

GAZETA MÉDICA DA BAHIA

Volume 74 • Número 2

ISSN 0016-545X

Julho/Dezembro 2004

SUMÁRIO/CONTENTS

Editorial 102

José Tavares-Neto

Artigo de Revisão

A Faculdade de Medicina da Bahia no Século XIX: A Preocupação com Aspectos de Saúde Mental 103

Nádia Maria Dourado Rocha, Alessandra Graciosa Tranquilli, Bianca Becker Lepikson

Artigo Original

Abscesso Hepático Fúngico: Análise Secundária de Dados 127

Camile Sales R. dos Santos, José Tavares-Neto

Artigos de Opinião

Farmacogenômica: Aspectos Éticos 145

Eliane S. Azevêdo

Os Médicos e a Indústria Farmacêutica 149

Diego Espinheira da Costa Bomfim, Júlio Leonardo Barbosa Pereira

Pólo de Educação Permanente em Saúde: Um Espaço de Diálogo Interinstitucional
para Promoção de Mudanças na Graduação Médica 152

Ricardo Heinzelmann

Nota Histórica

Relatório Acerca do Estado Sanitário da Província da Bahia Durante o ano de 1864, Elaborado
pelo Inspetor da Saúde Pública e Enviado ao Presidente da Junta Central de Higiene Pública,
Sendo Remetido, Mediante Cópia, ao Presidente da Província 157

José de Goes Siqueira [Antonio Carlos Nogueira Britto]

Resenha Bibliográfica

Universidade Dilacerada: Tragédia ou Revolta? Tempo de Reforma Neoliberal 168

Vera Formigli

Resumos de Trabalhos de Conclusão de Cursos de Pós-Graduação 171

Normas para publicação

ERRATA

No número 1, volume 74, 2004:

- Página iii: Na relação dos Diretores da Faculdade de Medicina da Bahia, o mandato do Prof. **José Antonio de Almeida Souza** foi de 1996 a 2000, e não de 1996-2001, como anteriormente registrado; o do Prof. **Manoel Barral-Netto** foi de dezembro de 2000 a fevereiro de 2003 e não de 2001-2003; no período de fevereiro a junho de 2003, foi Diretor interino o Prof. **Orlando Figueira Sales**; e o Prof. **José Tavares-Neto** é Diretor da FAMEB a partir de 2003 (julho) e não de 2004, como assinalado;
- Página 5: no título, onde lê "... pelo sonho hibernal", leia: "... **pelo sono hibernal**"; e "... **for the hibernal sleep**" em lugar de: "... for the hibernal dream";
- Páginas 19-96: em lugar de 2.502 teses doutorais recuperadas [páginas 13 a 101 do N° 1 (vol. 74) da GMBahia] foram 2.486, porque apesar da exclusão daquelas em duplicata 16 foram indevidamente incluídas nessa situação:
 - Dr. **João José de Faria** (cit. n° 158 e n° 159)
 - Dr. **José Leôncio de Medeiros** (cit. n° 245 e n° 246)
 - Dr. **Francisco Machado Rego Barros** (cit. n° 1042 e n° 1043)
 - Dr. **Joaquim Candido da Costa Pereira** (cit. n° 1057 e n° 1058)
 - Dr. **Joaquim Felipe da Costa Junior** (cit. n° 1060 e n° 1061)
 - Dr. **Aristarcho Dantas** (cit. n° 1318 e n° 1319)
 - Dr. **Joaquim José Xavier** (cit. n° 1338 e n° 1339)
 - Dr. **Agrippino Dantas Martins** (cit. n° 1361 e n° 1362)
 - Dr. **Alfredo de Barros Loureiro Brandão** (cit. n° 1365 e n° 1366)
 - Dr. **José Horacio Carneiro Leão** (cit. n° 1905 e n° 1906)
 - Dr. **Paulo Francisco Corrêa de Araújo** (cit. n° 1919 e n° 1920)
 - Dr. **Nilo Fabosa Freire** (cit. n° 1964 e n° 1965)
 - Dr. **Raymundo Guilherme Sobrinho** (cit. n° 1970 e n° 1971)
 - Dr. **Adherbal Queiroz de Sales** (cit. n° 2372 e n° 2373)
 - Dr. **Luiz Lemelle de Amorim** (cit. n° 2471 e n° 2472)
 - Dr. **Manoel Eustaquio de Souza Bastos** (cit. n° 2474 e n° 2475)

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 do Vice-Diretor

Representante no CONSEPE

Secretárias

Colegiado do Curso de Graduação em Medicina

Coordenador

Vice-Coordenador

Colegiado do Curso de Pós-graduação em Medicina e Saúde

Coordenador

Vice-Coordenador

Colegiado do Curso de Pós-graduação em Patologia

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

Coordenador

Vice-Coordenador

José Tavares-Neto

Modesto Jacobino

Fernando Carvalho

Thomaz Cruz

Sônia Celino e Denise Sapucaia

Aristides Cheto de Queiroz

Sumaia Boaventura André

Álvaro A. Cruz

Luiz Carlos Santana Passos

Luiz Antônio Rodrigues Freitas

Washington L. Conrado dos Santos

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

Aldina M. Prado Barral

Marco Antonio C. de Almeida

Marcelo Benício dos Santos

Luiz Erlon Araújo Rodrigues

Jehorvan Lisboa Carvalho

Gildásio de Cerqueira Daltro

Hilton Pina

Jorge Luiz Sapucaia Calabrich

Albino Eduardo Machado Novaes

Edmundo Nassri Câmara

Ronaldo Ribeiro Jacobina

Vera Formigli

Antonio Reinaldo Rabelo

Irismar Reis de Oliveira

Cristiana Nascimento Carvalho

Maria Betania Pereira Torales

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

Sônia Felzemburg

DIRETÓRIO ACADÊMICO DE MEDICINA DA UFBA (DAMED)

Coordenador

Marcos Antônio Trajano Ferreira

PROFESSORES TITULARES E EMÉRITOS DA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

TITULARES

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

EMÉRITOS^a

Zilton de Araújo Andrade
Aluízio Prata
Geraldo de Sá Milton da Silveira
Adilson Peixoto Sampaio
Rodolfo dos Santos Teixeira
Eliane Azevêdo
Heonir Rocha^b
Nelson Barros^b
Gilberto Rebouças^c

^a Na ordem de concessão do título pela Congregação.

^b Título aprovado pelo Conselho Superior da UFBA, mas ainda não outorgado.

^c Ainda não aprovado pelo Conselho Superior da UFBA.

DIRETORES DA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

1808 – 1828	COLEGIO MÉDICO-CIRÚRGICO DA BAHIA (sem nomeação de Diretores pelo Governo Imperial)	1931 – 1932	Aristidis Novis
1829 – 1833	Jozé Avellino Barboza	1932 – 1933	Augusto Cezar Vianna
1832	Lei de 03 de Outubro de 1832, da Regência Trina, em nome do Imperador D. Pedro II, altera a denominação para Faculdade de Medicina da Bahia	1933 – 1936	José de Aguiar Costa Pinto
1833 – 1836	Jozé Lino Coutinho	1936 – 1946	Edgard Rego Santos
1836 – 1844	Francisco de Paula Araujo e Almeida	1946 – 1950	José Olympio da Silva*
1844 – 1855	João Francisco de Almeida	1950	Francisco Peixoto de Magalhães Neto*
1855 – 1857	Jonathas Abbott*	1950 – 1953	Eduardo Lins Ferreira Araujo*
1857 – 1871	João Baptista dos Anjos	1953 – 1955	Hosannah de Oliveira*
1871 – 1874	Vicente Ferreira de Magalhães*	1955 – 1960	Rodrigo Bulcão D'Argollo Ferrão
1874 – 1881	Antonio Januario e Faria	1960 – 1962	Benjamim da Rocha Salles
1881 – 1886	Francisco Rodrigues da Silva	1962 – 1965	Carlos Geraldo de Oliveira
1886 – 1891	Ramiro Affonso Monteiro	1965 – 1968	Jorge Augusto Novis
1891 – 1895	Antonio Cerqueira Pinto	1968 – 1972	Rodrigo Bulcão D'Argolo Ferrão
1895 – 1898	Antonio Pacifico Pereira	1973 – 1977	Renato Tourinho Dantas
1898 – 1901	José Olimpio de Azevedo	1977 – 1980	Plínio Garcez de Senna
1901 – 1908	Alfredo Thomé de Britto	1980 – 1984	Newton Alves Guimarães
1908 – 1912	Augusto Cezar Vianna	1984 – 1988	José Maria de Magalhães Netto
1913 – 1914	Deocleciano Ramos	1988 – 1992	Heonir de Jesus Pereira Rocha
1915 – 1930	Augusto Cezar Vianna	1992 – 1996	Thomaz Rodrigues Porto da Cruz
		1996 – 2001	José Antonio de Almeida Souza
		2001 – 2003	Manoel Barral-Netto
		2003	Orlando Figueira Sales*
		2003 –	José Tavares-Neto

(*) Diretor Interino

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

DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLÓGICA E MEDICINA LEGAL

- 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
- Ruy Adroaldo Mendes Moreira

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 Junquilha Vinhaes
- Antonio Gilson Lapa Godinho
- Antonio Marcos Ferracini
- Antonio Natalino Manta Dantas
- Carlos Alberto Paes Alves
- Cicero Fidelis Lopes
- Clotario Neptali Carrasco Cueva
- Danilo Cruz Sento Sé
- Durval Campos Kraychete
- Ediriomar Peixoto Matos

- Edson Bastos Freitas
- Edvaldo Fabel
- Epaminondas Castelo Branco Neto
- Gervasio Batista Campos
- Gildasio de Cerqueira Daltro
- Heitor Carvalho Guimarães
- Helio 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
- Leopoldo Alves Ribeiro
- Luciano Santos Garrido
- Luiz Schiper
- Maria de Lourdes Lima Falcão
- Mário Castro Carreiro
- Mário Cesar Santos de Abreu
- Milton da Silva Barros
- Modesto Antonio de Oliveira Jacobino
- Nilo Cesar Leão Barreto de Souza
- Nilson Ferreira Gomes
- Normand Araujo Moura
- Oddone Braghirolli Neto
- Osório Jose de Oliveira Filho
- Otto Roberto Mendonça de Alencar
- 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
- André Luiz Peixinho
- André Vila Serra
- Antonio Alberto da Silva Lopes
- Antonio Carlos Moreira Lemos
- Antonio Raimundo Pinto de Almeida
- Carlos Roberto Brites Alves
- Edgar Marcelino de Carvalho Filho
- Edilton Costa e Silva
- Edmundo José Nassari Câmara
- Eleonora Lima Peixinho
- Elvira Barbosa Quadros Cortes
- Ênio Ribeiro Maynard Barreto
- Fernando Antonio Glasner da Rocha Araújo
- Francisco Hora de Oliveira Fontes
- George Barreto de Oliveira
- Gilvandro de Almeida Rosa
- Helito Mascarenhas Bittencourt
- 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
- Jose Alberto Martins da Matta
- José Antonio de Almeida Souza
- José Tavares Carneiro Neto
- Leila Maria Batista Araújo
- 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
- Neide Ferraz de Castro Dias
- Newton Sales Guimarães
- Octavio Henrique Messeder
- Raimundo Paraná Ferreira Filho
- Reinaldo Pessoa Martinelli
- Roberto José da Silva Badaró
- Romario 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
- Argemiro D'Oliveira Junior
- Eduardo Jose Farias Borges dos Reis
- Fernando Martins Carvalho
- Lorene Louise Silva Pinto
- Marco Antônio Vasconcelos Rego
- Mônica Angelim Gomes de Lima
- Paulo Gilvane Lopes Pena
- Rita de Cássia Franco Rego
- Ronaldo Ribeiro Jacobina
- Sumaia Boaventura André
- Vera Lucia Almeida Formigli

DEPARTAMENTO DE NEUROPSIQUIATRIA

- Ailton de Souza Melo
- Ana Amelia Novaes Borborema
- Ângela Marisa de Aquino Miranda Scippa
- Antonio Fernando Bermudez Dreyer
- Antonio Reinaldo Rabelo
- Antonio de Souza Andrade Filho
- Arlucia 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 Magalhães
- Rita de Cássia Saldanha de Lucena
- Roberto Miguel Correia da Silva
- Rosa Garcia Lima
- Vitoria Eugênia Ottoni de Carvalho
- Waldeck Barreto D'Almeida

- Wania Marcia Aguiar
- William Azevedo Dunninghan

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

- Angela Peixoto de Mattos
- Angelina Xavier Acosta
- Cresio de Arago Dantas Alves
- Cristiana Maria Costa Nascimento de Carvalho
- Déa Mascarenhas Cardoso
- 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
- Licia Maria Oliveira Moreira
- Luciana Rodrigues Silva
- Luís Fernando Fernandes Adan
- Luiza Amelia Cabus Moreira
- Maria Betânia Pereira
- Maria do Socorro Heitz Fontoura
- Nadya Maria Bustani Carneiro
- Silvana Fabel da Fonseca
- Solange Tavares Rubim de Pinho
- Suzy Santana Cavalcante
- Vanda Maria Mota de Miranda

EDITORIAL

Nesse recomeço, a Gazeta Médica da Bahia (GMBahia) necessita de maior amparo das Comunidades da Faculdade de Medicina da Bahia, da Universidade Federal da Bahia e das Instituições de Ensino e Pesquisa do Estado da Bahia, mas também daquelas localizadas nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. Amparo traduzido pela submissão de artigos, comunicações e outros tipos de colaborações.

Desse modo, as regiões Norte e Nordeste do País ganharão veículo de comunicação e divulgação científica, mais sólido e de maior impacto entre as publicações com interesse voltado às patologias de interesse regional. Na atualidade, uma parte da comunidade científica e acadêmica começa a questionar alguns modelos de avaliação da produção científica e técnica, especialmente aqueles mais subjugados aos ditames alienistas que desprezam ou até desqualificam trabalhos sem impacto internacional.

Apesar da universalidade da ciência - de “fronteiras” cada vez mais imperceptíveis -, aqueles princípios tão rígidos e centrados em publicações de elevado impacto merecem alguns questionamentos, entre os quais: onde publicar investigações sobre temas de interesse regional ou mais nacional? E atividades de extensão universitária? Como apoiar e incentivar a Iniciação Científica, se não há publicações mais voltadas aos trabalhos desse público-alvo ao desenvolvimento científico e tecnológico? Trabalhos de campo com sólida metodologia científica, mas baseados em dados clínicos, epidemiológicos e sem exames altamente sofisticados, têm igual chance de publicação aos “de bancada” sobre alguma fração infinitesimal de dado parasito?

Enquanto não há respostas claras àquelas perguntas, cabe a nós valorizar a GMBahia como patrimônio da Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA e como potencial veículo de divulgação científica, de atividades extensionistas e do conhecimento gerado nessa plaga também brasileira. Todavia, nesses primeiros passos da GMBahia há necessidade dos potenciais autores observarem com maior rigor as Normas de Publicação da Revista. Isso porque grande parte dos trabalhos submetidos entre setembro de 2004 a janeiro de 2005 foi devolvida, antes mesmo do encaminhamento para os “referees”, pela falta de observação às normas e exigências da GMBahia.

José Tavares-Neto

Editor *pro tempore* da GMBahia

Diretor da Faculdade de Medicina da UFBA

A Faculdade de Medicina da Bahia no Século XIX: A Preocupação com Aspectos de Saúde Mental

Medical School of Bahia: The Attention Given to Mental Health Issues During the 19th Century

Nádia Maria Dourado Rocha, Alessandra Graciosa Tranquilli, Bianca Becker Lepikson
Curso de Psicologia da Faculdade Ruy Barbosa, Salvador-Bahia, Brasil

No período colonial, a coroa portuguesa sistematicamente se opôs ao estabelecimento de Universidades no Brasil. Apenas em 1808, quando a Guerra Napoleônica forçou a Família Real a deixar Portugal, é que foi fundada a Escola de Cirurgia da Bahia. Durante o século XIX, ela funcionou como centro profissional e cultural, fortemente influenciada pela cultura e ciência francesa. Com a reforma de 1832, para receber o grau de doutor em medicina, os alunos deveriam defender uma tese, cujo tema era definido pela congregação da Casa. Destas, várias foram destruídas no incêndio que, em 1905, consumiu a Biblioteca da FAMEB. Elas constituem uma fonte importante para o estudo da ciência e cultura brasileira no período referido. Destas, foram até o momento localizadas 61 que lidam com questões de saúde mental. Verificou-se uma grande influência de alienistas franceses, a exemplo de Benedict Morel, Charles Samson Féré, Jean Etienne Dominique Esquirol, Hipócrates, Jules Bernard Luys e Jean Martin Charcot. Essas teses doutorais incluem considerações sobre a etiologia, quadro clínico e terapêutica, lidando com conceitos contemporâneos. Vários contemplam também aspectos antropológicos e sociológicos, o que não é surpreendente vez que, até 1877, a Faculdade de Medicina era a única instituição de ensino superior na Bahia.

Palavras-chaves: Teses de medicina, aspectos psicológicos, história da medicina no Brasil, história da psicologia no Brasil.

In colonial times, the Portuguese Crown consistently opposed the establishment of Universities in BRAZIL. Only in 1808, when the Napoleonic Wars forced the Royal Family to leave Portugal, the Surgical School of Bahia was founded. During the 19th Century, it thrived as a professional and cultural center, nourished mainly by French scientific and cultural influences. From 1832 on, all students were required, prior to receiving the grade of doctor in Medicine, to present and defend theses, of which many survived the fire that consumed, in 1905, the Faculty's library. They represent a precious source for the study of Brazilian science and culture during that period. In this paper, we analyze some of the fifty-eight theses, pertaining to psychological and psychopathological questions. French sources are paramount, especially the works of Benedict Morel, Charles Samson Féré, Jean Etienne Dominique Esquirol, Hipócrates, Jules Bernard Luys e Jean Martin Charcot. These doctoral theses include considerations on etiology, clinical outcome and treatment, sometimes with strikingly contemporary concepts. Many of them discuss anthropological and sociological aspects, which is not surprising, for, up to 1877, the Medical School remained the sole Higher Education Institution in Bahia.

Key words: *Medical theses, psychological aspects, history of medicine in Brazil, history of psychology in Brazil.*

Recebido em 08/12/2004

Aceito em 21/01/2005

Endereço para correspondência: Profa. Nádia Maria Dourado Rocha, Rua General Labatut 462 apto. 304, 40070-100 Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: nrocha@frb.br

Gazeta Médica da Bahia 2004;74(2):Jul-Dez:103-126.

© 2004 Gazeta Médica da Bahia (ISSN 0016-545X).

Todos os direitos reservados.

É um desafio discorrer sobre a Faculdade de Medicina da Bahia (FAMEB), no período oitocentista, destacando a preocupação com questões de saúde mental. Este desafio é composto, inicialmente, pela quantidade de informações a serem coletadas, pela quantidade de aspectos a serem explorados, e também, pela impossibilidade de avaliar o conjunto da sua

produção, haja vista o incêndio que destruiu a sua biblioteca nos idos de 1905.

Tentando dar conta de tal tarefa, organizamos esta apresentação em três partes: 1. contexto político-cultural do Brasil Colônia e do início do Império e a criação de uma escola médica; 2. teses que evidenciam preocupação com fatores psicológicos e psicopatológicos; 3. breve notícia sobre estudos realizados.

A fundação da Escola de Cirurgia da Bahia, em 18 de fevereiro de 1808, por ordem de D. João, príncipe regente de Portugal e Algarves, constitui-se num marco da história da educação pública brasileira, e de forma mais ampla, da história do nosso País de modo geral, vez que é a primeira instituição de ensino superior no Brasil.

Em 1813 sofreu ela a primeira transformação, passando a Academia Médica-Cirúrgica. Em 1832, por determinação da Regência Trina Permanente^A, recebeu a denominação de Faculdade de Medicina da Bahia^B; e, em 1946 passou a integrar a recém-fundada Universidade da Bahia a atual Universidade Federal da Bahia.

A criação desta instituição, efetivada durante a estadia da Família Real portuguesa na Bahia por ocasião da transmigração, graças ao empenho do médico pernambucano José Correa Picanço^C, cirurgião da corte portuguesa, que, provavelmente, buscava igualar o Brasil às colônias espanholas do continente americano, que já dispunham de universidades há bastante tempo. A da atual República Dominicana, por exemplo, foi criada em 1536, antes mesmo de Portugal decidir fundar Salvador, a nossa primeira capital, em 1549. Além disto, outros dois fatores devem ter pesado na decisão do Príncipe Regente – com a ocupação francesa, não havia possibilidade de enviar à Colônia os profissionais necessários ao atendimento da população, que se achava inclusive bastante aumentada em função do deslocamento da corte para o Brasil. Por outro lado, com a sede do governo aqui instalada, era necessária a formação de profissionais que pudessem dar conta das necessidades emergentes.

Durante todo o período colonial o governo central não buscou incentivar, ao contrário, procurou, de todas

as formas, impedir o desenvolvimento intelectual ou financeiro dos brasileiros. Serve de comprovação deste posicionamento a Lei de 01 de maio de 1800 cujo teor determinava, como uma concessão, que a municipalidade do Rio de Janeiro escolhesse quatro alunos para irem estudar em Portugal, sendo dois destinados às matemáticas, um à medicina e o outro à cirurgia⁽¹⁾. Pinho⁽²⁹⁾ nos transmite informação extraída da “Lista de Estudantes da Universidade de Coimbra nascidos no Brasil” que, até 1821, estudaram na Universidade de Coimbra 2.089 brasileiros, dos quais, 32% eram baianos. Tais dados são apresentados no Anexo 1. Destes, vários preferiram não retornar ao Brasil⁽¹⁴⁾.

É Blake⁽⁵⁾, médico baiano, quem nos diz: [...] *se a metrópole não oferecia aos brasileiros, nos tempos primitivos, fontes em que bebessem instrução; se no banquete do funcionalismo público não havia talheres para os nascidos no Brasil; se até lhes era vedado possuir fortuna... e, portanto não podiam eles possuir cabedais, com que puderem mandar seus filhos estudar, é claro que não podiam os brasileiros naqueles séculos cultivar as letras. Não era permitido ao Brasil possuir um prelo, e nem se consentia que houvessem associações literárias; se era vedada em suma a transmissão da palavra do estudo que cada um fizesse, ou dos conhecimentos que adquirisse, com quantas e tão grandes dificuldades não lutava o brasileiro, já instruído, para dar à publicidade qualquer obra? Sabe-se que antes da Família Real passar-se para o Brasil, apenas uma tipografia aqui se inaugurou, no meiado do século passado [XVIII], por iniciativa de uma sociedade literária, a dos selectos, instituída por consentimento e sob os auspícios do governador Conde de Bobadella^D, a que essa sociedade tecia tantos encômios, que – parece – fora ela instituída só para elogiá-lo ... e apenas constou ao governo português a existência dela, foi logo mandada abolir e queimar para não propagar idéias que pudessem ser contrárias aos interesses do Estado! Com efeito, durante o longo período em que o Brasil permaneceu sob o domínio de Portugal, só rigores lhe dispensava a metrópole.*

Por qualquer das faces das capitâneas de nosso vasto território, a que lancemos as vistas, só a imagem lúgubre e esqualida da desolação é que enxergamos. Benefícios ... às instituições brasileiras, e as mais indispensáveis reformas não se apontam. Portugal só queria do Brasil o ouro, as riquezas naturais.

Informa Blake⁽⁵⁾ ainda que apenas com a chegada da família real, em 1808, foi permitida uma tipografia, a *Gazeta do Rio de Janeiro*. Depois dela, por insistência do Conde dos Arcos, foi concedida autorização à Bahia, tendo se publicado o jornal *a Idade de Ouro*^F.

Diante do quadro acima esboçado⁽⁵⁾, fica evidente que Portugal procurou por todas as formas possíveis, evitar o desenvolvimento intelectual da província – não havia escolas, nem tipografias, sendo inviabilizado e severamente punido qualquer esforço no sentido de aglutinação, mesmo literária, conforme comprovam as experiências com as Academias dos Esquecidos (1724/5); Selectos (1752); Renascidos (1759); e da Científica do Rio de Janeiro (1772-79), todas elas de breve duração^F.

Na Bahia, a Escola ou Faculdade de Medicina foi, por quase sete décadas, a única instituição de nível superior, vez que só em 1877 foram criadas a Escola Superior de Agricultura de São Bento das Lajes e a Academia de Belas Artes. Ainda no século XIX surgiram também a Escola de Direito (1891) e a Escola Politécnica (1897), as três últimas oriundas de iniciativa particular e todas atualmente integrantes da Universidade Federal da Bahia^(12,29,43).

A situação acima delineada parece deixar evidente que, ao alvorecer do Império, não tínhamos uma situação escolar que permitisse o atendimento das necessidades do País de forma adequada. Faltavam agências formadoras que permitissem a constituição de quadros de profissionais qualitativa e quantitativamente adequados. Havia poucas escolas, de início, as duas de Medicina, em Salvador e no Rio de Janeiro, e as duas de Direito, em Recife e São Paulo. Desta forma é natural que os poucos centros existentes tenham propiciado a ocorrência de investigações outras que não as do seu objetivo principal. Por outro lado, como pondera Ribeiro⁽³¹⁾, sendo a FAMEB a única

escola de formação de profissionais liberais na Bahia, tornou-se o centro para o qual convergiam os jovens baianos interessados numa formação superior, mas sem recurso para estudar fora da Província, mesmo que a Medicina não lhes fosse a exata vocação. Alias, não só os baianos. Como só havia dois cursos de medicina no País, vez que o de Porto Alegre só veio a ser fundado em 1898, jovens de todo o Brasil para aqui se dirigiam, principalmente os oriundos das regiões norte e nordeste.

Pinho⁽²⁹⁾ declara que, desde o início, a FAMEB foi de extrema importância para a Província, em virtude de sua produção de artigos, em revistas e jornais, além da contribuição dos docentes para assuntos externos à Faculdade, a exemplo de *Memória sobre as águas minerais da Bahia*, da autoria do Dr. Lino Coutinho, primeiro diretor nomeado da instituição. Pereira⁽²⁷⁾, informa ser o currículo bastante abrangente, incluindo disciplinas que atualmente são do âmbito de outros campos de saber, o que contribuiu para a diversidade dos temas aí estudados. Dentre estes, incluíam-se também os vinculados a ciências ainda em formação, o que permitiu a qualificação de profissionais que exerceram atividades não só no campo da medicina, mas também em política e educação, por exemplo.

Pioneira do ensino superior no Brasil, a FAMEB ressentia-se deste fato, tendo que se apoiar, exclusivamente, na produção estrangeira. Não havia condição política de recorrer a Portugal. Desde o início, houve uma grande sintonia com a produção européia, de modo geral, e com a francesa, em particular, tendo por modelo a Faculdade de Medicina de Paris. A França já vinha, desde o século XVIII, exercendo influência, principalmente política, no ideário dos brasileiros^G. Santos⁽³⁹⁾, autor da primeira Memória Histórica^H, referente ao ano de 1854, assinala que, não só era usual que os alunos fossem à Europa para aperfeiçoamento, como havia, na FAMEB, um predomínio das doutrinas da escola de Medicina de Paris. Fonseca⁽¹⁶⁾, na Memória Histórica de 1891, relata a situação da Biblioteca, informando que a maioria dos livros era de autores franceses, e que, dos 23 periódicos disponíveis, 12 eram daquela nacionalidade.

Esta influência, inclusive, extrapolava a FAMEB, o que pode ser verificado analisando-se duas colunas desta *Gazeta Médica*: o *Boletim Bibliográfico* e os *Excerptos da Imprensa Médica Estrangeira*.

A análise de conteúdo do Boletim Bibliográfico, coluna que surgiu no segundo volume desta *Gazeta*, com o objetivo de apresentar aos leitores os lançamentos, e que persistiu por cerca de dez anos do século XIX, revela a existência de 420 citações, sendo 214 livros, 174 teses e 32 periódicos. Foi verificado que havia 22 livros nos quais não constava identificação de local de publicação. Mesmo entre estes, predominava o francês – 15 eram escritos nesta língua, seis em inglês e um em português. Todas as teses aí relacionadas foram defendidas na Faculdade de Medicina de Paris. Fato interessante é que, anualmente, eram arroladas as teses apresentadas à Faculdade de Medicina da Bahia, mas na seção *Novidades*. Foi indicado material bibliográfico publicado em 15 países, sendo oito no continente americano e sete na Europa (incluindo a Rússia). Embora estivessem representados mais países americanos do que europeus, a proporção de citações por país é extremamente discrepante, tendo a Europa uma média quase 23 vezes superior à das Américas. Entretanto, a superioridade européia depende da produção francesa, responsável por 87% das indicações.

O Quadro 1 apresenta a distribuição por país e por volume de publicação. Pode ser verificado que a França se destaca, não só no quantitativo, mas também por ser o único País com citação constante no período em que a referida coluna foi editada. Estes dados indicam que não só os estudantes da Faculdade de Medicina da Bahia se apoiavam na literatura técnica francesa, mas que profissionais competentes, autoridades, portanto, na sua área de atuação, responsáveis pela revista científica da área naquele período, recomendavam predominantemente autores franceses. A esse respeito, vale destacar o relatório sobre o Asylo São João de Deus, publicado na *Gazeta Médica da Bahia* em 12 de dezembro de 1880, em que o autor recomenda a aquisição de títulos para a biblioteca do referido nosocômio – 25 obras de alienistas, todos eles franceses.

Em *Excerptos da imprensa médica estrangeira*, na seção *Novidades*, havia notícias pontuais de ocorrências médicas em vários locais do mundo, a exemplo de Londres, Meca, Ilha de Guadalupe, Lisboa e Antuérpia. Com a França, entretanto, a *Gazeta* deixa entrever uma relação bastante estreita, vez que veiculava notícias das defesas de teses ocorridas na Faculdade de Medicina de Paris, das comunicações feitas à Academia de Ciências de Paris, incluindo notícias de cunho administrativo, referentes à admissão e ascensão docente.

A FAMEB, como as suas congêneres, tinha como requisito regimental para a outorga do título de Doutor em Medicina a apresentação de uma tese, cujos temas eram definidos na primeira reunião anual da Congregação, o que pode ser verificado consultando-se as atas existentes no acervo da Faculdade de Medicina da Bahia¹. Entretanto, não foi possível identificar o critério para a composição da lista de temas, nem o da sua atribuição aos formandos. Castro⁽¹²⁾, destaca que as teses continham, além do desenvolvimento do tema principal, as “Proposições”, simples enunciados de pensamentos, que se referiam às diversas cadeiras das seções médicas, cirúrgicas e acessórias.

Durante o século XIX, a FAMEB atuou como um espaço que possibilitou o desenvolvimento de vários estudos, posteriormente apropriados por ciências independentes, que, no período em referência ainda estavam em período de desenvolvimento inicial, como Antropologia, Psicologia e Sociologia.

Fonseca⁽¹⁶⁾ lamenta que no curso preparatório faltem *disciplinas das ciências do espírito e da sociedade*, o que, segundo ele, seria em breve solucionado, com a inclusão de Sociologia e da Moral. Enfatiza ser necessária a inclusão da Psicologia, o que não aconteceu em virtude da influência de Auguste Comte sobre o legislador. Continuando a defesa da sua posição, afirma: *A psicologia de hoje se, de um lado apoia-se nos dados fornecidos por este elemento estranho à formação das outras ciências que a precedem na hierarquia científica – a consciência, cuja intervenção nos domínios dela, bastaria por si somente para individualiza-*

Quadro 1. Distribuição da indicação bibliográfica, no Boletim Bibliográfico por volume da Gazeta Médica da Bahia (GMBahia) e país da publicação.

