posso afirmar que subirão elles a mais de cento e cincoenta.

Limito-me a dar dois mappas estatisticos, que demonstrão o movimento da enfermaria durante o tempo em que estêve a meu cargo, sendo um d' elles relativo a enfermaria dos homens e o outro á das mulheres, porque felismente conservei-os, com tambem alguns apontamentos p mim feitos com o fim de servir para estudos posteriores.

Não apresenta porem os mappas relativo aos doentes da clinica civil, por não dispôr dos dados necessarios para sua formação.

Quanto a segunda parte da questão, achão-se a resposta incluída nos citados mappas de n^{os} 1 e 2 p mim apresentados.

4ª Questão

**Tem observado mais de um caso na mesma
familia ou entre individuos que vivem em
commum? Quantos, e si simultanea ou
successivamente?**

Tive occasião, de por duas vêses apreciar este facto, na epocha justamente em que desempenhava em Itaparica a comissão a meu cargo.

Em uma occasião, tratava-se de uma familia do Rio-Grande-do-Norte, a qual trasia o seu chefe e um filho d' este, creio até o mais velho, seriamente comprometidos em suas sandes, por tão terrível molestia.

Dias depois da sua chegada á Ilha, complicando-se os symptômas, e inspirando serios receios a vida de um, que infelismente era o chéfe, fui chamado afim de dispensar-lhe os meus cuidados clinicos.

Reconheci trata-se de um destes casos em que não há medicação que aproveite, ainda mesmo a mais racional e judiciosamente instituida.

A molestia que n' esse caso se apresentava sob a forma edematosa e com um terrível apparatus de sumptômas, havia collocado àqueulle infelis em uma

situação desesperadôra, zombando de todos os recursos até ali empregados.

Communiquei inimediatamente a um dos membros da família qual seria o epilogo d'aquelle funesto quadro, e na realidade, no dia immediato, pela manhan, falleceu o infelis na maior agonia.

Quanto ao segundo doente continuei a tratál'o e pouco tempo depois achava-se completamente restabelecido. Neste caso a molestia apresentou-se tambem sob a forma edematoza e com um cortêjo phenomenal que não escaparia aos olhos ainda os menos educados.

Outra ocasião porem tratava-se de uma das mais distinctas familias da provincia de Pernambuco, e que infelismente trazia os dois chefes affectados da molestia. Fui immediatamente, depois de sua chegada à Ilha chamado para examinal'os e effectivam^{te} fiquei tratando á ambos obtendo no fim de dois mêses, os mais brilhantes resultados.

Ainda n'estes doentes a molestia se apresentou sob a forma edematosa, mas não com intensidade assustadôra.

Observei o apparecimento do beriberi, na Faculdade de Medicina em mais de um collega de aula no tempo em que, como alunno, cursava o quinto anno medico.

No seminario archiepiscopal não há anno em que pelos mêses de Outubro e Novembro, não faça ali erupção a molestia com seu cortêjo de syntomas, mais ou menos acentuados.

No fim do anno proximo passado foi motivo para fechar-se o estabelecimento, antes até de exhibirem os alumnos as provas do seu aproveitamento, durante o anno que se findava, em virtude das proporções assustadôras que ia assumindo o morbo em questão.

5ª Questão

Tem visto a molestia precedida ou acompanhada de febre? No caso affirmativo de que typo ou forma era a febre.

Pela leitura dos mappas anexos, na parte que dis respeito às observações, verão os illustrados

collegas e amigos que, por mais de uma vês, tive occasião de ver casos de beriberi em que um certo apparêlho febril se apresentava, e alem d'esses que ali vão coitados, e que forão por mim observados na clinica hospitalar, apreciei mais alguns na clinica civil, em que o mesmo acontecerá.

No entanto, não liguei o estado febril que apresentavão os doentes á molestia em questão, mais sim a'alterações morbidas outras que conjunctamente existião, como poderão os collegas verificar pela leitura dos mappas.

Nos casos de beriberi que tratei, somente por tres mêses, isso na clinica civil, e em casos em que a molestia se manifestava so e sem intercurrencia alguma, pude apreciar um certo movimento febril, que era denunciado pela elevação mais ou menos gradual da columna thermometrica, attingindo no primeiro d'elles a 37°S, no segundo a 38°S, e no terceiro a 39° (*).

Quanto a febre preceder á molestia, bem sabem os collegas que, habitualmente, (pessimo-costume) quando pêssoas que se sentem affectadas de qualquer enfermidade, procurão ao medico com o fim de consultar-se e entrar em tratamento, já a molestia tem attingido um maior ou menor graó de desenvolvimento, principalmente si não é uma d'estas entidades pathologicas de forma e marcha aguda, que de qualquer sorte, incommodão ao doente inspirando-lhe maior ou menor receio.

É facto este sancionado pela pratica, e que não se faz esperar.

Quantas vês não terão tido occasião de verificar a asserção que acabei de avançar?

O que posso affirmar é que ainda não tive occasião de observar um só caso de beriberi em que a molestia não contasse, pelo menos, dias de existencia. Esta é a realidade.

Quanto ao typo da febre que acompanhava a molestia nos doentes que tratei, encontrarão os collegas a resposta incluida ainda nos mappas apresentados.

(*)Este caso foi fatal.

6ª Questão

Especificar os principais symptômas da molestia, sua marcha, duração e mortalidade em cada uma das formas.

Em virtude do crescido numero de casos que observei e tenho observado, tenho tido occasião de apreciar o cortêjo symptomatico que sãe acompanhar esta terrivel enfermidade, sendo este immenso e variado.

Antes porem de entrar na exposição dos symptômas que ordinariam^{te} denunciação semelhante estado morbido, julguei conveniente diser, em primeiro logar, alguma coisa relativamente ás formas sob que se manifesta a molestia.

Muitas têm sido as divisões apresentadas, e não deixa por certo de ter grande valôr e subida importancia a discriminação mais ou menos exacta de cada uma das formas sob que se patentêa.

Entretanto tantas são ellas que, sem mêdo de erra, posso affirmar o seguinte: tantos auctôres, tantas divisões!

O meu illustrado mestre e amigo o Señs Dr. Domingos Carlos, depois de ter feito estudos especiais sobre o assumpto e até me consta que em pessoa m^{to} cara de sua familia, deu á luz de publicidade a seguinte divisão que está de accôrdo, dis elle, com a predominancia dos symptômas, ou órgãos affectados:

- 1ª Forma anasarchica,
- 2ª “ gastrica,
- 3ª “ hepatica,
- 4ª “ duodenal,
- 5ª “ pulmonar,
- 6ª “ celiaca, que elle chama molestia do mêdo,
- 7ª “ cardica,
- 8ª “ cerebral,
- 9ª “ amblyopica,
- 10ª “ pleurytica,
- 11ª “ glandular,
- 12ª “ syncopal;
- 13ª “ espinhal ou paralytica,
- 14ª “ interstinal

O Dr. Alavrenga, nosso distincto patricio hõje lente da Escola medico-cirutgico de Lisbõa, distingue a molestia em três periodos:

- 1º de invasão
- 2º Estado ou apogêo
- 3º Periodo de terminação.

Bauer, só admitte a forma hydropica que, para elle, pode ser aguda ou chronica.

Hright, admitte duas formas: a arthemica e a infflammatoria.

Lindenam, por sua vês, dis que a molestia se apresenta sob uma das formas seguintes:

- 1ª Torpida
- 2ª Syncopal
- 3ª Erethica.

Carter, o illustrado clinico que tanto observou o beri-beri na Arabia, só admitte a torpida.

Meijer, porem, admitte, entre outras, a seguinte:

- 1ª A nervosa,
- 2ª “ gordurosa,
- 3ª “ hydropica
- 4ª “ cachetica, etc.

Enfim, os exageros chegarão a tão alto gráo que, infelismemente, cada um por si quis constituir de um sumptôma, que se apresentava, uma forma p^a a molestia.

Das disvisões que acabei de citar, umas pecão por não terem a mais insignificante vantagem clinica, outras porem alem de viciosas, cercão-se na pratica de uma difficuldade extraordinaria principalmente quando se tiver de estabelecer diagnosticos differenciaes.

Alem das divisões já citadas, existem umas outras que passo a exnunciar e que me parecem mais consentaneas com a rasão; não só por facilitarem m^{to} mais o estudo da molestia, como que estarem mais de accôrdo com aquillo que todos os dias a pratica nos offerêce; Eil'as:

O illustrado medico Hollandês Oudenhanen encara a molestia sob tres formas que são:

- 1ª A cachetica
- 2ª “ hydropica
- 3ª a polysarchica

Aaitken tambem admitte tres formas.

O Senr^o Dr. Silva Lima, dotado de um espirito

eminentem^{1e} investigadôr e que tão iluminosamente tem escripto sobre o assumpto, admitte as tres formas seguintes:

1^a Edematosa

2^a Paralytica

3^a Mixta; sendo que na primeira d'estas, dis elle affectado o systema nervoso da vida organica, na segunda o da vida animal, e na terceira ambos conjunctamente.

Bem se vê que a distancia entre as divisões d'estes tres distinctos clinicos é diminuta.

A esta ultima inclina-me assim como a maioria das praticas.

Passo agora a enunciar quaes os symptomas que me acompanhar a esta terrivel evolução pathologica.

Grandes e importantissimos são as alterações que têm lugar, não só pelo lado da innervação como ainda pelo lado da circulação, predominando ora estas, ora aquellas, e que, em algumas conjuncturas, umas e outras ao mesmo tempo.

Ordinariamente, antes que a molestia tenha feito o seu apparecimento, existem signaes precusôres que se tradusem (**palavra ilegível**) nauseas, vomitos, digestões laboriosas, anorexia, maú estar geral, melancolia mais ou menos profunda, indisposição no trabalho, dôres pelo corpo, ligeiro edema nos maleolos, etc.

Nem sempre porem estes signaes prodramicos se manifestão.

Tive occasião de observar uma doente que referiu-me o seguinte, relativamente á história pregressa da sua molestia: deitou-se um dia em pleno gôso de saude, accordando porem com uma dôr de cabeça intensa, vertigens, ficando n'este estado dois dias, apparecendo no terceiro os symptômas que forão-se acentuando, de modo a mais tarde, sêrem a expressão fiel da affecção que, n'este caso, se manifestava sob a forma edematosa.

Nesta forma da molestia o symptôma que em primeiro logar fere a attenção do pratico que se aproxima do leito do paciente, é o edema duro e elastico, ao lado de uma face sem expressão, onde traduz-se fielmente a opressão moral que subjuga aquele espirito acabrunhado, a par de uma anemia mais

ou menos profunda q' é a prova significativa do estado de depauperamento em que acha-se o sangue que lentamente percorre aquelle organismo em dessarranjo. Este edema que a principio é insignificante, e cujo apparecimento tem logar nas maleolas, principalmente nas externas, vae subindo progressivamente de ponto, podendo percorrer mesmo todo organismo, e attingir proporções as mais assustadôras, constituindo até um estado anasarchico. Quando tem elle chegado a este graó de desenvolvimento, de modo a sêr o mais salliente dos symptômas, a gravidade que ameaça o paciente não é pequena e a sua vida pode diser-se de vidro.

Há occasiões em que o edema torna o doente horrivel até aos seus proprios olhos^(*).

Em Itaparica, tive occasião de observar um môço, filho do Rio Grande do Norte, em quem a molestia se apresentava sob a forma mixta, assumindo o edema proporções terriveis^(**). O escrôto e o penis edemaciaraõ-se tão consideravelmente, que afinal a micção foi completamente embarcada.

Tive occasiões também de ver o edema localisar-se, e isto por mais de uma vês.