Continentes	País	Ano da GMBahia							Total
		2	3	5	6	7	9	11	
Americano	Argentina	0	0	0	0	0	0	1	1
	Brasil	1	0	0	0	0	0	3	4
	Canadá	0	0	0	0	0	0	1	1
	Chile	0	0	0	0	0	0	1	1
	Cuba	0	0	0	0	0	0	1	1
	EUA	6	0	0	0	0	0	3	9
	Peru	0	0	0	0	0	0	1	1
	Venezuela	0	0	0	0	0	0	1	1
Europeu	Bélgica	0	0	1	0	0	0	0	1
	Espanha	1	0	0	0	0	0	1	2
	França	116	48	26	39	36	77	9	351
	Inglaterra	10	1	0	0	0	0	1	12
	Itália	0	0	0	0	0	0	2	2
	Portugal	4	0	0	0	0	0	6	10
	Rússia	0	0	0	0	0	0	1	1
Total		138	49	27	39	36	77	32	398

la e distinguí-la de todas as mais – doutro lado, firma-se exatamente no conhecimento da anatomia e da fisiologia dos sentidos, do sistema nervoso e do muscular e nos conhecimentos positivos que necessariamente devem preceder a estes.

Ao concluir, propõe a inclusão da Psicologia e da Lógica no quadro de estudos necessários para o bacharelado¹.

Como vimos, uma das condições para a outorga do título de Doutor em Medicina, era a defesa de uma tese, com tema definido pela Congregação. Estes trabalhos foram, ainda no século XIX, objeto de severas críticas, como a realizada por Fonseca⁽¹⁶⁾, ao afirmar que a grande maioria das teses não tem valor científico, sendo consideradas como *coleccionamento*

de opiniões alheias. Entende ele que a solução seria acabar com a compulsoriedade do trabalho de tese, ou então prever a sua entrega para um ano após a formatura.

Em 30 de outubro de 1882 foram implementadas as reformas iniciadas pelos Decretos de 19 de abril de 1879 e 12 de março de 1881, criando-se a cadeira de moléstias mentais^(9,11) que, pela reforma de 1891, expressa no Decreto 1.270, foi transformada em cadeira de Psiquiatria e Moléstias Nervosas.

O Dr. João Tillemont Fontes, em 8 de outubro de 1890, tomou posse da cadeira de Clínica Psiquiátrica, para qual tinha sido nomeado pelo presidente da República. Havendo vacância na cátedra, em 1907, por sua morte, foi substituído pelo Dr. Luis Pinto de Carvalho⁽⁹⁾.

Em 1905 a Faculdade foi destruída por um incêndio^(2,9-11), o que causou prejuízo incalculável, vez que não há condição de saber o que foi consumido. O Prof. Octavio Torres, à época segundanista do curso de Medicina, relembra: *Estava toda a população da Bahia, distribuída pelas ruas principais da cidade do Salvador, na noite de 5 de março de 1905, interessada em apreciar a passeata do Clube Carnavalesco Fantoques da Euterpe, quando ao chegar o préstito à praça 15 de Novembro, contristada toda ela assistiu ao terrível espetáculo do incêndio da Faculdade, cujas enormes labaredas passavam as cumieiras do grande e histórico edifício... Ouviram todos o triste sinal^K, e imediatamente... toda a população da cidade correu ao Terreiro, e aí assistiu ao inédito espetáculo – a Faculdade era uma verdadeira fogueira⁽⁴⁵⁾.*

Relata ainda que o Prof. Arlindo Frago, então diretor da Escola Politécnica, passou a coordenar os trabalhos de combate ao sinistro.

Muitos funcionários da Faculdade, acadêmicos e outras pessoas entraram no edifício para ajudarem a apagar o fogo, que já tinha destruído grande parte dos laboratórios, a célebre capela dos Jesuítas, a rica e preciosa biblioteca, e ameaçava levar toda a parte da fachada do edifício que dá para a frente, quando começou a ser combatido⁽⁴⁵⁾, e completa: *O saudoso Prof. Gonçalo Muniz, com alguns outros colegas de congregação, e comissões de acadêmicos dos diversos Cursos e séries da Faculdade conseguiram restaurar, dentro de pouco tempo, a biblioteca, pois após um beneditino trabalho, obtiveram valiosas ofertas de livros, obras de medicina, teses, e fizeram também a aquisição de numerosas outras obras e revistas médicas. A Biblioteca funcionou, provisoriamente, em uma das salas da parte do velho edifício, não devorada pelas chamas. Depois de construído o novo edifício, foi transferida, em princípios de 1909, definitivamente, para a ala do prédio especialmente construído para ela e – de materiais incombustíveis.*

Carvalho Filho⁽¹⁰⁾ na sua Memória Histórica, também trata do incêndio, e informa: *Destruiu por completo a Biblioteca rica de obras antigas e de*

manuscritos de inestimável valor. Devorou nas suas chamas os laboratórios de Química, de medicina Legal, de Bacteriologia e de Anatomia pathologica, bem como a rica capella interna do Convento dos Jesuítas, preciosa relíquia que, além do valor artístico de seus painéis da escola Flamenga, de suas esculpturas, de seus azulejos, estava ligada a tradições a que se prende a historia da religião na Bahia.

Também confirma⁽¹⁰⁾ que a biblioteca passou a funcionar, provisoriamente, na sala do Arquivo, tendo sido constituída uma comissão com vista à reconstituição do acervo. A comunidade participou, fazendo doações e, em dezembro, já haviam sido oferecidos quase 8.500 volumes de livros e teses.

Teses que Evidenciam Preocupação com Fatores Psicológicos e Psicopatológicos e Estudos Realizados

Não é recente a constatação de que as teses apresentadas às duas mais antigas Faculdades de Medicina do Brasil são uma fonte importante para o conhecimento da preocupação com a saúde mental. Já em 1955 Lourenço Filho^{(19)L}, um dos mais eminentes educadores brasileiros afirmou: *Na Faculdade de Medicina da Bahia, entre o ano de 1840 – quando apareceu o primeiro trabalho com referencia à Psiquiatria – e o de 1900 – que assinalou a tese de Roxo -, nada menos de 42 teses sobre Psicologia foram defendidas.* A primeiras a denotar a mais sensível preocupação objetiva é a de Francisco Tavares da Cunha, defendida em 1851, sob o título *Psicofisiologia acerca do Homem*. Treze anos depois, em 1864, Ernesto Carneiro Ribeiro (1839-1920), mais tarde conhecido como filólogo, apresentava o trabalho *Relações da Medicina com as ciências Filosóficas: legitimidade da Psicologia*, epígrafe em que anuncia a defesa prévia que os nascentes estudos ainda reclamavam. Deve-se salientar, por outro lado, que nada menos de três monografias insistiram, em 1853, 1857 e 1888, no tema *Da influência da civilização no movimento das doenças mentais*. Nelas seus autores se antecipavam às preocupações da Higiene Mental^M.

Mas, enquanto na Faculdade do Rio de Janeiro a

maioria dos trabalhos versava sobre temas de Neuropsiquiatria pura, na Faculdade da Bahia, maior atenção se dava aos de Criminologia, e logo, os de Psicofisiologia e Neurologia Psiquiatria Forense, Higiene Mental e aspectos de Psicologia Social e Pedagógica. Entre as primeiras, cumpre destacar a de Júlio Afrânio Peixoto sob o título Epilepsia e Crime, datada de 1897, que alcançou repercussão dentro e fora do País⁽¹⁹⁾.

Pessotti⁽²⁸⁾ complementa, afirmando que os primeiros trabalhos brasileiros de interesse psicológico foram teses de conclusão de curso (doutoramento), apresentadas às referidas Faculdades, na segunda metade do século XIX. E que a Higiene Mental no Brasil começa a tomar corpo com três teses baianas, de 1853, 1857 e 1888, sobre tema bastante significativo: a influência da civilização no movimento das doenças mentais.

O estudo do acervo de bibliotecas baianas (acervo da Faculdade de Medicina da Bahia, Subgerência de Obras Raras e Valiosas da Biblioteca Pública do Estado da Bahia e da Fundação Clemente Mariani) permitiu identificar sessenta e uma teses que contemplam questões de saúde mental, e que ainda não foram estudadas na sua totalidade (Anexo 2), o Quadro 2 apresenta a distribuição das mesmas ao longo do tempo, sendo a maior quantidade da última década do século antepassado. Uma possível explicação pode ser o fato de ser um período mais próximo ao incêndio que destruiu a instituição, tornando mais viável a recuperação dos exemplares na comunidade.

Foram registrados os números de páginas de 55 teses. Estas variam de quatro a 251 páginas, totalizando 4.739, o que perfaz uma média de 86 páginas por trabalho. Ao comparar o tamanho dos mesmos, pode ser verificado que este foi aumentando ao longo do século. Até a década de 60, os doutorandos escreviam, no máximo 50 páginas. Apenas na última década é que surgiram teses com mais de 150 folhas. Apenas uma tem mais de 200 páginas, exatamente 251. Tais dados são apresentados no Quadro 3.

A análise dos temas tratados nestas teses revela que houve uma razoável dispersão, vez que foram

identificados 34, com superposição, agrupados em três grandes categorias temáticas: *Psicopatologia*; *Psicoterapia e Agentes terapêuticos*; e *Relação Físico versus Psicológico*. No Quadro 4 pode ser verificado que: a categoria *Psicopatologia* foi a de maior frequência (32 ocorrências), presente inclusive ao longo do período, seguida por *Psicoterapia e agentes terapêuticos* (14 ocorrências) e *Relação Físico x Psicológico* (13 ocorrências); a categoria *psicoterapia e agentes terapêuticos* existe em três das décadas, mas houve um incremento nas duas últimas décadas; cinco temas apareceram apenas uma vez: *Criança*; *Funções cerebrais*; *Herança Psicológica*; *Suicídio*; e *Tabagismo*.

Em algumas teses havia a preocupação com temas que estavam em discussão a nível internacional, a exemplo de: Histeria; Loucura Circular ou Loucura de Dupla Forma; Paranóia; Relação da composição da Urina com atividade intelectual^N; e Sonhos, o que reforça a idéia da sintonia com a produção mundial.

Em outras teses, houve um movimento idiossincrático, ao menos do âmbito da Psicologia. Tais são, a preocupação com o celibato e a saúde do homem, bem como a influência da civilização no desenvolvimento de problemas mentais.

A categoria psicopatologia, responsável por 49 % dos temas^O, englobou dezenove assuntos: Alcoolismo; Alienação Mental; Alucinação; Degeneração Psíquica; Delírio; Desordens Psíquicas da Menstruação; Dinamogenia; Epilepsia; Hipocondria; Histeria; Influência da Civilização sobre o Desenvolvimento das Afecções Nervosas; Loucura de Dupla Forma ou Loucura Circular; Melancolia; Neurastenia; Nevropatias; Onanismo ou masturbação; Paranóia; Psicopatias; e Psicoses Pós-operatórias. Destas, as de citação mais frequentes foram: alienação mental (nove vezes) e histeria (oito ocasiões).

Psicoterapia e Agentes Terapêuticos^P abrange teses sobre oito assuntos: Da Coca, seu princípio ativo e sua ação Terapêutica; Eletroterapia; Hipnotismo; Influencia da Musica na Medicina; Psicoterapia; Sobrenatural em Terapêutica; Sugestão e Psicoterapia Sugestiva^Q; Terapia Mecânica das Vibrações Cerebrais.

Quadro 2. Quantitativo de teses localizadas no acervo da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, Subgerência de Obras Raras e Valiosas da Biblioteca Pública do Estado da Bahia e Fundação Clemente Mariani (Salvador, Bahia).

Década	Total	%
1841 – 1850	2	3,3
1851 – 1860	7	11,5
1861 – 1870	2	3,3
1871 – 1880	3	4,9
1881 – 1890	19	31,1
1891 - 1900	28	45,9
Total	61	100

Quadro 3. Quantidade de páginas das teses pesquisadas neste estudo por década.

Intervalo	Década de 1841 a 1900						Total
	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	91-00	
1 — 25	2	6	1	0	0	0	9
26 — 50	0	1	1	0	3	1	6
51 — 75	0	0	0	2	5	2	9
76 — 100	0	0	0	0	5	5	10
101 — 125	0	0	0	0	4	5	9
126 — 150	0	0	0	1	1	3	5
151 — 175	0	0	0	0	0	1	1
176 — 200	0	0	0	0	0	5	5
201 — 250	0	0	0	0	0	0	0
251 — 300	0	0	0	0	0	1	1
SI ^a	0	0	0	0	1	5	6
Total	2	7	2	3	19	28	61

A categoria Relação Físico *versus* Psicológico englobou os seguintes assuntos: Atividade intelectual e composição da urina; Função Intelectual nos Climas Tropicais; Funções intelectuais e biológicas; Grafologia em medicina legal; Influência do Celibato sobre a saúde do Homem; Sono e sonho e sonambulismo; Temperamentos.

Seis, dentre as 61 teses, por abordarem temas muito diversos, não se enquadraram nas categorias propostas.

São elas: Desenvolvimento Moral – *Impedimentos de casamento relativos ao parentesco*; Funções Cerebrais - *Physiologia do Cérebro*; Herança Psicológica - *Secção Médica: Herança Temperamento Lymphatico*; Suicídio - *Estudo Médico Psicológico sobre suicídio*; Tabagismo - *Do Tabagismo e sua influência sobre mentalidade*. Em seqüência apresenta-se breve comentário sobre

Quadro 4. Distribuição dos assuntos das Teses Doutoriais pesquisadas, da Faculdade de Medicina da Bahia, por década do século XIX (período de 1841 a 1900).

Assunto	Décadas de 1841 a 1900						Total
	41 – 50	51 – 60	61 – 70	71 – 80	81 - 90	91-00	
Psicopatologia	0	4	1	1	11	15	31
Psicoterapia e agentes terapêuticos	2	0	0	0	5	7	14
Relação Físico <i>versus</i> Psicológico	0	2	1	2	4	4	11
Outras	0	1	0	0	3	2	6
Total	2	7	2	3	23	28	65

os temas mais frequentes: Histeria; a influência da Civilização; Alcoolismo; Hipnotismo; Sugestão; Sono, Sonho e Sonambulismo.

Histeria

Aparece como o assunto mais trabalhado pelos autores dentre as teses analisadas, tendo sido defendidas no período de 1886 a 1894. A primeira delas possivelmente influenciou o trabalho dos autores que posteriormente escreveram sobre o assunto. Ernesto Carneiro Ribeiro, em 1896 apresenta a tese de concurso *Perturbações Psychicas no Domínio da Hysteria*. Nos anos seguintes outros trabalhos são apresentados seguindo os moldes de apresentação e estrutura deste trabalho, o que em parte pode ser explicado pela posição que veio a ocupar de professor da Faculdade de Medicina. Vale também informar que uma outra provável influência foi a publicação, em janeiro de 1886, nesta revista, do artigo *A Hysteria no Homem*, da autoria do prof. Charcot. As teses, de um modo geral, apresentam: definição, etiologia, sintomatologia, prognóstico e tratamento da histeria. Os autores que trabalharam o tema deixam clara a inclinação pela caracterização fisiológica desta patologia. O que reflete a mentalidade do século XIX, diferindo, portanto da posição prevalente no século precedente, da impossibilidade de distúrbios mentais provocados por emoções. Foi atribuída uma causa somática à histeria até o ano de 1889, por essa razão

as teses apresentadas sobre histeria mantêm o viés fisiológico desta patologia. Segundo Schultz & Schultz⁽⁴⁰⁾,... *A obra de Charcot e Janet no tratamento dos mentalmente perturbados ajudou a mudar as crenças da psiquiatria, que passaram da escola somática para a escola mental ou psíquica. Os médicos começaram a pensar em termos da cura de distúrbios emocionais tratando a mente em vez do corpo.* A histeria foi apresentada pelos autores como hereditária, como afirma Vieira de Mello⁽⁴⁶⁾ que, em sua Tese doutoral apresentada à FAMEB proclamava que *a hereditariedade mórbida é um facto incontestado hoje e de grande valor etiológico para o diagnostico de certas moléstias, principalmente da hysteria.* Foi trabalhada por Carneiro Ribeiro⁽⁷⁾ e, mais tarde, por outros autores a idéia, avançada para a época, de que a histeria não é um fenômeno exclusivo das mulheres. Graças aos estudos de Charcot, a existência da histeria masculina tornava-se incontestável^R. As teses que tratam do assunto não apontam diferenças, quanto a sintomatologia e agentes desencadeadores da histeria feminina. Carneiro Ribeiro⁽⁷⁾ admite o caráter contagiante da histeria, onde a proximidade a uma pessoa em crise pode influenciar outras pessoas, por imitação, a apresentar os mesmos sintomas. Este autor aponta também uma causa social, nos costumes e no ambiente, para a histeria. Para Marques⁽²²⁾, condições como idade, constituição física ou fatores ambientais como profissão, não são causas eficientes para a

histeria, diferentemente do fator educação, que exerceria extrema influencia no desenvolvimento dessa patologia. Todos apontam seu prognóstico como incerto e desconhecido. Os autores que pesquisaram histeria foram: Carneiro Ribeiro, Ernesto. *Perturbações Psychicas no Domínio da Hysteria* 1886 (concurso); Marques, Manuel Sampaio. *Hysteria no Homem*. Empreza Editora de Carvalho e Rocha. 1890; Vieira de Mello, Eduardo Jansen. *Hysteria no Homem*. Typographia do Diário da Bahia. 1890; Bulcão, Luiz de Araújo Aragão. *Hystero Paralísias locomotrizes*, 1894; Viana, Aurélio Rodrigues. *Considerações sobre os principais accidentes mentaes nos histéricos* (concurso), 1894.

A Influência da Civilização

Foram encontradas três teses sobre o assunto, apresentadas entre os anos de 1853 a 1888. Os autores defendem que todas as afecções nervosas (histeria, epilepsia, hipocondria, alienação mental, por exemplo) têm relação com o grau de desenvolvimento dos países. Segundo Cardozo⁽⁶⁾, alimentos, bebidas alcoólicas, banhos, perfumes, tabaco, profissões industriais, e até mesmo o espartilho feminino teriam influência físico-nervosa sobre o organismo. Já a música, o teatro, bailes, jogos, onanismo e profissões liberais (principalmente o comércio) teriam influência físico-psico-nervosas. Há ainda um terceiro grupo, que são as influências psico-nervosas: as paixões em geral, trabalhos intelectuais, governo, política e religião. Freire⁽¹⁷⁾ aponta hábitos de consumo de entorpecentes disponíveis nas civilizações que podem levar o homem à moléstia mental: tabaco, álcool, ópio, morfina, coca, haxixe, betel, kaua, arsênico e perfumes. Pessoas mais intelectualizadas e submetidas a maiores níveis de “stress” seriam mais susceptíveis à moléstias nervosas do que pessoas de classe popular, bem como estas manifestações são mais frequentes na cidade do que no campo. Com o crescimento das cidades e a supremacia das atividades intelectuais o corpo decai e a sociedade como um todo segue a queda. Os autores que trabalharam com esse sub-tema foram: Freitas Jr., José Antônio. *Influência do estado Social na*

Produção de Molestias. 1853; Cardoso, Cid Emiliano de Olinda. *Influência da Civilização sobre o Desenvolvimento das Afecções Nervosas*. 1857; e Freire, Guarino Aloysio Ferreira. *Qual o Papel que desempenha a civilização no movimento das Moléstias Mentaes*. 1888.

Alcoolismo

Foram encontradas quatro teses tratando especificamente desse tema, no período entre 1887 e 1900. Este fato remete à necessidade de um estudo mais aprofundado, vez que coloca à seguinte questão: o alcoolismo só passou a preocupar a esfera acadêmica a partir da década de oitenta? Durante o Império ele não chegou a ter um índice alarmante? A instalação e pleno funcionamento do Asylo São João de Deus tem alguma relação? Será que abolição da escravatura tem algo a ver com este assunto? São questões sobre as quais historiadores, antropólogos e sociólogos devem se debruçar. De um modo geral, o interesse pelo assunto pode ser explicado pelo caráter endêmico dessa patologia, que é vista pelos autores como um mal social que deve ser extirpado; como afirma Durão⁽¹⁵⁾: ... *O Alcoolismo constitui actualmente uma catastrophe infinitamente funesta, um tumor difficil de ser extirpado do seio do organismo social, um vicio geral que deve ser reformado, e estas preocupações devem ser constantemente o objectivo e o desideratum dos sábios e dos mestres da sciencia..* Os autores trabalham com as questões morais, emocionais e intelectuais da doença, revelando uma preocupação psicológica acerca da patologia, e não apenas um olhar fisiológico. Apresentam também a abordagem médica, relatando as afecções dos diversos órgãos causadas pelo alcoolismo. Quanto ao tratamento para o alcoolismo, são citados restrição ao consumo, instrução, vinho do porto e até ópio. Havia uma forte preocupação com questões sociais. Autores que trataram deste tema: Durão, Raymundo da Câmara Barreto. *Alcoolismo chronico e suas variedades clínicas*. 1887; Guimarães, Pedro Rodrigues. *Alcoolismo chronico e suas variedades clínicas*. 1888; Jorge F^o, Adriano Augusto de Araújo.

Alcoolismo e involução humana: repressão e prophyllaxia do alcoolismo. 1900; e Carneiro Ribeiro F^o, Ernesto. *Alcoolismo crônico cérebro-espinhal e suas manifestações psíquicas*. 1900.

Hipnotismo

Também este tema é fruto *de fin de siècle*. as teses que contêm este assunto são escritas a partir de 1888, o que denota o caráter novo ao assunto. Totalizam cinco teses tratando de forma direta do hipnotismo. Em meados do século XIX, o famoso psiquiatra francês Jean Charcot revolucionara a Europa com o uso da hipnose no tratamento da histeria; ao fim deste mesmo século, este já era o tema predominante nas teses relacionadas aos Agentes Terapêuticos no Brasil. Mas o que era o hipnotismo para o pensamento científico baiano no fim do século XIX? O hipnotismo era considerado um estado particular do sistema nervoso induzido por manobras artificiais. Segundo Luz⁽²⁰⁾, a mulher, e em especial, as histéricas, estariam mais predispostas a serem hipnotizadas. Magalhães⁽²¹⁾ apresenta os dois estados principais do hipnotismo: os estados francos (catalepsia, letargia, sonambulismo, etc.) e os estados intermediários (fascinação, encanto, etc.). Enquanto todos os autores defendem o hipnotismo como um eficaz agente terapêutico na cura das moléstias, principalmente se associado à psicoterapia sugestiva, citando sempre o exemplo de Charcot e sua escola, Silva⁽⁴¹⁾, autor da última tese sobre hipnotismo do século XIX, considera os estudos de Charcot já superados, e não propõe associar hipnotismo à sugestão como duas coisas distintas, vez que defende que só se alcança a hipnose por sugestão, ou seja, o hipnotismo é ele próprio uma sugestão. Os autores que trabalharam diretamente com a temática do hipnotismo no século XIX foram: Luz, Fábio Lopes dos Santos. *Hypnotismo e Livre Arbítrio*. 1888; Magalhães, Landulpho Machado. *Hypnotismo e Livre Arbítrio*. 1889; Mendonça, Virgílio Martins Lopes. *Do Hypnotismo e seu Valor Terapêutico*. 1889; Magalhães, Alfredo Ferreira. *O Hypnotismo e a Sugestão*. Imprensa Econômica. 1891; e Silva, Augusto Ribeiro da. *O Hypnotismo sob o ponto de vista Médico-Legal*. 1900.

Sugestão

A temática referente ao valor da sugestão como agente terapêutico é recorrente entre muitas das teses do século XIX, principalmente no que diz respeito a sua associação com a hipnose. Porém duas delas trazem como tema principal e título a sugestão. Nas teses sobre sugestão, os autores defendem a influencia direta das impressões morais no organismo humano, seja na produção de patologias ou na sua cura. Prager⁽³⁰⁾, escreve *Si as paralyrias podem ser a consequência de impressões moraes súbitas e violentas, a causa que as produz lhes serve muitas vezes de remédio*. Segundo esses autores, a psicoterapia sugestiva é praticada desde a infância da humanidade, porém o que diferencia esta prática antiga das que eles propunham no século XIX era a cientificidade de sua aplicação. As moléstias apresentadas como passíveis de cura por sugestão vão da neurastenia ao reumatismo. Os autores que trabalharam com a Sugestão foram: Barroso, Sulpício Geminiano. *Das Sugestões no Tratamento das Molestias Psíquicas*. 1892; Magalhães, Alfredo Ferreira. *O Hypnotismo e a Sugestão*. 1891; e Prager, Antônio Barreto. *Da psychoterapia Sugestiva*. 1893.

Sono, Sonho e Sonambulismo

Verifica-se uma preocupação dos autores com a questão da saúde do homem em função do sono, sua necessidade e quantas horas de deve dormir de acordo com a idade. Os estudos de Wilhelm Wundt^S e Hermann Von Helmholtz^T são muito citados nessas obras, principalmente no que diz respeito à definição do sono. As teses apresentam diversas considerações filosóficas sobre a influência da alma sobre o mecanismo do sono e sobre os sonhos. O sonho aparece como o ponto de psico-fisiologia que se ocupa o espírito do homem enquanto ele dorme. O sonho seria influenciado pelos acontecimentos do dia, uma percepção de estímulos ambientais, pelas sensações internas. Carvalho⁽⁸⁾ realizou estudo interessante sobre as possíveis aproximações de sonho e loucura, onde questiona se a loucura seria

um sonho, ou o sonho, uma loucura passageira. Onde entre loucura e sonho só houvesse a diferença de correção levado ao segundo pela vigília. Como uma distorção da fisiologia do sono, o sonambulismo é apresentado de forma sucinta em todos os trabalhos. Os autores que se dedicaram a este tema são: Rebello, Guilherme Pereira. *Somno*. 1878; Magalhães, João Belford Saraiva de. *Somno, Sonho, Somnambulismo, Allucinação*. 1881; Paim, José Gabriel de Almeida. *Somno, Sonho, Sonambulismo e Delírio*. 1888; e Carvalho, Eustaquio Daniel. *Estudo Physiologico do Sonho*. Imprensa Moderna de Prudêncio de Carvalho. 1900.

Breve Notícia Sobre Trabalhos Realizados

Conforme visto, é antiga a constatação de que as teses da FAMEB são um rico manancial para pesquisa – atestam isso inclusive um conjunto de pesquisas que tem sido desenvolvidas, em Salvador, nos últimos oito anos. São eles:

1. Peixoto⁽²⁵⁾ localizou, no acervo da FAMEB, 48 teses apresentadas durante o século XIX que abordaram questões psicológicas, no período de 1845 a 1900. Classificou-as em três períodos, segundo a predominância temática: 1) forte concentração filosófica; 2) higiene mental; e 3) psicoterapias e questões afins, inclusive com influência da psicanálise. No primeiro, de 1845 a 1873 foram localizadas nove teses^U, que possuem alguns denominadores comuns – são breves, discursivas, não apresentam estudos de casos e seus temas centrais não foram explorados nos períodos subseqüentes. Peixoto⁽²⁵⁾ avaliou-o como um período de baixa produção, haja vista ter sido encontrada uma média de 0,3 trabalhos por ano. As teses possuem um número muito pequeno de páginas, havendo inclusive uma composta apenas pelas proposições. Quanto aos temas, foram: música e medicina, a hipocondria, temperamentos, celibato, civilização e doença. A autor pontua que neste período são encontradas “duas das mais interessantes, instigantes e até mesmo atuais” – a *Influência da Música sobre a Medicina*⁽³⁾ e *Influência da*

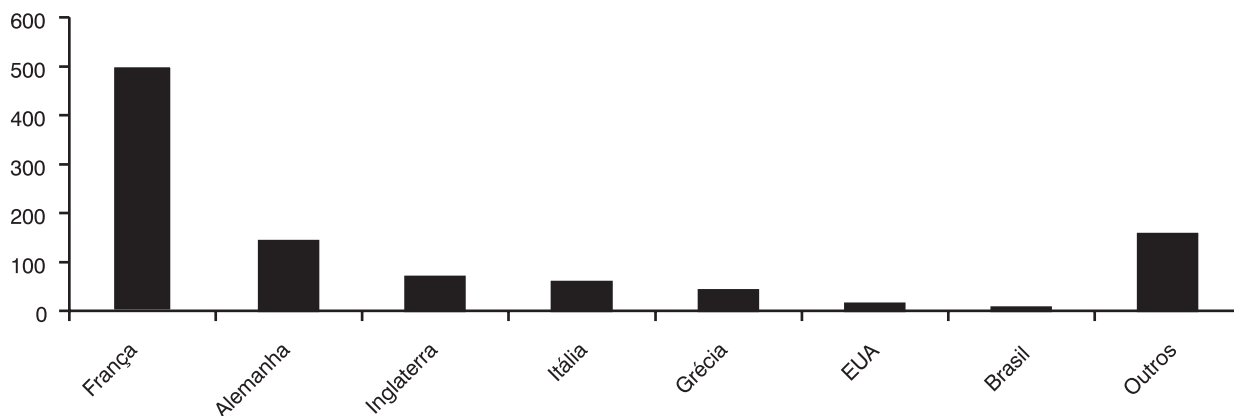
Civilização sobre o desenvolvimento das affecções mentais⁽⁶⁾. No segundo período, de 1878 a 1889, foram encontradas 14 teses^V. Considerou-o um momento de transição, por estarem presentes temas que viriam a ser explorados na última década do século, havendo várias teses sobre temas de saúde mental. Verificou ele que os trabalhos são maiores que os da fase anterior, havendo também uma maior unidade temática. No seu entendimento as teses trataram principalmente de temas vinculados à Higiene Mental e a prática psicoterapêutica, destacando-se a hipnose. O terceiro e último período estudado vai de 1890 a 1900. Este é o de maior quantitativo – são 25 trabalhos^W, que considerou voltados à análise de distúrbios mentais, e, também, à prática psicoterapêutica. Deste conjunto Peixoto⁽²⁵⁾ destacou 12 que considerou mais significativas, considerando a originalidade do tema e a atualidade temática: *Influência da Música na Medicina*; *Breve dissertação sobre a hipocondria*; *Influência da civilização sobre o desenvolvimento das affecções nervosas*; *Influência do celibato sobre a saúde do homem*; *Somno*; *Perturbações psychicas no domínio da histeria*; *Hipnotismo e livre arbítrio*; *Do tabagismo e sua influência sobre a mentalidade*; *Epilepsia e crime*; *Relações da atividade intelectual com a composição da urina*; *Tratamento da melancolia*; e *Estudo pysiologico do sonho*. O autor lamenta não haver conseguido localizar no acervo da FAMEB três teses que aí estão relacionadas: Antonio Joaquim de Mello. *A enfermidade denominada febre intermitente é uma verdadeira neurose?* (1840); José Antonio de Freitas Jr. *A influência do estado social na produção de moléstias* (1853); e Aurélio Rodrigues Viana. *Considerações sobre a psiquiatria e moléstias nervosas* (1894).

2. Rocha^(32,33) e Rocha et al.⁽³⁶⁾ realizaram estudos sobre 26 das teses referidas, pesquisando a metodologia utilizada, os temas escolhidos e os autores citados. Deste conjunto, as seis primeiras foram apresentadas mesmo antes da existência da Cadeira de Psiquiatria. Com relação à metodologia, a maioria absoluta das teses realizou apenas, como pontuado

por Fonseca⁽¹⁶⁾ um trabalho de compilação, um colecionamento de observações alheias. Apenas uma das teses, apresentada por Vital do Rego em 1897, apresenta um delineamento experimental, tendo buscado controlar a variável independente, no caso a atividade intelectual. Foi, durante um mês, experimentador e sujeito desse estudo, durante o qual realizou análise da própria urina, envolvendo-se em atividade intelectual (formal) em semanas alternadas. Quanto aos temas, a maioria buscou investigar questões ligadas à psicopatologia, mesmo antes da instalação da cadeira de Clínica Psiquiátrica. As citações referidas estão inseridas no texto, não havendo nessa época habitualidade de constituir a bibliografia ao final do trabalho. Este procedimento inclusive dá margem a problema de identificação, vez que vários dos autores foi citada apenas pelo sobrenome. Foram identificadas 1.784 citações de 1.224 personalidades, com variação de seis a 304 pessoas por tese. Em um dos autores⁽³⁾ não foram encontradas citações^X. À exceção do trabalho de Afrânio Peixoto (1897) que realizou exaustivo levantamento, citando 304 pessoas, o máximo de citações foi de 135. Em 80 % dos casos as pessoas foram citadas apenas uma vez. A personalidade mais citada foi Bénédict Augustin Morel, presente em metade das teses. Verificou-se também a existência de citações compartilhadas, ou seja, a citação de um mesmo autor por mais de um doutorando. Foram localizados a nacionalidade e o ano de nascimento de 56% dos autores citados. Os dados revelam que o ano de nascimento variou de 700 a.C a 1873 d.C., com uma maior concentração após o século XVIII. Merece destaque a informação: nenhum dos autores citados nasceu entre 371 e 1266^Y, ou seja, quase 1.000 anos cuja produção foi ignorada pelos nossos acadêmicos. Quanto à nacionalidade, metade do grupo é de origem francesa, e em segundo lugar vêm os autores de nacionalidade alemã. Foram identificados os locais de trabalho de 30% dos autores referenciados, chegando-se a um total de 160 instituições, distribuídas por catorze países, sendo, à exceção do Brasil e Estados Unidos, todos europeus. A Salpêtrière é a instituição com o maior número de profissionais citados (n=21), vindo a seguir, Bicêtre e

a Escola de Medicina de Paris (ambos com 14 deles). Vale frisar, 19 dos profissionais trabalhavam nos “Hôpitaux”. Foi verificada uma grande dispersão dos autores citados, o que depõe favoravelmente quanto ao acervo da FAMEB, bem como da Biblioteca Pública do Estado da Bahia. Infelizmente, as duas sofreram destruição quase total de seus acervos, o que nos impede de avaliar esse aspecto. Houve o que poderia ser denominado de “autores básicos”, como Benedict Morel, Charles Samson Féré, Jean Etienne Dominique Esquirol, Hipócrates, Jules Bernard Luys e Jean Martin Charcot, sendo a grande maioria dos demais citada por apenas um dos estudantes. Além desses, foram lembrados autores atualmente bastante vinculados à Psicologia, a exemplo de Théodule Ribot, Wilhelm Wundt, Sigmund Freud e Alfred Binet, e filósofos, como René Descartes e Herbert Spencer. Dentre os poucos brasileiros lembrados incluem-se Juliano Moreira, Nina Rodrigues, Afrânio Peixoto e José Estelita Tapajós. Chama também a atenção à contemporaneidade, verificada não só na temática explorada nas teses, e que eram responsabilidade da Congregação da Casa, mas também quanto aos autores citados. Ao considerar o local de trabalho e o país onde estes se localizavam, novamente houve um predomínio francês. Especificamente para este trabalho foi feita análise do grupo constituído por 41 personalidades referenciadas por cinco ou mais dos formandos. Os dados estão apresentados no Anexo 3, onde consta: todos os citados eram do sexo masculino, nascidos entre 428 a.C e 1857; dois nasceram na Antiguidade Clássica, um no século II; sete no século XVIII; e vinte e quatro, no século XIX. Não foi possível localizar o ano de nascimento de três deles. A nacionalidade do conjunto de autores referenciados nessas Teses é apresentada no Gráfico 1. Quanto ao local de nascimento, 70% eram naturais da França, e os outros, alemães, austríacos, gregos, ingleses, italianos e suíços^Z. (Gráfico 1). Não se conseguiu informação sobre a nacionalidade de três pessoas. Quanto à ocupação, 90% eram médicos (neurologistas, clínicos e alienistas ou psiquiatras), sendo os outros, filósofo, fisiologistas, naturalista e psicólogos. Não foi possível obter informação de dez

Gráfico 1. Número de citações das nacionalidades dos autores referenciados nas teses pesquisadas no acervo da Faculdade de Medicina da Bahia.



dos profissionais. Quanto ao local de trabalho, a maioria exercia suas atividades em instituições de saúde na França, principalmente a Salpêtrière. Não foi possível localizar a instituição de seis deles, e a outros seis, a situação não se aplica. No Quadro 5 pode ser verificada a contemporaneidade das citações, vez que informa as citações efetivadas durante a vida do autor. Destes, 14 foram citados post-mortem; nove durante a vida; e 18 faleceram ao longo do século XIX. Em síntese, 35% das citações ocorreram em vida do autor. A influência francesa foi, efetivamente, muito marcante. Ela pode ser avaliada, inclusive, a nível institucional, pelo próprio processo de seleção^{AA}, desde a Escola Médico-Cirúrgica, e chegando até o primeiro quartel do século XX; e pelo acervo bibliográfico, que era conforme reconhecimento de docentes da Casa, predominantemente francês; pelo corpo docente, com professores franceses. Assim sendo, a escolha de autores predominantemente daquele País parece uma consequência lógica do contexto sócio-cultural da sociedade baiana do século XIX.

3. Rocha⁽³⁴⁾ e Rocha, Carmo e Brandão⁽³⁷⁾, com o propósito de identificar a preocupação com a questão da saúde mental na Bahia oitocentista, investigaram,

em teses apresentadas à Faculdade de Medicina da Bahia no período de 1845 a 1900, a indicação de fatores que, no entendimento dos concluintes do curso de Medicina, contribuía para o “adoecer” mental, bem como aqueles apontados como importantes para a sua manutenção. Foram trabalhadas seis teses: *Influência da civilização sobre o desenvolvimento das afecções nervosas*, da autoria de Cid Emiliano de Olinda Cardoso (1857); *A influência do celibato sobre a saúde do homem*, apresentada por Francisco Borges de Barros (1869); *Qual o papel que desempenha a civilização no desenvolvimento de moléstias mentais*, de Guarino Aloysio Ferreira Freire (1888); *Neurasthenia*, de Bonifácio Ponce de Leão Castro (1889); *Do tabagismo e sua influencia sobre a mentalidade* de José Xavier Coelho (1889); e *Alcoolismo e involução humana: repressão e prophylaxia do alcoolismo* - Adriano Augusto de Araújo Jorge Fo (1900). Nas teses foram encontradas referências a vinte fatores predisponentes à “não-saúde” mental, que são apresentados no Quadro 6. Destacam-se, com indicação em três dos trabalhos: alcoolismo, tabagismo, progresso, o exercício de profissões liberais e o excesso de trabalho intelectual. Chama a atenção o fato de o alcoolismo já ser aqui denunciado desde meados do século XIX Cardoso⁽⁶⁾

Quadro 5. Demonstrativo do ano da citação das personalidades citadas nas Teses pesquisadas da Faculdade de Medicina da Bahia.

Personalidade citada	Britto Junior (1852)	Coelho (1853)	De Barros (1869)	Oliveira (1873)	Rebello (1878)	Silva (1885)	Barreto (1887)	Freire (1888)	Paim (1888)	Botelho (1890)	Melo (1890)	Castro (1891)	Lyra (1891)	Barros (1893)	Praguer (1893)	Champion (1895)	Cotias (1896)	Peixoto (1897)	Rego (1897)	Pimentel Filho (1898)	Rocha (1898)	Carvalho (1900)	Jorge Filho (1900)	Pinho Júnior (1900)	Ribeiro Filho (1900)
Azam de Bordeaux,				△				△			△				△					△		△		▽	
Baillarger, Jules				△				△								▽						▽			▽
Ball, Benjamim								△	△				△		▽	▽	▽					▽		▽	
Beauvis, Henri															▽			▽	▽	▽		▽			
Bernard, Claude				△				▽							▽		▽					▽			▽
Bichat, Marie François				▽	▽		▽	▽									▽								
Binet, Alfred								△		△					△		△			△		△			
Bouchard,												•		•		•				•					•
Brown – Sequard,															▽			▽		▽	▽	▽			
Charcot, J. Martin					△			△	△	△	△	△	△	△	△	▽				▽		▽			
Cullère									•		•	•		•							•				
Darwin, Charles				△		▽	▽										▽	▽							
Despine, Prosper				▽			▽	▽							▽		▽		▽						
Esquirol, Dominique				▽		▽				▽	▽					▽		▽			▽	▽	▽	▽	
Fabiet	•						•			•				•							•				
Féré, Charles S.								△	△	△	△	△	△	△	△	△		△		△	△				
Galeno, Cláudio	▽	▽	▽	▽				▽							▽		▽					▽			
Gall, Franz				▽	▽	▽												▽				▽		▽	
Garnier, Paul								△										▽	▽		▽		▽		▽
Haller, Albrecht von	▽		▽					▽							▽		▽								
Hammond					•			•		•	•	•							•						
Hipócrates			▽	▽	▽	▽		▽		▽						▽	▽					▽		▽	
Jaccoud, Francisco							△				△				△		△								△
Kraft-Ebing, Richard												△		△	△						△	△			△
Laségue, Ernest						▽		▽	▽							▽		▽			▽	▽		▽	
Legrand du Saule								▽				▽			▽							▽			
Lombroso, Cesare														△			△	△				△	△	△	
Longet, François				▽	▽			▽		▽					▽							▽		▽	
Luis, Jules				△	△			△							△		△	△			▽	▽			▽
Magnan, Jacques							△							△		△		△			△		△	△	△
Maudsley, Henry								△	△	△				△			△	△				△			

Quadro 6. Fatores indicados como associados ao desequilíbrio mental, nas teses pesquisadas no acervo da Faculdade de Medicina da Bahia.

Fatores negativos	Tese (número da citação bibliográfica sobrescrito)						Total
	(3)	(6)	(12)	(13)	(17)	(18)	
Bailes	0	1	0	0	0	0	1
Banhos	0	1	0	0	0	0	1
Casamento consangüíneos	0	0	0	0	1	0	1
Envolvimento com governo e política	0	1	0	0	0	0	1
Espartilhos/saia balão	0	1	0	0	0	0	1
Jogos	0	1	0	0	0	0	1
Leitos macios	0	1	0	0	0	0	1
Música	0	1	0	0	0	0	1
Onanismo	0	1	0	0	0	0	1
Perfumes	0	1	0	0	0	0	1
Profissões mecânicas	0	1	0	0	0	0	1
Prostituição	0	0	0	0	1	0	1
Teatro	0	1	0	0	0	0	1
Celibato	1	0	0	0	1	0	2
Paixões em geral	0	1	0	0	1	0	2
Tabaco	0	1	0	1	1	0	3
Alcoolismo	0	1	0	0	1	1	3
Profissões liberais	0	1	1	0	1	0	3
Progresso	0	1	1	0	1	0	3
Trabalhos intelectuais	0	1	1	0	1	0	3
Total	1	17	3	1	9	1	32

afirma que o uso e abuso do álcool estão relacionados com o desenvolvimento da indústria e ocasionam perturbações dos movimentos, da sensibilidade e da inteligência, sendo produto do desenvolvimento da civilização. Freire⁽¹⁷⁾, quase trinta anos após, coloca que “o seu uso faz ascender ao mais pronunciado gráo o desequilíbrio psychico”, estando a ele relacionadas a epilepsia alcoólica e a paralisia geral provoca o desequilíbrio psíquico no mais alto grau. Jorge F^o(18), ao findar do século, afirma que este quadro é um dos fatores etiológicos da alienação mental e que gera conseqüências, não só no alcoolista, mas também nos descendentes, e ainda que a síndrome conhecida como *delirium tremens* comprova o modo como o álcool afeta a mente humana: “... o alcoolizado passa da simples perturbação sensorial para à illusão; desta,

á allucinação, e assim gradativamente immerge em pleno delírio, que se caracteriza pela complexidade e pela mobilidade das allucinações”. Mais adiante continua: “E assim o alcoolismo fecha para as suas desgraçadas vítimas as comunicações com a vida exterior, agrilhoando-os á indiferença apathica dos dementes, que soa dentre tantos alienados”. No entendimento de Jorge F^o(18), o alcoolismo afeta principalmente os poetas, filósofos, artistas e sábios, em suma aqueles que fazem maior uso das capacidades intelectuais. Vale destacar, que além do trabalho de Jorge F^o(18), cujo objeto foi o alcoolismo, houve três teses outras cujo título contém o termo *alcoolismo crônico*. O que parece traduzir uma preocupação da Congregação da FAMEB e dos seus doutorandos com este quadro de desvio social. O tabagismo mereceu

também uma tese a ele dedicado⁽¹³⁾. Entretanto, há quase quarenta anos havia denúncias como essa de Cardoso⁽⁶⁾: “... o uso do tabaco, generalizado como está atualmente, é um verdadeiro cancro^{BB}, que foi pela selvageria inoculado no seio da civilização, onde tem lançado tão profundas raízes, que já parece impossível a sua extirpação”. Em 1888, Freire⁽¹⁷⁾ analisa os tipos de alteração produzidas pelo uso do tabaco em suas diferentes formas de utilização – se mascado, aspirado ou inalado. Afirma que o rapé produz excitação cerebral, e que o cigarro provoca perturbação das idéias e que “Muitos alienistas tem considerado o tabaco como causa de loucura”. “Hoje não é permitido duvidar que liga-se ao uso do tabaco o desenvolvimento de moléstias mentaes”. Coelho⁽¹³⁾, relaciona o tabagismo ao desenvolvimento das sociedades bem como às tendências criadas pelo mesmo vez que: “quem não fuma parece andar fora do progresso social”. Coloca que o hábito de fumar se inicia através da imitação e da procura por excitação, e que este modifica as faculdades intelectuais do homem e, como conseqüência, as suas relações sociais. Dentre os males causados pelo tabaco estão a diminuição da memória, embotamento da inteligência, irritabilidade psíquica e perversão do senso moral; informa que desde o ano de 1830, tem-se observado que, à medida que cresce o consumo de tabaco, aumenta o número de pessoas acometidas por alienação mental, o que se verifica nos asilos de alienados. Barros⁽³⁾, Coelho⁽¹³⁾ e Jorge F⁽¹⁸⁾, apontaram apenas um fator, respectivamente, o celibato, o tabagismo e o alcoolismo, todos eles temas de suas respectivas teses. Castro⁽¹²⁾, indicou três: o progresso, o exercício das profissões liberais e o trabalho intelectual em excesso. Freire⁽¹⁷⁾ indicou nove agentes de “não saúde” dentre os quais: casamentos consanguíneos, prostituição e paixões em geral. Cardoso⁽⁶⁾ arrolou dezessete fatores que complicam a saúde mental - além de ter sido o único a relacionar os quatro mais frequentes, acusou também: bailes, banhos voluptuosos, perfumes, envolvimento com governo e política, o uso de espartilhos e saias balão, leitões macios, o onanismo... Como propiciadores de

equilíbrio mental foram apontados apenas à religião católica e o casamento, segundo as normas legais, lembrados, respectivamente por Cardoso⁽⁶⁾ e Barros⁽³⁾. O progresso é, no entendimento destes autores, fomentador de hipocondria, de alienação mental, de histeria e da epilepsia.

4. Com o objetivo de averiguar, especificamente, a influência de Jean-Martin Charcot (1825-1893), na medicina baiana, Rocha & Moraes⁽³⁸⁾, analisaram cinco teses apresentadas à Faculdade de Medicina da Bahia, num período de oito anos, sendo uma de concurso, com o título *Perturbações Psychicas no Domínio da Hysteria* apresentada por Ernesto Carneiro Ribeiro em 1886, e quatro doutorais: duas com o título *Hysteria no Homem*, escritas por Manuel Sampaio Marques e Eduardo Jansen Vieira de Mello, ambas defendidas em 1890; *Hysteria infantil* de João Maria Carneiro de Lyra, de 1891; e *Hysteroparalysias Locomotrizes* de Luiz de Araujo Aragão Bulcão de 1894. Foi realizada análise a nível global, considerando os autores citados em cada um dos trabalhos bem como as menções elogiosas aos autores. Nos cinco trabalhos foi verificada a ocorrência de 874 citações, de 283 profissionais, o que perfaz média de três referências por pessoa. Dentre os autores lembrados estão Klein, Thernes, Dujardin, Beaumetz, Batault, Richer, Briquet, Grasset, Georges Guinon, Hipócrates, Landouzy, Albert Mathieu e Oppenheim. O Quadro 7 apresenta a relação dos autores que receberam mais de dez citações no conjunto, podendo ser aí verificado, inclusive, a grande diferença entre as referências ao nome de Charcot e a Pierre Briquet (1796-1881), médico francês autor de *Tratado Clínico e Terapêutico da Hysteria* (1859). Charcot foi citado 132 vezes, ou seja, quase 44 vezes a média do grupo. Este valor corresponde a 15% das referências, enquanto o segundo mais lembrado foi mencionado em 28 ocasiões, o que equivale a 3,2%. Apenas cinco profissionais foram citados nos cinco trabalhos: Charcot, Pierre Briquet, Hipócrates (460-355 a.C.), Thomas Sydenham (1624-1689) e Charles Féré. Tais dados são apresentados também no Quadro 7, o que evidencia a grande preferência dos baianos pelo Mestre

Quadro 7. Frequência de citação sobre o tema Histeria pelos autores referenciados nas cinco teses pesquisadas da Faculdade de Medicina da Bahia.

Autor citado	Autores das teses (ano)					Total
	Bulcão (1894)	Lyra (1891)	Marques (1890)	Ribeiro (1886)	Mello (1890)	
Charcot	24	15	67	11	15	132
Briquet	5	11	4	6	2	28
Hipócrates	1	3	4	1	1	10
Sydenham	1	3	2	1	1	8
Féré	2	1	2	1	1	7
Total	33	33	79	20	20	185

da Salpêtrière. Considerando que os cinco trabalhos totalizaram 427 páginas, Charcot foi citado, em média a cada três páginas. Em nove oportunidades foi ele citado três vezes na mesma página – oito delas por Marques⁽²²⁾, que chegou a mencioná-lo quatro vezes, à página 59. Menções elogiosas - receberam menção diferenciada 40 autores. No Quadro 7, apresenta a frequência de menções diferenciadas aos autores que receberam mais de dois destaques. O mestre da Salpêtrière novamente se destaca, vez que recebeu 36% das citações diferenciadas. Das 17 pessoas lembradas por Vieira de Mello⁽⁴⁶⁾, foi único a ser denominado *professor*, que ministrava *brilhantes lições*. Já Marques⁽²²⁾, que mencionou 141 personalidades, faz registro diferencial a 14 destas, em 43 episódios, nos quais Charcot recebeu 24 menções (55%), a exemplo de : *professor, douto, o grande neuro-patologista, o ilustre e o sempre insigne*. Outros nove profissionais foram identificados como *professor*. Entretanto todos estes o foram em apenas uma oportunidade, enquanto Charcot o foi 19 vezes. Estes resultados indicam a influência que Jean-Martin Charcot exerceu sobre a comunidade médica baiana no século XIX. Os autores reconhecem a necessidade de ampliar este estudo, incluindo outras teses, trabalhos de docentes da Faculdade de Medicina da Bahia bem como outros artigos publicados na Gazeta Médica da Bahia, a fim de melhor aquilatar essa relação.

5. Rocha⁽³⁵⁾ discorre sobre a fundação da FAMEB, apresentando as teses até então localizadas, e apresentando professores e ex-alunos da Casa, que se destacaram pela preocupação com questões de ordem psicológica: José Lino Coutinho (1784-1836), seu primeiro diretor, autor de *Cartas para a Educação de Cora*, obra póstuma, que contem as orientações para a educação da sua primogênita; Eduardo Ferreira França (1809-1857), professor de Mineralogia, autor do livro de psicologia mais antigo das Américas; Abílio Cezar Borges (1824-1891), Barão de Macahubas, emérito educador durante o período imperial; Raymundo Nina Rodrigues (1862-1906), o único não baiano deste grupo, com destacada atuação no campo da Medicina Legal; Juliano Moreira (1873-1933), considerado um dos precursores da psicanálise no Brasil; e Júlio Afrânio Peixoto (1876-1947), autor da mais famosa tese deste período, denominada *Epilepsia e Crime*.

Docentes e estudantes do Curso de Psicologia da Faculdade Ruy Barbosa (Salvador, BA), vêm há algum tempo, estudando essas teses da FAMEB. Além do registro fotográfico deste material, o que tanto facilita o acesso ao quanto concorre para a sua preservação, e dos trabalhos já descritos, está sendo facultado a alunos de graduação realizar trabalhos de pesquisa. O trabalho, basicamente consiste em: a) seleção de trechos que fazem referência a condições psicológicas; b) identificação de conceitos que constam do trabalho;

c) registro dos autores que foram citados, buscando-se localizar informações sobre sua nacionalidade, ano de nascimento e morte, ocupação e publicações, de modo a se aprimorar a genealogia intelectual destas teses; e d) estruturação de questionários tendo por base as afirmações expressas pelos doutorandos, de forma a averiguar a sua atualidade.

Do acima exposto ficam as seguintes conclusões gerais: havia uma vinculação muito forte com instituições francesas; desde o início os futuros médicos já manifestavam preocupação com fatores outros que não os de cunho predominantemente biológicos no trato com o paciente; havia também uma sintonia com a produção internacional; verificou-se também a ocorrência de temas de “vanguarda”, que só vieram a ser tratados pela Psicologia a partir da virada do século XX; houve uma predominância de temas ligados à psicopatologia; as teses da FAMEB ainda não foram exaustivamente estudadas, e se constituem numa rica fonte de análise para pesquisadores de diversas áreas do conhecimento. Em síntese, a FAMEB, por ter sido, em grande parte do século XIX a única instituição de ensino superior na Bahia, e uma das poucas no Brasil, possibilitou a realização de estudos que extrapolaram o âmbito tradicional da medicina. Desta forma foi possível o trato de questões de ordem psicológica. Essas teses, a despeito da afirmação de Fonseca⁽¹⁶⁾, constituem-se num importante manancial para profissionais de várias áreas, com vista ao estudo do surgimento e consolidação da preocupação com a saúde mental no Brasil.

Notas

^A O prof. Antônio Pacífico Pereira informa que, por força da Lei de 3 de outubro de 1832, a Regência pôs em execução a Resolução da Assembléia Geral, que dava nova organização aos colégios de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro⁽²⁶⁾.

^B Doravante referida como FAMEB.

^C Natural da Província de Pernambuco, José Corrêa Picanço era cirurgião da Real Câmara, lente jubilado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Integrante da corte portuguesa, retornou ele ao Brasil juntamente com a Família Real⁽¹⁴⁾.

^D Gomes Freire de Andrade, Conde de Bobadella, governador do Rio de Janeiro (1733-1763).

^E Esta autorização coincide com a da permissão para o funcionamento da Biblioteca Pública, divulgada no dia 13 de maio de 1811, integrando as comemorações do aniversário do príncipe regente.

^F Taunay⁽⁴²⁾ informa que a dos Esquecidos teve fugaz vida, a dos Felizes, efêmera duração e a dos Renascidos, foi ferida de morte quando o Marques de Pombal mandou prender o seu presidente, que permaneceu dezessete anos na fortaleza de Anható Mirim, em Santa Catarina.

^G São exemplo desta conexão a Inconfidência Mineira e a Conjuração Baiana, ambas ocorridas no século XVIII.

^H Castro⁽¹²⁾ informa que as Memórias Históricas, relatos anuais dos eventos da FAMEB, eram compostas por um dos integrantes da Congregação da Casa, escolhido na última sessão do ano findo. Sendo atualmente um conjunto de documentos de extrema importância para o estudo da história da FAMEB.

^I Castro⁽¹²⁾ informa que o aspirante ao título de doutor em medicina era obrigado, pelo art. 26 dos Estatutos da FAMEB, a apresentar e defender em público uma tese, escrita em idioma nacional ou em latim e impressa.

^J Provavelmente referia-se ao curso de Bacharelado em Ciências e Letras, oferecido no Gymnasio da Bahia até o início da década de 1930.

^K Os sinos da Igreja da Freguesia dava uma série de pancadas, como o sinal do fogo, e, depois de uma pequena pausa, o número de badaladas espaçadas correspondentes ao distrito onde o incêndio ocorria⁽⁴⁵⁾.

^L Manoel Bergström Lourenço Filho (1897-1970), conhecido principalmente por sua atuação no movimento da Escola Nova.

^M Não foi localizada a tese de Carneiro Ribeiro (1864). Por outro lado, já foram localizados 61 trabalhos que lidam com questões de saúde mental.

^N Este foi um tema bastante explorado no século XIX. Thorion⁽⁴⁴⁾ publicou livro sobre o tema, que contém ampla bibliografia sobre o assunto. Também Binet e Henry⁽⁴⁾ relatam estudos sobre esta relação. Exemplares dos dois livros estão disponíveis na Biblioteca Pública do Estado da Bahia – Subgerência de Obras Raras e Valiosas.

^O Constaram das teses de: Guimarães (1849); Mello (1851); Brito Jr. (1852); Cardoso (1857); Barros (1869); Rebello (1878); Valle (1884); Ribeiro (1886); Freire (1888); Paim (1888).

^P Brito Jr. (1852); Rocha (1859); Coelho (1853); Cotias (1881); Gey (1883); Carvalho (1889); Mendonça (1889); Vieira de Mello (1890); Marques (1890); Castro (1891); Magalhães (1891); Prager (1893); Bulcão (1894); Champion (1895); Rocha (1898); Pimentel Fo (1898) e Novaes (1900).

^Q Barros (1845); Cotias (1891); Gey (1883); Luz (1888); Mendonça (1889); Magalhães (1889); Magalhães (1891); Pimentel Fo (1898) e Silva (1900).

- ^R Morel ⁽²⁴⁾.informa que Pierre Briquet (1796-1881) já havia, desde 1859, afirmado a realidade da histeria masculina – portanto mais de uma década antes de Charcot.
- ^S Wilhelm Wundt (1832-1920), psicólogo alemão, responsável pela instalação do Laboratório de Psicologia na Universidade de Leipzig, em 1897, considerado o iniciador da Psicologia Experimental.
- ^T Hermann Von Helmholtz (1821-1894), físico empirista e fisiologista alemão, professor da Universidade de Berlim, famoso por sua lei da conservação de energia, também desenvolveu trabalhos notáveis em fisiologia, óptica, matemática, termodinâmica, eletrodinâmica e meteorologia.
- ^U Barros (1845); Guimarães (1849); Mello (1851); Brito Jr. (1852); Coelho (1853); Cardozo (1857); Gonçalves (1857); Rocha (1859); Pereira (1861); Barros (1869); Rebello (1878); Cotias (1881); Valle (1884); Ribeiro (1886); Freire (1888); Paim (1888); Botelho (1890); Marques (1890); Vieira de Mello (1890); Castro (1891); Gonçalves (1891); Lyra (1891); Barros (1893); Mendonça (1893); Bulcão (1894); Rocha (1894); Viana (1894); Champion (1895); Cotias (1896); Peixoto (1897); Rocha (1898); Jorge Fo (1900); Novaes (1900); Pinho Jr. (1900) e Costa Pinto (1900).
- ^V Rebello (1878); Cotias (1881); Gay (1883); Valle (1884); Lisboa (1885); Carneiro Ribeiro (1886); Durão (1887); Luz (1888); Freire (1888); Paim (1888); Guimarães (1888); Carvalho (1889) Coelho (1889); Magalhães (1889).
- ^W Vieira de Mello (1890); Botelho (1890); Marques (1890); Magalhães (1891); Castro (1891); Gonçalves (1891); Lyra (1891); Mendonça (1893); Prager (1893); Barros (1893); Viana (1894); Rocha (1894); Bulcão (1894); Champion (1895); Cotias (1896); Peixoto (1897); Rego (1897); Pimentel fo. (1898); Rocha (1898); Jorge Fo. (1900); Silva (1900); Novaes (1900); Carneiro Ribeiro Fo. (1900); Carvalho (1900); Araújo Pinho Jr. (1900); Costa Pinto (1900).
- ^X Nesta época as teses eram compostas apenas pelas *Proposições*.
- ^Y Os marcos são, respectivamente, Sinésio (370 a 430) e Dante Alighieri (1265- 1321).
- ^Z Cabe a ressalva que, tanto o austríaco e um dos italianos, na realidade, estavam radicados na França, onde desenvolveram toda a sua vida profissional.
- ^{AA} Santos ⁽³⁹⁾, autor da primeira Memória Histórica, referente ao ano de 1854, depõe que ingressou “ *no Colégio de Cirurgia, fazendo exame somente de língua francesa, perante a Congregação dos Lentos, como era d’uso* “
- ^{BB} O autor parece ter razão ao protestar. Serve de ilustração, a trajetória de Auguste-Frédéric de Meuron, suíço que chegou a Salvador no início do século XIX, e em 1819 fundou uma fábrica de tabaco, que funcionou, inicialmente, em Ondina e foi transferida para o Solar do Unhão, havendo, inclusive, uma filial no Rio de Janeiro. Em 1837 ele regressou à Europa. Adquiriu uma fazenda na Bretanha e uma mansão na avenida dos Champs Elysées. Resolveu instalar uma casa de saúde para doentes mentais curáveis em seu país. O que fez, inteiramente às próprias expensas, utilizando os melhores recursos. Denominou-a de Préfargier, que está em pleno funcionamento ⁽²³⁾.

Referências Bibliográficas

1. Albuquerque AP. O centenário médico de 1932. RIGHB 58:443-53, 1943.
2. Aragão GMS. Memória Histórica da Faculdade de Medicina da Bahia relativa ao ano de 1942. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde, 1940.
3. Barros FB. Influência do celibato sobre a saúde do homem. Tese Doutoral. Faculdade de Medicina da Bahia. Salvador: Typographia Tourinho, 1869. 41p.
4. Binet A, Henry V. La fatigue Intellectuelle. Paris: C. Reinwald Schleicher Frères, 1898.
5. Blake AVAS. Dicionario Biobibliográfico Brasileiro. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1883.
6. Cardoso CEO. Influência da Civilização sobre o Desenvolvimento das Afecções Nervosas. Tese doutoral. Faculdade de Medicina da Bahia. Salvador: Typographia de Antonio Olavo da França Guerra, 1857.
7. Carneiro Ribeiro E. Perturbações Psychicas no Domínio da Hysteria. Tese de concurso da Faculdade de Medicina da Bahia. Salvador: Imprensa Econômica, 1886.
8. Carvalho ED. Estudo Physiologico do Sonho. Tese doutoral. Faculdade de Medicina da Bahia. Salvador: Imprensa Moderna de Prudêncio de Carvalho, 1900.
9. Carvalho Filho JEF. Notícia Histórica sobre a Faculdade de Medicina da Bahia. Salvador: Typographia Bahiana de Cincinnato Melchides, 1909.
10. _____. Memória Histórica da Faculdade de Medicina da Bahia no anno lectivo de 1909 a 1910. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1913.
11. _____. Faculdade de Medicina da Bahia Datas e fatos. Bahia: Imprensa Official do Estado, 1916.
12. Castro DB. A influência sócio cultural da Faculdade de Medicina da Bahia (século XIX). Sinopse Informativa, ano 3, n. 3. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 1980.
13. Coelho JX. Do tabagismo e sua influência sobre a mentalidade. Tese doutoral. Faculdade de Medicina da Bahia. Salvador: Typographia A Dois Mundos, 1889. 87 p.
14. Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Recuperado em 27 de julho de 2004 de <http://lepto.procc.fiocruz.br:8081/dic/verbetes/ESCIRBA.htm#historico>
15. Durão RCB. Alcoolismo chronico e suas variedades clínicas. Tese doutoral. Faculdade de Medicina da Bahia. Salvador: Imprensa Popular, 1887.
16. Fonseca A. Memória histórica da Faculdade de Medicina da Bahia. Salvador: Typographia e encadernação do “Diário da Bahia”, 1893.
17. Freire GAF. Qual o Papel que desempenha a civilização no movimento das Moléstias Mentaes. Tese doutoral. Faculdade de Medicina da Bahia. Salvador: Imprensa Popular, 1888.