A menor pressão feita no paciente, na porção media dos membros pelvianos, correspondente aos musculos gastro-**(palavra ilegível)**, é accusada pelo apparecimento de uma dôr isnuportavel.

Grandes alterações passão-se pelo lado da sensibilidade cutanea.

Quanto a calorificação, occasiões há em q' o doente dis sentir grande calôr, porem o q' mais frequentemente observei foi sentirem frio, principalmente se o edema attingia graó consideravel.

A pelle, que é sêcca e arida, não deixa, quanto a sua côr especial, de chamar a attenção do observadôr, ainda mesmo o menos pratico.

Pelo lado das mucosas, encontrei-as ardissariamente descoradas.

O beri-berico tem um halito desagradavel, segundo que há maior ou menor intensidade no desenvolviment^{to} do edema, apparêce o sentimento de constricção, e com este a dyspnéa mais ou menos franca.

(*) Tive que mais de uma vês de apreciar o facto.

(**) Este môço q'a principio obtêve melhoras sensiveis, em virtude de um desvio de regimem dietético e dos habitos que não erão regulares, falleceu victima de uma imprudência.

Este é um dos symptomas que, mais seriam^{te}, compromette a vida do paciente.

Qualquer leviandade em um caso d'estes que parte do assistente pode valer para o infelis enfêrmo o prêço de uma eternidade.

Tive occasião de observar um caso em que o doente, achando-se nas melhores condições, foi subitamente atacado de uma dyspinéa que passou em pouco a orthopnéa, fallecendo tres horas depois do acesso de suffocação; sendo infructíferas todos os recursos empregados com o fim de faser' o sahir d'aquelle terrivel estado.

A vos do doente, por sua vês, tambem prende a atenção do observadôr; ordinariamente altera-se e esta alteração vae subindo de ponto a proporção que a molestia vae attingindo mais grão de desenvolvimento.

O pulso radial, a principio forte, vae pouco e pouco tornando-se fraco, molle, pequeno e as vesês miseravel.

Na pratica, o pulso venôso apresenta-se m^{tas} vesês, como expressão fiel dos dessaranjos e grandes alterações porque passa o órgão central da circulação^(*).

Pouco a pouco o paciente vae sentindo a difficuldade, senão impossibilidade, nos movimentos, e, occasiões há, em que havendo da parte do enfermo grande esforço p^a realisar' as, se quer andar cahe, se quer levantar uma perna cança excessivamente; etc.

A auscultação em alguns casos denuncia a presença de um ruido de sôpro na ponta do órgão central da circulação, e um na base, que é devido, m^{tas} vês, ao estado de anemia profunda em que está o paciente.

Outras vêses porem o sôpro é systolico ou dyastolico.

Por algumas vêses observei o facto, bem que não sêja muito frequente.

No caso de haver uma complicação, o paciente pode sentir, ao longo do rachis, um ou mais pontos dolorosos, em virtude da pressão exercida, accusando dôr mais ou menos intensa.

Há doentes que representam alterações pelo lado do apparêlho visual^(**), e quando semelhante phenomenos denuncião-se, deve o pratico ter em muita

consideração a vida do paciente, visto como, reveste-se o caso de grande gravidade.

O modo de andar é tambem um dos pontos quem m^{to} de perto chama a atenção do observadôr. Os passos são vacilantes e têm m^{to} grande importancia no diagnostico da molestia. Parêce que o doente descarrega mais o peso do corpo nos calcanhares e na borda externa dos pés de preferencia á outro qualquer ponto.

Na forma paralytica, o doente sente as veses um máo estar geral, enfraquecim^{to}, falta de disposição ao trabalho, e não é raro apresentar-se a anorexia.

Com a marcha da molestia vão se acentuando então os symptômas: apparecem dôres pelo corpo, dôres que são mais intensas ordinariamente nos membros inferiores; depois apparece a dormencia.

Si o doente é de côr escura, vae-se tornando descorado, mas esse descoramento não tem o minimo parallelo com aquelle q' é proprio dos hypoemicos.

A anemia vae-se apresentando, e o paciente sente ir-se enfraquecendo de modo a em pouco tempo faltarem-lhe as forças. Por essa epocha a sua musculatura atrophia-se, principiando esta atrophia pelos musculos dos membros da região pelviana. Tenho tido que muitas vêses occasião de observar o facto na pratica.

Mais tarde acentua-se a paralyisia que manifesta-se, em alguns casos em todo corpo.

Ella principia ordinariamente por uma dormencia nas extremidades dos dêdos, depois vae subindo progressivamente de ponto, até que afinal perderem os membros seus movimentos, ficando algumas vêses o infelis condemnado a uma immobibilidade quase absoluta.

Tenho observado por mais de uma vês o facto de não poderem os doentes prender objecto algum com as mãos, sendo infelicamente um dos casos em pêssoa muito cara de minha família.

A menor compreensão feita sobre qualquer ponto do corpo do doente, dá logar ao apparecimento de horriveis dôres, arrastando, d'esta' arte, o infelis à uma existencia penosa.

(*)Por muitas vêses apreciei o facto e coisa notável, todos os casos em q' este phenomeno se dava o resulytado sempre era fatal.

(**)Tive um doente, q' apresentou este phenomeno, sendo o caso fatal.

Nestas conjuncturas, queixão-se da sensação de constricção que primeiramente localisa-se no hypogastrio e vae subindo progressivamente até as axillas.

Este é uma dos symptômas que mais seriamente incommoda ao enfêrmo, e justamente n'essa occasião, é que se manifesta a dyspnéa, com maior ou menor intensidade, attingindo em certas ocasiões, gráo consideravel.

Nesta emergencia passa o enfermo (**palavra ilegível**) horriveis; não há logar no leito que lhe sirva ou agrade, abre a bôca, dilata as asas do nariz, estende os braços, faz inspirações e expirações penosas, a face torna-se cyanotica, os olhos apresentam uma congestão mais ou menos pronunciada, há grande afflicção, apresentam-se suores frios, viscosos, sobrevem a aceleração do pulso e depois retardamento, as congestões visceraes não se fasem esperar; enfim, a agonia preside a toda esta scêna tão lutuosa quanto desoladôra até que a morte (**palavra ilegível**) asphixia venha surpreender o paciente no meio dos mais horriveis soffrimentos.

Por mais de uma vês presenciei o facto q' acabo de figurar e vi-me na dura contingencia de assisti-lo sem poder dar allivio a situação tão horrivel.

Há doentes que accusão a sensação de sentir pelnitude e de durêsa na epigastro.

Esta facto foi por mim observado em mais de um doente, sendo infelismemente um d'elles o meu distincto am^{go} de saudosa e reverenda memoria o Senr^o. D. Joaquim Gansalves de Azêvedo que diria: ter "atravessado uma taboa no abdomen".

Em um estado já adiantado da molestia, quer ella se apresente sob esta ou aquella forma, o apparecimento da transpiração é um signal m^{to} animadôr, e, quasi sempre, annuncia um resultado favoravel.

O mesmo acontece com a micção, que nos casos de tender a molestia para uma terminação fatal vae pouco e pouco desaparecendo até manifestar-se a annuria; se porem, caminha para uma terminação felis, então uma diurese mais ou menos pronunciada vem transformar completamente o quadro clinico que tem o pratico diante dos olhos.

Na forma mixta os symptomas predominante são as já precedentemente estudados. Apresentão-se conjunctamente, e n'estes casos raro é o doente que consegue salvar-se.

Em bem pouco tempo os desarranjos são de tal ordem, a bem rara é o aparelho que funciona nos raios da normalidade.

Eis os principaes sumptômas que si caracterizarem a molestia.

Marcha – Certamente que a beriberi não tem marcha regular, como tambem nada apresenta de certo.

É uma afecção de marcha variável, apresentando-se ora certa, ora rapidamente, a ponto de victimar o paciente m^{tas} vêses, em poucos dias.

Occasiões há que a molestia dura annos, como já apreciei; varia portanto consideravelmente a sua marcha.

Observei alguns casos, e com especialidade um, em que, depois de se achar o paciente convalescente, e tendo apenas a molestia durado dois mêses, de novo se apresentarão os symptômas furiosam^{te} terriaveis fallecendo poucos dias depois da recahida; em consequencia de desvio no regimen dietetico.

Na forma paralytica, a marcha é um tanto lenta; na edematosa, porem, preside á scena, verdadeiras alternativas.

Há occasiões em que o doente experimenta melhoras consideraveis, outras porem lá vem a predominancia de um dos symptômas mais notaveis, de modo a comprometer-lhe seriamente a vida.

Na forma mixta a marcha é ordinariamente rapida e, n'este caso, como algumas vêses observei, a molestia reveste-se de um cunho excessivo de gravidade.

Nunca tive porem um doente em que a molestia apparecesse, fazendo-a baixar ao tumulto em poucas horas – (marcha fulminante de alguns).

Quanto a duração da molestia, é tambem muito variavel e irregular; pode durar dias, mêses, um anno e mesmo mais.

Tenho conhecimento de dois casos, sendo um em um negociante desta capital que soffrem da molestia seis annos seguramente, e a quem tratei na occasião em que me achava em Itaparica; outro em uma senhõra pertencente a uma dos mais

distinctas da nossa sociedade, e que soffria da molestia a dois annos. Entretanto a duração na maioria dos casos por mim observados, tem sido, em rigôr, de dias a mêses; asserção que adianto escudado na sancção dos factos que a pratica me tem offerecido.

Finalmente, quanto a mortalidade em cada uma das formas, acha-se a resposta incluída nos mappas apresentados, na parte que dis respeito a este assumpto.

7ª Questão

O que pensa a respeito da sua naturêsa e etiologia⁴ ?

Em crescidos nummeros e bem variados são por certo as opiniões apresentadas á sciencia relativamente a estas duas questões, as principaes com certêsa, e sem mêdo de errar só teem ellas servido com rara excepção, para estabelecer no terreno das discussões scientificas uma verdadeira Babel.

É assumpto este que ainda offerece campo vasto a grandes estudos e serias explorações.

Quasi todas os investigadôres que se têm atirado a lucta com o fim, muito louvavel é verdade, de esclarecer estes pontos obscuros da questão, depois de arvorarem theorias, que não achão justificação deante dos factos que a pratica todos os dias nos offerece, têm-se esbarrado em frente ao mysterio; e as trevas permanecem no ponto que dis respeito a naturêsa e etiologia d'esse morbo.

É verdade que, muito judiciosamente andarão alguns collegas, não só postergando theorias absurdas e phantaziadas por immaginações ardentes, como tambem procurando no terrêno da anatomia pathologica penetrar nos mysterios em que ainda se envolvem semelhantes questões.

Contudo, apesar das pesquisas minuciosas e acuradas a que se têm atirado praticos eminentemente investigadôres, dessas brumas cerrão ainda o horizonte scientifico relativamente no ponto em questão.

É longo e até fastidioso, citar os nomes de todos aquêlles que têm procurado pôr ponto final em questão de tanta gravidade e tão subida importancia, citarei porem algumas das theorias apresentadas á sciencia com o fim de explicar a pathogenia da molestia.

O meu districto am^{go} Dr. Domningos Carlos dis ser o beri-beri uma simples lesão nervosa, e sustenta com o brillantismo do seu robusto talento, que a principal lesão é a ischemia de circunscricções nervosas, tendo como consequencia uma degradação nutritiva.

Por si sós ahi estão os factos anatomo-pathologicos para derrocar a asserção tão brillantemente avançada pelo illustrado professor.

Tem-se dito: Que o beriberi não é mais do que uma das mais variadas formas sob que se costuma manifestar o elemento palustre, e entre outras, subscrevem esta opinião Lindman, Swavesig, Macêdo Soares, Carlos Frederico, etc,etc.

Que o beriberi depende da alimentação excessiva pelo arrô; são sectarias d'esse parecer Franquet, Riochard e outros.

Que o beriberi depende da introdução na economia de principios organigos em decomposição e tendo como vehiculo a agua. D'esta opinião são Jobim, Alcibiades, etc.

Que a molestia é o resultado de um envenenamento pelos preparados do arsenico.

Que é o resultado de um envenenamento pelos saes de chumbo; d'este parecer é o Senr^o. Dr. Rosendo Guimarães.

Que o beriberi é a consequencia de uma reabsorpção do suor.

Que a molestia não é mais do que uma simples forma do escorbuto; são de parecer Christie, Steibel, Rogers, etc.

⁴ Nota do Editor: no século XIX, com a Revolução Industrial, a máquina a vapor consolidou as indústrias de beneficiamento do arroz, baseado na extração da casca desse cereal e que é rica em vitaminas. A partir de 1880, foram crescentes as evidências que a suplementação alimentar curava ou minorava a polineurite periférica, manifestação predominante nos casos de beribéri. Contudo, a descoberta da vitamina B₁ (tiamina) só ocorreu em 1911 e a determinação da estrutura bioquímica em 1936. Assim, só em meados dos anos quarenta do século XX a tiamina foi introduzida no arsenal terapêutico (Marcus & Coulston. In: Gilman et al. (ed), As bases farmacológicas da terapêutica. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, p. 1016-7, 1985).

Que o beriberi é uma *paralysis rheumatica*.

Que a molestia é uma *simplex myllite*.

Enfim, conjecturão os illustres obreiros do futuro, mil hypotheses, mas o nevoeiro que se apresenta ao observadôr é ainda muito denso e carregado.

Sem entrar em uma apreciação mais ou menos critica relativamente a cada uma d'ellas, visto que é assumpto por demais discutido, citarei a do Dr. Silva Lima.

Este illustrado clinico considera o beriberi uma *paralysis hematoxica*, e dis que é produsido em consequencia da presença na economia de um elemento especifico, que intoxica o sangue acarretando após si alterações que são depois apreciadas, sendo o elemento beriberigeno gerado em certas e determinadas condições.

Como vê-se, a theoria que acabei de expôr parece m^{to} aproximar-se da verdade, e explica perfeitamente todos os sumptomas, de accôrdo com a phisio-pathologia.

A esta opinião e cercada de merecimentos me filio, visto que, alem de judiciosa e de estas mais de accôrdo com os factos, é consentanea com a razão.

Diversas são sem duvida as causas apontadas como capazes de concorrer para a manifestação da molestia, de que exclusivamente me tenho ocupado.

Christie dis que teve por inumeras veses occasião de observar a molestia, principalmente em pessoas que se atirarão em maior ou menor escala ás orgias e maus habitos.

O Dr. Mirando de Azevêdo liga subida importancia á copula realisada em pé na produção da molestia.

O Dr. Felicio dos Santos dis ter tido tambem occasião de observar o que ahi fica dito.

Relativamente as edades, referem alguns que a molestia em questão ataca de preferencia os individuos de 20 aos 40 annos. E' esta uma proposição sem base nem fundamento, certamente não é novidade a manifestação da molestia em creanças, tendo já ella sido observada em meninas de 8 annos, como affirma do Dr. Boudin.

Alem d'este observadôr já o Dr. Felicio dos Santos citou casos de sua clinica em que teve de tratar alguns meninos nos Seminarios de Caraca e Diamantina, que se achavão affectados da molestia.

O meu estimavel e talentoso collega o Dr. Alfrêdo Rocha teve occasião de vêr a molestia em uma creança

na ilha de Itaparica. Finalmente, há até quem diga (Vinson) que o mal ataca de preferencia as creanças.

Ultimamente na minha clinica, na mesma ilha, quando dirigia a enfermaria observei, como tambem alguns distinctos collegas, que quasi semanalmente vesitavão áquella saudavel e pitoresca localidade, casos de manifestação da molestia em adolescentes e mesmo em crianças, tendo a menor d'ellas apenas 9 annos de idade.

Na enfermaria a meu cargo tratei de alguns como consta dos mappas de apresento.

Além d'estes casos que forão por mim observados na clinica hospitalar, apreciei a molestia em um menino, na clinica civil, manifestando-se ella sob a forma edematosa.

Tenho notado o seguinte: a molestia ataca ordinariamente ás creanças e adolescentes nos logares em q' estes não vivem conjunctamente e em crescido numero.

De outro lado a molestia tem sido tambem observada na idade senil, e entre outros observadôres ahi estão Betholdi, Christie, etc, que affirmão o que acabei de diser.

O penultimo d'estes observou a molestia até em octogenarios, não poupando essa cruel enfermidade a sua propria pessoa.

Pela leitura dos mappas annexos verão os illustrados collegas que observei-a em pessoas de idade um pouco adiantada, tendo tambem na clinica civil observado o facto por mais de uma vês.

Um dos casos foi em pessoa muito cara á familia do meu estimavel collega o Dr. Augusto Maia, manifestando-se a molestia sob a forma *paralytica*; outra porem foi em um Senr^o da cidade de Valença cuja idade era de 75 annos. Estes dois casos tiveram resultado felis.

Apreciei a molestia ainda em um dos meus mais distinctos amigos, o venerando Senr^o. D. Joaquim Gonsalves de Azevêdo, de saudosa memoria.

D'ahi vê-se portanto q' não é tão raro entre nós o apparecimento da molestia em questão, nas edades exterms da vida.

Quanto ao que dizem alguns praticos, atacar a molestia de preferencia aos homens poupando as mulheres, a pratica tem se incumbido de por si só destruir semelhante asserção e ahi estão Silva Lima,

Portella, Alfrêdo Rocha e muitos outros que têm apreciado a molestia, estando algumas d'ellas até no estado puerperal.

Já apreciei por tres veses o facto, tendo de tratar de mulheres que se achavão n'este estado, sendo em um dos caso na enfermaria a meu cargo em Itaparaica. Relativamente ao que diz respeito ás profissões, não deixão estas por certo de exercer alguma influencia no apparecimento da molestia, maxime quando há um certo desvio nos preceitos hygienicos.

Não é raro entre nós o apparecimento da molestia de todos os annos pelos menses de Novembro e Dezembro, no Seminario Archiepiscopal, em conventos, nos quarteis em que se achão alojados os batalhões que constituem a guarnição da provincia, em casas de saúde e finalmente em alguns dos vasos de guerra (**palavra ilegível**) no porto.

Bem pouco tempo há decorrido que a imprensa d'esta capital noticiou não só a manifestação da molestia no Seminario, como tambem em um dos vasos de guerra que aqui se acha estacionado – a Carvêta Magé -

Há quem affirme ter grande predisposição a contrahir a molestia os mineiros, alfaiates, etc; e entre outras subscrevem esta opinião Rogers e Aithem.

Finalmente a pratica tem demonstrado que os individuos que se entregão a uma vida de socêgo e sedentaria encontrão grande facilidade em contrahir a molestia. Na minha são factos realmente sancionados pela observação.

No que dis respeito ás raças, existe entre nós um facto que de alguma forma tem prendido seriamente a atenção dos observadôres, é a seguinte: há muito pouca disposição por parte dos africanos para contrahir a molestia. Na minha pratica não tive ianda occasião de tratar de um africano beri-berico.

Uma alimentação má é sem duvida alguma uma das causas que muito concorrem para a evolução da molestia, em virtude do estado de depauperamento a que muitas veses chega o individuo. É assumpto este muito discutido e sobre o qual estão de accôrdo quasi todos os observadôres.

Houve quem attribuisse o apparecimento da molestia a excessiva alimentação pelo arrô, entretanto, alem dos factos já apontados na sciencia, factos que provão

não ter razão de ser semelhante proposição, tive occasião de na enfermaria a meu cargo, dar e em larga escala arrô com fazendo parte da alimentação dos doentes confiados aos meus cuidados, e nem por isso o resultado felis na maioria dos casos fer-se esperar.

Tenho tambem noticia que o Dr. Portella mandava dar arrô aos seus doentes affectados da molestia. Não vêjo portanto inconveniencia alguma, nem mesmo ser prejudicial, a alimentação por este cereal.

Há, porem, factos que se achão registrados na sciencia de casos de manifestação da molestia em pessoas verdadeiramen^{te} potentados, e a quem por certo não faltaria a melhor e mais variada alimentação.

Há quem diga achar-se no estado bygro metrico do ar a causa productôra do beri-beri; não se achando m^{to} distante de nós quem sustente ser a causa determinante da molestia, o estado electrico do vapor d'agua existe no m^{mo} ar.

Tem-se dito que os resfriamentos bruscos não deixam de ter decidida influencia no desenvolvimento da molestia, e ahi estão Portêlla, Gonsalves, Theodoro, Resmevias, Monteiro e outros que affirmão a veracidade d'esta asserção. Finalmente há quem considere as causas moraes como tendo grande valôr no apparecimento de semelhante estado morbido; na arealidade; quem contestará a subida importancia d'estas causas relativamente a epidemia do beriberi que grassa ultimamente nas provincias do norte, com especialidade na do Ceará, onde tantos e tão lutosos quadros forão observados?

Lá, onde ultimamente têm-se domiciliado a desgraça e a mizéria, onde as scenas mais tristes e cantristadôras têm-se succedido sem tregoa, onde miseraveis, sem alma nem coração, e a quem a cega fortuna favoreceu com um punhado de ouro, não têm trepidade em mercadejar e assaltar o pudôr e honra das familias pouco favorecidas, quem em desespero de situação vêem-se na dura contingencia de subjugar-se aos caprichos ridiculos da desgraça?

Lá finalmente, onde todos estes horrôres não passão de uma dura realidade, não terão tido influencia capital no apparecimento e desenvolvimento da molestia as affecções moraes porque têm passado estes infelises?

Por certo que sim.

8ª Questão

Tem razões para crêr que seja ella infectuosa ou contagiosa? No caso affirmativo indicar os casos que o comprovem.

Há por ahi, quem diga ser o beri-beri contagiôso; alem de não haver na sciencia factos que o comprovem tive de lutar com um grande numero de doentes affectados d'esta terrível enfermidade, e por muitas vês, não tendo tido occasião de apreciar manifestação alguma que me authorizasse a abraçar semelhante opinião.

Para mim a molestia não é contagiosa, e a pratica tem demonstrado; o mesmo não acontece com a infecção que me parece ter alguma influencia.

A opinião d'aquelles que pensão em contrário ao que achei de diser é hoje quase universal^{te} postergada, visto que, ahi estão os factos (**palavra ilegível**) comprovam o contrário.

9ª Questão

Se tem feito autopsias quaes as lesões encontradas?

Na enfermaria de beri-bericos em Itaparica, onde tratei de um crescido numero de doentes, assaltou-me o espirito logo depois dos primeiros falecimentos o desejo de fazer, em lugar apropriado n'aquelle estabelecimento exames minuciosos nos cadaveres d'aquelles que ali fallecião da cruel enfermidade; se esse intuito fis uma consulta ao Senr^o. Cons. Barão Homen de Mello, então presidente desta provincia, no sentido de dar elle permissão para ali serem por mim feitas autopsias com o fim de estudar mais detidamente a molestia, tendo plena authorização para procedel'as.

Nestas circunstancias apenas tive occasião de fasêr tres, pois que, depois da authotização só estes falecimentos tiverão logar na enfermaria.