18. Jorge Filho AAA. Alcoolismo e involução humana: repressão e prophylaxia do alcoolismo. Tese doutoral. Faculdade de Medicina da Bahia. Salvador: Imprensa Moderna, 1900.
19. Lourenço Filho, MB.. A psicologia no Brasil. In: Antunes MAM (ed), História da Psicologia no Brasil: primeiros ensaios. Rio de Janeiro: CFP-EDUERJ, 2004.
20. Luz FLS. Hypnotismo e Livre Arbítrio. Tese doutoral. Faculdade de Medicina da Bahia. Salvador: Typographia João Gonçalves Tourinho, 1888.
21. Magalhães LM. Hypnotismo e Livre Arbítrio. Tese doutoral. Faculdade de Medicina da Bahia. Salvador: Typographia Imprensa Popular, 1889.
22. Marques MS. Hysteria no Homem. Tese doutoral. Faculdade de Medicina da Bahia. Salvador: Empreza Editora de Carvalho e Rocha, 1890.
23. Meuron-Landolt M, Jelmini J-P, Froidevaux N, Hippenmeyer F, Perriard VM. Préfargier : 150 ans au service de la psychiatrie, Hauterive, Suíça : Editions Gilles Attinger, 1999, 145 pages.
24. Morel P. Dicionário Biográfico Psi. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.
25. Peixoto ALA. História da Psicologia na Bahia no século XIX. Teses arquivadas no Acervo da Faculdade de Medicina da Bahia, período de 1845-1900. Relatório final de atividade de pesquisa (PIBIC/PEP/UFBA). Salvador: Universidade Federal da Bahia, 1996.
26. Pereira AP. Memória sobre a Medicina na Bahia: 1823-1923. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1923.
27. Pereira MAP. A Faculdade de Medicina da Bahia na visão dos seus memorialistas (1854-1924). Salvador: EDUFBA, 1997.
28. Pessotti I. Dados para uma história da psicologia no Brasil. In: Mitzuko AMA (ed), História da Psicologia no Brasil Primeiros ensaios. Rio de Janeiro: CFP-EDUERJ, 2004.
29. Pinho W. A Bahia – 1808-1856. In: Holanda SB (ed), O Brasil Monárquico 2: dispersão e unidade. 5. ed., São Paulo: DIFEL, 1985.
30. Pragner AB. Da psychoterapia Suggestiva. Tese doutoral. Faculdade de Medicina da Bahia. Salvador: Typographia e Encadernação do “Diário da Bahia”, 1893.
31. Ribeiro MAP. A Faculdade de Medicina da Bahia na visão de seus memorialistas (1854-1924). Salvador: EDUFBA, 1997.
32. Rocha NMDR. A preocupação com questões psicológicas nas teses da faculdade de Medicina da Bahia no século XIX. Temas em Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia 8: 163-73, 2000.
33. _____. Questões psicológicas nas teses Faculdade de Medicina da Bahia: nota prévia sobre as influências intelectuais. In: Jacó-Vilela AM, Cerezzo, A. C.; Rodrigues, H. B. C. (orgs), Clio-Psychê ontem – Fazeres e dizeres psi na História do Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.
34. _____. Saúde Mental na Bahia do século XIX: o que nos contam as teses da FAMED. In: Encontro Anual Helena Antipoff e II Encontro Interinstitucional de Pesquisadores em História da Psicologia, 6 a 9 de agosto, Belo Horizonte (MG), p. 130, 2003.
35. _____. A faculdade de Medicina da Bahia e a preocupação com questões de ordem psicológica durante os oitocentos. In: Marina Massimi & Maria do Carmo Guedes (orgs) História da Psicologia no Brasil novos estudos. São Paulo: EDUC Cortez, 2004.
36. Rocha NMD, Rodrigues, LO, Figueira, LD, Pereira, LS, Silveira, OS. A Psicologia e as teses da Faculdade de Medicina da Bahia no século XIX: análise preliminar das influências intelectuais. In: Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia, 28 a 31 de outubro. Campinas (SP), p. 199, 1999.
37. Rocha NMD, Carmo MBB, Brandão MM. Saúde mental na Bahia oitocentista: a percepção dos doutorandos da FAMED quanto à contribuição de fatores culturais. In: IV Encontro Clio-Psychê, 20 a 21 de outubro, Rio de Janeiro (RJ): UERJ, p. 126, 2004.
38. Rocha NMD, Moraes ESD. Histeria: a influência de Charcot em teses sobre histeria da Faculdade de Medicina da Bahia no século XIX. Revista do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, 15: 105-18, 2003.
39. Santos MA. Memória Histórica da Faculdade de Medicina da Bahia relativa ao ano de 1854. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1905.
40. Schultz DP, Schultz SE. Historia da Psicologia Moderna. 15. ed., São Paulo: Cultrix, 2002.
41. Silva AR. O Hypnotismo sob o ponto de vista Médico-Legal. Tese doutoral. Faculdade de Medicina da Bahia. Salvador: Litho-Typographia Tourinho, 1900.
42. Taunay A. Uma academia de letras setecentista ignota (1700). A primeira academia paulista de letras. Revista da Academia de Letras da Bahia 11: 263-9, 1950.
43. Tavares LHD. Evolução Educacional Bahiana (súmula até 1930). Salvador: Arquivo da Universidade Federal da Bahia-Faculdade de Filosofia VI: 197-208, 1961.
44. Thorion H. Influence du travail intellectuel sur le variation de quelques elements de l'urine à l'état physiologique. Paris: J. B. Baillière et Fils, 1893.
45. Torres O. Memória Histórica da Faculdade de Medicina da Bahia (1808-1946). Bahia: Imprensa Vitória, 1946.
46. Vieira de Mello EJ. Hysteria no Homem. Tese doutoral. Faculdade de Medicina da Bahia. Salvador: Typographia do Diário da Bahia, 1890.

Anexo 1. Quantitativo de brasileiros que estudaram na Universidade de Coimbra, do século XVI ao XIX.

Procedência dos Estudantes brasileiros	Século				Total
	XVI	XVII	XVIII	XIX*	
Província da Bahia	6	182	379	109	676
Outras Províncias	7	172	1039	195	1413
Total	13	354	1.418	304	2.089

(*) até 1821.

Fonte: Pinho⁽²⁹⁾.**Anexo 2.** Teses apresentadas à Faculdade de Medicina da Bahia, no período de 1845 a 1900 que compõem o acervo da Fundação Clemente Mariani (FCM, Salvador, Bahia), acervo da Faculdade de Medicina da Bahia (MEB) da Universidade Federal da Bahia e Biblioteca Pública do Estado da Bahia/Subgerência de Obras Raras e Valiosas (ORV).

Ano	Tese	Biblioteca		
		FCM	MEB	ORV
1845	Policarpo Cesário de Barros. A influência da música sobre a medicina.		#	
1849	Rozendo Aprígio Pereira Guimarães. Theses Medico-phylosóphicas.		#	
1851	Francisco Tavares da Cunha Mello. Algumas considerações psychophysiológicas acerca do Homem.		#	
1852	Joaquim Marcelino de Brito Júnior – Breve dissertação sobre a hypochondria.	#		
1853	Antônio Dias Coelho - Algumas proposições sobre temperamentos.		#	
1857	Cid Emiliano de Olinda Cardozo. Influência da civilização sobre o desenvolvimento das afecções nervosas.		#	
1857	José Joaquim Gonçalves. Secção Médica: Herança temperamento lymphatico.		#	
1859	Luiz Carneiro da Rocha. Tratamento das moléstias mentaes.	#		
1861	Jerônimo Sodré Pereira Qual a influência da civilização sobre o desenvolvimento das moléstias nervosas?			#
1869	Francisco Borges de Barros - Influência do celibato sobre a saúde do homem.	#		
1873	Manoel Ludgero d'Oliveira Campos . Em que consistem os temperamentos.		#	#
1878	Guilherme Pereira Rebello – Somno.		#	
1880	Ceciliano Alves Nazareth Epilepsia.	#		
1881	João Belford Saraiva de Magalhães Somno, sonho, somnambulismo, hallucinação	#		
1881	Jozino Corrêa Cotias Electrotherapia.			#
1883	Leon Ferdinand Gay. Eletrotherapia.		#	
1884	José Machado do Valle. Estudo médico psychologico sobre o suicídio.		#	
1885	Sebastião Barbosa da Silva Lisboa. Physiologia do cérebro.		#	#
1886	Ernesto Carneiro Ribeiro. Perturbações psychicas no domínio da histeria.		#	
1887	Raymundo da Câmara Barreto Durão. Alcoolismo chronico e suas variedades clínicas.	#		
1887	Servilio Mario da Silva. Dynamogenia e inibição nervosa.			#
1888	Fábio Lopes dos Santos Luz. Hipnotismo e livre arbítrio.		#	
1888	Guarino Aloysio Ferreira Freire. Qual o papel que desempenha a civilização no desenvolvimento das moléstias mentais?		#	
1888	José Gabriel de Almeida Paim. Somno, Sonho, Sonambulismo e Delírio.		#	
1888	Pedro Rodrigues Guimarães. Alcoolismo chronico e suas variedades clínicas.		#	
1889	Bonifácio Ferreira Carvalho. Da coca, seu princípio ativo e sua ação physio-therapeutica.		#	

Ano	Tese	Biblioteca		
		FCM	MEB	ORV
1889	José Xavier Coelho. Do tabagismo e sua influência sobre a mentalidade.		#	
1889	Landulpho Machado Magalhães. Hypnotismo e livre arbítrio		#	
1889	Virgílio Martins Lopes Mendonça. Do hypnotismo e seu valor terapeutico.		#	
1890	Eduardo Jansen Vieira de Mello. Hysteria no Homem.		#	
1890	Francisco Chaves de Oliveira Botelho. Das relações entre as neuropathias e as psychopathias.		#	
1890	Manuel Sampaio Marques. Hysteria no homem.		#	#
1891	Alfredo Ferreira de Magalhães. O hypnotismo e a sugestão.	#	#	
1891	Bonifácio Ponce de Leon Castro. Neurasthenia.		#	
1891	Felipe Nery Gonçalves. A degeneração psíquica.		#	
1891	João Maria Carneiro Lyra. Hysteria infantil.		#	
1893	Alberto Furtado Mendonça. Qual a melhor interpretação dada ao termo paranoia?		#	
1893	Antônio Barreto Prager. Da psychoterapia suggestiva.		#	
1893	Elias da Rocha Barros. Estygmata da degeneração psychica.		#	
1894	Aurélio Rodrigues Viana. Considerações sobre os principais accidentes mentaes nos histéricos (concurso).		#	
1894	João Luciano da Rocha. Breves considerações sobre a epilepsia e seu tratamento cirúrgico.	#	#	
1894	Luiz de Araújo Aragão Bulcão. Hystero paralisias locomotrizas.		#	
1895	Emílio Champion. Considerações sobre a loucura de dupla forma ou loucura circular.		#	
1895	João Américo Garcez Froes A função intellectual nos climas tropicaes.			#
1896	Josino Correa Cotias. Theoria mecânica das vibrações cerebraes em suas relações com a alienação mental.		#	
1897	Júlio Afrânio Peixoto. Epilepsia e Crime.		#	#
1897	Vital Cardoso do Rego. Relações da actividade intellectual com a composição da urina.		#	
1898	João Batista de Barros Pimentel Filho. Psychotherapia.		#	
1898	Luiz Pinto de Carvalho. O sobrenatural em therapeutica.		#	
1898	José Mariano da Rocha. Tratamento da melancolia.		#	
1899	Josino Correa Cotias. Funccões biologicas e intellectuaes.		#	
1900	Adriano Augusto de Araújo Jorge Filho. Alcoolismo e alienação mental.		#	
1900	Augusto Ribeiro da Silva. O hypnotismo sob o ponto de vista médico-legal	#	#	
1900	Carlos Maria de Novaes. Psychoses post-operatóreas.		#	
1900	Ernesto Carneiro Ribeiro Filho. Alcoolismo chrônico cérebro-espinhal e suas manifestações psychicas.	#		#
1900	Eustáquio Daniel de Carvalho. Estudo physiológico do sonho.		#	
1900	João Pereira de Araújo Pinho Jr. Desordens psychicas da menstruação.		#	
1900	José de Aguiar Costa Pinto. Graphologia em Medicina Legal.		#	#
Total		9	50	9

Anexo 3. Relação dos autores que foram citados em cinco ou mais vezes nas teses pesquisadas, conforme o número de citações (N) e a nacionalidade, ocupação e local de trabalho desses autores citados.

Citações	N	Nacionalidade	Ocupação	Local de trabalho
Azam, Charles Marie Étienne Eugène (1822-1899)	7	França	Médico	Salpêtrière
Baillarger, Jules Gabriel François (1809-1890)	5	França	Alienista	Salpêtrière
Ball, Benjamim (1833 – 1893)	8	Itália	Médico	Hôpitaux
Beaunis, Henri Étienne (1830-1921)	5	França	Médico	Faculdade de Nancy ¹
Bernard, Claude (1813 – 1878)	8	França	Médico	Hotel-Dieu ²
Bichat, Marie François Xavier (1771 – 1802)	5	França	?	Hotel-Dieu
Binet, Alfred (1857 – 1911)	6	França	Psicólogo	Sorbonne
Bouchard (1837 - ?)	5	França	Médico	Sem informação
Brown-Sequard (1817 – 1884)	5	França	Fisiologista	Collège de France
Charcot, Jean Martin (1825 – 1993)	9	França	Médico	Salpêtrière ¹
Cullérre (? - ?)	5	?	?	Sem informação
Darwin, Charles Robert (1809 – 1882)	5	Inglaterra	Naturalista	Não se aplica
Despine, Prosper (1775 – 1820)	6	França	Médico	Sem informação
Esquirol, Jean Étienne Dominique (1772 – 1840)	10	França	Alienista	Salpêtrière
Fabiet (? - ?)	5	?	?	Sem informação
Féré, Charles Sampson (1852 – 1907)	10	França	Médico	Hospital Bicêtre
Galeno, Cláudio (129 – 199)	8	Grécia	Médico	Não se aplica
Gall, Franz Josef (1758 – 1828)	6	França	Médico	Não se aplica
Garnier, Paul Émile (1848 – 1905)	5	França	?	Asilo de Alienados
Haller, Albrecht von (1707 – 1777)	5	Suíça	?	Não se aplica
Hammond (? - ?)	6	?	?	Sem informação
Hipócrates (460 – 377 a.C.)	10	Grécia	Médico	Não se aplica
Jaccoud, Francisco (1830 – 1933)	5	Suíça	Médico	Sem informação
Kraft-Ebing, Richard F. Joseph (1840 – 1902)	7	Alemanha	Psiquiatra	Universidade de Graz
Laségue, Ernest Charles (1816 – 1883)	8	França	Médico	Hôpitaux de Paris ³
Legrand du Saule, Henry (1830 – 1886)	5	França	Médico	Salpêtrière
Lombroso, Cesare Ezechio Marco (1836-1909)	7	Itália	Médico	Asilo de Piemonte (Turim)
Longet, François Aquile (1811 – 1871)	7	França	Fisiologista	Sem informação
Luys, Jules Bernard (1828 – 1897)	9	França	Neurologista	Salpêtrière
Magnan, Jacques Joseph Valentin (1835 – 1916)	9	França	Médico	Hospital Saint' Anne
Maudsley, Henry (1835 – 1918)	7	Inglaterra	Psiquiatra	West London Hospital ⁴
Moreau de Tours, Jacques Joseph (1804 – 1884)	6	França	Alienista	Salpêtrière
Morel, Bénédicte Augustin (1809 – 1873)	14	Áustria	Médico	Asilo de Saint'Yon
Pitres, Albert Jean Marie Marcel (1848 – 1928)	7	França	Médico	Bordeaux
Platão (428 – 347 a.C.)	6	Grécia	Filósofo	Não se aplica
Ribot, Theodule (1839 – 1916)	7	França	Psicólogo	College of France
Richer, Paul Marie Louis Pierre (1849 – 1933)	5	França	Médico	Salpêtrière
Robin, Albert Edouard Charles (1847 - ?)	5	França	Médico	Sem informação
Tissot, Joseph Xavier (Ir. Hilarion) (1780 – 1864)	6	França	Médico/Frei	Asilo de Gers ⁵
Trousseau, Armand (1801 – 1867)	6	França	Médico	Hotel Dieu ⁶
Vulpian, Edme Felix Alfred (1826 – 1887)	6	França	Fisiologista	École de Méd. at Paris

(1) e Sorbone; (2) College de France; (3) Loucrine/Salpêtrière/Saint Antoine/Necker/La Pitié; (4) e University College; (5) Clermont-Ferrand/ La Cellette/Leyme; (6) e Faculdade de Medicina de Paris.

Abscesso Hepático Fúngico: Análise Secundária de Dados

Fungal Liver Abscess: Secondary Analysis of Cases

Camile Sales R. dos Santos, José Tavares-Neto

Faculdade de Medicina da Bahia (FAMEB) da Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil

O abscesso hepático causado por fungo (AHF) é patologia rara e apresenta elevada taxa de letalidade, especialmente em pacientes imunossuprimidos. Neste sentido, se justifica o estudo, baseado em análise secundária de dados, para melhor avaliar aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos. As publicações foram investigadas no LILACS e MEDLINE, sendo critério de inclusão a confirmação do agente etiológico. Foram selecionados na literatura 101 artigos, destes 61 (60,4%) foram incluídos e 40 (39,6%) excluídos. Na análise dos 61 artigos, houve a descrição de 169 pacientes com AHF, e para cada um foi preenchido questionário-padrão. Chamou atenção a falta de informações em grande número de casos. Dos 169 pacientes, 53,8% eram do sexo feminino; e a média de idade foi 31,5 ($\pm 18,8$) anos. A *Candida* sp. foi descrita em 146 (84,6%) dos casos; e 84% tinham alguma neoplasia associada. A anfotericina B foi o medicamento antifúngico mais utilizado (95,4%). Não obstante esses resultados, a quase totalidade (98,8%) dos relatos de AHF na literatura foi avaliada como de baixa qualidade, com 8 a 49 pontos dos 92 possíveis. Em conclusão, além da escassez e a baixa qualidade dos dados, que muito comprometem as publicações da literatura, a falta de uniformidade sobre o tema também indica a necessidade de outros estudos e a existência de muitas lacunas no conhecimento sobre AHF.

Palavras-chaves: Abscesso hepático fúngico, *Candida* sp., análise secundária de dados, revisão sistemática.

*Fungal liver abscess (FLA) is a rare disease and gives a high lethality, especially in immunodeficient patients. These justify this study based on secondary analysis of cases for evaluated clinical, diagnosis and treatment aspects. The publications was investigated on LILACS and MEDLINE, been inclusion criterion the confirmation of the etiologic agent. Was selected in the literature 101 articles, these 61 (60.4%) was included and 40 (39.6%) excluded. In the analysis of 61 articles 169 patients was described as having fungal hepatic abscess, and for each one was attributed pattern questionnaire. The missing information in a great number of cases called attention. Among 169 patients, 53.8% were female, the mean of age was 31.5 (± 18.8) years old. *Candida* sp. was described in 146 (84.6%) of the cases; and 84% had any neoplasia associated. Anfotericin B was the antifungal more used (95.4%). Nevertheless these results, the almost totality (98.8%) of the reports of FLA in the literature was evaluated as quality low, with 8 to 49 points of 92. In conclusion, beyond scarcity and low quality of the datum, which pledge the publications in the literature, the fault of uniformity about the theme indicates the necessity of others studies and the existence of many lacunas of knowledge about FLA.*

Key words: *Fungal liver abscess, Candida sp., secondary analysis of cases, systematic review.*

Recebido em 12/11/2004

Aceito em 11/01/2005

Endereço para correspondência: Acad. Camile Sales R. dos Santos. Rua Amazonas, 15 apto. 1002, bairro Pituba, 41830-380 Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: csrs_br@yahoo.com.br.

Gazeta Médica da Bahia 2004;74(2):Jul-Dez:127-144.

© 2004 Gazeta Médica da Bahia (ISSN 0016-545X).

Todos os direitos reservados.

O abscesso hepático fúngico é uma rara condição clínica e frequentemente associada à elevada taxa de morbimortalidade, acometendo principalmente pacientes imunossuprimidos em tratamento quimioterápico, doença granulomatosa ou neoplásica e portadores de AIDS^(4,12,13). Nas últimas décadas, aparentemente o aumento da frequência de casos de

abscesso hepático fúngico é proporcional ao da população imunossuprimida e da maior expectativa de vida da população observada em quase todo o mundo^(11,18). Também, os avanços científico-tecnológicos e a introdução de novos medicamentos aumentaram a sobrevivência de pacientes com AIDS, câncer ou de pessoas transplantadas, havendo, em conseqüência, maiores chances do aparecimento de doenças causadas por agentes oportunistas^(11,18).

Não obstante, há poucos estudos na literatura a respeito de abscesso hepático fúngico e, conseqüentemente, pouco se sabe sobre sua epidemiologia, quadro clínico mais preditivo, os agentes etiológicos mais freqüentes, abordagem propedêutica ou diagnóstica e terapêutica. Nesse sentido, a análise secundária de dados é uma das estratégias metodológicas de revisão sistemática de casos, a partir de dados publicados e visa responder perguntas diferentes daquelas dos seus estudos originais^(6,9).

A revisão sistemática sob a forma de análise secundária de dados, se aplica fundamentalmente na análise de patologia rara ou de muito baixa incidência^(6,9,22). Nesse modelo de estudo, os dados de estudos publicados ou registrados por especialistas ou de serviços reconhecidos são registrados, separadamente, em ficha ou formulário-padrão, previamente formulado, e que possibilite a padronização da coleta e do registro de dados^(6,9,22). Dessa forma, em parte, é maior o controle da variação entre observadores e a mesma é reduzida, isso seja na forma de interpretar ou de registrar o fato ou a ocorrência descrita.

O objetivo foi o de rever os casos publicados de abscesso hepático fúngico, quanto ao seu perfil etiológico, as manifestações clínicas, as estratégias terapêuticas e o prognóstico, como também avaliar possíveis fatores de risco e os principais esquemas terapêuticos utilizados.

Materiais e Métodos

Na análise secundária de dados foram utilizadas as informações bibliográficas registradas no banco de dados MEDLINE (PubMed: Cumulative Index

Medicus) e LILACS-BIREME (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências de Saúde). Foram pesquisados neste estudo os artigos publicados entre 1960 a 2003, sob a forma de relato de caso ou de série de casos de abscesso hepático fúngico, nas línguas inglesa, espanhola ou portuguesa e com obrigatoriamente a comprovação da etiologia fúngica por estudo histopatológico e/ou cultura de espécime obtido por biópsia do tecido hepático ou usando a aspiração por agulha.

Foram excluídos da análise secundária, o caso clínico ou o artigo sem comprovação da etiologia fúngica ou artigos publicados em outras línguas, diferentes daquelas citadas entre os critérios de inclusão.

Além da estratégia de pesquisa para identificação dos artigos nos bancos de dados supracitados (MEDLINE e LILACS)^(6,9), também buscou-se outros relatos de casos entre as referências bibliográficas de artigos (incluídos ou selecionados e excluídos) e em livros de Gastroenterologia, Hepatologia, Medicina Tropical, Doenças Infecciosas e Parasitárias e Infectologia.

Na pesquisa bibliográfica, foram utilizados os seguintes termos de pesquisa (palavras-chaves e delimitadores): 1. “liver abscess”[MESH] OR (hepat*[TW] AND abscess*[TW]) AND (mycosis[MESH] OR fungi[TW] OR mycosis[TW]); 2. *candida* liver abscess; 3. *aspergillus* liver abscess; 4. *sporothrix* liver abscess; 5. *blastomyces* liver abscess; 6. *histoplasma* liver abscess; 7. *cryptococcus* liver abscess; 8. *coccidioides* liver abscess; 9. *paracoccidioides* liver abscess; 10. *pseudallescheria* liver abscess; 11. *penicillium* liver abscess; e 12. fungal liver abscess.

Após a leitura do “abstract”, os artigos selecionados foram solicitados a BIREME ou ao Programa de Comutação Bibliográfica (COMUT), isso quando não encontrados em revistas disponíveis no Periódicos-CAPES ou nas Bibliotecas da Faculdade de Medicina da Bahia (FAMEB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) ou do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES).

Após a leitura completa do artigo incluído no estudo e a inclusão do(s) caso(s) publicado(s), primeiramente

os dados (demográficos, clínicos, diagnósticos, terapêuticos, evolução e prognósticos) de cada caso clínico foram registrados em questionário-padrão previamente avaliado^(6-9,26) e com as devidas adaptações para este trabalho. Nesse questionário-padrão havia perguntas sobre 112 variáveis, sendo 4 delas referentes ao trabalho publicado (número da publicação [mais o registro completo da referência bibliográfica], ano da publicação e número de casos) e o tipo de estudo (se relato ou série de casos). Das 108 variáveis restantes, outras 16 variáveis eram associadas ou decorrentes de uma outra variável pesquisada, e assim restaram 92 variáveis incluídas na pontuação final de cada caso.

Ou seja, cada caso clínico ou paciente incluído no estudo poderia ter até 92 pontos, isso caso todas as informações pesquisadas estivessem descritas no trabalho publicado, mesmo que a variável pesquisada apresentasse registro assinalado como ausente ou resultado negativo. Para isso, foram construídos dois bancos de dados. No primeiro, a informação foi registrada conforme sua distribuição possível na publicação, por exemplo: sexo (0-feminino; 1-masculino; 9- não-descrito); resultado do exame ultrasonográfico na admissão (00- sem alterações ou assinalado como “normal”; 01-lesões hipoecogênicas isoladas; ...; 16-lesões hipoecogênicas, múltiplas, tipo “bull-eye”; 98- exame realizado, mas sem resultado descrito; 99- exame não citado e sem nenhuma referência sobre o mesmo – nesse tipo de variável a codificação foi posterior). No segundo banco de dados, destinado ao cálculo da pontuação de cada caso, os resultados mencionados ou registrados (mesmo que em outras partes da publicação – relato de outro caso ou na discussão do artigo selecionado), recebiam o escore um (1) e a ausência da informação o escore nove (9) ou “missing”. Desse modo, sendo o caso relatado do sexo feminino ou masculino receberia o escore 1; bem como, aquele com resultado do exame ultrasonográfico na admissão com escores originalmente entre 0 a 98.

Pela soma dos escores (excluindo os de escore 9) das 92 variáveis sobre o caso clínico descrito, cada paciente pôde ser classificado em uma das 4 seguintes

categorias, segundo o total da pontuação recebida^(6,9): A (número de informações referenciadas acima de 79% do total de pontos possíveis) – de 76 a 92 pontos; B (razoável número de informações referenciadas) – de 50 a 75 pontos; C (baixo número de informações referenciadas) – de 25 a 49 pontos; e D (muito baixo número de informações referenciadas) – de 1 a 24 pontos.

Todas as informações registradas, foram transportadas para o Banco de Dados no “software” SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 12.0. A análise estatística foi realizada através da análise descritiva de cada variável com percentual de frequência para variáveis categóricas e média, desvio-padrão, mediana e moda para as variáveis escalares. Quando houve necessidade da aplicação de algum teste estatístico, conforme o tipo e distribuição da(s) variável(is) analisada(s), foi selecionado método paramétrico (teste t de Student) ou não-paramétrico (qui-quadrado com ou sem correção de Yates; teste exato de Fisher; teste de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis, conforme a indicação). O resultado do teste estatístico foi considerado significativo quando a probabilidade (p) da ocorrência de erro do tipo I (ou α) foi menor ou igual a 5% ($p \leq 0,05$).

Resultados

Características Gerais dos Trabalhos Publicados

Foram selecionados na literatura 101 artigos (Anexo 1) como tendo relato(s) de casos clínicos de abscesso hepático fúngico (AHF), destes 61 (60,4%) foram incluídos (Anexo 1) e 40 (39,1%) excluídos (Anexo 1). Após a análise dos 61 artigos selecionados, houve a inclusão de 169 pacientes com AHF.

Os 40 artigos excluídos totalizavam 359 pacientes com provável AHF e a quase totalidade era série de casos, sem comprovação do fungo envolvido e, alguns desses, usando critérios clínico-epidemiológicos definidores pouco precisos.

Nenhum dos casos de AHF selecionados procedia do Brasil, do continente latino-americano ou de países

da Oceania. A maioria dos casos (70,4%; 119/169) procedia dos Estados Unidos (USA) e secundariamente (20,7%; 35/169) de países europeus, especialmente da Espanha (n=15). Além dos 119 casos de procedência norte-americana, do Canadá foram 9 casos e um caso de Porto Rico (USA). Do continente asiático, só houve a descrição de 5 casos (1 da Índia, 2 de Israel e 2 do Japão).

Dos 92 pontos possíveis na sistematização de cada caso, nenhum paciente incluído obteve 76 ou mais pontos (grupo A). A pontuação dos 169 casos de AHF variou de 8 a 53 pontos, sendo a moda e a mediana de 27 e a média de 28,3 ($\pm 8,0$) pontos. Desse modo, os casos descritos ficaram assim distribuídos: grupo D (de 1 a 24 pontos): 45 (26,6%); grupo C (de 25 a 49 pontos): 122 (72,2%); e grupo B (de 50 a 75 pontos): 2 (1,2%) – um com 51 e outro com 53 pontos. Nas análises subsequentes, os 2 casos do grupo B foram somados aos do grupo C.

No Quadro 1 constam todas as 92 variáveis sistematizadas, assinalando se foi descrita (mesmo sendo o resultado normal ou negativo). Chama a atenção o grande número de variáveis sem informação, como também se observou ao relatar acima a distribuição dos casos por grupo segundo a pontuação dos mesmos. Isso seria até mais grave, caso não fossem incluídas muitas das informações ou variáveis descritas sobre o caso de AHF na discussão do artigo ou até mesmo na descrição de outro caso do mesmo artigo selecionado, quando o(s) autor(es) comparava(m) um paciente ao outro. Mesmo assim, como mostra o Quadro 1, quase dois terços (n=67; 73,6%) das 92 variáveis pesquisadas sobre o caso de AHF não tinham informações.

No conjunto, a maioria dos pacientes descritos era proveniente de série de casos (n=130; 76,9%) e os demais (n=39; 23,1%) de publicação sob a forma de relato de caso. Pelo teste de Mann-Whitney, esses últimos tiveram maiores ($p<0,008$) pontuações (“mean rank”: 103,13) do que os descritos em série de casos (“mean rank”: 79,56). Nos 130 casos de AHF extraídos de série de casos, os trabalhos descreviam de 2 a 23 pacientes; de duas séries publicadas, respectivamente com 3 e 4 casos, só foi selecionado

um (1) caso de AHF de cada. Na Tabela 1, consta a distribuição dos trabalhos segundo o número de casos descritos e o respectivo grupo da pontuação recebida, sendo desigual ($\chi^2=22,58$; $p<0,004$, g.l.=8) essa distribuição. Entre 1 (de relatos de caso) a 4 casos, houve a tendência de redução da pontuação, mas só sendo significativamente menor ($p<0,05$) quando os relatos com 4 casos foram comparados aos de 1 a 3 casos. Essa mesma análise entre os relatos de 5 a 6 casos, não alcançou significância estatística ($p>0,07$), bem como ao comparar esse conjunto (5 + 6) com os trabalhos de 8 ($p>0,81$) e 9 casos ($p>0,91$). Porém, o conjunto dos relatos de 5 a 9 casos foi diferente ($p<0,02$) da distribuição do relato com 23 casos. Por sua vez, não houve diferença estatística entre os relatos com 2 + 3 casos *versus* 5 + 6 + 8 + 9 ($p>0,50$), mas esse conjunto (2 + .. + 9) foi estatisticamente diferente dos relatos com 1 caso ($p<0,02$), 4 ($p<0,05$) e 23 casos ($p<0,02$).