Apesar de porem de me ter atirado ao trabalho, tendo em mira suspender no intimo d'aquelas

organizações o (**palavra ilegível**) mysterioso, que tão obscuros tem tornado a etiologia e a pathologia do denominado mal das Índias, ponto este da questão, onde têm-se (**ilegível**) as investigações mais louvaveis; nada de novo pude encontrar, alem do q^e já corre mundo, escripto por outros observadôres, relativamente ao assumpto.

10ª Questão

Qual o tratamento que mais tem visto aproveitar?

Muito variadas por certo têm sido as medicações instituidas com o fim de debellar o terrível flagello que tão crescido n^o de victimas tem feito.

Não querendo entrar em uma apreciação critica relativamente às medicações até hoje indicadas pelos praticos, com o fim de combater a molestia, por sêr ponto este da questão já muito discutido e, por quasi todas conhecido, limitou-me a dar muito resumidamente uma ligeira noticia da medicação que empreguei nos casos a mim confiados.

Os illustrados collegas, pela exposição referida já devem ter pleno conhecimento do estado em que forão remetidos do Hospital da Marinha d'esta provincia, pelo seu illustrado medico o Dr. Horacio Cezar, os individuos que se achavão affectados da molestia e que erão filhos quase todos das provincias do norte, com especialidade do Ceará onde a fome, a peste tanto dizimarão; podendo avaliar o critico da minha embaraçada posição.

Havia no numero de doentes que me foram remetidos para a enfermaria alguns que, alem de affectados de beri-beri achavão-se soffrendo de tuberculosas pulmonares, até em estado de fusão, de cachexias palustres, hepatites cronicas, hepato-splenite cronicas, etc, doentes que por mais de uma vês forão vistos por distinctos collegas que me davão a subida honra de vesitar o estabelecimento, e que se achavão nas piores condições possivies.

O meu primeiro cuidado doi fazêl'os observar muito rigorosamente os preceitos hygienicos, como tendo subida importancia no tratamento da molestia.

A enfermaria por mim estabelecida, por ordem do governo da povincia; em um lugar dos melhores da ilha, n'uma propriedade a beira-mar, offerecia as melhores vantagens ao fim a que se destinava sendo que era espaçosa, aceiada, m^{to} bem dividida, ventilada e em condições portanto de servir para um estabelecimento d'aquella ordem.

Logo depois da chegada dos doentes á enfermaria, procurei fazel'as sahir d'a tristêza em que vivião, e, (**palavra ilegível**) que a molestia se manifestava sob esta ou aquella forma, a medicação variava.

Aconselhei os passeios para o mar em frente á ilha, e n'estas condições fil-os muitas vezes sahir em uma lancha a vapôr por mim as vezes requisitada ao Arsenal da Marianha, outras vezes porem sahião a passeiar em terra; meios com as quaes distrahião-se por algumas horas no dia, das impressões moraes que os dominavão.

Um facto notavel foi por mim observado e d'elle julga conveniente dar minuciosa e circunstanciada noticia, visto que por alguma forma, prendeu-me a attenção.

Há em quasi toda carta da ilha de Itaparica, grandes estabelecimentos que se destinão aos fabrico do cal, sendo os principaes nos logares denominados Penha, Jaburú, Mar Grande, Porto de Santos, e finalmente na Villa, onde existem dois que se achavão situados a pouca distancia da propriedade em que funcionava o estabelecimento a meu cargo.

Todas as vêses que se fazião queimas n'essas fabricas, escapava-se uma fumaça espêssa e anêgrada, de cheiro sui generis e que se espalhava por toda a circunvizinhança de modo a, em certas occasiões, causar uma máu estar geral.

Nestas circunstancias penetrava no estabelecimento uma athmosfera carregada d'aquella fumaça respirando-a os doentes por longo espaço de tempo. Depois de acabados as queimas sentião elles melhoras bem manifestadas, de modo a por alguma forma chamar-me a attenção, este facto.

Terão na realidade alguma influencia no tratamento curativo do beri-beri em Itaparica, as fabricas de cal ali existentes em toda costa da ilha?

Nada de affirmativo posso adiantar, entretanto asseguro que melhoras bem sensiveis experimentavão os doentes, não só na clinica civil, como na hospitalar, melhoras que coindidião com as queimas das referidas fábricas.

Um outro facto q^e não deixou de produzir ali em meu espirito certa impressão foi o seguinte, tambem por mim observado, como será por todo aquelle que fizer uma vesita a referida ilha.

Há uma fonte denominada da Bica, situada na encosta de uma montanha, que fornece agua potavel lympida e crystalina e que faz parte da alimentação da maior parte da população d'aquella ilha.

O uso d'esta agua é seguido de uma diurese espantosa de modo a chamar a attenção a quem não está acostumado a d'ella beber. Tive occasião de por muitas vêses apreciar doentes que se achavão sofrendo da molestia sob a forma edematosa, sentir em poucos dias melhoras manifestas, desaparecendo quase todo o edema que então se apresentava em virtude da grande diurese que se estabelecia depois da sua ingestão.

Eu mesmo fiz uso d'ellas durante o tempo que lá permaneci, experimentando os seus effeitos salutareis. Tratei de um môço filho da provincia do Ceará que apresentava um edema extraordinario de modo, á primeira vista, inspirar-me serios receios.

N'este caso a evolução pathologica acentuava-se por um cortêjo symptomático que nada deixava a desejar. Esse moço, a quem medicamento algum appliquei nos primeiros dias e que usava como eu das ditas aguas, foi tomado de uma verdadeira surprêsa vendo que o edema desaparecia progressivamente como que por encanto. A diurese que se estabeleceu foi tal que bem poucos momentos tinha elle de descanso principalmente a noite.

No fim dos tres primeiros dias tinha o edema completamente desaparecido, com grande satisfação para elle, entrando ao depois em uma medicação toda tanica e reconstituinte.

É verdade que alguma coisa tem-se escripto relativamente áquellas aguas e o meu illustrado amigo o Dr. Domingos Carlos a ellas atribue a cura do beriberi n'aquella localidade.

Observei que na mesma ilha existem outras vertentes situadas a alguma distancia da fonte citada, que fornecem tambem aguas, limpidas e crystalinas, mas que não gozão das mesmas propriedades diureticas como as de que acabei de fallar, e esta asserção avança apoiado em factos e observações.

Qual será pois a razão de não gozarem as águas d'estas vertentes das mesmas propriedades que as da fonte da Bica?

Qual o motivo porque depois da sua ingestão não se estabelece aquella diurese espantosa que se observa em todas as pessoas que fazem uso d'aquellas aguas a que attribue o Dr. Domingos Carlos a cura da molestia ali?

Não acho razão de sêr na opinião do meu collega e particular amigo o Dr. Alfrêdo Rocha, hõje distincto clinico na cidade de Cunha em S. Paulo, quando emmitindo sua opinião sobre o assumpto exprime-se do seguinte modo: "com certêsa a cura do beri-beri em Itaparica não é devido ás propriedades mineraes, ou melhor medicinaes, da agua usada ahi a população".

Quem sabem se o collega não examinou aguas justam^{te} das vertentes situadas a grande distancia da Fonte da Bica? No seu trabalho não dá uma noticia exata relativamente a este ponto, limitando-se porem a dizer que examinou-as nas vertentes.

Há de permittir que nem só me não conformo com a sua analyse, visto que, é o proprio a dizer que foi ella m^{to} rapidam^{te} feita, e em assumpto de tanta gravidade o procedimento do pratico investigadôr não deve ser este, como tambem não aceite a sua opinião porque ali está a sancção dos factos para comprovar justamente o contrario.

Em continuação dis ainda o meu distincto collega o Dr. Alfrêdo Rocha: Não é a villa de Itaparaica somente a única localidade d'esta ilha em que casos de cura se dão, e cita o caso de um individuo, que inspirando-lhe já serios receios, teve prompta e decidida melhora no povoado denominado Mar Grande situado á alguma distancia da villa.

Agora perguntarei ao collega o seguinte: examinou tambem as aguas de que usavam as pessoas n'aquella localidade? Por certo que não, ao menos não nos deu noticia d'isto.

Seja como fôr o que é real e a pratica tem se incubido de sancionar com os factos, é que as aguas da fonte da Bica em Itaparia dispoe de um poder diuretico extraordinario e sem contestação possivel.

Não avançarei que por si só curem o beri-beri, mas tenho plena-convicção de que ellas, as fabricas de cal ali existentes, cujo poder (**palavra ilegível**) ninguém desconhece, o clima saudavel da localidade, o ar puro que se respira e a bôa alimentação de que faz uso a população, têm com certêza subida importancia e decidida influencia na cura da molestia de que exclusivamente me tenho occupado.

Aconselhei os banhos de mar a principio em indistinctamente em qualquer das formas da molestia, porem a proporção que aproveitarão no tratamento da forma paralytica, maus resultados se apresentavão na forma edematosa, a ponto de mandar sustal'as. Tive contudo doentes infectados de beriberi paralytico que, sem o uso dos banhos restabelecerão-se completamente da molestia.

Internamente empreguei os arsenicaes, como tambem o sulfato de quinina associado ao sulfato de soda, nos casos em que havia presença do elemento palustre, obtendo brilhante resultados.

Tive casos porem em que as alterações pathologicas attingirão proporções de ordem a zombar a molestia de qualquer medicação, ainda mesmo a mais racional e judiciosamente prescripta.

Nos casos em que havia constipação de ventre appliquei a maior parte dos purgativos e drasticos desde o oleo de ricisio ate o oleo de cratan.

Nos casos em que se apresentava a molestia complicando a individualidades morbidas outras institue medicações de accôrdo com cada uma d'ellas.

Nos casos em que a paralysia dominava a scêna, fiz a applicação do harape de Easton que deu os melhores resultados. Empregue e com proveito uma das pilulas em cuja composição encontravam o sulfato de ferro, o extracto de nox-nanica e o extracto de quina.

Tambem mandei usar internamente em alguns casos do arsenato de ferro.

Quaci todos os limitentes estimulantes conhecidos forão applicados, tirando vantagem decidida de uma

composição na qual entram o balsamo de Fioravante, o vinagre aromatico, a tintura de noxnamica, a tintura de cantharidas.

Enfim, de todos os meios por mim empregados com o fim de debellar-a molestia, obtive brilhantes resultados com a applicação da electricidade em qualquer das formas sob que se manifestava a molestia e, escudado nos factos e observações muito seriamente chamo a attenção dos observadôres para tão poderoso quanto soberano agente medicamentoso.

Apreeiei casos em que o doente se achando nas melhores condições possiveis, e marchando rapidamente para a convalescença, forão subitamente surprehendidos por uma excitação geral, de modo a causar alguns receios, e n'estas conjuncturas fis applicação de diversar formulas calmantes com o fim de combater aquelle estado, e entre outras uma em que entreavão conjunctamente agua-de-alface, o brômureto de potássio, o bicarbonato de soda e o xarope de etter.

Contra a suppressão de transpiração empreguei quasi todos os diaphoreticos lançando mão até dos banhos de vapôr.

Tive um caso singular e foi o seguinte:

Tratei de um doente no qual na enfermaria no qual a molestia se apresentava sob a forma edematosa, e fiz de quasi todos os diaphoreticos, mesmo dos banhos de vapôr sem que tirasse o mais insignificante resultado; afinal no quarto dia do seu tratamento resolvi-me a fazer-lhe applicação da electricidade e fiquei na realidade surpreeendido, visto que, sem esperar, na occasião em que lhe dei o primeiro choque manifestou-se abundante diaphoreu.

D'ahi por diante continuei no uso da electricidade e as melhoras não se fizeram esperar, restabelecendo-se o doente completamente.

Fia ainda applicação do phosphurêto de zinco, aconselhado ultimamente no tratamento curativo da molestia, os resultados colhidos porem não forão os que erão para desejar.

Alem di tudo que ali fica dito, liguei m^{to} importancia á alimentação de que usavão os meus doentes, servindo-lhes elles da de primeira qualidade.

Vem ao caso porem, já que fallo da alimentação, fazer uma pequena observação, que é a seguinte:

Quem desconhece, por exemplo, a má qualidade da maior parte do generos alimenticios de que faz uso a maioria da população d'esta capital, generos que geralmente se achão sofisticados quando não alterados? Quem não vê as immundices e as exterguilinias, amontoados em todos os cantos, praças e ruas d'esta capital; que é digna de muito melhor sorte?

Faltão, por ventura, n'esta terra verdadeiros focos de infecção que apenas servem para comprometter, quando não aniquilas a saúde d'esta infelis população? É infelismemente uma dura realidade, entretanto creio não ser desconhecida d'este povo, que a tudo se sujeita!

Por ventura tudo que acabei de referir não terá tido influencia capital no apparecimento de certas molestias que entre nos reinão?

Por certo que sim.

Por minha vês levanto um protesto solenne contra o procedimento d'aquelle que tendo restricta obrigação de zelar a saude d'esta infelis população deixão-se dominar por uma apattia e indifferentismo a toda prova censuraveis!

Há necessidade palpitante de fallar-se por esta forma.

Presta-me porem um consolo e é o de não ter crusado os bracos, nem deixado dominar-me pela indiferença ante o estado terrivel e eminentemente ameaçadôr que offêrece esta capital.

11ª Questão

Tem aconselhado mudança de ares ou mesmo a imigração? Para onde e com que resultados?

Tenho tido e por muitas veses occasião de aconselhar a mudança de ares, e mesmo a emigração. Logo depois da remoção têm os doentes sentido melhoras sensiveis e progressivas, melhoras que têm-se terminado pela cura na maioria dos casos; não deixando os affectados porem o uso de medicações apropriadas a cada uma das formas.

Nem todos os individuos affectados, porem, podem, com a mesma facilidade, emprehender uma viagem longa e cuctosa como é a da Europa.

O pobre e o infelis proletario cujo único arrimo é a sua miseria e que as vês nem de Freguesia pode mudar, porque não dispõe dos meios que lhe facilitem seria uma prompta ressucção, quando não encontra a mão caridosa que lhe ajude a supportar as miserias d'esta vida, tão cheia de ridiculas opulencias, vê em breve, o desfêcho fatal, como epilogo, do drama funesto que as suas vistas se apresentava.

Entre nós a ilha de Itaparica, distanciada a 15 milhas apenas d'esta capital, offerece sem duvida alguma grandes vantagens, e decidida influencia na cura da molestia em questão, sendo jamais numero ou doentes meus que para seguiu obteve os melhores resultados.

É de lastimar que já não se tenha estabelecido uma enfermaria fixa, onde pensão ser tratados os affectados d'esta terrivel e cruel enfermidade, maxime aquelles a quem cega fortuna quis entender a mão.

12ª Questão

Tem observado a recahida ou a repetição da molestia em pessoas que mudarão de residencia ou de clima e voltarão ao mesmo logar e ás mesmas condições hygienicas em que a contrahirão?

Apreciei por duas vês o facto em questão em Itaparica.

Quando la me achava no anno de 1878, observei a molestia em um negociante d'esta capital em que ella se manifestava pela quarta vês.

Já elle tinha ido a Europa três vês voltando completamente restabelecido, e, pouco tempo depois as suas chegadas a esta capital, reaparecia-lhe a

molestia com todo cortêjo de symptômas que soe acompanhar'a.

Ultimamente, porem, sendo atacado pela quarta vês, julgou conveniente, em virtude de consêlhos medicos, seguir para a ilha de Itaparica, onde têve occasião de observar'o.

A molestia n'esse caso affectava a forma paralytica. Por essa mesma epocha observei uma senhõra que para ali tinha seguido gravemente atacada estando até em estado de gravidês, sentindo logo depois manifestar melhoras e entrando em pouco tempo em convalescença.

Resolveu vir a esta capital, ao que oppus, chegando até a adiantar-lhe que, se não mudasse de resolução, passaria pelo dessabôr de em breve voltar de novo atacada. Effectivamente veio, e poucos dias erão passados voltava affectada do mal vendo eu a minha prophesia realizar-se infelismemente.

Finalizando, digo que ambas voltarão aos mesmos lugares e as mesmas condições hygienicas em que contribuirão a terrivel molestia.

13ª Questão

Ao que attribue o apparecimento da molestia n'esta localidade?

Quisera ter a felicidade de expôr, de modo luminoso e decisivo, a razão ultima no estudo de tão interessante questão que infelismemente cerca-se de m^{ta} duvida.

O que tinha a dizer relativamente a este ponto encontrarão os illustrados collegas a resposta incluida no quesito que dis respeito, digo na parte d'este trabalho que dis respeito a naturêsa e etiologia da molestia em questão.

Seria da minha parte falta de delicadeza.

Mappa nº 1. Enfermaria dos Homens. Mappa estatístico da Enfermaria de Beribericos em Itaparica, sob a direção do Dr. Euclides Alves Requião no anno de 1878. Bahia.

Nº das Papelê- tas	Edade	Estado	Condição	Profissão	Naturalidade	Côr	Habitar	Molestias	Observações	Óbitos
1.	45 anos	Cazado	Livre	Lavoura	Ceará	Branca	Regulares	Beriberi edematoso	Não teve febre- Curou-se	
2.	11 "	Solteiro	"	"	"	"	"	"	"	
3.	12 "	"	"	"	"	Parda Escura	"	"	Incipiente. Não teve febre- Curou-se	
4.	30 "	Viúvo	"	"	Rio Grande do Norte	Branca	"	"	Tinha febre continua. Durou 6 dias na Enfermaria-	Fallece u
5.	26 "	Solteiro	"	Padeiro	Alagoas	Parda	Irregulares	" paralytico complicando a tuberculose pulmonar	Não teve febre- Curou-se	
6.	13 "	"	"	Lavoura	Ceará	"	Regulares	" Edematoso	Tinha febre - Curou- se	
7.	38 "	Cazado	"	"	"	"	"	Paralytico complicando a uma septicemia	Este doente tinha uma úlceras chronica na perna esquerda.	"
8.	12 "	Solteiro	"	"	"	"	"	" Edematoso	Incipiente. Não tinha febre. Curou-se.	
9.	33 "	Viúvo	"	"	"	Parda escura	"	complicando uma hepato-aflenite chronica	Tinha febre	"
10.	19 "	Solteiro	"	"	"	Branca	"	" Edematoso	Não tinha febre- Curou-se-	
11.	9 "	"	"	"	"	"	"	"	Incipiente. Não teve febre - Curou-se	
12.	33 "	"	"	"	Pernambuco	Parda	"	"	"	
13.	60 "	Viúvo	"	"	Rio Grande do Norte	"	Irregulares	" paralytico	"	
14.	26 "	Cazado	"	"	Ceará	Branca	Regulares	"	Durou dois dias na Enfermaria.	"

15.	16”	Solteiro	“	“	Pernambuco	“	“	“	“ complicando a tuberculosas pulmonares em estado de fusão	Tinha febre continua. Antes de p ^a a Enferm ^a faleceu. Ao desembarcar. Observei-o no Arsenal da Marinha.	“
16.	30”	Cazado	“	“	Parahyba do Norte	Parda	“	“	Paralytico	Durou na Enfermaria apenas duas horas depois de chegar do Arsenal da Marinha.	“
17.	36”	Viúvo	“	“	Ceará	“	“	“	Edematôso	Não tinha febre. Curou-se.	“
18.	14”	Solteiro	“	“	“	Branca	“	“	“	Incipiente. Não teve febre curou-se	“
19.	24”	“	“	“	Pernambuco	“	“	“	Paralytico	“	“
20.	35”	Cazado	“	“	Bahia	“	Irregulares	“	“	Incipiente. “	“
21.	20”	Solteiro	“	Enfermeiro do Arsenal da Marinha	“	Pardo claro	“	“	“	“	“
22.	28”	“	“	Foguista da Curvêta Margé	Pernambuco	Escura	“	“	Edematôso	“	“
23.	27”	“	“	Grumette da Magé	Alagoas	Parda	“	“	Paralytico	Durou apenas na Enfermaria um dia	Falleceu
24.	22”	“	“	“	Bahia	Branca	“	“	Edematôso	Não teve febre. Curou-se.	“
25.	39”	Viúvo	“	Lavoura	“	“	Regulares	“	Paralytico	Paralysisa geral dos membros.	Falleceu
26.	28”	Solteiro	“	“	Ceará	“	“	“	“	Não teve febre –	“
27.	32”	Cazado	“	“	“	“	“	“	Edematôso	Curou-se.	“
									Mixto	Incipiente. Não teve febre. Curou-se.	“

Mappa nº 2. Enfermaria das Mulheres. Mappa estatístico da Enfermaria de Beribericas em Itaparica sob a direção do Dr. Euclides Alves Requião no anno de 1878. Bahia.

Nº das Papelêtas	Edade	Estado	Condição	Profissão	Naturalidade	Côr	Habitar	Molestias	Observações	Óbitos
1	33 anos	Cazada	Livre	Costura	Ceará	Branca	Regulares	Beriberi edematoso implicano a hepatite chronica	Anasarcha – Têve febre continua	Fallece u
2	13 “	Solteira	“	“	“	“	“	“ “ á intoxicação palustre	Tinha acessos de febre intermitente. Curou-se	
3	30 “	Viúva	“	“	“	Parda	“	“ Paralytico complicando cachexia palustre	Tinha diarrhéa-febre. Paralysis geral nos membros.	Fallece u
4	23 “	Cazada	“	“	“	Branca	“	“ Edematoso complicando a hepato- aflienite chronica	Anasrcha.Febre continua. Teve uma congestão cerebral.	“
5	31 “	Viúva	“	Lavoura	“	Parda escura	“	“ Paralytico complicando a cachexia palustre	Febre continua. Hypercethesia	“
6	22 “	Cazada	“	“	“	“	“	“ Edematoso complicando o rheumatismo articular agudo	Estava grávida e deu à luz uma criança de 7 (sete) meses	“
7	30 “	Viúva	“	Engoma ^{ra}	“	“	“	“ Edematoso complicando a hepatite chronica	Havia ascite. Tinha febre continua.	“
8	12 “	Solteira	“	Costura	“	Branca	“	“ Mixto	Apareceu-lhe na convalesença de uma febre	“
9	50 “	Viúva	“	Lavoura	“	“	“	“ Paralytico complicando a uma entero- collite chronica	Têve febre.	“
10	15 “	Solteira	“	“	Parahyba do Norte	“	“	“ “ a tuberculosos pulmonares em estado de fusão	Poucas horas depois de sua chegada a enfermaria falleceu-	“
11	46 “	Viúva	“	“	“	Parda	Irregulares	“ Edematôso complicando a albuminuria -	Entrega-se em excesso ao uso do alcoholismo. Feichada a Enfermaria foi p ^a o Hospital de Caridade nesta Capital.	