Considerando o ano de publicação do trabalho dos casos levantados, as duas primeiras descrições incluídas datam de 1963, e houve a tendência do aumento do número a partir de 1984. Não obstante, com o avançar das décadas, a pontuação dos relatos não diferiu ($p>0,10$) entre os seguintes períodos: 1963-1972, 1973-1982, 1983-1992 e 1993-2001 (nenhum relato incluído foi do período 2002-2003). De 1963 a 1981, foram 13 (7,7%) relatos e de 1982 a 2001 outros 156 (92,3%) casos. Nesses dois períodos (1963 – 1981; e 1982 – 2001), foi semelhante ($p>0,97$) a proporção de casos dos grupos D e C, respectivamente 30,8% (n=4) e 69,2% (n=9) vs. 26,3% (n=41) e 73,7% (n=115).

Características dos Casos de AHF

A proporção sexual foi de 46,2% (n=78) homens e 53,8% (n=91) mulheres, com idades variando entre 1 a 81 anos (mediana de 28 e média de $31,5 \pm 18,8$ anos). Entre esses, quarenta e cinco (26,6%) tinham menos de 18 anos e 17 (10,1%) casos 60 ou mais anos de idade. As médias das idades de homens e mulheres foram semelhantes ($p>0,93$), respectivamente $31,6 \pm 19,5$ e $31,4 \pm 18,4$ anos.

Quadro 1. Variáveis pesquisadas em cada um dos 169 pacientes com abscesso hepático fúngico (AHF) publicado na literatura pesquisada (1963-2001).

Variáveis	Número de casos com alguma informação descrita (%)
<u>Demográficas</u>	
Sexo	169 (100)
Idade	169 (100)
Procedência (País)	169 (100)
Ocupação	3 (1,8)
<u>Clínicas</u>	
Dor em hipocôndrio direito	25 (14,8)
Dor em hipocôndrio esquerdo	5 (3,0)
Perda de peso	16 (9,5)
Febre	138 (81,7)
Icterícia	16 (9,5)
Outras queixas	64 (37,9)
Massa em hipocôndrio direito	1 (0,6)
Massa em hipocôndrio esquerdo	1 (0,6)
Hepatimetria do lobo hepático direito	3 (1,8)
Hepatimetria do lobo hepático esquerdo	5 (3,0)
Consistência da superfície hepática	1 (0,6)
Esplenomegalia	48 (28,4)
Duração do início das queixas até o diagnóstico (em dias)	8 (4,7)
<u>Hábitos de vida e história médica pregressa ou atual</u>	
Tuberculose	0
Outra doença fúngica associada	2 (1,2)
Alcoolista	4 (2,4)
Diabetes mellitus	5 (3,0)
Cirrose	5 (3,0)
Doença auto-imune	1 (0,6)
Neoplasia	142 (84,0)
Corticoterapia	39 (23,1)
Tratamento citotóxico ou quimioterápico	131 (77,5)
Tratamento radioterápico	4 (2,4)
Transplante (exceto de córnea)	24 (14,2)
Infecção por HIV ou AIDS	1 (0,6)
Usuário de droga	2 (1,2)
Trauma abdominal	14 (8,3)
Outra doença hepática	6 (3,6)
Corpo estranho abdominal	4 (2,4)
Prematuridade (se criança)	0
<u>Exames de laboratório, micológicos e de imagem</u>	
Hematócrito	4 (2,4)
Hemoglobina	14 (8,3)
Leucograma (total de leucócitos/mm ³)	35 (20,7)
Número de segmentados + bastões	13 (7,7)
Número de linfócitos	9 (5,3)
Número de monócitos	6 (3,6)
Alanina-aminotransferase	52 (30,8)
Aspartato-aminotransferase	41 (24,3)
Fosfatase alcalina	62 (36,7)
Gama-glutamil transferase	9 (5,3)
Tempo de protrombina	5 (3,0)

Variáveis	Número de casos com alguma informação descrita (%)
Proteínas totais	3 (1,8)
Albumina sérica	7 (4,1)
Bilirrubinas totais	44 (26,0)
Bilirrubina indireta	12 (7,1)
Proteína C-reativa	8 (4,7)
LDH	3 (1,8)
VHS	4 (2,4)
Culturas para fungos	118 (69,8)
Exame hispatológico	150 (88,8)
Tipo da biopsia diagnóstica	112 (66,3)
Exame ultrassonográfico (abdômen superior)	66 (39,1)
Alterações observadas no exame ultrassonográfico	37 (21,9)
Exame ultrassonográfico de acompanhamento	11 (6,5)
Rx de tórax	24 (14,2)
Rx de tórax (acompanhamento)	7 (4,1)
Tomografia computadorizada, TC (abdômen superior)	108 (63,9)
TC (de acompanhamento)	18 (10,7)
Ressonância magnética (RM)	31 (18,3)
RM de acompanhamento	23 (13,6)
<u>Relacionadas ao diagnóstico</u>	
Laparoscopia	92 (54,4)
Diagnóstico de AHF por laparoscopia ou laparotomia	18 (10,7)
Diagnóstico de AHF na autopsia	30 (17,8)
Gênero ou Espécie do fungo	169 (100)
Via provável da infecção fúngica	32 (18,9)
Lobo hepático envolvido	49 (29,0)
Número de abscessos fúngicos hepáticos	121 (71,6)
Tamanho dos abscessos	85 (50,3)
<u>Tratamento</u>	
Tipo de tratamento	132 (78,1)
Tempo do tratamento clínico	30 (17,8)
Número de cirurgias durante a fase de acompanhamento	136 (80,5)
Uso de anfotericina B	132 (78,1)
Dose total (em g) de anfotericina B	61 (36,1)
Tempo total (em dias) do tratamento com anfotericina B	60 (35,5)
Uso de anfotericina lipossomal e dose	132 (78,1)
Tempo total (em dias) do tratamento com anfotericina lipossomal	10 (5,9)
Uso de 5-fluorcitosina e dose	102 (60,4)
Tempo total (em dias) do tratamento com 5-fluorcitosina	11 (6,5)
Uso de fluconazol	132 (78,1)
Dose total de fluconazol	8 (4,7)
Tempo total (em dias) de uso de fluconazol	13 (7,7)
Uso de itraconazol	131 (77,5)
Dose total de itraconazol	1 (0,6)
Tempo total (em dias) de uso de itraconazol	3 (1,8)
Tratamento clínico com outro medicamento antifúngico	160 (94,7)
Efeitos colaterais aos antifúngicos usados	46 (27,2)
<u>Conclusão do caso de AHF</u>	
Seqüelas	68 (40,2)
Tipo de saída (curado, melhorado, evolução crônica, óbito)	142 (84,0)

Tabela 1. Número de casos publicados e a distribuição dos mesmos conforme a pontuação recebida, segundo o grupo.

Número de casos descritos	Pontuação dos trabalhos por grupo n (%)*		Total
	Grupo D: ≤24	Grupo C: 25 — 49	
1 ^A	5 (12,8)	34 (87,2)	39
2	3 (18,8)	13 (81,2)	16
3	6 (37,5)	10 (62,5)	16
4	6 (66,7)	3 (33,3)	9
5	3 (20,0)	12 (80,0)	15
6	9 (50,0)	9 (50,0)	18
8 ^B	8 (33,3)	16 (66,7)	24
9	3 (33,3)	6 (66,7)	9
23 ^C	2 (8,7)	21 (91,3)	23
Total	45 (26,6)	124 (73,4)	169

(A) Relato de caso; (B) não houve trabalho com 7 casos; (C) não houve trabalho com 10 a 22 casos de AHF; (*) no grupo C foram incluídos os 2 casos do grupo B.

Tabela 2. Tipo de saída (alta-curado ou óbito) conforme algumas das variáveis pesquisadas nos casos de abscesso hepático fúngico (AHF) publicados na literatura.

Característica	Tipo de saída ou desfecho, n(%)		
	Alta (n=70)	Óbito (n=58)	Estatística (p)
Sexo			
Masculino	26 (37,1)	32 (55,2)	<0,04*
Feminino	44 (62,9)	26 (44,8)	
Idade (M ± DP)	31,5 ± 19,5	34,1 ± 19,9	>0,46**
Faixa etária (anos)			
1 — 17	18 (25,7)	15 (25,9)	
18 — 59	44 (62,9)	35 (60,3)	>0,17* (g.l.=2)
60 — 81	8 (11,4)	8 (13,8)	

(*) qui-quadrado; (**) teste t de Student.

Sobre o desfecho (tipo de saída) desses casos, de 16% (n=27) não houve relato; nos demais (n=142), a distribuição dos casos de AHF foi a seguinte: 1 (0,7%) com piora clínica; 2 (1,4%) evoluíram para a cronicidade; 11 (7,7%) melhoraram mas não ficaram curados do AHF; 58 (40,8%) faleceram; e 70 (49,3%) saíram curados. Ou seja, até o final da fase de acompanhamento médico ou de encerramento sobre

o relato do caso, a maioria saiu viva (59,1%), mas foi elevada a taxa de letalidade (40,8%) entre os 142 casos com descrição do tipo de saída.

Em muitas das análises subsequentes, foram só incluídos os casos falecidos (n=58) *versus* os saídos curados (n=70). Desse modo, acredita-se que as distorções serão menores, pela redução da heterogeneidade e por conta da exclusão de grupos

de desfecho com pequenos números. Na Tabela 3, consta à distribuição do tipo de desfecho (alta-curado ou óbito) segundo o sexo e mostra o excesso significativo ($p < 0,04$) de pessoas do sexo masculino entre os casos de óbito. Contudo, as médias das idades dos casos de óbito e de pessoas saídas curadas foram semelhantes ($p > 0,46$), bem como quando distribuídos em três faixas etárias ($p > 0,17$). Dentro de cada faixa etária, o excesso de pessoas do sexo masculino só foi observada, mesmo assim no limite de significância estatística ($p > 0,056$), nos da faixa etária de 1 a 17 anos (curados: 6 homens [33,3%]; 12 mulheres [66,7%]; óbito: 10 homens [66,7%] e 5 [33,3%] mulheres). Nas faixas etárias de 18 a 59 anos e 60 ou mais anos, a razão de masculidade foi semelhante nos grupos saídos de alta e óbito, respectivamente 34,1% (15/44) e 51,4% (18/35) ($p > 0,11$); e 62,5% (5/8) e 50% (4/8) ($p > 0,50$, teste exato de Fisher).

Nos 169 casos de AHF, foram isolados fungos dos seguintes gêneros: *Alternaria* (n=1); *Blastomyces* (n=1); *Hiphochytriomyces* (n=1); *Sacchoromyces* (n=1); *Trichosporonius* (n=1); *Torulopsis* (n=2); *Coccidioides* (n=3); *Cryptococcus* (n=3); *Aspergillus* (n=10); *Candida* (n=143); *Candida* + *Aspergillus* (n=2); e *Candida* + *Sacchoromyces* (n=1). Portanto, mais de dois terços dos casos (84,6%) de AHF tiveram como único agente etiológico um fungo do gênero *Candida*. Do gênero *Candida* (n=143), foram descritas as seguintes espécies: não-tipificada (*Candida* sp.) no total de 82 casos (57,3%); *C. albicans* (n=51; 35,7%); *C. tropicalis* (n=6); *C. glabrata* (n=2); *C. stellatoidea* (n=1); *C. albicans* + *C. glabrata* (n=1); e nos três casos de infecção mista: *Candida* sp. + *Aspergillus* sp. (n=1); *C. albicans* sp. + *A. flavus* (n=1); e *C. parapsil* + *S. cerevisiae* (n=1). No grupo dos fungos não-*Candida*, as espécies descritas foram: *Alternaria* sp. (n=1); *Aspergillus* sp. (n=8); *A. fumigatus* (n=1); *A. terreus* (n=1); *Blastomyces dermatides* (n=1); *Hiphochytriomyces* sp. (n=1); *Sacchoromyces cerevisiae* (n=1); *Trichosporonius cutaneum* (n=1); *Torulopsis* sp. (n=1); *T. glabrata* (n=1); *Coccidioides immitis* (n=3); e *Cryptococcus neoformans* (n=3).

Na Tabela 3, foram assinaladas as proporções de casos pelo gênero *Candida* versus Outros fungos (inclusive os casos mistos) segundo o tipo de saída. Houve a tendência da distribuição desigual ($p < 0,04$), por conta da maior proporção de casos com outros fungos entre os casos não-curados. Mas apesar da razão de prevalência ser 2 vezes maior de casos com outros fungos entre os falecidos (20,7%) ao comparar aos curados (10%), essa diferença não foi estatisticamente significante ($\chi^2 = 2,87$; $p > 0,09$).

A análise da maioria dos dados clínicos foi prejudicada, pelo excesso de casos de AHF sem registro das informações (Quadro 1) nas publicações originais. Dos 138 (81,7%) casos com aferição da temperatura corporal à admissão só um (0,7%) não teve febre. Entre aqueles relatos com registro do exame físico do baço (n=48), na maioria (81,5%; 39/48) a víscera foi palpada; mas as proporções de casos com esplenomegalia foram estatisticamente semelhantes ($p > 0,94$) entre os casos de cura e óbito, respectivamente 84,2% (16/19) e 85% (17/20), bem como ($p > 0,40$) ao comparar os do grupo *Candida* vs. Outros fungos, respectivamente, 83,8% (31/37) e 72,7% (8/11).

De 16% (n=27) dos casos de AHF não havia registro ou qualquer informação, direta ou indireta, de diagnóstico prévio de neoplasia. Esses casos sem registro de neoplasia tinham razão de masculidade semelhante ($p > 0,28$) a dos casos com alguma neoplasia, respectivamente 55,6% (15/27) e 44,4% (63/142), mas os primeiros tinham maior ($p < 0,002$) média de idade ($41,6 \pm 22,4$ anos) do que aqueles portadores de neoplasia ($29,6 \pm 17,5$ anos).

Nos demais casos (n=142), a neoplasia mais freqüente foi a leucemia mielóide aguda (n=57; 40,1%), seguida da leucemia linfoblástica aguda (n=48; 33,8%). Outras leucemias agudas estavam associadas em 22 (15,5%) casos de AHF e em um (0,7%) de leucemia mielóide crônica. No grupo dos linfomas, houve 7 (4,9%) casos (cada um de linhagem celular ou grau de diferenciação diferente). Os casos de neoplasia sólida foram também 7 (4,9%) no total, e cada um localizado em diferentes topografias e de diversas linhagens celulares.

Tabela 3. Tipo de saída conforme o gênero do fungo isolados nos casos de abscesso hepático fúngico (AHF) publicados na literatura.

Tipo de saída (n)	Gênero do fungo, n(%)	
	Candida	Outros
Cura (70)	63 (90,0)	7 (10,0)
Melhora clínica (11)	9 (81,8)	2 (18,2)
Piora clínica + cronicidade	(3) 1 (33,3)	2 (66,7)
Óbito (58)	46 (79,3)	12 (20,7)

$\chi^2=8,50$; $p<0,04$; $gl=3$.

As frequências de isolamento de fungo do gênero *Candida* vs. outros fungos, foram semelhantes ($p>0,23$) entre os casos de leucemia mielóide aguda (4/57; 7%) e de leucemia linfoblástica aguda (1/48; 2,1%), bem como ($p>0,11$) entre esses casos e aqueles com outros tipos de leucemias agudas (3/22; 13,6%). Porém, os outros fungos predominaram ($p<0,03$) nos casos com os demais tipos de neoplasias (4/15; 26,7%) e, mais especialmente, nos casos sem registro no relato sobre algum tipo de neoplasia maligna (14/27; 51,8%; $p<0,0000001$), ao serem comparados ao conjunto de casos com algum tipo de leucemia aguda (8/127; 6,3%).

Nos 142 casos com resultado sobre o tipo de desfecho do caso com AHF, a taxa de letalidade ficou assim distribuída: 36,1% (17/47) entre os casos de leucemia mielóide aguda; 48,7% (20/41) sendo de leucemia linfoblástica aguda; 45% (9/20) leucemia aguda de diferentes linhagens; 54,5% (6/11) outras neoplasias; e 26,1% (6/23) nos casos sem registro de neoplasia. Essas frequências foram estatisticamente semelhantes ($p>0,33$), inclusive ao comparar ($p>0,11$) a taxa de letalidade nos casos sem relato de neoplasia (21,1%) vs. os demais (43,7%).

Dos 131 casos com registro sobre o uso prévio de algum citotóxico ou quimioterápico, só um (0,8%) caso de AHF não foi submetido a tratamento com um ou mais desses medicamentos.

As análises dos exames bioquímicos (séricos) e hematológicos ficaram também prejudicadas porque os relatos do maior número de casos eram incompletos (sem valores de referência e/ou do método aplicado) ou nem não foram descritos. Devido ao maior número

de casos com informações, na Tabela 4 estão registrados somente os relatos sobre ALT (alanina-aminotransferase), AST (aspartato-aminotransferase), fosfatase alcalina e bilirrubinas totais, distribuídos entre os casos falecidos e curados, mas as frequências foram estatisticamente semelhantes (Tabela 4).

Entre os 32 casos com registro da via mais provável da infecção, a mais citada foi a hematogênica em 87,5% (28/32) dos casos. A localização do abscesso hepático fúngico, referidos em 49 casos (baseados em exames de imagem ou citação do autor), foi em ambos os lobos hepáticos em 79,6% (39/49) dos casos, ou só no lobo esquerdo em outros 12,2% (6/49) ou exclusivamente no direito em 8,2% (4/49) casos de AHF.

Nos 121 casos de AHF com registro do número de abscessos, a maioria (90,9%) foi referida como sendo “múltiplos” (110/121). Os outros 11 casos foram de: 1 abscesso em 7 (5,8%) casos; 2 abscessos em 1 (0,8%); e 3 abscessos em outros 3 (2,5%) casos. Comparando o tipo de desfecho (alta vs. óbito) com o número de abscessos (≤ 3 vs. “múltiplos”), as frequências foram semelhantes ($p>0,34$); os casos de abscessos “múltiplos” foram registrados em 84,6% (44/52) dos saídos-curados e em 81,4% (35/43) dos falecidos. Quanto ao tamanho dos abscessos hepáticos, a quase totalidade dos registros clínicos ou de resultados de exames de imagem tinha informações pouco precisas. Entre esses ($n=85$), a maioria ou 83,5% (71/85) foram registrados como “pequenos” ou com expressão similar; outros 8,2% (7/85) como “grandes”; e os demais ($n=7$; 8,2%) evidenciando

Tabela 4. Resultados da ALT (alanina-aminotransferase), AST (aspartato-a-aminotransferase), fosfatase alcalina e bilirrubinas totais nos casos de abscesso hepático fúngico com informações registradas e conforme o tipo de desfecho.

Característica	Tipo de saída ou desfecho n(%)		
	Alta	Óbito	Estatística (p)
ALT			
Aumentada	5	7	>0,09
Normal ou diminuída	9	3	
Total	14	10	
AST			
Aumentada	8	8	>0,22
Normal ou diminuída	15	5	
Total	23	13	
Fosfatase alcalina			
Aumentada	20	18	>0,56
Normal ou diminuída	3	2	
Total	23	20	
Bilirrubinas totais			
Aumentada	7	13	>0,20
Normal ou diminuída	8	6	
Total	15	9	

Tabela 5. Distribuição dos casos de abscesso hepático fúngico tratados com anfotericina B, segundo o fungo isolado e o tipo de saída (vivo ou óbito).

Gênero do fungo isolado	Tipo de saída, n(%)	
	Alta	Óbito
Candida	68 (87,2)	40 (87)
Outro	10 (12,8)	6 (13)
Total	78 (100)	46 (100)

$\chi^2 < 0,001$ $p > 0,97$.

aspecto misto (“grandes e pequenos”; “tamanhos variáveis”, etc.).

Nos 127 casos com citação do tipo de tratamento e também qual foi o desfecho, o exclusivamente clínico foi o mais freqüente (54,3%; 69/127), sendo os demais tipos: cirúrgico seguido do clínico (21,3%; 27/127); clínico seguido do cirúrgico (20,4%; 26/127); clínico + cirúrgico simultâneos (3,2%; 4/127); e exclusivamente

cirúrgico (0,8%; 1/127). Considerando todos os saídos-vivos (n=80, independente da situação clínica) vs. os casos de óbito (n=43), a proporção de tratamento exclusivamente clínico teve distribuição semelhante ($p > 0,21$), respectivamente 51,2% (43/84) e 60,5% (26/43).

Entre os medicamentos antifúngicos citados, as freqüências do uso dos mesmos foram as seguintes:

95,4% (126/132) anfotericina B; 22% (29/132) anfotericina lipossomal; 20,4% (27/132) fluconazol; 12,5% (20/160) cetoconazol; e 3% (4/131) itraconazol. A 5-fluorocitosina foi mencionada em 102 casos, mas só 45 (44,1%) a usaram e em todos associado a anfotericina B. Por conta da distorção pelos pequenos números, só foram analisados os casos tratados exclusivamente com a anfotericina B (com ou sem 5-fluorocitosina associada), entre esses de 124 casos havia também informação sobre o desfecho. A Tabela 5 mostra as proporções de casos tratados com anfotericina B entre aqueles saídos-vivos e óbitos *versus* o fungo isolado (*Candida* vs. Outros), sendo semelhante à distribuição dos pacientes relatados ($p > 0,97$).

Em todos os casos ($n=61$) com dose referida de anfotericina B de nenhum foi citado o peso corporal do paciente. Nesses casos, a dose total aplicada (em miligramas), durante todo o tratamento, teve moda de 1.500mg, mediana de 3.500mg e ampla variação (0,003 a até 12.000mg).

Discussão

Na análise dos artigos, inclusive dos excluídos, e dos 169 casos de abscesso hepático fúngico (AHF) chama a atenção à imprecisão de muitas das suas informações descritas e, conseqüentemente, o grande número de lacunas sobre os mesmos. Faltou, muitas vezes, informações clínico-epidemiológicas ou sobre exames auxiliares mais disponíveis na prática clínica, mas sobram resultados ou especulações sobre exames de imagem mais sofisticados ou tecnologicamente de maior avanço. Nesse contexto, se pode especular que a investigação clínica cedeu lugar aos avanços científico-tecnológicos sem grandes vantagens para os pacientes e a ciência médica. Talvez essa seja a razão porque a qualidade da informação (medida pela pontuação recebida por cada caso) não melhorou nos artigos incluídos entre 1963 a 2001. Ao contrário, subtraindo os exames de imagem mais sofisticados^(4,20,21,25), é possível supor que a qualidade dos artigos tenha piorado ao longo das 4 décadas estudadas.

Mesmo considerando a maior dificuldade em recuperar artigos publicados nos anos 60 e 70 do século passado⁽⁶⁾, e conseqüentemente isso podendo causar viés de observação, houve o aumento de quase 12 vezes (92,3%/7,7%) do número de casos de AHF entre 1963-1981 e 1982-2001. Não só o número de periódicos científicos aumentou no período, e assim houve o aumento das chances de publicação de relato ou série de casos, mas também foram ampliadas, nas últimas décadas, as condições predisponentes de imunodepressão^(1,3,5,14,23). A pandemia pelo vírus da imunodeficiência humana é uma delas, apesar de só um caso (0,6%) referenciado como portador do vírus, no entanto, talvez isso decorra porque a maior parte (84%) dos pacientes de AHF estudados tinha alguma neoplasia, como também mostra a literatura^(2,5,11,12,15,24), fator suficiente para explicar a imunodepressão e, possivelmente, até a exclusão da investigação clínico-laboratorial sobre a infecção pelo HIV.

De modo geral, os 169 casos publicados têm descrições na literatura de sofríveis a regulares. Coerentemente, a quase totalidade (167/169) teve informações de menos de 50% das 92 variáveis levantadas. Com maior freqüência, os artigos sob a forma de série de casos e com maior quantidade de pacientes eram excluídos, devido não só aos critérios de exclusão mas também por conta da pouca caracterização e não individualização dos pacientes, não permitindo, portanto, o registro dos dados no questionário-padrão. Desse modo, quando selecionadas, as séries de casos tinham mais provavelmente pacientes melhor caracterizados. Não obstante, observou-se que os relatos de casos e as séries de casos com até 3 casos descreveram melhor seus pacientes, porém as séries com 5 ou mais pacientes também permitiram a inclusão de dados referenciados na descrição de outros pacientes ou na discussão do artigo, e, desse modo, em algumas séries incluídas, a pontuações foram maiores. Contudo, a melhor qualidade dos relatos de casos, comparados às séries de casos, também foi descrita anteriormente⁽⁸⁾; no entanto, como o espaço editorial é reduzido nos periódicos especializados, especialmente em caso de relato e série de casos, é possível que nas séries com

maior número de casos seja mais fácil incluir registro de informações sobre algum paciente ao compará-lo com outro caso da mesma série.

A surpreendente falta de informações nos casos publicados não permite a adequada descrição do perfil demográfico dos pacientes acometidos de AHF. Apesar da maioria dos casos proceder dos EUA, não se pode afirmar que há maior incidência da doença naquele país, pois isso provavelmente reflete o maior número de publicações científicas norte-americanas e também a maior disponibilidade de exames micológicos e/ou histopatológicos mais acurados.

Por outro lado, a ausência de casos procedentes de países latino-americanos, especialmente do Brasil, mais provavelmente decorre do menor avanço científico-tecnológico, inclusive por conta da carência de laboratórios de Micologia, também por conta do menor número de periódicos científicos e até do lamentável preconceito contra relato e série de casos, considerados por muitos como mais próprios para apresentação em congressos e outros tipos de encontros científicos.

Em particular, no Brasil muitas cidades de médio e grande porte não têm laboratórios de Micologia e, mais especialmente, condições de classificar a espécie fúngica envolvida no processo infeccioso. Na cidade do Salvador (Bahia), por exemplo, exceto o serviço de Patologia Clínica do Hospital Couto Maia nenhum outro laboratório de hospital público realiza, na rotina, cultura para fungos com possibilidade de identificar a espécie por meio de métodos mais modernos.

Ainda sobre esse aspecto, o clínico necessita considerar que os fungos não-candida são mais freqüentes nos casos de neoplasias não-hematológicas e, mais provavelmente, em portadores de AHF sem neoplasia. Essa situação observada, no presente estudo, é talvez mais outro complicador na investigação do caso e mais especialmente em centros médicos menos desenvolvidos. Não obstante, a literatura⁽¹⁹⁾ é omissa sobre essas observações.

A maior concentração de óbitos em pessoas do sexo masculino, da faixa etária de 1 a 17 anos, não tem uma explicação aparente, e pode ser decorrente de alguma associação não explorada ou até espúria.

Os resultados indicam ser o AHF mais freqüente na terceira década de vida, e naqueles não-portadores de neoplasia em idades mais avançadas. Contudo, a literatura é contraditória sobre os relatos dessas características demográficas^(2,15,23). No entanto, como a maioria (84%) dos casos estudados tem alguma neoplasia maligna, à semelhança do que mostra a literatura especializada^(5,24), é muito provável a interferência dessa prévia doença na distribuição dos casos quanto ao sexo e a idade. Além do que, sexo e idade além de variáveis biológicas sofrem o efeito ou estão fortemente associadas a outros fatores de impossível controle nesse tipo de estudo.

O abscesso hepático fúngico é descrito muito mais freqüentemente em casos com algum tipo celular de leucemia aguda⁽¹⁸⁾. Neste estudo, a associação de AHF com neoplasia foi descrita em 142 (84%) dos pacientes, sendo a maioria em casos de leucemia aguda. Outro importante fator associado foi o uso de medicamentos citotóxicos ou quimioterápicos, descrito em 130 (76,9%) dos relatos. Desse modo, essa associação provavelmente é reforçada pelo encontro de ambas características, no entanto nesse tipo de estudo deve ser também considerado que alguma prévia comorbidade expõe a pessoa a investigação clínico-laboratorial mais acurada, a qual seria incomum em pessoa previamente hígida. Em consequência, é possível especular que muitos casos de AHF sem antecedentes médicos passem despercebidos.

Candida sp., ou mais propriamente a espécie *C. albicans*, é o agente etiológico mais freqüentemente descrito^(3,10,16), e foi neste estudo isolada em 84,6% dos pacientes. A presença de febre foi o sinal mais freqüentemente relatado em 81,1% pacientes relatados. Contudo, a baixa qualidade dos relatos publicados, assinalada na quase totalidade (98,8%) dos casos descritos na literatura investigada, limita qualquer inferência ou interpretação mais consistente. Essa escassez de informações, para a mais correta caracterização das manifestações clínicas dos pacientes acometidos de AHF, também pode evidenciar a ausência de sintomatologia específica⁽²⁾ que alerte sobre a hipótese diagnóstica de abscesso hepático fúngico. Por sua vez, a imunossupressão e as doenças

associadas que geralmente acometem esses pacientes contribuem para a inespecificidade das repercussões clínicas.

Nesse contexto, a história natural do AHF é difícil de ser caracterizada e isso, juntamente com a freqüente co-morbidade (*e.g.*, neoplasia), explica a elevada taxa de letalidade observada. Assim, parece ser recomendável a investigação dessa doença fúngica em pacientes imunodeprimidos febris com quadro clínico inespecífico, o que pode abreviar o tempo para o diagnóstico e o início do tratamento específico. Mesmo assim, foi também surpreendente a falta de informações nas publicações a respeito dos exames laboratoriais, especialmente aqueles mais realizados na prática clínica em casos de doença hepática.

Aparentemente o tratamento exclusivamente clínico é a mais freqüente indicação em caso de AHF. Porém, não pode ser desconsiderado que a maioria dos casos estudados tinha alguma neoplasia e o precário estado geral dos pacientes pode ser fator limitante da abordagem cirúrgica e que mesmo assim foi descrita em 45,7% (58/127) dos casos em algum momento do acompanhamento médico.

Foi notória a falta de padronização sobre o uso da anfotericina B e até a citação de doses absurdas (*e.g.*, 12.000mg). Apesar do antibiótico mais indicado em casos de AHF^(13,17,19,23,25,27), a análise dos resultados não indicou nenhuma diferença nas proporções entre aqueles tratados com anfotericina B no grupo de pacientes saídos-vivos vs. óbito.

Em conclusão, mesmo considerando todas as limitações metodológicas e notadamente àquelas decorrentes da baixa qualidade dos relatos, a presença de abscessos em ambos os lobos hepáticos, múltiplos, em portador de leucemia aguda, e com outras características antes descritas, são fortes indícios da etiologia fúngica. Porém, o maior mérito desse tipo de investigação é rever a literatura sobre situações clínicas pouco freqüentes e ainda com muitas lacunas sobre a sua história natural, além de um método de estudo talvez mais próprio para trabalhos monográficos ou dissertações de curso de mestrado na área médica. Com essa abordagem metodológica, extremamente facilitada com a introdução da pesquisa bibliográfica em bancos

de dados eletrônicos, a investigação clínica pode ter mais subsídios a serem aplicados na prática médica e a pesquisa clínica obter mais evidências científicas.