12	32	“	“	“	Ceará	Parda escura	Regulares	“	“	“	“	“
13	42	“	“	“	Farinheira	“	“	“	“	“	Anasrcha – Tinha febre continua	“
14	14	Solteira	“	“	Costura	Branca	“	“	“	“	Não tinha febre. Curou-se	“
15	17	“	“	“	“	“	“	“	“	“	Estado terrível. Tinha febre-	“
16	30	Cazada	“	“	Rio Grande do Norte	“	“	“	“	“	Não tinha febre – Curou-se	“
17	12	Solteira	“	“	“	“	“	“	“	“	(Incipiente) Não tinha febre – Curou-se	“
18	32	Viúva	“	“	“	“	“	“	“	“	“	“
19	15	Solteira	“	“	“	“	“	“	“	“	Não tinha febre – Curou-se	“
20	14	“	“	“	Ceará	“	“	“	“	“	“	“
21	20	Cazada	“	“	Pernambuco	Parda escura	“	“	“	“	“	“
22	23	Solteira	“	“	Bahia	Parda clara	“	“	“	“	(Incipiente) Não tinha febre – Curou-se	“
23	26	“	“	“	“	Cresula	“	“	“	“	(“) “ “ “	“
24	29	Cazada	“	“	Pernambuco	Parda	“	“	“	“	“	“
25	21	Solteira	“	“	Parayba	“	“	“	“	“	“	“
26	19	“	“	“	“	“	“	“	“	“	Incipiente “ “ “	“

CARTAS AO EDITOR

Salvador, 25 de outubro de 2006

Senhor Editor,

No artigo “Cardiomiopatias e infecção viral”, publicado na *Gazeta Médica da Bahia* (vol. 76, n. 1, p. 42-46, 2006), solicito a inclusão da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como uma das instituições participantes desse trabalho.

Atenciosamente,

Francisco Reis

Senhor Editor,

Como autora do artigo “Bioética: Um estudo de caso pediátrico”, publicado na *Gazeta Médica da Bahia*, volume 75, número 2, acuso o lapso da não-inclusão no mesmo da referência de Loch JA. Métodos de Análise de Casos em Bioética. In: Kipper DJ (ed), Francisconi CF, Oselka GW, Clotet J, Goldim JR, Loch JA. Temas de Pediatria: Uma Introdução à Bioética. Número 73. Nestlé, 19-28 p., 2002.

No entanto, saliento que, no referido manual, não consta no capítulo descrito, a identificação com o nome da autora, apenas no livro Bioética Clínica existe essa referência, e seguindo com rigor as normas bibliográficas, o mais correto seria citar o nome da obra e considerar o autor do capítulo desconhecido. Porém, a autora citada é uma das autoras do manual, e eu a deveria ter sido citado.

Como não tive acesso ao capítulo do livro da autora Jussara de A Loch no livro Bioética Clínica e sim, apenas ao Manual da Nestlé, não seria correto incluí-la no texto por mim publicado, mas, constatando as similaridades existentes, esclareço que essa referência é: Loch JA. Como Analisar Conflitos em Bioética Clínica. In: Urban CA (ed), Bioética Clínica. Revinter: Rio de Janeiro, 52-54 p., 2003.

Assim, quanto aos trechos do artigo que deveriam estar aspeados, subescrevo-os abaixo:

✓ 9º parágrafo, página 186:

Relato de Caso: “BIA.... negativa”;

“recebeu alta...respiratório”;

✓ 5º parágrafo, página 188:

“ se a mesma expressa ... discurso”

✓ 6º parágrafo, página 188:

“a indicação do procedimento cirúrgico...desgaste emocional”

✓ 8º parágrafo, página 188:

Cursos de ação Que Poderiam ser Adotados: “1.Realizar a amputação... maleficência”;2. Não realizar a amputação... beneficência”.

✓ 9º parágrafo, página 188:

“A tomada de decisão...proposto”.

Mais uma vez, desculpo-me e coloco-me a disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

Isabel Carmen Fonseca Freitas

Os Projetos Pedagógicos das Escolas Médicas no Brasil Império: Uma Contribuição para Avaliação do Ensino Superior no País¹

Domenico Feliciello²

Núcleo de Estudos de Políticas Públicas – UNICAMP, SP

O presente estudo busca identificar os elementos originados dos campos da saúde, da educação e de demais setores da sociedade brasileira, no período do Império, que concorreram para a configuração dos projetos pedagógicos das escolas médicas do Rio de Janeiro e Bahia. O estudo se inicia com a criação das primeiras Escolas Médico Cirúrgicas inclui a sua transformação nas Faculdades de Medicina e suas reformulações até a Proclamação da República.

Para a elaboração do estudo foram levantados documentos, textos e livros, incluindo as Memórias Históricas das duas escolas, cobrindo todo o período assinalado, e em várias Unidades Federadas e Centros de Documentação. As informações foram organizadas e sistematizadas através de Bancos de Dados criados no Programa Access, permitindo a publicação de relatórios com diferentes enfoques.

Quanto a análise dos dados foram utilizados elementos da Teoria de Campo e Habitus (Bourdieu), bem como da Arqueologia do Saber (Foucault), buscando identificar os atores, os projetos, as ações e os saberes que se associaram, em cada momento histórico, e que constituíram os currículos e as práticas pedagógicas destas escolas médicas no Brasil Império.

O estudo, além de reconstituir o histórico das escolas médicas, identifica os projetos e as propostas em jogo ressaltando a importância da ação de diferentes atores, ao longo do período, responsáveis pela implantação dos respectivos projetos pedagógicos. Neste aspecto, indica a luta pela implementação das Faculdades de Medicina, em substituição às Escolas Médico Cirúrgicas, bem como pela melhoria e qualificação constante do ensino, tendo como referência o modelo francês e, posteriormente o modelo alemão de ensino.

Ressalta-se ainda a atuação restrita da elite e do governo imperial, assentada numa visão utilitarista e retrógrada que considerava a ciência, o iluminismo e a implementação do ensino superior no país como ameaças à manutenção do Brasil como colônia e a unificação das elites luso-brasileiras. Neste aspecto, apontam-se as raízes históricas do atraso do ensino superior e do desenvolvimento da ciência no país. O Estudo busca ainda identificar a evolução das categorias profissionais dos médicos e dos docentes do ensino superior, assinalando os diferentes elementos que influenciaram na sua caracterização no século XIX.

Conclui que os projetos pedagógicos das Escolas Médicas, no Brasil, sofreram importantes influências dos níveis governamentais do Império brasileiro, relacionadas às necessidades de governo e administração do país, por um lado, e, por outro, das concepções e interesses dominantes dos grupos e blocos históricos no poder, em cada fase histórica, caracterizadas, principalmente, por uma restrita ilustração utilitarista e aristocrática lusitana.

Quanto a atuação dos docentes e administradores das Faculdades de Medicina, que lutaram permanentemente pela melhoria constante do ensino médico e pelo desenvolvimento da pesquisa, foram responsáveis pela implementação dos modelos europeus assentados nos conhecimentos sobre o corpo, com base em concepções humorais, inicialmente, quanto das novas concepções físico-químicas e biológicas, que passaram a sustentar a uma visão, associando os saberes da anatomia, da fisiologia e da patologia.

¹ Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP (2002).

² Endereço para correspondência: Av. Heitor Penteado nº 330, Vila Nova, 13075-460 Campinas – SP. E-mail: domenico@globo.com

Mortalidade e Fatores Prognósticos da Insuficiência Cardíaca em Salvador, Bahia¹

Mortality and Prognostic Factors for Heart Failure in Salvador, Bahia

Adriana Lopes Latado²

A insuficiência cardíaca é um problema de saúde pública, sendo a principal causa de internação na população ≥ 65 anos. Apesar dos avanços tecnológicos e terapêuticos, trata-se ainda de uma condição de elevada mortalidade. A identificação de fatores prognósticos propicia melhor entendimento dos aspectos fisiopatológicos da doença e condução terapêutica mais adequada. Objetivos: estudar a tendência temporal da mortalidade por insuficiência cardíaca na Região Metropolitana de Salvador, Bahia, de 1979 a 1995; identificar potenciais preditores de mortalidade hospitalar em pacientes internados por insuficiência cardíaca avançada e descompensada; investigar o papel da anemia no risco de mortalidade hospitalar de pacientes com insuficiência cardíaca avançada. Métodos: Este trabalho foi realizado em duas etapas. O primeiro artigo estudou a tendência de mortalidade por insuficiência cardíaca no período de 1979 a 1995. Os dados anuais sobre óbitos e população de Salvador foram obtidos na Secretaria de Saúde da Bahia e no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Considerou-se apenas a causa primária da morte. Insuficiência cardíaca foi definida pelos códigos 428.0, 428.1 e 428.9 (CID9). Os dois artigos seguintes foram estudos de caráter observacional e prospectivo, com amostragem consecutiva de pacientes internados por insuficiência cardíaca crônica descompensada em unidade de terapia intensiva de junho/2001 a dezembro/2003. A definição de insuficiência cardíaca foi primariamente clínica. O desfecho clínico principal foi mortalidade hospitalar, e as variáveis independentes incluídas nas análises foram obtidas na admissão. A análise estatística consistiu de: no primeiro estudo, padronização direta para ajuste das taxas por idade e regressão linear simples para estimativa da variação média anual nas taxas; no segundo e terceiro estudos, estatística descritiva, análise estratificada e modelos de regressão logística múltipla. Resultados: A taxa de mortalidade por insuficiência cardíaca passou de 25/10⁵ habitantes em 1979 para 16,4/10⁵ habitantes em 1995 (declínio médio anual foi de 0,9/10⁵ habitantes). As curvas bruta e ajustada de mortalidade mostraram queda progressiva das taxas até 1992, havendo estabilização dos valores de 1992-1995. Esta tendência foi uniforme para ambos os gêneros. Na amostra de pacientes internados na unidade de terapia intensiva por insuficiência cardíaca avançada, a idade média foi 69 $\pm$ 13 anos, 46% eram do sexo feminino e houve alta frequência de *diabetes mellitus*, hipertensão arterial e doença arterial coronariana (37,5%, 78% e 58,5%, respectivamente). Anemia foi um achado freqüente (47,5%). A mortalidade hospitalar foi 17,4%. Após análise multivariada exploratória, idade ≥ 70 anos, história prévia de acidente vascular encefálico (AVE), disfunção renal, hiponatremia e fibrilação atrial se associaram a maior mortalidade hospitalar. Após análise estatística confirmatória, anemia associou-se independentemente com maior risco de morte hospitalar em pacientes com insuficiência cardíaca grave (risco relativo=2,3; intervalo de confiança 95% 1,3-3,9), para qualquer nível de fração de ejeção ventricular esquerda. Conclusões: A mortalidade por insuficiência cardíaca em Salvador diminuiu no período de 1979-1992, estabilizando-se de 1992-1995, para ambos os gêneros. Características como idade avançada, passado de AVE, fibrilação atrial, hiponatremia ou insuficiência renal à admissão foram potenciais fatores de risco para mortalidade hospitalar em pacientes internados com insuficiência cardíaca grave. Anemia à admissão, após análise multivariada confirmatória, foi um preditor independente de mortalidade hospitalar em insuficiência cardíaca avançada, para qualquer nível de fração de ejeção do ventrículo esquerdo.

Palavras-chave: insuficiência cardíaca, mortalidade, epidemiologia, fatores de risco, mortalidade hospitalar, anemia, disfunção ventricular esquerda.

¹ Tese de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Medicina e Saúde da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, 2005.