Referências Bibliográficas

1. Annunziata GM, Blackstone M, Hart J, Piper J, Baker AL. Candida (*Torulopsis glabrata*) liver abscesses eight years after orthotopic liver transplantation. *J Clin Gastroenterol* 24:176-9, 1997.
2. Anttila VJ, Elonen E, Nordling S, Sivonen A, Ruutu T, Ruutu P. Hepatosplenic candidiasis in patients with acute leukemia: incidence and prognostic implications. *Clin Infect Dis* 24: 375-80, 1997.
3. Bjerke JW, Meyers JD, Bowden RA. Hepatosplenic candidiasis: a contraindication to marrow transplantation. *Blood* 84: 2811-14, 1994.
4. Bondestam S, Jasson SE, Kivisaari L, Elonen E, Ruutu T, Anttinen I. Liver and spleen candidiasis: imaging and verification by fine-needle aspiration biopsy. *Br Med J* 282: 1514-5, 1981.
5. Catersen H, Widding E, Storm K, Ostergaard E, Herlin T. Hepatosplenic candidiasis in children with cancer: three cases in leukemic children and a literature review. *Pediatr Hematol Oncol* 7: 3-12, 1990.
6. Figueiredo GC. Artrite fúngica: análise secundária de dados. Dissertação de Mestrado. Salvador: Curso de Pós-graduação em Medicina e Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia/ Universidade Federal da Paraíba, 2001.
7. Figueiredo ECQ, Cotrim HP, Tavares-Neto J. Frequência do vírus da hepatite C em profissionais da saúde: revisão sistemática da literatura. *GED* 22: 53-60, 2003.
8. Figueiredo GC, Figueiredo EV, Tavares-Neto J. Artrite fúngica: análise secundária de dados. *Rev Bras Ortop* 35: 259-69, 2002.
9. Figueiredo GC, Tavares-Neto J. Estruturação de um banco de dados para análise secundária de dados de informações em relatos ou série de casos. *Rev Bras Ortop* 36: 407-11, 2001.
10. Finkelstein R, Wichtig C, Hashmonai M. Candida albicans liver abscesses. *Infection* 13: 243-4, 1985.
11. Fleece DM, Faerber EM, Chadarevian JP. Pathological case of the month. Hepatosplenic candidiasis in a patient with leukemia. *Arch Pediatr Adolesc Med* 152: 1033-4, 1998.
12. Grois N, Mostbeck G, Scherrer R, Chott A, Schwarzingler I, Muhm M, Bettelheim P, Forstinger C, Laczika K, Kyrle PA, Lechner K. Hepatic and splenic abscesses - a common complication of intensive chemotherapy of acute myeloid leukemia (AML). A prospective study. *Ann Hematol* 63: 33-8, 1991.

13. Hague RA, Eastham EJ, Lee RE, Cant AJ. Resolution of hepatic abscess after interferon gamma in chronic granulomatous disease. *Arch Dis Child* 69: 443-5, 1993.
14. Haron E, Feld R, Tuffnel P, Patterson B, Hasselback R, Matlow A. Hepatic candidiasis: an increasing problem in immunocompromised patients. *Am J Med* 83: 17-26, 1987.
15. Karthaus M, Ganser A. Hepatosplenic candidiasis in patients with acute leukemia. *Br J Haematol* 109: 672, 2000.
16. Lewis JH, Patel HR, Zimmerman HJ. The spectrum of hepatic candidiasis. *Hepatology* 2: 479, 1982.
17. Lopez-Berestein G, Bodey GP, Frankel LS, Mehta K. Treatment of hepatosplenic candidiasis with liposomal amphotericin B. *J Clin Oncol* 5: 310-17, 1987.
18. Maxwell AJ, Mamtora H. Fungal liver abscesses in acute leukaemia - a report of two cases. *Clin Radiol* 39: 197-201, 1988.
19. Mazza D, Gugenheim J, Toouli J, Mouiel J. Survival of a liver graft recipient treated for an aspergillar liver abscess. *Clin Infect Dis* 23: 831-2, 1996.
20. Mendez RJ, Schiebler ML, Outwater EK, Kressel HY. Hepatic abscesses: MR imaging findings. *Radiology* 190: 431-6, 1994.
21. Pastakia B, Shawker TH, Thaler M, O'Leary T, Pizzo PA. Hepatosplenic candidiasis: wheels within wheels. *Radiology* 166: 417-21, 1988.
22. Pereira MG. *Epidemiologia: Teoria e Prática*. 1 ed. (3ª impressão), Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 596p., 2000.
23. Quintini G, Barbera V, Spadola V, Minardi V, Mariani G. Successful treatment of hepatosplenic candidiasis in an elderly patient with myeloid leukemia using liposomal daunorubicin and fluconazole. *Haematologica* 86: E18, 2001.
24. Sallah S, Semelka RC, Wehbie R, Sallah W, Nguyen NP, Vos P. Hepatosplenic candidiasis in patients with acute leukemia. *Br J Hematol* 106: 697-701, 1999.
25. Shirkoda A, Lopez-Berestein G, Holbert JM, Luna MA. Hepatosplenic fungal infection: CT and pathologic evaluation after treatment with liposomal amphotericin B. *Radiology* 159: 349-353, 1986.
26. Siqueira NG, Santos-Jesus R, Tanajura D, Tavares-Neto J. Doença policística hepática: análise secundária de dados. *Rev Col Bras Cir* 30: 205-15, 2003.
27. Walsh TJ, Whitcomb PO, Revankar SG, Pizzo PA. Successful treatment of hepatosplenic candidiasis through repeated cycles of chemotherapy and neutropenia. *Cancer* 76: 2357- 2362, 1995.

Anexo 1. Referências bibliográficas* excluídas e incluídas de casos de abscesso hepático fúngico pesquisados na literatura consultada.

Excluídas

- I. Anttila VJ, Elonen E, Nordling S, Sivonen A, et al. Hepatosplenic candidiasis in patients with acute leukemia: incidence and prognostic implications. *Clin Infect Dis* 24: 375-80, 1997.
- II. Anttila VJ, Farkkila M, Jansson SE, et al. Diagnostic laparoscopy in patients with acute leukemia and suspected hepatic candidiasis. *Eur J Clin Microbiol* 16: 637-43, 1997.
- III. Anttila VJ, Ruutu P, Bondestam S, et al. Hepatosplenic yeast infection in patients with acute leukemia: a diagnostic problem. *Clin Infect Dis* 18: 979-81, 1994.
- IV. Bjerke JW, Meyers JD, Bowden RA. Hepatosplenic candidiasis: a contraindication to marrow transplantation. *Blood* 84: 2811-4, 1994.
- V. Castaldo P, Stratta RJ, Wood RP, et al. Clinical spectrum of fungal infections after orthotopic liver transplantation. *Arch Surg* 126: 149-56, 1991.
- VI. Chen CY, Chen YC, Tang JL, et al. Hepatosplenic fungal infection in patients with acute leukemia in Taiwan: incidence, treatment, and prognosis. *Ann Hematol* 82: 93-7, 2003.
- VII. Chubachi A, Miura I, Ohshima A, et al. Notable clinical changes of hepatosplenic abscesses in febrile neutropenic patients receiving empiric antifungal treatment with azoles. *Eur J Haematol* 52: 248-50, 1994.
- VIII. Chubachi A, Miura I, Ohshima A, et al. Risk factors for hepatosplenic abscesses in patients with acute leukemia receiving empiric azole treatment. *Am J Med Sci* 308:309-12, 1994.
- IX. Civard G, Filice C, Caremani M, et al. Hepatic abscesses in immunocompromised patients: ultrasonically guided percutaneous drainage. *Gastrointest Radiol* 17: 175-8, 1992.
- X. Degregorio MW, Lee WMF, Linker CA, et al. Fungal infections in patients with acute leukemia. *Am J Med* 73: 543-548, 1982.
- XI. Durand F, Bernuau J, Dupont B, et al. Aspergillus intraabdominal abscess after liver transplantation successfully treated with itraconazol. *Transplantation* 54: 734-5, 1992.

- XII. Gavilan F, Torre-Cisneros J, Delgado M, et al. Thrombosis of the hepatic artery and portal vein secondary to invasive aspergillosis following liver transplantation. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 16: 127-9, 1998.
- XIII. Ghai S, Thulkar S, Purushothaman PN, et al. Multiple focal lesions in liver and spleen in acute leukaemia. *Postgrad Med J* 76: 661-5, 2000.
- XIV. Karthaus M, Ganser A. Hepatosplenic candidiasis in patients with acute leukemia. *Br J Hematol* 109: 672, 2000.
- XV. Karthaus M, Huebner G, Elser C, et al. Early detection of chronic disseminated candida infection in leukemia patients with febrile neutropenia: value of computer-assisted serial ultrasound documentation. *An Hemat* 77: 41-5, 1998.
- XVI. Krick JA, Remington JS. Opportunistic invasive fungal infections in patients with leukemia and lymphoma. *Clin Haematol* 5: 249-310, 1976.
- XVII. Lubin M, Bartlett DL, Danfoth DN, et al. Hepatic abscess in patients with chronic granulomatous disease. *Ann Surg* 235: 383-91, 2002.
- XVIII. Marcucci RA, Whitely H, Armstrong D. Common bile obstruction secondary to infection with *Candida*. *J Clin Microbiol* 7: 450-2, 1978.
- XIX. Marcus SG, Walsh TJ, Pizzo PA, et al. Hepatic abscess in cancer patients. Characterization and management. *Arch Surg* 128: 1358-64, 1993.
- XX. Martinez FJ, Jimenez ME, Moreno I, et al. Tratamiento curativo con fluconazol en 5 casos de candidiasis invasiva. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 14: 541-4, 1996.
- XXI. Myerowitz RL, Pazin GJ, Allen CM. Disseminated candidiasis. Changes in incidence, underlying diseases and pathology. *Am J Clin Pathol* 68: 29-38, 1977.
- XXII. Park GR, Drummond GB, Lamb D, et al. Disseminated aspergillosis occurring in patients with respiratory, renal, and hepatic failure. *Lancet* 2: 179-83, 1982.
- XXIII. Rossetti F, Brawner DL, Bowden R, et al. Fungal liver infection in marrow transplant recipients: prevalence at autopsy, predisposing factors and clinical features. *Clin Infect Dis* 20: 801-11, 1995.
- XXIV. Sallah S, Semelka RC, Kelekis N, et al. Diagnosis and monitoring response to treatment of hepatosplenic candidiasis in patients with acute leukemia using magnetic resonance imaging. *Acta Hematol* 100: 77-81, 1998.
- XXV. Semelka RC, Kelekis N, Sallah S, et al. Hepatosplenic fungal disease: diagnostic accuracy and spectrum of appearances on MR imaging. *AJR Am J Roentgenol* 169: 1311-6, 1997.
- XXVI. Sheehy TW, Horreycutt BK, Spencer JT. *Geotrichum* septicemia. *JAMA* 235: 1035-7, 1976.
- XXVII. Shirkhoda A. CT findings in hepato-splenic and renal candidiasis. *J Comput Assist Tomogr* 11: 795-798, 1987.
- XXVIII. Spencer DA, Darbyshire P. Resolution of hepatic abscess after interferon gamma in chronic granulomatous disease. *Arch Dis Child* 70: 356, 1994.
- XXIX. Swerdloff JN, Filler SG, Edwards JE. Severe candidal infections in neutropenic patients. *Clin Infect Dis* 17 (Suppl 2): 5457, 1993.
- XXX. Torres-Valdiviesco MJ, Lopez J, Melero C, et al. Hepatosplenic candidosis in an immunosuppressed patient responding to fluconazole. *Mycoses* 37: 443-6, 1994.
- XXXI. Triger DR, Goepel JR, Slater DN, et al. Systemic candidiasis complicating acute hepatic failure in patients treated with cimetidine. *Lancet* 2: 837, 1981.
- XXXII. Uflacker R, Wholey MH, Amaral NM, et al. Parasitic and mycotic causes of biliary obstruction. *Gastrointest Radiol* 7: 173, 1982.
- XXXIII. van Burik JH, Leisenring W, Myerson D, et al. The effect of prophylactic fluconazole on the clinical spectrum of fungal diseases in bone marrow transplant recipients with special attention to hepatic candidiasis. An autopsy study of 355 patients. *Medicine (Baltimore)* 77: 246-254, 1998.
- XXXIV. Varkey B. Liver disease and aspergillosis. *JAMA* 249: 2020, 1983.
- XXXV. von Eiff M, Essink M, Ross N, et al. Hepatosplenic candidiasis, a late manifestation of candida septicemia in neutropenic patients with haematologic malignancies. *Blut* 60: 242-8, 1990.
- XXXVI. von Eiff M, Fahrenkamp A, Roos N, et al. Hepatosplenic candidosis- a late manifestation of *Candida* septicemia. *Mycoses* 33: 283-90, 1990.
- XXXVII. Wajszczuk CP, Dummer JS, Ho M, et al. Fungal infections in liver transplant recipients. *Transplantation* 40: 347-53, 1985.
- XXXVIII. Walsh TJ, Whitcomb P, Piscitelli S, et al. Safety, tolerance, and pharmacokinetics of amphotericin B lipid complex in children with hepatosplenic candidiasis. *Antimicrob Agents Chemother* 41: 1944-8, 1997.
- XXXIX. Walsh TJ, Whitcomb PO, Revankar SG, et al. Successful treatment of hepatosplenic candidiasis through repeated cycles of chemotherapy and neutropenia. *Cancer* 76: 2357-62, 1995.

- XL. Wang JT, Yao M, Tang JL, et al. Prior invasive fungal infection is not a contraindication for subsequent allogeneic bone marrow transplantation in adult patients with hematologic malignances. *J Clin Oncol* 19: 4000-1, 2001.

Incluídas

- I. Abbas SZ, Cunningham R, Wilkinson SP. An unusual polymicrobial liver abscess. *J Infect* 40: 291-2, 2000.
- II. Alvarez AO, Vanegas F, Maze GL, et al. Polymicrobial cholangitis and liver abscess in a patient with the acquired immunodeficiency syndrome. *South Med J* 93: 232-4, 2000.
- III. Annunziata GM, Blackstone M, Hart J, et al. Candida (*Torulopsis glabrata*) liver abscesses eight years after orthotopic liver transplantation. *J Clin Gastroenterol* 24: 176-9, 1997.
- IV. Aucott JN, Fayen J, Grossnicklas H, et al. Invasive *Saccharomyces cerevisiae*: report of three cases and review. *Rev Infect Dis* 12: 406-11, 1990.
- V. Berlow ME, Spirt BA, Weil L. CT follow-up of hepatic and splenic fungal microabscesses. *J Comput Assist Tomogr* 8: 42-5, 1984.
- VI. Blade J, Lopez AG, Rozman C, et al. Chronic systemic candidiasis in acute leukemia. *Ann Hematol* 64: 240-4, 1992.
- VII. Bondestam S, Jasson SE, Kivisaari L, et al. Liver and spleen candidiasis: imaging and verification by fine-needle aspiration biopsy. *Br Med J (Clin Res Ed)* 282: 1514-5, 1981.
- VIII. Bulajic N, Velimirovic S, Vukojevic J, et al. Fungus-like hyphochytrids associated with human disease. *APMIS* 107: 833-6, 1999.
- IX. Callen PW, Filly RA, Marcus FS. Ultrasonography and computed tomography in the evaluation of hepatic microabscesses in the immunosuppressed patient. *Radiology* 136: 433-4, 1980.
- X. Cech P, Stalder H, Widmann JJ, et al. Leukocyte myeloperoxidase deficiency and diabetes mellitus associated with *Candida albicans* liver abscess. *Am J Med* 66: 149-53, 1979.
- XI. Cuesta Lopez MJ, Zapata Lopez A, Anglada Pntado JC, et al. Fluconazole treatment of hepatic abscesses caused by *Candida albicans*. *Enferm Infecc Micriobiol Clin* 15: 389-90, 1997.
- XII. Das BC, Haynes I, Weaver RM, et al. Primary hepatic cryptococcosis. *Br Med J* 287: 464, 1983.
- XIII. Djalilian AR, Smith JA, Walsh TJ, et al. Keratitis caused by *Candida glabrata* in a patient with chronic granulomatous disease. *Am J Ophthalmol* 132: 782-3, 2001.
- XIV. D'Silva H, Burke JF Jr, Cho SY. Disseminated aspergillosis in a presumably immunocompetent host. *JAMA* 248: 1495-7, 1982.
- XV. Finkelstein R, Wichtig C, Hashmonai M. *Candida albicans* liver abscesses. *Infection* 13: 243-4, 1985.
- XVI. Fitzgerald EJ, Coblenz C. Fungal microabscesses in immuno-suppressed patients- CT appearances. *Can Assoc Radiol J* 39: 10-2, 1988.
- XVII. Fleece DM, Faerber EM, Chadarevian JP. Pathological case of the month. Hepatosplenic candidiasis in a patient with leukemia. *Arch Pediatr Adolesc Med* 152: 1033-4, 1998.
- XVIII. Francis IR, Glazer GM, Amendola MA, et al. Hepatic abscesses in the immunocompromised patient: role of CT in detection, diagnosis, management, and follow-up. *Gastrointest Radiol* 11: 257-62, 1986.
- XIX. Friedman E, Blahut RJ, Bender MD. Hepatic abscesses and fungemia from *Torulopsis glabrata*. Successful treatment with percutaneous drainage and amphotericin B. *J Clin Gastroenterol* 9: 711-5, 1987.
- XX. Gangadharan VP, Sasidharan K, Preetha S, et al. Chronic systemic (hepatosplenic) candidiasis in a patient with granulocytic sarcoma. *Am J Oncol* 23: 562-3, 2000.
- XXI. Gordon SC, Watts JC, Veneri RJ, et al. Focal hepatic candidiasis with perihepatic adhesions: laparoscopic and immunohistologic diagnosis. *Gastroenterology* 98: 214, 1990.
- XXII. Gorg C, Weide R, Schwerek WB, et al. Ultrasound evaluation of hepatic and splenic microabscesses in the immunocompromised patient: sonographic patterns, differential diagnosis, and follow-up. *J Clin Ultrasound* 22: 525-9, 1994.
- XXIII. Grois N, Mostbeck G, Scherrer R, et al. Hepatic and splenic abscesses - a common complication of intensive chemotherapy of acute myeloid leukemia (AML). A prospective study. *Ann Hematol* 63: 33-8, 1991.
- XXIV. Hague RA, Eastham EJ, Lee RE, et al. Resolution of hepatic abscess after interferon gamma in chronic granulomatous disease. *Arch Dis Child* 69: 443-5, 1993.
- XXV. Haron E, Feld R, Tuffnel P, et al. Hepatic candidiasis: an increasing problem in immunocompromised patients. *Am J Med* 83: 17-26, 1987.

- XXVI. Heath CH, Jaksic A, Mckerracher D, et al. Disseminated *Saccaromyces cerevisiae* infection following polymicrobial hepatobiliary sepsis. *Aust N Z J Med* 30: 521-2, 2000.
- XXVII. Howard PF, Smith JW. Diagnosis of disseminated coccidioidomycosis. *Arch Intern Med* 143: 1335, 1983.
- XXVIII. Hudson J, Scott GL, Warnock DW. Treatment of hepatic candidosis with liposomal amphotericin B in patient with acute leukaemia. *Lancet* 338: 1534-5, 1991.
- XXIX. Johnson TL, Barnett JL, Appelman HD, et al. *Candida* hepatitis. Histopathologic diagnosis. *Am J Surg Pathol* 12: 716-20, 1988.
- XXX. Jones JM. Granulomatous hepatitis due to *Candida albicans* in patients with acute leukemia. *Ann Intern Med* 94: 475-7, 1981.
- XXXI. Kauffman C, Bradley S, Ross S, et al. Hepatosplenic candidiasis: successful treatment with fluconazole. *Am J Med* 91: 137-41, 1991.
- XXXII. Kimura M, Udagawa S, Shoji A, et al. Pulmonary aspergillosis due to *Aspergillus terreus* combined with staphylococcal pneumonia and hepatic candidiasis. *Mycopathologia* 111: 47-53, 1990.
- XXXIII. Korinek JK, Guarda LA, Bolivar R, et al. *Trichosporon* hepatitis. *Gastroenterology* 85: 732, 1983.
- XXXIV. Lewis JH, Patel HR, Zimmerman HJ. The spectrum of hepatic candidiasis. *Hepatology* 2: 479, 1982.
- XXXV. Linker CA, DeGregorio MW, Ries CA. Computerized tomography in the diagnosis of systemic candidiasis in patients with acute leukemia. *Med Pediatr Oncol* 12: 380-5, 1984.
- XXXVI. Lopez-Berestein G, Bodey GP, Frankel LS, et al. Treatment of hepatosplenic candidiasis with liposomal amphotericin B. *J Clin Oncol* 5: 310-7, 1987.
- XXXVII. Magnussen CR, Olson JP, Ona FV, et al. *Candida* fungus balls in the common bile duct. Unusual manifestation of disseminated candidiasis. *Arch Intern Med* 139: 821-2, 1979.
- XXXVIII. Maxwell AJ, Mamtara H. Fungal liver abscesses in acute leukaemia- a report of two cases. *Clin Radiol* 39: 197-201, 1988.
- XXXIX. Mazza D, Gugenheim J, Toouli J, et al. Survival of a liver graft recipient treated for na aspergillar liver abscess. *Clin Infect Dis* 23: 831-2, 1996.
- XL. Mendez RJ, Schiebler ML, Outwater EK, et al. Hepatic abscesses: MR imaging findings. *Radiology* 190: 431-6, 1994.
- XLI. Miller JH, Greenfield LD, Wald BR. Candidiasis of the liver and spleen in childhood. *Radiology* 142: 375-80, 1982.
- XLII. Mirsky HS, Cuttner J. Fungal infections in acute leukemia. *Cancer* 30: 342-8, 1972.
- XLIII. Moseley RH, Kris MG, Einzig A, et al. Respiratory alkalosis and abdominal pain heralding *Candida* hepatitis. *Arch Intern Med* 142: 1495-7, 1982.
- XLIV. Murray JG, Patel MD, Lee S, et al. Microabscesses of the liver and spleen in AIDS: detection with 5- MHz sonography. *Radiology* 197: 723-7, 1995.
- XLV. Niebel J, Farack U, Mursic V. Bacterial-mycotic liver abscess in a non-immunocompromised host. *Infection* 12: 256-7, 1984.
- XLVI. Pastakia B, Shawker TH, Thaler M, et al. Hepatosplenic candidiasis: wheels within wheels. *Radiology* 166: 417-21, 1988.
- XLVII. Pestalozzi BC, Krestin GP, Schanz U, et al. Hepatic lesions of chronic disseminated candidiasis may become invisible during neutropenia. *Blood* 90: 3858-64, 1997.
- XLVIII. Quintini G, Barbera V, Spadola V, et al. Successful treatment of hepatosplenic candidiasis in na elderly patient with myeloid leukemia using liposomal daunorubicin and fluconazole. *Haematologica* 86: E18, 2001.
- XLIX. Ryan ME, Kirchner JP, Sell T, et al. Cholangitis due to *blastomyces dermatitidis*. *Gastroenterology* 96: 1346, 1989.
- L. Sabesin SM, Fallon HJ, Bethesda VTA. Hepatic failure as a manifestation of cryptococcosis. *Arch Intern Med* 111: 661-9, 1963.
- LI. Sallah S, Semelka RC, Sallah W, et al. Anphotericin B lipid complex for the treatment of patients with acute leukemia and hepatosplenic candidiasis. *Leuk Res* 23: 995-9, 1999.
- LII. Sallah S, Semelka RC, Wehbie R, et al. Hepatosplenic candidiasis in patients with acute leukemia. *Br J Hematol* 106: 697-701, 1999.
- LIII. Shirkhoda A, Lopez-Berestein G, Holbert JM, et al. Hepatosplenic fungal infection: CT and pathologic evaluation after treatment with liposomal amphotericin B. *Radiology* 159: 349-53, 1986.
- LIV. Soyer P, Lachehed D, Caudron C, et al. Hepatic candidiasis: MR findings at 2- Teslas. *J Belge Radiol* 76:179, 1993.
- LV. Tanaka J, Kasai M, Masauzi N, et al. Successful second allogeneic bone marrow transplantation in a relapsed acute myeloid leukemia patient with fungal liver abscess. *Ann Hematol* 65:193-5,1992.
- LVI. Tashjian LS, Abramson JS, Peacock Jr JE. Focal hepatic candidiasis: a distinct clinical variant of candidiasis in immunocompromised patients. *Rev Infect Dis* 6: 689-703, 1984.

- LVII. Thaler M, Pastakia B, Shawker TH, et al. Hepatic candidiasis in cancer patients: the evolving picture of the syndrome. *Ann Intern Med* 108: 88-100, 1988.
- LVIII. Trachana M, Roilides E, Gompakis N, et al. Case report. Hepatic abscesses due to *Aspergillus terreus* in an immunodeficient child. *Mycoses* 44: 415-8, 2001.
- LIX. Vairani G, Rebeschini R, Barbazza R. Hepatic and subcutaneous abscesses due to aspergillosis. Initial diagnosis of a case by intraoperative fine needle aspiration cytology. *Acta Cytol* 34: 891-4, 1990.
- LX. Verdeguer A, Fernandez JM, Esquembre C, et al. Hepatosplenic candidiasis in children with acute leukemia. *Cancer* 65: 874-7, 1990.
- LXI. Walsh TJ, Hamilton SR. Disseminated aspergillosis complicating hepatic failure. *Arch Intern Med* 143: 1189-91, 1983.

(*) nas referências com 4 ou mais autores, o quarto e os autores seguintes foram substituídos pela expressão *et al.*

Farmacogenômica: Aspectos Éticos

Pharmacogenomic: Ethical Aspects

Eliane S. Azevêdo

Núcleo de Bioética, Departamento de Ciências Biológicas da UEFS (Feira de Santana, BA), Brasil

Os avanços nas ciências genômicas estão levando ao surgimento de uma proposta terapêutica revolucionária, a farmacogenômica. Inspirada na farmacogenética, surgida na década de quarenta do século passado, a farmacogenômica busca a relação entre o metabolismo de drogas e estudos moleculares de DNA e/ou RNA objetivando a prescrição da medicação certa, na dose certa, à pessoa certa. Otimizando as expectativas, a forma tradicional de prescrição já está sendo denominada, por alguns, de “medicação tamanho único”. Todavia, os conflitos éticos decorrentes da farmacogenômica também já preocupam, em especial, se analisados sob o olhar de países em desenvolvimento. Vários desses conflitos são discutidos no presente trabalho.

Palavras-chaves: Farmacogenômica; farmacogenética, ética, bioética, países desenvolvimento.

The advances on genomic studies may entirely changes the concept of drugs prescriptions. Based on the traditional pharmacogenetics, the pharmacogenomics aims to understand the relationship between drug metabolism and DNA or RNA molecular variations to prescribe the right drug, in the right dosage to the right person. In addition, some of the enthusiastic about this practice are referring to the traditional therapeutics as single size drugs. However, there are many ethical conflicts risen by pharmacogenomics. In the present paper some of these conflicts are discussed, specially from a developing country view.

Key words: Pharmacogenomics, pharmacogenetics, ethics, bioethics, developing countries.

O avanço das ciências genômicas criou uma opção terapêutica tão revolucionária que, sendo comprovada e aceita, mudará, totalmente, o conceito de prescrição medicamentosa em Medicina⁽¹⁶⁾.

Do ponto de vista da indústria farmacêutica, a farmacogenômica poderá reduzir em até 60% os custos para a produção de um novo medicamento, atualmente estimado em cerca de 880 milhões de dólares⁽¹¹⁾. Além disso, os entusiastas da farmacogenômica exaltam as vantagens de usar-se a droga certa, para a pessoa certa, na dose certa. Assim, este novo capítulo da

prática médica está sendo denominado de “medicina personalizada” em contraposição à tradicional medicina, já cognominada, por alguns, “tamanho único”, isto é, em depreciativa referência à medicação para uso de todos⁽⁸⁾.

Não obstante todo entusiasmo da indústria farmacêutica, a farmacogenômica, como tantos outros avanços em medicina, está imerso em questionamentos éticos, principalmente em se tratando de países em desenvolvimento.

Uma Breve Revisão Sobre Genes e Drogas

A observação inicial sobre influências de produtos gênicos primários (proteínas e enzimas), no metabolismo de drogas ocorreu há cerca de seis décadas. Em 1946, no Japão, o Dr. Takahara, observou que a ausência da habitual formação de bolhas e o surpreendente surgimento de coloração

Recebido em 23/12/2004

Aceito em 19/01/2005

Endereço para correspondência: Profa. Eliane S. Azevêdo, Núcleo de Bioética/UEFS, BR 116N, km 03, 44031-460 Feira de Santana, BA, Brasil. Tel.: 55 75 224-8124. E-mail: eliane@uefs.br

Gazeta Médica da Bahia 2004;74(2):Jul-Dez:145-148.

© 2004 Gazeta Médica da Bahia (ISSN 0016-545X).

Todos os direitos reservados.

escura após o uso tópico de água oxigenada em uma garota de 11 anos, também ocorria em três de seus cinco irmãos. A mente investigativa do Dr. Takahara o levou à descoberta de que a deficiência da enzima catalase era a causa deste tipo de reação inesperada ao uso tópico da água oxigenada; cunhou a palavra acatalasemia para identificar o quadro bioquímico-clínico; sugeriu que um par de genes de herança autossômica recessiva era o responsável pela ausência da síntese da enzima catalase e demonstrou que, entre os japoneses, o gene para a deficiência de catalase ocorre com frequência que varia de 0,3% a 12%^(1,13,15).

Durante a Guerra do Vietnã, alguns soldados americanos desenvolveram episódios de anemia hemolítica após o uso de primaquina como preventivo para malária. Mais tarde, demonstrou-se que a deficiência da enzima glicose-6-fosfato desidrogenase (G_6PD), nas hemácias, interferia no metabolismo da primaquina causando anemia hemolítica. Não apenas primaquina, mas muitos outros medicamentos que também usam a via do glutatão para seu metabolismo levam ao surgimento de episódios de anemia hemolítica nos portadores de deficiência de G_6PD . O fato da deficiência da enzima G_6PD ser de herança ligada ao cromossomo X facilitou a observação em soldados (homens) e favoreceu o desenvolvimento de estudos populacionais em várias partes do mundo^(2,3,12).

Esses achados e outras observações incomuns na resposta ao uso de drogas levaram Vogel a criar a palavra *farmacogenética* significando os estudos de fatores genéticos no metabolismo de drogas. Em 1971, Brewer reconheceu que os genes eram também responsáveis por certa variação na resposta a agentes ambientais e criou a palavra *ecogenética* cujo conceito foi re-elaborado mais tarde por Omenn & Motulsky⁽¹⁴⁾.

Quando a palavra farmacogenética foi criada, os estudos de genética humana eram restritos aos efeitos das variações de enzimas e de proteínas sobre o metabolismo de drogas. Após o projeto genoma humano, os estudos em farmacogenética ganharam nova dimensão, explorando variações nas próprias moléculas de DNA e de RNA correlacionando-as à diversidade de respostas ao uso de drogas⁽⁵⁾.

Atualmente, a relação entre metabolismo de drogas e características hereditárias é denominado de farmacogenômica, farmacoproteômica ou mesmo o termo tradicional, farmacogenética⁽⁸⁾. Muitas vezes, o conceito desses termos não fica bem esclarecido devido a interesses específicos ou preferência terminológica do pesquisador. No presente trabalho, far-se-á uso da palavra farmacogenética conforme seu significado original, reservando-se a palavra farmacogenômica para a relação entre metabolismo de drogas e estudos moleculares de DNA e/ou RNA através de técnicas modernas de biologia molecular.

Aspectos Éticos e Sociais da Farmacogenômica

Não obstante complexos, os aspectos sociais e éticos da farmacogenômica permitem alguns destaques, principalmente, se analisados sob a perspectiva de países em desenvolvimento.

1- As lições advindas da biologia do desenvolvimento demonstram que *ligar e desligar* genes são fenômenos pouco compreendidos pela ciência não obstante ocorrerem, na espécie humana, desde a formação do zigoto até a vida adulta⁽¹⁷⁾. Além disso, torna-se cada dia mais comprovado que os fenômenos epigenéticos são de fundamental importância neste complexo processo de silenciamento e de ativação de genes⁽⁹⁾. Conseqüentemente, a esperada presença de determinada proteína ou enzima em níveis adequados de atividade para satisfazer os requerimentos de uma medicação personalizada poderá não ser observada devido a diferenças culturais, sociais e étnicas resultantes da diversidade na qualidade e/ou quantidade de alimentos em uso, tanto quanto na diversidade genética entre grupos e populações⁽⁴⁾. Por exemplo, brasileiros miscigenados e desnutridos poderão nunca se beneficiar de drogas “personalizadas” testadas em brancos bem nutridos do hemisfério norte e vice-versa.

2- Considerando que grande parte da variabilidade genética humana está relacionada a diferenças étnicas, será pouco provável não se partir para a produção de

medicamentos específicos para certo grupo étnico ou raça¹⁰. Do ponto de vista ético, a produção de medicamentos etnia-específicos irá contribuir para aprofundamento das divisões entre a humanidade e seus subsequentes desafios. As drogas personalizadas irão favorecer relações de paz entre povos ou irão estimular exatamente o contrário?

3- Um terceiro ponto de preocupação está relacionado à complexidade da prescrição de medicamentos personalizados. Haverá necessidade prévia de um teste de DNA, o qual poderá não ser conclusivo mas sujeito a interpretação probabilística⁽⁶⁾. Quem irá decidir qual nível de probabilidade a droga será segura e eficaz? Serão os médicos clínicos forçados a se tornarem capacitados para interpretação de testes de DNA ou haverá necessidade da ajuda de geneticistas ou de biólogos moleculares? Haverá surgimento de um novo tipo de aconselhamento antes do uso de uma medicação personalizada? Irá o aconselhamento farmacogenômico tornar-se um novo tipo de prática médica? A qual custo?

4- Em países em desenvolvimento, como o Brasil, onde o serviço de saúde pública não consegue atender às necessidades básicas da população, quem irá pagar por um tratamento personalizado com teste de DNA incluso? Não irá a medicina personalizada aprofundar mais ainda as distâncias entre uma medicina “de rico” e uma medicina “de pobre”? Não estará este novo tipo de discriminação social fomentando mais conflitos que benefícios dentro de um mesmo país?

5- Para aqueles com condições socioeconômicas que permitam o custeio de medicação personalizada, os problemas éticos também existem. A exigência de testes de DNA prévios ao uso da medicação cria novos riscos de quebra de confidencialidade e, conseqüentemente, abre a possibilidade de danos sociais ao paciente e sua família. Esses riscos vão desde a construção de preconceitos (doença não passível de tratamento devido aos genes do paciente e, conseqüentemente, dos parentes), até conflitos com seguradoras de saúde e empregadores. Um

novo conceito de discriminação social poderá surgir, rotulando as pessoas de acordo com os seus genes, para o grupo dos “eufarmacogenômicos” ou o oposto. Alguns poderão chegar à exorbitância de preferir ter filhos com pessoas reconhecidamente eufarmacogenômicos para resposta a medicações para as doenças mais preocupantes. Assim, a indústria farmacêutica poderá tornar-se a modeladora da composição genética das futuras gerações.

6- Qual será o limite de frequência das variantes genéticas que permitirão, economicamente, o investimento na produção de drogas personalizadas? Em analogia ao que vem sendo chamado de “drogas órfãs”, ou seja, aquelas cuja frequência da doença não estimula o mercado, existirão também conjuntos raros de genes que, não obstante serem excelentes metabolizadores para certa medicação, ocorram com raridade na população alvo para consumo. Assim, não basta ter os genes, é necessário que, nessa população, ocorram acima de uma certa frequência economicamente viável ao investimento.

7- Sabe-se que, em circunstâncias especiais, a complexidade da biologia humana é capaz de lançar mão de percursos metabólicos alternativos e inesperados. Será que o teste de DNA, anterior ao uso da medicação, será capaz de perscrutar as peculiaridades metabólicas de cada um, resultantes de unicidades genéticas e ambientais? Será que a promessa de oferta da medicação certa, na dose certa, para a pessoa certa, terá condições de sempre ser atingida? Ou o tradicional “efeito Weber”⁽⁷⁾ também continuará prevalecendo para a farmacogenômica? Isto é, continuará a expectativa de que “o número de efeitos adversos relatados para cada droga aumentará até a metade do segundo ano de comercialização da medicação.”

Finalmente, se um progresso médico, como a farmacogenômica, não irá mudar para melhor a vida da maioria das pessoas, poderá, do ponto de vista ético, ser considerado um *progresso*?

Referências Bibliográficas

1. Aebi HE. The investigation of inherited enzyme deficiencies with special reference to acatalasemia. *In* Proc. 3rd Internat Cong Hum Genet, p. 189, 1967.
2. Azevedo ES, Yoshida A. Brazilian variant of glucose-6-phosphate dehydrogenase (Gd Minas Gerais). *Nature* 222: 380, 1969.
3. Beutler E, Yoshida A. Human glucose-6-phosphate dehydrogenase variants: a supplementary tabulation. *Ann Hum Genet* 37: 151, 1973.
4. Evans EE, McLeod HL. Pharmacogenomics – Drug Disposition, Drug Targets, and Side Effects. *N Engl J Med* 348: 538-549, 2003.
5. Evans WE, Relling MV. Moving towards individualized medicine with pharmacogenomics. *Nature* 429:464-8, 2004.
6. Freund CL, Wilfond BS. Emerging ethical issues in pharmacogenomics: from research to clinical practice. *Am J Pharmacogenomics* 2: 273-281, 2002.
7. Harnell NR, Wilson JP, Patel NC, Crismon ML. Adverse event reporting with selective serotonin-reuptake inhibitors. *Ann Pharmacother* 37: 1387-1391, 2003.
8. Jain KK. Role of pharmacogenomics in the development of Personalized medicine. *Am J Pharmacogenomics* 5: 331-336, 2004.
9. Kremenskoy M, Kremenska Y, Ohgane J, Hattori N, Tanaka S, Hashizume K, Shiota K. Genome-wide analysis of DNA methylation status of CpG islands embryoid bodies, teratomas, and fetuses. *Biochem Biophys Res Com* 311: 884-890, 2003.
10. Lee SS. Race, distributive justice and the promise of pharmacogenomics: ethical considerations. *Am J Pharmacogenomics* 3: 385-392, 2003.
11. Lipton P. Pharmacogenetics: the ethical issues. *Am J Pharmacogenomics* 3: 14-16, 2003.
12. Motulsky, AG. Multifactorial inheritance and heritability in pharmacogenetics. *Hum. Genet. (suppl.)* 1: 7, 1978.
13. Motulsky AG. Pharmacogenetics. *Prog Med Genet* 3:49, 1964.
14. Omenn GS, Motulsky AG. “Ecogenetics”: genetics variation in susceptibility to environmental agents. *In*: BH Cohen, AM. Liliensfeld, PC. Huang (ed.), *Genetic Issues in Public Health and Medicine*. Boston: Charles C. Thomas, 1978.
15. Takahara S. Progressive oral gangrene probably due to block of catalase in the blood (acatalasemia). *Lancet* 2: 1101, 1952.
16. Sadée W. The Human Genome Project. Pharmacogenomics. *BMJ* 319: 1286-1296, 1999.
17. Zingg J-M, Jones PA. Genetic and epigenetic aspects of DNA methylation on genome expression, evolution, mutation and carcinogenesis. *Carcinogenesis* 18: 869-882, 1997.

Os Médicos e a Indústria Farmacêutica

The Doctors and Pharmaceutical Industry

Diego Espinheira da Costa Bomfim, Júlio Leonardo Barbosa Pereira
Faculdade de Medicina da Bahia (FAMEB) da UFBA, Salvador, BA, Brasil

A indústria farmacêutica é, atualmente, a maior financiadora da pesquisa científica em medicina. Recentemente, vieses têm sido identificados nas pesquisas de medicamentos por ela patrocinados, dando resultados mais favoráveis em comparação aos apresentados por pesquisadores independentes. Outra influência já relatada apresenta-se na prescrição médica, graças à propaganda de medicamentos. Todos estes fatores são costumeiramente negados pelo senso comum. Entretanto, deve-se dar a devida atenção ao que a ciência vem revelando sobre o tema.

Palavras-chaves: indústria farmacêutica; financiamento; pesquisa científica; influência; vieses.

Nowadays, the pharmaceutical industry (PI) is medicine science research biggest sponsor. Lately, biases have been identified on studies sponsored by PI, presenting better outcomes when compared to those presented by independent researchers. Other influence, previously reported, can be found at medical prescription in response to drug's advertising. Common sense has usually denied this information. However, the correct attention should be given to what is science reveal about this subject.

Key words: pharmaceutical industry; sponsor; science research; influence; biases.

A pesquisa científica é o eixo norteador da prática médica atual. Com os últimos avanços científico-tecnológicos, como o advento da Internet e a sua popularização, toda a prática médica foi redefinida, ampliando as possibilidades e estimulando o profissional médico a acompanhar a dinâmica científica, por meio da leitura crítica de dados científicos disponíveis em artigos, “guidelines” e revisões da literatura⁽⁷⁾. No entanto, alguns questionamentos têm sido levantados sobre a influência da indústria farmacêutica no resultado de muitos desses estudos, já que esta é financiadora de boa parte da pesquisa científica mundial, bem como divulgadora

de ciência, financiadora dos espaços de atualização dos médicos (como congressos, simpósios) e ao mesmo tempo, grande interessada na venda dos medicamentos que desenvolve.

A princípio, cabe ressaltar, há gritante desproporcionalidade entre a importância daquelas questões levantadas e a reduzida quantidade de estudos relacionados às mesmas. Não obstante, ultimamente, esse panorama vem mudando, com a publicação de importantes trabalhos em revistas médicas reconhecidas e de prestígio em todo mundo, como: Lancet, British Medical Journal (BMJ), The Journal of the American Medical Association (JAMA) e a New England Journal of Medicine (NEJM). Dentre os periódicos de língua portuguesa, mais recentemente, foram publicados artigos na Revista da Associação Médica Brasileira⁽¹⁰⁾, Cadernos de Saúde Pública⁽¹⁾ e nos Ciência e Saúde Coletiva⁽²⁾. Esses trabalhos têm indicado vieses significativos em pesquisas patrocinadas pela indústria farmacêutica e forte influência do “marketing” na prescrição médica.

Recebido em 28/11/2004

Aceito em 11/01/2005

Endereço para correspondência: Júlio Leonardo Barbosa Pereira. Diretório Acadêmico de Medicina (DAMED). Pavilhão de Aulas da Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA, Av. Reitor Miguel Calmon s/n°, Vale do Canela, 40110-100, Salvador-BA, Brasil. E-mail: juliommais@yahoo.com.br

Gazeta Médica da Bahia 2004;74(2):Jul-Dez:149-151.

© 2004 Gazeta Médica da Bahia (ISSN 0016-545X).

Todos os direitos reservados.

Outro evento ajudou a trazer à tona o tema em questão, destacando-o tanto nas revistas científicas como nos meios de comunicação de massa. Trata-se do caso do antiinflamatório Vioxx[®], da Merck, retirado do mercado de todo o mundo em setembro de 2004, devido aos seus efeitos colaterais e que não haviam sido previamente observados⁽⁸⁾. Esse evento desencadeou, inúmeras críticas a “Food and Drug Administration” (FDA), órgão responsável pela regulamentação de novas drogas nos EUA, e um dos maiores parâmetros de rigor na avaliação dos estudos científicos sobre medicamentos em todo mundo. No meio acadêmico, tiveram grande relevância os editoriais das revistas médicas JAMA e NEJM, os quais fizeram duras críticas à atuação da FDA na regulação de novas drogas^(5,11).

Todas essas questões - associadas ao uso de medicamentos, exercício profissional e aspectos éticos - trazem a certeza que o relacionamento entre a indústria farmacêutica, a academia e a pesquisa científica precisa ser analisado com olhares mais criteriosos e exigentes. É de conhecimento público os benefícios advindos dessa relação, como a maior facilidade de obtenção de recursos para a realização de seminários, congressos e, principalmente, o financiamento maciço em pesquisa de novos medicamentos. Entretanto, a parte nociva desse relacionamento tem sido sistematicamente negada pelo senso comum dos profissionais e estudantes da área de saúde, porém, mais recentemente, começa a ser provada pela ciência.

Lexchin et al.⁽⁹⁾, em revisão sistemática, publicada no BMJ em 2003, descrevem que 13 dos 16 artigos investigados, sobre a relação entre financiamento pela indústria farmacêutica e os resultados de experimentos clínicos e meta-análises, tinham resultados tendenciosos e favoreciam o produto do agente patrocinador. Dos trabalhos incluídos no estudo de Lexchin et al.⁽⁹⁾, dois afirmavam que pesquisas financiadas pela indústria farmacêutica eram mais favorecidas quando comparadas as de estudos com outra fonte de financiamento, sendo esse favorecimento da ordem de 5 ou 11 vezes maior^(4,6).

Noutra revisão, publicada na Lancet em 2002 por Collier et al.⁽³⁾, os autores afirmam que as conclusões dos experimentos clínicos patrocinados pela indústria farmacêutica tendem a ser mais favoráveis aos produtos desenvolvidos pelas mesmas quando comparados aos estudos realizados a partir de outros financiamentos. Essa revisão acrescenta ainda outra informação, para tentar assegurar o “viés positivo” a indústria farmacêutica tem entrado com ações legais para impedir pesquisadores independentes de publicar resultados negativos. Os autores⁽³⁾ também destacaram que 90% dos problemas de saúde de todo mundo (em sua maioria em populações de países em desenvolvimento) só atraem 10% dos recursos aplicados à pesquisa e que o interesse da indústria farmacêutica por lucros pode ser responsável por essa discrepância.

Outro aspecto nocivo da relação entre a indústria farmacêutica e a Medicina é a influencia na prescrição médica. A estratégia é a maciça propaganda direcionada à construção e futura exploração do relacionamento interpessoal entre o médico e o representante da casa farmacêutica, e definida como o “uso da lacuna emocional”, desde que são cada vez menores as diferenças entre as diversas marcas comerciais que disponibilizam a mesma droga, o que torna a prescrição médica menos passível de ser influenciada por comparações objetivas. Assim, o médico acaba prescrevendo baseado na subjetividade e favorece a empresa e o representante que “marcaram” mais o produto farmacêutico. Para isso, o representante deve investir nesta relação tempo e dinheiro.

Essa “lógica de mercado” é passível de confirmação empírica, dada a volumosa soma em recursos investidos pela indústria farmacêutica, inclusive na aquisição de presentes ou regalos os mais diversos e viagens para médicos e futuros médicos (estudantes de Medicina). Entretanto, essa influencia é negada fortemente no meio médico e estudantil. Particularmente no meio estudantil, a justificativa para tal negação é a crença de que essas tentativas de sedução, perpetradas pelas empresas de medicamentos, são pouco eficazes. Novamente

segundo Collier et al.⁽³⁾, a estratégia usada pela indústria de medicamentos é a produção de “lembranças” (e.g., canetas, bloco de anotações, calendários, entre outras), financiamento na participação ou na realização de eventos médicos (e.g., simpósios, congressos, etc.) e/ou de se “aproximar” do futuro profissional médico para encorajar a idéia que os medicamentos são uma solução necessária para uma boa saúde⁽³⁾.

Não obstante, a pesquisa científica é indispensável para a boa prática médica e tem ajudado a desenvolver a mesma com suporte em evidências, atualizadas e consistentes. No entanto, a simples constatação de que a indústria farmacêutica - a maior interessada na venda de medicamentos - é também a grande produtora de conhecimento através de pesquisas causa espanto. A editora do JAMA, Catherine de Angelis, afirmou ser pouco razoável esperar que as indústrias farmacêuticas relatem voluntariamente problemas com suas próprias drogas e até ironiza ao escrever que seria o mesmo que esperar que “a raposa vigiasse o galinheiro”⁽⁵⁾. Concluímos então ser necessário maior número de estudos sobre o tema, programa de educação continuada e fundamento em valores éticos e bioéticos, a maior atenção do profissional médico e do estudante de Medicina por meio da leitura mais crítica do papel da indústria farmacêutica nas suas práticas e a influência da mesma como facilitadora de vieses em pesquisas médicas.

Referências Bibliográficas

1. Barros JAC. A (des)informação sobre medicamentos: o duplo padrão de conduta das empresas farmacêuticas. *Cad Saúde Pública* 16: 421-7, 2000.
2. Barros JAC, Joany S. Anúncios de medicamentos em revistas médicas: ajudando a promover a boa prescrição? *Ciênc saúde coletiva* 7: 891-8, 2002.
3. Coellier J, Iheanacho I. The Pharmaceutical Industry as Informant. *Lancet*. 360: 1405-1409, 2002.
4. Davidson RA. Source of funding and outcome of clinical trials. *J Gen Intern Med* 1: 155-8, 1986.
5. Fontanarosa PB, Rennie D, DeAngelis C. Postmarketing surveillance: lack of vigilance, lack of trust. *JAMA* 292: 2647-50, 2004.
6. Friedberg M, Saffran B, Stinson TJ, Nelson W, Bennett CL. Evaluation of conflict of interest in economic analyses of new drugs used in oncology. *JAMA* 282: 1453-7, 1999.
7. Hunt DL, Jaeschke R, McKibbin KA. Users' guides to the medical literature. XXI. Using electronic health information resources in evidence-based practice. Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA* 283: 1875-9, 2000.
8. Juni P, Nartey L, Reichenbach S, cite todos os autores. Risk of cardiovascular events and rofecoxib: cumulative meta-analysis. *Lancet* 364: 2021-9, 2004.
9. Lexchin J, Bero LA, Djulbegovic B, Clark O. Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review. *BMJ* 326:1167-70, 2003.
10. Nobre MRC, Bernardo WM, Jatene FB. Por que as pesquisas financiadas pela indústria farmacêutica mostram resultados mais favoráveis aos seus produtos? *Rev Assoc Med Bras* 50: 4-5, 2004.
11. Topol, Eric J. Failing the Public Health - Rofecoxib, Merck, and the FDA. *N Engl J Med* 351: 1707-9, 2004.

Pólo de Educação Permanente em Saúde: Um Espaço de Diálogo Interinstitucional para Promoção de Mudanças na Graduação Médica

Pole of Permanent Education in Health: A Space for the Interinstitutional Dialogue for Promotion of Changes in the Medical Graduation

Ricardo Heinzelmann

Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA (FAMEB), Salvador, BA, Brasil

A implementação do Sistema Único de Saúde tem exigido profissionais de saúde com perfil diferente do observado até então, fazendo-se necessárias mudanças na formação destes profissionais e no trabalho em saúde. O Ministério da Saúde vem implementando a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde objetivando causar impacto significativo promotor dessas mudanças. A estratégia dos Pólos de Educação Permanente em Saúde busca articular gestores, instituições formadoras, estudantes, usuários e trabalhadores da saúde para formulação de políticas loco-regionais de educação permanente.

Palavras-chaves: Sistema Único de Saúde; Formação Médica; Pólos de Educação Permanente em Saúde; Brasil.

The implementation of the National Health System has demanded professional of health with different profile of the observed one until then, becoming necessary changes in the formation of these professionals and the work in health. The Health Department comes implementing the National Politics of Permanent Education in Health objectifying to cause promotional significant impact of these changes. The strategy of the Pole of Permanent Education in Health searches to articulate managers, formation institutions, students, users and workers of the health for formularization of regional politics of permanent education.

Key-words: National Health System; Medical formation; Pole of Permanent Education in Health; Brazil.

A Reforma Sanitária, a Implementação do SUS e a Formação Médica no Brasil

O processo de Reforma Sanitária no Brasil, ainda em curso, teve inicialmente, entre suas características, a mobilização de uma parcela dos profissionais de

Recebido em 02/12/2004

Aceito em 06/01/2005

Endereço para correspondência: Ricardo Souza Heinzelmann. Diretório Acadêmico de Medicina (DAMED). Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA, Av. Reitor Miguel Calmon s/nº, Vale do Canela, 40110-100, Salvador-BA, Brasil.

E-mail: ricardoheinzelmann@yahoo.com.br

Gazeta Médica da Bahia 2004;74(2):Jul-Dez:152-156.

© 2004 Gazeta Médica da Bahia (ISSN 0016-545X).

Todos os direitos reservados.

saúde (incluindo muitos médicos) que passaram a questionar a forma de organização do sistema de atenção à saúde até então vigente. Entre os questionamentos, além dos aspectos relacionados à universalização do atendimento, financiamento e descentralização, estavam também o modelo de atenção, o conceito ampliado de saúde e seus determinantes, a questão da integralidade e do cuidado em saúde⁽¹⁰⁾. Tais aspectos estavam diretamente relacionados ao cotidiano do trabalho nos serviços de saúde que em grande parte é orientado pela formação acadêmica do profissional de saúde.

Após a conquista do arcabouço jurídico-normativo do Sistema Único de Saúde – SUS – regido na Constituição de 1988 e regulamentado nas Leis

Orgânicas da Saúde nº 8080 e nº 8142 de 1990, configura-se há mais de uma década o desafio da implementação dos princípios e diretrizes constitucionais da universalidade, participação social, descentralização, equidade e integralidade na atenção à saúde, contrariando interesses particulares do setor privado da saúde, que extremamente organizado e influente politicamente, vem tentando manter a Saúde subordinada a interesses econômicos⁽⁸⁾.

Apesar de diversos avanços no campo da gestão e organização das ações e serviços, o trabalho em saúde foi “secundarizado”. Além da indefinição quanto ao Plano de Cargos, Carreiras e Salários no SUS, por exemplo, ainda predomina no Brasil a formação profissional desconectada das reais necessidades do perfil epidemiológico e da organização do cuidado à saúde da população.

Quanto à formação médica, pode-se afirmar que, ainda é subordinada aos interesses privados, pois continua baseada, prioritariamente, em procedimentos e práticas hospitalares, nas tecnologias com elevado valor econômico agregado e no viés biologicista. À disputa de concepção política-ideológica da Saúde que se reflete também na formação médica, soma-se a mentalidade predominante na Escola Médica – bem como na Universidade - de que o saber é segmentado, o professor é o centro do processo de ensino-aprendizagem e a simples transmissão de conhecimento é a finalidade daquele processo^(6,8).

Observa-se então que um dos grandes desafios atuais para a consolidação do SUS, de acordo com seus princípios e diretrizes constitucionais, é a formação e desenvolvimento dos profissionais da saúde.

Portanto, faz-se necessário a implantação de processos, concomitantes, envolvendo os profissionais que hoje estão na rede de serviços do SUS e mudanças nos cursos de graduação em saúde.

Em relação aos profissionais, objetiva-se que estes re-signifiquem suas práticas e problematizem o cotidiano do seu trabalho tendo como referência conceitos advindos com a Reforma Sanitária a exemplo do acolhimento, da responsabilização, da clínica ampliada e do cuidado em saúde⁽¹⁾.

Quanto à mudança nos cursos de graduação em saúde, deseja-se que esses promovam a formação de acordo com as necessidades do SUS e de saúde da população. Pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina publicadas em 2001 pelo MEC, o médico a ser formado deve ter “formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano”⁽³⁾.

Essas Diretrizes⁽³⁾ também definiram que no processo de ensino-aprendizagem o estudante deve ser o sujeito, apoiado pelo professor como facilitador e mediador do processo, devendo-se inserir precocemente o estudante em práticas relevantes para a futura vida profissional com ênfase em serviços da atenção básica e secundária e, preferencialmente, em atividades envolvendo equipe multiprofissional, integrando num processo crescente de complexidade dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais.

Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS e os Pólos de Educação Permanente em Saúde

Atendendo ao preceito constitucional de que ao SUS compete ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde, o Ministério da Saúde (MS), em 2003, assumiu o papel de gestor federal do SUS, no que diz respeito à formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde. Dentro do organograma do MS foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SEGETS) e nesta, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), assumindo a política relativa à formação e desenvolvimento profissional.

Deve-se considerar que no Brasil, nos últimos anos, através do setor da Educação na Saúde vêm sendo realizados muitos projetos e cursos sob a lógica da Educação Continuada. Nesse sentido pode-se afirmar que há várias atividades ou programas com o objetivo de atualizar os profissionais dos serviços em conhecimentos técnicos específicos de sua área de atuação. Em um processo “verticalizado”, definem-se: cargas horárias, conteúdos e metodologias. No entanto, não são consideradas as peculiaridades regionais, os “saberes” do cotidiano das práticas dos profissionais e equipes de cada serviço de saúde. Além disso, são atividades ou programas pontuais e não apresentam grande impacto no sentido da transformação de práticas e do trabalho em saúde.

Para produzir impacto nas instituições formadoras, no sentido de alimentar os processos de mudança e promover a transformação das práticas dominantes nos serviços - tendo orientação conceitual definida e por meio da articulação interinstitucional - foram propostas pelo DEGES e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, em 2003, a Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS e a estratégia dos Pólos de Educação Permanente em Saúde⁽⁵⁾.

Segundo publicação oficial do MS “a educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) e propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços”. Conforme Maria Alice Roschke, a “educação permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se, portanto, que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho. A

atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central. A formação e desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS.”⁽⁴⁾.

A proposta do Ministério da Saúde é formar em cada Estado do País, Pólos de Educação Permanente em Saúde nos seus territórios loco-regionais e que se constituirão em espaços para o estabelecimento do diálogo e da negociação entre os autores das ações e serviços do SUS e das instituições formadoras.

São autores e atores fundamentais dessas instâncias de articulação da educação permanente em saúde: os gestores estaduais e municipais; as universidades e instituições de ensino com cursos na área da saúde, incluindo principalmente as suas áreas clínicas e da saúde coletiva; as escolas de saúde pública; as escolas técnicas de saúde; os hospitais universitários e de ensino; os estudantes da área de saúde; os trabalhadores de saúde; os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde.

Os Pólos de Educação Permanente em Saúde, por sua característica de encontro e integração interinstitucional, de educação e trabalho e de formação e intervenção na realidade, são responsáveis também pela articulação e gestão da inserção de docentes e estudantes nos cenários de prática dos serviços de saúde, buscando fortalecer e levar para dentro da educação superior e profissional os valores de acolhimento, responsabilização, vínculo, integralidade da atenção, ação intersetorial e trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar.

É importante ressaltar que a partir da instalação dos Pólos, todos os incentivos financeiros do Ministério da Saúde, referentes a mudanças na formação de graduação dos profissionais de saúde, estarão vinculados a projetos que sejam analisados e pactuados dentro dos Pólos e que contemplem a integração com o SUS, a adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, e a formação geral, crítica e humanística, sob a perspectiva da multiprofissionalidade, transdisciplinaridade e do conceito de clínica ampliada de saúde.

Os Pólos de Educação Permanente em Saúde no Estado da Bahia

Em outubro de 2003, foi realizado em Salvador o Seminário para apresentação e discussão da Política de Educação Permanente em Saúde, seguindo-se a constituição de um Grupo de Trabalho, com a atribuição de formular o “Projeto para Conformação da Rede de Pólos de Educação Permanente em Saúde da Bahia”⁽²⁾, o qual foi posteriormente aprovado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e no Conselho Estadual de Saúde.

Nesse contexto, o Estado da Bahia passou a contar com oito Pólos loco-regionais, os quais formarão a rede estadual, observando-se os princípios do SUS, tendo como algumas de suas diretrizes: a cooperação, a co-responsabilidade e a autonomia.

Com base no Plano Diretor para a Regionalização da Assistência à Saúde no Estado da Bahia (PDR), os Pólos serão localizados em cada uma das sedes das macro-regiões, a saber: Nordeste (Salvador), Centro Leste (Feira de Santana), Sudoeste (Vitória da Conquista), Norte (Juazeiro), Oeste (Barreiras), Extremo Sul (Eunápolis), Sul I (Jequié) e Sul II (Ilhéus-Itabuna).

Pólo de Educação Permanente em Saúde da Macro-região Nordeste da Bahia

O Pólo da Macro-região Nordeste abrange o litoral norte do Estado e o Recôncavo, onde está localizada a Região Metropolitana de Salvador. Nela estão situados 98 (noventa e oito) municípios em 10 (dez) micro-regiões (Salvador, Conceição do Coité, Cícero Dantas, São Felix, Santo Amaro, Santo Antônio de Jesus, Catu, Camaçari, Alagoinhas e Serrinha), com uma população total de 5.265.302 habitantes, que representam cerca de 39,8% da população do Estado. Para gestão do Pólo da Macro-região Nordeste, foram definidas três instâncias colegiadas: Colegiado de Gestão, Conselho Gestor e Secretaria-executiva.

O Colegiado de Gestão consiste em uma grande plenária para definição das diretrizes gerais da política de educação permanente em saúde da Macro-região.

Está previsto que essa plenária seja convocada semestralmente, podendo dela participar representantes de todas as instituições e entidades relacionadas com a formação e desenvolvimento de trabalhadores da saúde.

O Conselho Gestor é uma instância deliberativa que se reúne mensalmente para pactuar, acompanhar e avaliar projetos de Educação Permanente em Saúde definidos dentro das diretrizes estabelecidas pelo Colegiado de Gestão. O Conselho Gestor tem em sua composição representantes de secretarias municipais de saúde, da secretaria estadual de saúde, de todos os cursos de graduação em saúde das instituições públicas de ensino superior, de instituições particulares de ensino superior, de usuários dos conselhos municipais de saúde, dos estudantes de graduação em saúde, de hospitais universitários e de ensino, das associações de ensino, dos trabalhadores da saúde, de movimentos sociais e das escolas de formação técnica e estadual de saúde pública.

A Secretaria-executiva, sediada na Secretaria municipal de saúde de Salvador, é formada por seis membros do Conselho Gestor, eleitos entre seus pares, tendo por finalidade dar suporte administrativo para operacionalização das decisões do Pólo de Educação Permanente em Saúde.

Com referência ao ano de 2004, o Pólo da Macro-região Nordeste da Bahia contou com recursos do Ministério da Saúde (MS) da ordem de R\$ 550 mil, destinados ao financiamento de cerca de 15 projetos pactuados no Conselho Gestor do Pólo.

Dentre os projetos pactuados, apenas um aborda a questão da formação médica. Trata-se de projeto formulado pelo Fórum Estudantil de Saúde de Salvador, a ser executado pelo Diretório Acadêmico de Medicina (DAMED) da FAMEB-UFBA, e que prevê a realização de seminários, oficinas e estágios de vivência para discussão e problematização acerca da implementação das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em saúde e da integração ensino-serviços de saúde.

Em 2005, são estimados recursos da ordem de quase um milhão de reais para o Pólo da Macro-região Nordeste e espera-se a pactuação de um maior número

de projetos sobre a temática da mudança na formação médica e demais profissões de saúde, envolvendo instituições formadoras e serviços da rede do SUS.

A FAMEB e o Pólo de Educação Permanente em Saúde

A inserção da Faculdade de Medicina da Bahia (FAMEB) da UFBA no Pólo tem importância fundamental para a promoção do diálogo com as demais instituições de ensino e com os gestores do SUS. A representação formal no conselho gestor é exercida por uma docente do Departamento de Medicina Preventiva e um discente da FAMEB que representa os estudantes dos cursos de medicina de Salvador, através da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina - DENEM.

Através deste diálogo será possível acelerar o processo interno de mudança na graduação médica com o aporte de recursos financeiros que viabilizem projetos de integração ensino-serviço e ensino médico na perspectiva do trabalho em equipe multiprofissional, de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso⁽³⁾.

Este diálogo também pode assegurar que a FAMEB cumpra seu papel dentro do SUS, enquanto escola médica, de apoiar e desenvolver projetos de educação permanente em saúde para profissionais em serviço, fazendo com que estes também incorporem os conceitos e instrumentos da educação permanente para participar do processo de formação médica do estudante dentro da rede assistencial⁽⁷⁾, gerando um ciclo virtuoso entre academia e serviço, contribuindo para o avanço do SUS no Estado da Bahia. Entretanto torna-se necessário que sejam criados novos espaços e fortalecidos outros com o objetivo de refletir sobre o tema no âmbito da Faculdade.

Nesse sentido, há maiores perspectivas após a constituição do Grupo de Trabalho, pela Diretoria e o Colegiado de Graduação em Medicina da FAMEB, para estudar e propor projeto de transformação curricular, observando àquelas Diretrizes Curriculares⁽³⁾. Com essa nova perspectiva, é muito provável que o ano de 2005 possa ser comemorado como sendo o início da implantação de um novo modelo curricular.