² Endereço para correspondência: Rua Rosa dos Ventos, 39/1002, Ed. Pedra Alta, Brotas, 40286-040 Salvador, Bahia – Brasil. E-mail: adrianalatado@cardiol.br

Heart failure is a public health problem and is the leading cause of hospitalization for patients ≥ 65 years old. Although technological and therapeutic advances, the heart failure mortality is still high. The identification of prognostic factors contributes for the better known of pathophysiological mechanisms of heart failure and improves therapeutic decisions. Aims: to describe mortality trend for heart failure in Salvador-Bahia, from 1979 to 1995; to identify in-hospital mortality predictors in patients admitted due to severe decompensated heart failure; to investigate whether the presence of anemia is a risk factor for in-hospital mortality in patients with severe heart failure. Methods: This work was developed in two stages. The first paper is a study of secular trend for heart failure mortality. Death and population data of Salvador were obtained by Secretaria de Saúde da Bahia and Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Only the underlying cause of death was considered. Heart failure was defined by ICD-9 codes 428.0, 428.1 and 428.9. The other two papers were prospective and observational studies and enrolled patients that were consecutively hospitalized to intensive unit care due to decompensated chronic heart failure. Heart failure was defined primarily by clinical findings. In-hospital mortality was the main clinical outcome, and baseline characteristics were included in analysis as independent variables. Statistic analysis consisted of: in the first study, direct standardization for age-adjustment of mortality rates and linear regression model to estimate the annual average variation of rates; in the second and third studies, descriptive statistics, stratified analysis and multiple logistic regression models. Results: Heart failure mortality rate reduced from 25/10⁵ inhabitants in 1979 for 16.4/10⁵ inhabitants in 1995 (annual average decline of 0.9/10⁵ inhabitants). Crude and adjusted mortality curves had shown a progressive fall of rates up to 1992. Between 1992 and 1995, heart failure mortality rates had become stable. This trend was similar for male and female. In the sample of severe heart failure patients admitted in an intensive unit care, mean age was 69 $\pm$ 13 years, 46% of them were female and there were a high frequency of diabetes mellitus, arterial hypertension and coronary artery disease. Anemia was very common (47.5%). The in-hospital mortality was 17.4%. After exploratory multivariate analysis, age ≥ 70 years, previous stroke, renal dysfunction, hiponatremia and atrial fibrillation were associated with higher in-hospital mortality. After confirmatory multivariate models, anemia was independently associated with increased in-hospital mortality in patients with advanced heart failure (relative risk=2.3; 95% confidence interval 1.3-3.9) with preserved and impaired systolic function. Conclusions: Heart failure mortality has been reduced in Salvador from 1979 to 1992, for male and female. Of 1992 and up 1995, heart failure mortality became stable. Advanced age, previous stroke, atrial fibrillation, hiponatremia and renal dysfunction were potential risk factors for in-hospital mortality in patients with severe symptomatic heart failure, admitted in intensive unit care. After confirmatory multivariate analysis, anemia was an independent risk factor of in-hospital mortality in this cohort with advanced heart failure, regardless of whether patients have preserved or impaired systolic function.

Key words: heart failure, mortality, epidemiology, risk factors, in-hospital mortality, anemia, ventricular dysfunction left.

Interferência da Aplicação de Toxina Botulínica Tipo A nos Membros Inferiores sobre a Fluência Verbal em Portadores de Paralisia Cerebral¹

Interference of Botulinum Toxin Type A Application in Lower Limbs on Verbal Fluency of Individuals with Cerebral Palsy

Camila Vila-Nova²

A paralisia cerebral é um transtorno persistente do movimento e da postura decorrente de lesão cerebral não progressiva ocorrida no cérebro em desenvolvimento. As alterações ligadas à comunicação são muito freqüentes na paralisia cerebral, podendo ser caracterizadas como distúrbio articulatorio ou como uma disartria severa que incapacita a produção oral. Objetivo: esse estudo teve como objetivo avaliar o impacto da utilização de toxina botulínica tipo A nos membros inferiores sobre a fluência verbal em indivíduos com paralisia cerebral espástica. Material e Métodos: ensaio terapêutico, auto-pareado. Foram selecionados para esse estudo indivíduos portadores de paralisia cerebral espástica diplégica com linguagem oral na faixa etária entre quatro e dezoito anos e residentes em Salvador e região metropolitana. Os indivíduos foram submetidos ao tratamento com toxina botulínica tipo A e participaram do Grupo I (antes da aplicação) e Grupo II (após a aplicação). Foi aplicado protocolo para avaliação de fluência verbal, acompanhado de registro fonográfico, filmagem e avaliação motora antes e depois da aplicação da droga. Dois avaliadores cegos foram os responsáveis pela caracterização da fluência desses indivíduos nos dois grupos. Para tanto, os avaliadores receberam treinamento prévio para a padronização do teste e analisaram os dados de cada paciente três vezes. Resultados: nove indivíduos concluíram todas as etapas da pesquisa. Foram verificadas melhoras de amplitude motora e de parâmetros de fluência – repetição de sílaba, bloqueio, co-contracção e interjeição. As taxas de concordância entre os avaliadores demonstraram boa e excelente reprodutibilidade. Da amostra avaliada, 11,1% foi caracterizada como portadora de gagueira. Discussão: No presente estudo, observou-se melhora da fluência verbal após a aplicação de toxina botulínica tipo A em variáveis que avaliam tanto parâmetros motores, quanto parâmetros lingüísticos de fluência. Acredita-se que estes possam sofrer interferências de déficits de controle motor, principalmente se for levada em consideração a presença de déficit de controle motor oral associada a espasticidade na paralisia cerebral. Conclusão: A interferência da aplicação de BTX-A (Dysport[®]) sobre a fluência verbal ainda não está totalmente explicada, apesar de terem sido apresentadas modificações de determinados parâmetros de fluência antes e depois da aplicação da droga. Faz-se necessário o desenvolvimento de outros estudos que avaliem tanto a interferência de drogas sobre a fala e fluência, quanto o aprofundamento em questões que analisem a associação entre comunicação e funções neurológicas. Palavras-chave: paralisia cerebral, fluência verbal, toxina botulínica tipo A, espasticidade.

The cerebral palsy is a persistent movement and posture disorder resulting from non progressive cerebral injury in the brain in development. Communication disorders are correlated when cerebral palsy is present, this is characterized as an articulatory disorder or as a severe disarthria that affects oral skills. Objective: The goal of this study was to evaluate the impact of the use of botulinum toxin type A on the verbal fluency in individuals with spastic cerebral palsy. Material and Methods: Therapeutic trial, called "autopareado". Individuals with spastic diplegia affecting oral language ages four to eighteen years old from Salvador, Brazil and metropolitan

¹ Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Medicina e Saúde da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, 2006.

² Endereço para correspondência: Rua Guadalupe, 430, apto 501, Ed. Costa do Sol, Morro do Gato (Ondina), 40140-461 Salvador, Bahia – Brasil. Email: cvnova@gmail.com.

regions were selected for this study. The study participants were given a treatment with botulinum toxin type A and also joined group I (before the treatment application) and group II (after the treatment application). The data collected included phonographic registration, filming the treatment and groups and motor skills evaluation before and after the application of the drug treatment. Two blind investigators were responsible for the oral fluency evaluations. Therefore, the investigators received training regarding the test standardization and analyzed the data of each patient three times. Results: Nine individuals concluded the study. Improvements of motor amplitude and used fluency parameters were evaluated -syllable repetition, blockade, co-contraction and interjection. The agreement rates demonstrated good and excellent repetition. The sample showed 11.1% was characterized as stammering. Discussion: The present study showed improvement of the verbal fluency after botulinum toxin type A application based on evaluation of motor and linguistic characteristics of verbal fluency. Literature shows that these patients can suffer deficits of motor control, mainly in the presence of deficit of oral motor control associated to the spasticity in the cerebral palsy. Conclusion: The explanation about interference of botulinum toxin type A application on verbal fluency is still incomplete. However, some preliminary results are that there is an impact of the drug on the functioning of the oral motor system. The development of additional research is necessary to fully explain the interference of drugs on speech and fluency and analyze the association between communication and cerebral functions.

Key words: cerebral palsy, verbal fluency, botulinum toxin type A, spasticity.

Características Clínicas, Laboratoriais e Prognósticas da Doença de Chagas¹

Clinical, Laboratory and Prognostic Characteristics of Chagas Disease

Julio Cesar Vieira Braga²

Apesar do controle da transmissão vetorial e transfusional, a doença de Chagas (DC) continua sendo uma importante causa de morbimortalidade em nosso país. Objetivo: Descrever as características clínicas, laboratoriais e prognósticas de pacientes atendidos em ambulatórios de referência para DC e insuficiência cardíaca (IC). Desenho dos estudos: Dois estudos transversais e um estudo de coorte prospectivo. Material e Métodos: Pacientes atendidos no Ambulatório de DC, com função sistólica global do ventrículo esquerdo (VE) normal, sem a forma digestiva da DC ou processos inflamatórios foram submetidos a dosagem de PCR-AS. No Ambulatório de Miocardiopatias e IC, foram incluídos pacientes com diagnóstico confirmado de IC, que após um ano, eram contactados para seguimento de seu estado vital. Utilizamos estatística descritiva, análise estratificada e de sobrevida, e modelos de regressão logística múltipla. Resultados: No Artigo 1, estudamos 91 pacientes com DC e sem disfunção sistólica global do VE dos quais 59% tinham a forma indeterminada e 41% sinais iniciais de envolvimento cardíaco. Os níveis séricos de PCR-AS foram similares entre os dois grupos. No Artigo 2, foram incluídos 356 pacientes com IC, dos quais 48% apresentavam MC. Os pacientes com MC apresentaram algumas características diferentes em relação às demais etiologias: raça não-branca (88 vs. 75%; $P=0,002$); escolaridade ($4,4 \pm 4,1$ vs. $5,7 \pm 4,2$ anos de estudo; $P=0,004$); frequência cardíaca (69 ± 12 vs. 73 ± 13 ; $P=0,03$) e pressão arterial sistólica (121 ± 25 x 129 ± 28 mmHg; $P=0,006$). A frequência de utilização de algumas intervenções terapêuticas também foi diferente: amiodarona (22% vs. 13%; $P=0,036$); drogas betabloqueadoras (39% vs. 59%; $P=0,001$) e marcapassos artificiais (15% vs. 1%; $P=0,001$). Dentre 417 pacientes atendidos, 191 preenchiam os critérios de inclusão no estudo de coorte do Artigo 3. No seguimento de 1 ano, a mortalidade nos pacientes com MC foi 21,6% versus 10,6% nos restantes (risco relativo=2,03, IC 95% 0,98-4,2; $P=0,05$). Entretanto, o nível educacional foi identificado como uma variável confundidora da associação entre MC e mortalidade. Esta associação perde a significância estatística após ajuste para nível educacional (odds ratio=1,67, IC 95% 0,63-4,41). Conclusões: A atividade inflamatória sistêmica, avaliada pela PCR-AS, não foi diferente entre as formas indeterminada e cardíaca inicial da DC. MC foi a etiologia mais freqüente entre os pacientes com IC atendidos ambulatorialmente e apresentavam características diferentes das demais etiologias, entre elas, maior mortalidade no seguimento após um ano. Entretanto o maior risco de morte não se confirmou em análise multivariada com ajuste para escolaridade.

Palavras-chave: miocardiopatia chagásica, mortalidade, insuficiência cardíaca congestiva, escolaridade, proteína C-reativa.

Despite the great success in transmission control, Chagas disease continues to be an important cause of morbidity and mortality in our country. Aim: To describe clinical, laboratory and prognostic characteristics of patients with Chagas disease, that were seen in reference clinics for heart failure and Chagas disease, in an university hospital. Study design: One prospective cohort study and two cross-sectional studies. Material and Methods: We included patients consecutively evaluated in the Heart Failure and Cardiomyopathy Clinics and with definitive diagnosis of heart failure. After one-year patients were followed-up about their vital status. The patients consecutively evaluated in the Chagas Disease Clinic, that had normal left ventricular systolic function and without signs of digestive alterations or acute or chronic inflammatory

¹ Tese de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Medicina e Saúde da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, 2006.

² Endereço para correspondência: Rua Rosa dos Ventos 39/1002, Brotas, Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: juliobraga@cardiol.br

process, were selected for HS-CRP measure. Exploratory statistic analysis was done to describe patients characteristics according to pre-defined subgroups and to evaluate the association between these characteristics and the subgroups. Confirmatory logistic regression was used to evaluate independent predictors for mortality among heart failure patients due to chagasic cardiomyopathy and others etiologies. Results: We enrolled 356 patients with heart failure, of whom 48% had chagasic cardiomyopathy. Others frequent etiologies were hypertensive cardiomyopathy in 19%, idiopathic dilated cardiomyopathy in 11% and ischemic cardiomyopathy in 9%. Patients with Chagas disease had more frequently, in comparison with other heart failure etiologies: non-white race (88% vs 75%; $p=0.002$), history of Chagas disease in relatives (57% vs 21%; $p=0.001$), more time of illness (71 vs 56 months; $p=0.034$), worse education level (4.4 ± 4.1 vs 5.7 ± 4.2 years of study; $p=0.004$), lower heart rate (69 ± 12 vs 73 ± 13 bpm; $p=0.03$), lower systolic pressure (121 ± 25 vs 129 ± 28 mmHg; $p=0.006$). Chagasic patients used more frequently amiodarone (22% vs 13%; $p=0.036$) and artificial pacemakers (15% vs 1%; $p=0.001$), less frequently betablockers (39% vs 59%; $p=0.001$). Among 417 patients initially evaluated, 191 had the inclusion criteria to the cohort study. The mortality was higher in patients with Chagas cardiomyopathy than in the patients with other etiologies (log rank test; $p=0.036$). At one-year follow-up, the mortality in chagasic patients was 21.6% versus 10.6% in the remaining (relative risk=2.03; 95% CI=0.98-4.2; $p=0.05$). At logistic regression, educational level was identified as a confounder variable of the association between Chagas cardiomyopathy and one-year mortality. This association was no more statistically significant after adjustment for educational level (odds ratio=1.67; 95% CI=0.63-4.41). Among 91 patients without systolic dysfunction, 54 (59.3%) were in indetermined form. Plasmatic levels of HS-CPR were similar between the two chagasic forms and compared with general population. After multivariate analysis, only poor education level was independently associated with cardiac form. Conclusions: Chagas Disease was the more frequent etiology in heart failure patients Chagasic cardiomyopathy patients had different characteristics in comparison with others etiologies, as a higher one year mortality. However, the increased risk of death was not maintained after adjustment for educational status. Systemic inflammatory activity, as evaluated by HS-CPR, is not changed in indetermined or initial cardiac form of Chagas disease.

Key words: chagasic cardiomyopathy, mortality, congestive heart failure, education level, C-reactive protein.

Características Associadas com Fibrose Avançada em Mulheres com Hepatite Crônica C: Evidências para o Papel Negativo da Menopausa e Esteatose; Possíveis Benefícios da Terapia de Reposição Hormonal¹

Characteristics Associated with Fibrosis in Women with Chronic Hepatitis C: Evidence for the Negative Role of Menopause and Steatosis and the Potential Benefit of Hormone Replacement Therapy

Liana Codes²

Nos casos com hepatite crônica C, as taxas de progressão da fibrose são significativamente diferentes entre homens e mulheres. Para explicar essa diferença, um efeito antifibrótico do estrogênio tem sido proposto, possivelmente devido à inibição de células estreladas. Objetivos: avaliar a gravidade da hepatite crônica C em mulheres de acordo com menopausa e terapia de reposição hormonal (Trh); verificar a presença da esteatose na progressão da doença. Métodos: Mulheres com hepatite crônica C foram retrospectivamente avaliadas, mas excluídas aquelas sem estudo histológico do fígado ou com outras causas de doenças hepáticas. Um questionário foi aplicado e testes bioquímicos do sangue foram avaliados na época da biópsia hepática. Biópsias hepáticas foram examinadas de acordo com a classificação METAVIR. Foram identificados fatores associados à fibrose, através da análise univariada e multivariada (regressão logística). Resultados: O estudo incluiu 317 mulheres. Um total de 164 mulheres (51,7%) eram menopausadas e 78 (24,6%) receberam ou estavam recebendo Trh. As 103 (32,7%) mulheres com fibrose moderada a grave (F2-F4) eram de maior idade (48,5% com idade superior a 55 anos; $p=0,0001$), apresentavam esteatose hepática mais frequentemente que as mulheres com fibrose leve (F0-F1) e eram mais frequentemente menopausadas (71,4% vs. 47,7%; $p<0,0001$). A probabilidade de fibrose F2-F4 foi menor para as menopausadas em uso de Trh [OR 0,20 (95% CI 0,10-0,42), $p=0,0001$]. Esteatose foi mais frequente e mais grave em mulheres menopausadas, porém a distribuição dos genótipos virais, o peso das pacientes, os níveis de colesterol e triglicérides não foram estatisticamente diferentes entre menopausadas e não-menopausadas. Houve a tendência de maiores níveis glicêmicos entre menopausadas ($p=0,047$). Conclusões: A gravidade da fibrose foi associada à idade, esteatose e menopausa. Mulheres menopausadas em uso de Trh apresentavam menor estágio de fibrose. Estes resultados reforçam a hipótese do provável papel benéfico dos estrogênios na progressão da fibrose em hepatite crônica C, e também a esteatose pode estar implicada na progressão da fibrose após a menopausa. Palavras-chave: hepatite crônica C, menopausa, fibrose, esteatose.

The rates of fibrosis progression in chronic hepatitis C are significantly different between males and females. The antifibrotic effect of estrogen has been proposed, possibly via the inhibition of stellate cells. Aims: evaluate the severity of chronic hepatitis C in women, according to menopause and hormone replacement therapy (hrt) and the role of steatosis in progression of chronic hepatitis C. Methods: Women with chronic hepatitis C were retrospectively evaluated. Patients without liver histology or with other cause of liver disease were excluded. A questionnaire was completed and a blood sample was obtained on the day of liver biopsy. Liver biopsies were evaluated according to the METAVIR scoring system.

¹ Tese de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Medicina e Saúde da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, 2006.

² Endereço para correspondência: Rua Altino Seberto de Barros 119, sala 1502, Itagira, 41825-010 Salvador, Bahia – Brasil. E-mail: lianacodes@uol.com.br

We identified characteristics associated with liver fibrosis by using univariate and multivariate (logistic regression) analysis. Results: Our study included 317 women. A total of 164 women (51.7%) were menopausal and 78 (24.6%) received or were receiving hrt. The 103 (32.7%) women with moderate or severe fibrosis (F2-F4) were older (48.5% with age > 55 years-old), presented liver steatosis more frequently than the women with mild fibrosis (F0-F1) and were more often menopausal (71.4% vs. 47.7%; $p < 0.0001$). The probability of fibrosis F2-F4 was lower for menopausal women in hrt [OR 0.20 (95% CI 0.10-0.42), $p=0.0001$]. Steatosis was more frequent and more severe in menopausal women. Genotype distribution, weight, cholesterol, triglycerides were not significantly different among menopausal and non menopausal. There was a tendency to higher glycemic levels among menopausal women ($p=0.047$). Conclusions: Severity of fibrosis was associated to: age, steatosis and menopause. Menopausal women in hrt presented lower stage of fibrosis. These results reinforce the hypothesis of a probable role of estrogens in the progression of fibrosis in chronic hepatitis C. Steatosis may be implicated in the progression of fibrosis after menopause.

Key words: chronic hepatitis C, menopause, steatosis, fibrosis.

Estudo de Custo Efetividade do ProAR- Um Programa Modelo para o Controle da Asma Grave¹

Cost-Effectiveness Analysis of a State funded Program for Control of Severe Asthma

Rosana Franco²

Asma grave mal controlada resulta em grande impacto econômico para famílias e sistemas de saúde pública. Objetivos: Análise de custo-efetividade do tratamento oferecido por um programa com equipe multidisciplinar e medicação inalatória gratuita ProAR (Programa de Controle da Asma e Rinite Alérgica na Bahia - Brasil), comparado com o tratamento usualmente oferecido pelo sistema de saúde pública local. Foram também conduzidas análises de qualidade de vida e de custos familiares. Métodos: Estudo de coorte com 81 asmáticos graves de 12 a 75 anos, avaliando custos e controle da asma referentes a um ano antes e após a inclusão no ProAR. Custos com consultas, exames, medicações, internações, diárias em UTI (Unidade de Tratamento Intensivo) e visitas às emergências foram coletados por médicos e economistas da saúde. Os custos familiares diretos e indiretos foram estimados usando um questionário adaptado e validado para esse estudo. O controle da asma foi avaliado através de função pulmonar e escores do ACQ (Questionário de Controle da Asma), enquanto a qualidade de vida foi medida através dos escores do AQLQ (Questionário de Qualidade de Vida em Asma). Foram utilizados bancos de dados de hospitais públicos e guias farmacêuticos para estimativa de custos. Análises de sensibilidade foram realizadas. Resultados: 64 pacientes com média de idade de 45 anos concluíram o estudo sendo 53 (83%) mulheres. Durante o acompanhamento no programa, os pacientes tiveram em média redução de 5 dias de internação e de 68 visitas à emergência/consultas não agendadas por ano. Os escores de controle da asma (ACQ) e os de qualidade de vida (AQLQ) melhoraram ambos 29%. A economia anual de recursos públicos foi de R\$ 836,00 por paciente pois o aumento no custo com tratamento preventivo foi largamente compensado pela redução em custos hospitalares. Foi realizada análise de sensibilidade que demonstrou que o ProAR se manteve mais custo-efetivo mesmo variando-se o parâmetro de custos com as internações. Conclusão- Programas bem estruturados de controle da asma promovem qualidade de vida para os pacientes com economia de recursos para o governo e para as famílias.

Palavras-chave: asma, custo-efetividade, custos familiares, qualidade de vida, tratamento.

Severe asthma, not well controlled, results in great economic impact for the families and for the public health system. Objective: To estimate the cost-effectiveness of a programme to control severe asthma in a middle income country. Methods: In Brazil, 81 severe asthmatics (12 to 75 years) about to join a state funded programme in a reference clinic providing free asthma medication, were asked retrospectively about costs and events in the 12 months before. Thereafter, prospectively, during the first 12 months within the programme, information on direct and indirect costs, asthma control by lung function, symptoms and quality of life were collected. Sensitivity analysis was conducted. The information obtained was used to estimate cost-effectiveness of the intervention as compared to usual public health asthma management in the 12 months before the programme. Results: 64 patients concluded the study. During follow-up within the programme, patients had on average 5 fewer days of hospitalization and 68 fewer visits to emergency/non scheduled visits per year. Asthma control scores improved by 50% and quality of life by 74%. The annual saving in public resources was US\$387 per patient. Family annual income increased US\$512, and family costs were reduced by US\$733. Conclusion: a program for control of severe asthma in a middle income country can reduce morbidity, improve quality of life and save money.

Key words: Asthma, cost-effectiveness, family costs, quality of life, treatment.

¹ Tese de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Medicina e Saúde da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, 2006.

² Endereço para correspondência: Rua Morro do Escravo Miguel, 198 Apto. 502, Ondina, 40170-000 Salvador, Bahia – Brasil. Email: rosana_franco@terra.com.br

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 (*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 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 independer 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; e a concordância de cessão dos direitos autorais para a GMBahia.

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