Agradecimentos

Às professoras Lorene Louise Silva Pinto e Vera Lúcia Almeida Formigli pela revisão deste trabalho e suas sugestões.

Referências Bibliográficas

1. Ayres JRC. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface (Comunicação, Saúde e Educação)* 8: 73-92, 2001.
2. Bahia. Secretaria Estadual de Saúde. Projeto para Conformação da Rede de Pólos de Educação Permanente em Saúde da Bahia. Salvador: SESAB, 2004.
3. Brasil. Ministério da Educação. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em medicina. Brasília: Ministério da Educação, 2001.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS de 13/02/2004.
6. Campos GWS. Educação médica, hospitais universitários e o sistema único de saúde. *Cad Saúde Pública* 15: 187-194, 1999.
7. Celeste T. Educação Permanente: um novo olhar sobre a aprendizagem no trabalho. *Cad ABEM* 1: 26-27, 2004.
8. Cohn A, Elias PEM. Equidade e reformas na saúde nos anos 90. *Cad Saúde Pública* 18: 173-180, 2002.
9. Noronha Filho G, Resende JB, Lemme AC, Ney Júnior G, Frossard A. Formação Médica e integração de atividades docentes assistenciais. *Rev Saúde Pública* 95: 215-220, 1995.
10. Teixeira SF, Coutinho CN, Gallo E, Lucchesi G, Vaitsman J, Mendonça MHM, Nascimento PC, Damaso R, Escorel S, Gerschman S. Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. 2ª edição, Cortez: São Paulo, 1995.

Relatório Acerca do Estado Sanitário da Província da Bahia Durante o Ano de 1864, Elaborado pelo Inspetor da Saúde Pública e Enviado ao Presidente da Junta Central de Higiene Pública, Sendo Remetido, Mediante Cópia, ao Presidente da Província*

A Written Report on Sanitary Condition of the Province of Bahia in the Year 1864 Issued by the Inspector of Public Health to the President of the Central Joint of Public Hygiene and Sent by Copy to the President of the Province of Bahia, Brazil

José de Goes Siqueira¹ [Antonio Carlos Nogueira Britto²]

Autor original¹; Revisor do texto², Instituto Bahiano de História da Medicina e Ciências Afins, Salvador, BA.

Pela primeira vez, saiu à luz na Gazeta Médica da Bahia, em 25 de fevereiro de 1867, um relatório do Inspetor de Saúde Pública da província da Bahia, Dr. José de Goes Siqueira, acerca do estado sanitário da dita província, relativo ao ano de 1866. Cento e trinta e sete anos depois, o volume nº 74 da recém-lançada Gazeta Médica da Bahia publica, na íntegra, os manuscritos originais, valiosos e inéditos, que registram uma exposição concernente às condições sanitárias da mesma Província acerca do ano de 1864, período anterior, portanto, à publicação de 1867. O estado sanitário da província da Bahia é considerado mais satisfatório se comparado ao do ano de 1863, mormente pelo não aparecimento das epidemias de cólera e febre amarela. Todavia, em 1864, as febres intermitentes benignas e graves, a febre tifóide, as febres catarrais, as diarréias, a varíola e a coqueluche são as moléstias mais prevalentes e a tuberculose pulmonar e a sífilis produzem mais vítimas. Na população do interior e no povoado do Rio Vermelho e na capital, as febres palustres endêmicas, não convenientemente combatidas, deixam nos indivíduos graves seqüelas. Para sanar tais doenças são propostas medidas sanitárias tais como drenagem e escoamento de esgotos e águas estagnadas. Estudo é feito sobre o abastecimento de água pela Companhia do Queimado, cujas águas podem ser usadas independente do emprego de filtros.

Palavras-chaves: Relatório, estado sanitário, província da Bahia, Inspetor da Saúde Pública, ano de 1864.

For the first time, in February 25, 1867, the Gazeta Médica da Bahia issued an account concerning to the sanitary conditions of the province of Bahia, Brazil during the year 1866, wrote by Dr. José de Goes Siqueira, Inspector of Public Health. A hundred and seventy three years later the Gazeta Médica da Bahia was re-edited in volume # 74 and it unveils the full text of unpublished and significant original manuscripts reporting the particular state of standards of hygiene of province of Bahia during the year 1864. Thence it follows that this is an early and inedited account issued before the first report made available to people in 1867. The sanitary conditions of the province of Bahia in 1864 is considered satisfactory if it is compared with the hygienic state in 1863, mainly due to the nonappearance of outbreak of cholera morbus and yellow fever epidemic. However, in the year 1864 benign and serious intermittent fevers, typhoid and catarrhal fevers, diarrhea, smallpox and whooping cough are more prevalent and people are victimized by pulmonary tuberculosis and syphilis. In the hinterland and in the settlement of Rio Vermelho as well as the capital of the province, an inaccurate dealt endemic paludal fever used to set serious sequels in its inhabitants. In order to treat these maladies hygienic purposes are recommended such as the process of draining and flowing off stagnant water. Study is carried on the water provided for the Water Supply Queimado Company. A conclusion shows that the waters are suitable for drinking without filtering.

Key Words: Report, sanitary condition, Province of Bahia, Inspector of Public Health, year 1864.

Segunda feira, 20 de fevereiro de 1865. - O Inspetor da Saúde Publica, Dr. José de Goes Siqueira^A, remeteu ao presidente da província da Bahia, Luiz Antonio Barboza de Almeida, cópia do relatório dirigido ao presidente da Junta Central de Higiene Pública, Dr. José Pereira Rego, relativo ao estado sanitário da dita província durante o ano de 1864, assim exarado: “Tenho a honra de remetter á V.Ex.^a copia do relatorio, que, em virtude do que dispõe o artigo 82 do Regulamento de 29 de Setembro de 1851, = dirigi ao Presidente da Junta Central de Higiene Publica, acerca do estado sanitario desta Provincia durante o anno findo”.

Despachado no frontispício do dito manuscrito, estava lavrado os seguintes termos: “Remettido ao Sr. Dr. Novaes p.^a o Relatorio.” (Rubrica ilegível).

Recebida a sobredita exposição, o presidente da Junta Central de Higiene Pública nela efetuou diversos cortes e emendas, com sua pena, em diversos parágrafos e frases, com o aparente intuito de, no contexto da manifestação escrita, atribuir à sua responsabilidade e autoria os aspectos positivos consignados e atenuar as nuances desabonadoras em derredor das condições higiênicas e salubres da província da Bahia. Além do mais, os referidos cortes pareciam ter, também, o escopo de evitar uma apresentação de estilo de redação pessoal, e transformá-la em expressão escrita de ordem institucional, para elaboração definitiva de um relatório. Tais emendas, curiosamente, foram consignadas unicamente no início do alentado relatório, que se manteve sem rasuras e cortes até a sua conclusão.

Recebido em 13/12/2004

Aceito em 22/01/2005

Endereço para correspondência: Dr. Antonio Carlos Nogueira Brito. Instituto Bahiano de História da Medicina e Ciências Afins. Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia. Largo do Terreiro de Jesus, 400025-010 Salvador, Bahia. E-mail: acbritto@superig.com.br

(*) Observou-se, rigorosamente, a ortografia da época (ano de 1864) - fonte manuscrita original e inédita de José de Goes Siqueira¹.

Gazeta Médica da Bahia 2004;74(2):Jul-Dez:157-167.

© 2004 Gazeta Médica da Bahia (ISSN 0016-545X).

Todos os direitos reservados.

A seguir, a transcrição, na íntegra, da sobredita apresentação, observando fielmente a ortografia do ano de 1864, dirigida ao Dr. José Pereira Rego, presidente da Junta Central de Higiene Pública:

I

“Illmo Senr – Em observancia do que dispõe o artigo 82 do Regulamento de 29 de Setembro de 1851 vou submeter á illustrada consideração de V. S.^a o relatorio concernente ao estado sanitario desta Provincia no decurso do anno findo. Não posso, porém, n’esta exposição mencionar todas as circunstancias que são de mister, e que desejava: - em consequencia dos graves embaraços com que lucto, pois, como V. S.^a não ignora, nos diversos centros de população d’esta Provincia não ha authoridades, q.’especialmente se incumbão de trabalhos e estudos de tal natureza, e os quaes poderião servir de base para uma statistica medica, e obituarial, entretanto, com os poucos dados que pude colher, procurarei ser exacto no que tenho de referir.

O estado sanitario d’esta Provincia durante o anno passado foi mais satisfactorio do que deveríamos esperar em face das occurrencias dos annos anteriores, e das numerosas causas locais de insalubridade sob cuja pressão constantemente vivemos. =

Graças a Divina Providencia os dous flagellos epidemicos, cholera morbus, e febre amarella, que em outra epochas lançarão sobre esta infeliz população tão pesados e funestos tributos, se não desenvolverão no periodo de que me occupo. (Parágrafo inteiramente riscado).

As febres intermittentes benignas, e graves, as remittentes biliosas, revestindo o character typhoide, as febres catarrhaes, as anginas, as diarrheas, a variola, e a coqueluche forão as molestias, que mais geralmente reinarão, segundo affirmão os nossos Clinicos. (A frase ... “segundo affirmão os nossos Clinicos” ... foi riscada e substituída por ... “seg.^{do} informa o D.^r Insp.^{or} da Saude Publica”.).

Se felizmente não supportamos os golpes que soem produzir intensas e devastadoras epidemias,

convém todavia observar, que algumas affecções consideradas ordinarias, taes como a tísica pulmonar, a syphilis, certas alterações intestinaes sob formas variadas - exercem, principalmente sobre a população menos abastada desta capital, estragos assás notaveis. (Parágrafo inteiramente riscado).

Quanto a população dos logares de fora esta vê-se constantemente em lucta com febres paludosas endemicas, infecções estas que não sendo methodicamente combatidas, deixão de ordinario no organismo dos individuos, que d'estas são victimas traços que revelão graves e profundissimas lesões. (Parágrafo inteiramente riscado).

Nos meses de Fevereiro, Março e Abril na povoação do Rio Vermelho e suas immediações manifestarão-se febres de similhante character com não pequena intensidade Em geral forão dellas acomettidas as pessoas indigentes. O Governo da Provincia, ouvindo minha opinião, prestou-lhes os necessarios socorros, os quaes forão coroados de prosperos resultados. Actualmente, aquella população conserva-se em boas condições sanitarias. No entretanto, cumpre-me notar, que se não forem removidas pelos meios competentes e conforme aconselho, certas causas que directamente concorrem, para que se ali mantenhão vastos focos de infecção, a saude dos habitantes d'esse logar estará permanentemente ameaçada, e em certos periodos do anno sobre tudo, em que por um concurso de circunstancias especiaes as emanções paludosas m.s facilmente se desprendem e irradião, poderão desenvolver-se taes affecções se não em maior, ao menos em igual escala. (Riscadas as palavras ... “de similhante character” ... e substituídas pela palavra ... “paludosas” ... ; a frase ... “O Governo da Provincia, ouvindo minha opinião,” ... foi riscada e substituída por ... “Esta Presidencia” ... ; riscado todo o texto que se inicia em “...e em certos periodos do anno sobre tudo,” ... até o seu final ... “ao menos em igual escala”). O dessecamento, o esgôto ou canalisação dos grandes depositos de aguas stagnadas, a cultura

por seus respectivos proprietarios dos immensos e ferteis terrenos, que ali permanecem abandonados, e que tão proximos estão d'esta cidade, e outros melhoramentos materiaes = são medidas instantemente reclamadas, e que se por ventura forem effectuadas terão uma influencia benfica sobre a saude de toda esta população. (Depois das palavras ... “dos grandes depositos de aguas stagnadas,” ... foi escrita a observação ... “o que já se está praticando em relação ao rio Camurugipe ...”).

Recebendo o Governo da Provincia no mez de Junho communicação, de que na Villa dos Ilhéos grassavão febres intermittenes, e remittentes, cujos estragos erão extensos, em consequencia da falta absoluta de recursos que experimentava aquella população, deliberou, depois de ouvir o meu parecer, enviar para ali um Facultativo, acompanhado d'um enfermeiro, e munido d'uma ambulancia com medicamentos apropriados, afim de que não só prestasse a população indigente do logar os socorros de que houvesse de carecer, como estudasse ao mesmo tempo a natureza, e marcha da enfermidade, informando o que de mais notavel ocorresse, e realisando de accordo com as autoridades locaes aquellas medidas que podessem influir para atalhar ou minorar o seu desenvolvimento. O Facultativo encarregado d'essa Commissão foi o D.^r Francisco Marques de Araujo Goes, o qual immediatamente partiu para a referida localidade, onde demorou la trez meses, visto como assim o exigio a gravidade do mal. As autoridades, e população respectiva mostrarão-se reconhecidas ao Governo pela acertada providencia que tomou, e beneficios que d'ella colherão = O estado sanitario d'essa localidade, segundo as ultimas noticias que recebi, apresentava-se sob condições favoraveis. (Foram riscadas as palavras “...depois de ouvir o meu parecer, ...”; foi riscado o texto ... “O Facultativo encarregado d'essa commissão ...” até o seu final “ ... visto como assim o exigio a gravidade do mal.”).

O referido Facultativo em um officio que dirigiu-

me logo, que chegou á Villa dos Ilhéos = dice, que do dia 26 de Junho á 4 de Julho distribuiu medicamentos á 192 enfermos indigentes, dos quaes 114 soffrião de febres intermitentes, e remittentes, havendo, porem, entre elles somente trez casos perniciosos, que cederão a applicação do sulfato de quinina em alta dose. (Parágrafo inteiramente riscado).

D'esse officio transcrevo os seguintes trechos, que me parecem interessantes. = É sobre o modo doloroso, diz elle, o aspecto de grande parte da população d'esta localidade: as creanças principalmente, que deverão substituir a geração presente, parecem não poder chegar á virilidade, tal é o estado de anemia em que se achão na maior parte, - em rasão do engorgitamento do fígado e do baço, ou somente de uma d'essas vísceras. (Parágrafo inteiramente riscado).

Durante o corrente anno tem-se enterrado n'esta Freguesia 63 cadaveres, dos q.^{es} 34 de creanças, contando 12 annos a mais idosa. É claro que seria de summa utilidade o estabelecimento d'um pequeno Hospital n'esta Villa, cuja população é de 1:200 á 1:300 habitantes, pois que mediante cuidados convenientemente prestados, diminuir-se-hia o numero de mortos, elevado, por sem duvida, relativamente á população. (Parágrafo inteiramente riscado).

Do mesmo officio tambem consta uma observação, que é digna de ser mencionada, e vem a ser, o antagonismo, que o referido Facultativo diz ter ali observado, entre a febre intermitente paludosa e a tysica pulmonar, pois que sendo aquella enfermidade a que constantemente reina no logar, imprimindo sobre os seus habitantes um caracter todo especial, apenas um homem, e uma mulher apresentavão-se affectados de tysica pulmonar, esta em grau muito adeantado, convindo alem d'isso, notar que os pais d'esses individuos tinhão sido victimas de igual padecimento. (Parágrafo inteiramente riscado).

Não é destituído de interesse o facto observado pelo digno Facultativo, e está de accordo com a opinião aventada por Well, isto é, que a tysica

pulmonar é rara n'aquellas paragens, em que são frequentes as febres intermitentes paludosas, e vice versa: opinião, que depois foi lucidamente sustentada, e desenvolvida por Boudien, o qual apoiado em numerosos dados statisticos procurou iniciar, e estabelecer nos dominios da pathologia essa lei, que denominou = lei de antagonismos pathologicos = entretanto convem notar, que ainda a sciencia não tem a respeito proferido a sua ultima palavra, visto como Observadores não menos distinctos, e tambem authorisados com factos ministrados pela statistica, combatem a doutrina do antogonismo pathologico, ocorrendo-me alem d'isso observar, que se na Villa dos Ilhéos se dá o facto, que vem de ser exposto, o que não contesto, em algumas outras localidades d'esta Provincia á par das febres intermitentes paludosasa, que frequentemente reinão, mormente no decurso da estação quente, apparece a tysica pulmonar, molestia revel, e pertinaz, que não respeita estação para fazer sua explosão, levando seus estragos principalmente a esta parte da população, que parece estar no mais bello viço da existencia. Em quanto a mim, pois, não considero que haja entre as febres intermitentes paludosas e a tysica pulmonar esse antagonismo em grau tão pronunciado, julgando ao contrario que semelhantes affecções desenvolvem-se, sobre tudo em algumas localidades, em que se dão causas de certo character, quasi que dentro dos mesmos limites e proporções, mantendo, conforme o dizer d'um eminente Pathologista, uma especie de parallelismo. (Parágrafo inteiramente riscado).

Nas Villas de Alcobaça e Prado também nos meses de Julho, Agosto e Setembro desenvolverão-se febres intermitentes, e remittentes, com o mesmo character, que as dos Ilhéos. O Governo da Provincia, logo que d'isso teve communicação official, ordenou ao Facultativo estacionado em Ilhéos, que se dirigisse á aquelles logares, afim de prestar seus cuidados a população indigente, que delles necessitasse, remetendo-se ao mesmo tempo ao Juis Municipal respectivo as ambulancias com medicamentos, q.' sollicitou. Felizmente, quando o mencionado

Facultativo para ali tinha de partir, o Governo recebeu participação, de que o mal havia cessado.

Aqui n'esta cidade, e em alguns logares de fora a variola jamais deixa de colher no correr de cada anno um crescido numero de victimas. Estou persuadido, e já o tenho dito em meus diversos relatorios, de que os estragos produzidos por esse mal serião quasi nullos, - se o maravilhoso preservativo que a sciencia possui, fosse mais regular, e extensivamente propagado, de modo que a população ignara reconhecendo, e apreciando os seus benefícios, e incalculaveis efeitos, espontaneamente corresse á procural-o. =

Para destruir preconceitos, que só a ignorancia pode influir, para que se elles conservem no espirito do povo, e indusil-o a aceitar o beneficio que se lhe offerece, são necessarias d'um lado muitos esforços, e trabalho, e muita dedicação caridosa, de outro que os homens encarregados dessa obra toda humanitaria contem, que seus serviços aquilatados, e julgados adiante de factos, e provas incontestaveis, receberão aquellas recompensas, e animações á que tiverem direito. = Não importa, disse um illustre Administrador, que a vaccina somente seja adoptada pelas classes abastadas da sociedade, convem sobre tudo invidar esforços para que se ella torne d'uma pratica geral entre o povo, em quem a variola é mais terrivel e perigosa. É, pois, o povo principalmente que deverá ser garantido d'esse flagello, porque é d'elle sempre o foco d'esse mortifero contagio. =

Não existindo aqui e nos differentes municipios Delegados de Saude, que me auxiliem, falta esta bastante sensivel, não pude expôr exacta e circunstanciadamente todas as occurrencias, que sobrevierão em relação ao estado sanitario da Provincia durante o anno findo, limitando-me por isso á referir somente aquillo que demais notavel succedeu nesta Capital, ou em algum outro ponto, de que tenho informações mais directas.

II

Solicito de V. .S.^a providencias acerca do que dispõem o art.º 79 do Regulamen.^{to} de 29 de Setbr.º

de 1851, porq.^{to} cada vez torna-se mais reclamada a tabella explicativa das substancias venenosas, que se podem ser expostas á venda por Boticarios e droguistas, assim como outra das mesmas substancias, que podem ser empregadas nas artes e fabricas. Os abusos a tal respeito são frequentes, e sem a tabella indicada é impossivel vedal-os^B. =

A mesma solicitação faço acerca do que se acha prescripto no art. 81 do mencionado Regulam.^{to}, e q.^{to} a que dispõem a ultima parte do art. 33, visto como não tenho pessoa, apesar de por vezes haver sollicitado, que se encarregue do expediente da Inspectoria de Saude, e muito menos quantia para isso destinada. V. S.^a, illustrado como é, poderá julgar, de que com absoluta falta de recursos, e sem quaesquer auxiliares, não é possivel que os Inspectores de Saude satisfaçam as complicadas e espinhosas obrigações, que lhes são impostas. Espero que V. S.^a prestando attenção á este justo reclamo – tomará alguma providencia, de modo que não continuem as cousas no estado em que se achão dentro d'uma esfera legitima exercem qualq.' destas profissões, já profligando e punindo com as penas da lei os abusos, e infrene audacia dos charlatões. A tal respeito nossa legislação offerece consideravel lacuna, convindo collocar o exercicio da medicina e da Pharmacia sób outra egide, de sorte que revestida de garantias a profissão do Medico e Pharmaceutico conserve-se sempre na altura que lhe compete. =

III

Esta cidade continua em pessimas condições no que é tocante ao aceio de suas ruas, praças, caes, etc etc. A Camara Municipal, de quem sempre hei sollicitado providencias á Em virtude do officio que V. S.^a dirigiu-me em 21 de Novembro de 1863 fiz publicar integralm.^{te} nas folhas diarias d'esta cidade os art.os 29 e 35 do Regulamento de 29 de Setembro de 1851, concernentes á matricula dos individuos, que exercem a medicina em qualquer dos seus ramos, marcando o praso de 3 mezes, conforme o disposto no art. 28 do citado Regulam.^{to} para cumprimento d'esta formalidade. Alguns tem

acudido á este convite, e devo ponderar á V.S.^a de que a execução d'esta medida encontra difficuldades insuperaveis, mormente em uma Provincia vasta como esta, em que não há Delegados de Saude em cada um dos Municipios, que inspeccionem tudo quanto é tendente ao exercicio da medicina, ou de qualq.^r dos seus ramos, = já amparando e protegendo aquelles que respeito em consequencia de lhe faltarem sufficientes recursos, nada ha podido realisar, sendo de esperar que a Administração da Prov.^a, authorisada, como se acha pela Assembléa Prov.^{al} alguma cousa faça n'este sentido. -

É esta por certo uma das providencias mais urgentemente reclamadas pela hygiene, e salubridade publica, visto como é factó averiguado e demonstrado por todos os Hygienistas, que a alteração do ar por suas emanações deleterias^c constitue a causa principal das molestias mais graves, e reveis, que se desenvolvem nas cidades populosas, onde se não cuida e promove o que é concernente ao aceio do exterior e interior das habitações, colhendo um avultado numero de victimas, principalmente nas classes indigentes. A Administração da Provincia nomeou uma Commissão, de que fiz parte, p.^a que esta organizasse um plano relativo á limpeza da cidade: - semelhante trabalho, depois de serio e refletido exame, já foi submettido a sua consideração pela mencionada Commissão.=

IV

Não posso eximir-me de communicar a V. S.^a uma occurrencia notavel relativamente as aguas fornecidas ao consumo da população desta cidade pela Companhia do Queimado^D.

Aventurando-se a opinião de que estas águas são de má natureza, - chegando-se mesmo a affirmar, e propalar que são lamacentas, putridas e fetidas, e que só mediante o emprego de filtros poderião tornar-se potaveis, - a Comp.^a, com quanto convicta do contrario, poisque tinha em seu abono a acceitação que o publico prestava as mencionadas aguas, cujo consumo progressivamente subia á

maior escala, alem do resultado dos estudos e analyses chemicas feitas pelo distincto Pharmaceutico Manoel Rodrigues da Silva, e pelos hoje fallecidos Pharmaceutico André Aducci e D.^r Alexandre Braulio de Mag.^{es} Tagues, Professor da Secção de Sciencias Accessorias da Faculdade de Medicina, a diversos exames posteriormente feitos em seu Estabelecimen.to, por differentes Authoridades, e pessoas habilitadas, a Comp.^a, digo, apesar de todos estes dados, julgou dever sollicitar do Governo da Prov.^a a nomeação de uma Commissão, que procedendo á novos estudos e investigações indicasse quaesq.^r medidas, - que fossem indispensaveis, e reclamadas em taes circunstancias: = Com effeito o Ex.^{mo} Presidente da Prov.^a encarando o assumpto com a attenção, que merecia, nomeou uma Commissão, - de q.['] tambem faço parte, com o encargo acima referido. =

Quando esta Commissão havia encetado seus trabalhos, = em um dos periodicos desta cidade reproduzirão-se as queixas e censuras já mencionadas contra essas mesmas aguas. Como era do meu dever dirigi-me ainda mais uma vez ao Estabelecimento, e minuciosamente examinei os depositos ou vertentes, (o que egualmente já havia feito a Commissão -), d'onde provém as aguas que vão ter aos chafarises, - de que se utiliza o publico, as quaes encontrei puras, e reunindo as necessarias condições hygienicas, para que de seu continuado uso não resulta-se damno á saude da população. = Se em alguns chafarises a agua apresentava-se então perturbada era isso devido á circunstancias meramente accidentaes que supponho dependião principalmente da falta de lavagem em epocas regulares dos respectivos reservatorios, e dos tubos de canalisação, e das grandes obras, que a Companhia em pouco tempo, e com o fito de m.^s vantajosamente abastecer á Cidade, empreendeu, e realisou, assentando numero superior a dous mil tubos novos, e effectuando diversos outros trabalhos. - Logo que se seão terminadas semelhantes obras, e que a lavagem se faça regularmente, as aguas n'esses pontos, que tem excitado queixas, offerecerão melhores condições, e as prevenções

que se tem levantado, = pouco e pouco ir-se-hão dissipando. =

Ora, se as vertentes do Queimado dessem aguas lamacentas, fetidas, e putridas – a Administração da Prov.^a, que em 1852 conseguiu levar a effeito á organização d'uma Empresa de caracter tão elevado, e que prendia-se aos mais vitaes interesses d'uma população ja mais n'isso assenteria, m'ormente quando para sellar com seu nome sim.^e acto procurou, conforme lhe cumpria, munir-se de todos os dados, e esclarecimentos ministrados por pessoas professionaes, e as mais competentes. = Os exames feitos n'essa epoca, e os que fizerão-se em 1856, = antes de se abrirem ao publico varios chafarises da Empresa, fallão muito alto em favor da qualidade destas aguas. =

Se taes aguas fossem tão profundam.^{te} alteradas, se do estudo e analyse de suas condições physicas, chimicas e hygienicas, emanavão provas no sentido d'estas asserção, V. S.^a, illustrado como é, pode julgar, de que o emprego de filtros, unico meio aconselhado por aquelles mesmos, que propalavão taes ideas, era por demais insufficiente, por forma alguma correspondia ao desideratum que têmão em mira, = p.^o quanto sendo reconhecido que os filtros exercem uma acção quase inteiramente mecanica, não poderão elles transformar aguas essencialmente insalubres, onde predominão certos corpos considerados = como prejudiciaes á saude, e modificar seus principios constituintes, de sorte que adquirão ellas = após este processo novas e innocentes propriedades. =

A filtração muda a côr de uma agua turva, tornando-a clara, limpida, desembaraçando-a de certas materias que existem em suspensão, mas não a isenta das substancias heterogeneas que n'ella estão dissolvidas. = Alem d'isso se a filtração é applicada em ponto grande, é pelo menos de um successo duvidoso e suspeito. É n'este sentido que o sabio Dumas exprime-se da maneira seguinte, = cujas palavras textualmente transcreverei = Ce n'est assuredment, pas mois qui voudrais limiter les pouvoirs de l'industrie humain (sic) et de la science. On arrivera quelque jour, sans doute, á

filtrer exactement de grande masses d'eau avec economie et rapidité, j'en ai la conviction; cependant, jusqu'ici toutes les fois qu'il a ete question de fournier, 100,000 mètres cubes d'eau filtrée par jour, soit qu'on dit voulu operer au marjen (sic) d'un filtrage spontane á travers les sables qui forment le fond du fleuve, doit qu'ilait ete question de filtros artificieles, ou n'a jamais prétendu fournir de l'eau réellement filtrée, mais seulement de l'eau dégrassie par um filtrage rapide, qui me dispenserait pas dans les menages de la necessité de recourir á l'emploi des fontaines filtrantes. =

Outro Escriptor occupando-se do mesmo assumpto tambem emite a opinião, que passo a referir por parecer-me interessante = Nas distribuições d'aguas publicas opera-se quase sempre sobre massas consideraveis d'ellas. São grandes agglomerações de habitantes que convem abastecer.

Relativamente a Paris são 100.000 metros cubicos ou 100 milhões de litros, que se tem de distribuir em 24 horas.

Como clarificar e refrigerar, em tão breve espaço de tempo, uma tal massa d'agua ?

Em parte alguma se tem atacado o problema completamente: quasi que todos se tem unicamente occupado da clarificação.

Em Inglaterra, costuma-se depositar a agua em bacias; e, após algum tempo de repouso, se faz por entre camadas de cascalho e de areia. É fácil figurar qual a capacidade de taes bacias e de taes filtros. Milhões hão sido despendidos em suas construcções: muitas Companhias que abastecem Londres os tem renunciado. -

Em Paris, se há ensaiado os filtros de pressão: - primeiro com areia só, depois com esponjas e mesmo com a lan. Não se tem reflectido, que as esponjas, e a lan não são substancias inertes. – Assim d'esses dous meios, um Inglez, e outro Francez, = o primeiro é considerado como insufficiente, e o segundo como suspeito. =

Nenhum processo conhecido, diz Poggiale, parece proprio para filtrar-se a agua necessaria ao

serviço de uma grande cidade. Segundo Guerard = antes de recorrermos, para alimentar uma grande cidade, as aguas que necessitem de ser filtradas, devemos ter a convicção, - de que é impossivel procurar outras melhoras. =

Se as condições physicas, chemicas, e hygienicas revelão, que das vertentes do Queimado são excellentes, será mister submettel-as á filtração = antes de serem expostas ao consumo publico? Em quanto a mim entendo, que as aguas das vertentes propriamente dittas d'isso não necessitão: aquella, porem, que provém do açude ou represa, demonstrando a analyse chimica, que é potavel, mas que nella ha em suspensão materias, que lhe dão uma côr mais ou menos turva, que mediante a applicação de filtros podem ser extrahidas, tornando-a por conseguinte mais clara, esta digo, antes de ser offerecida ao consumo, poderá ser filtrada, conforme a Comp.^a projecta, e está disposta, = pelo sistema Inglez, visto que os filtros de lan, que até certo tempo empregou, e que lhe tinhão sido aconselhados não produzião os resultados que se esperavão. =

N'este caso a filtração operar-se-ha sobre uma massa d'agua não muito consideravel, e, pois, seu resultado não será completam.^{te} duvidoso, ficando d'est' arte destruidas as prevenções, e suspeitas que alguém haja de nutrir á respeito. =

Desde 1852, que a Commissão de Engenheiros, nomeada pelo então Presidente desta Provincia o Ex.^{mo} Barão de Cotigipe, e que era composta dos Engenheiros Major Pereira de Aguiar, e Perdeneira, indicou a conveniencia da collocação de filtros n'este Estabelecimento, segundo informações que obtive, os quaes sendo assentados não continuarão a funcionar pelas rasões já mencionadas, e por que as analyses chemicas feitas n'essa epoca pelo Pharmaceutico André Aducci, e em 1856 pelo Pharmaceutico Manoel Rodrigues da Silva, e D.^r B. de Maq.^{es} Taques provarão, que as aguas das vertentes do Queimado d'isso não necessitavão. = Estas aguas em suas vertentes offerecem os caracteres geraes, e classicos, que constituem as aguas de boa qualidade: se a elles reunirmos o

diuturno, e continuado uso, que dellas faz a população d'esta Cidade, sem que d'ahi provenhão damnos ou q.^{es} q.^r incommodos á saude, o que é demonstrado por factos, e observações nunca interrompidas, é claro que nenhuma rasão cabal tinha, para q.' perante a hygiene as condemnasse, e considerasse como nocivas: =

É o juiso que sempre formei acerca destas aguas, parecendo-me que o serviço da Comp.^a poderá ser mais satisfactorio, procedendo ella, como lhe tenho aconselhado, com mais frequencia a lavagem dos respectivos reservatorios, e dos encanamentos, e realisando á margem do vasto açude ou represa certos melhoramentos, de modo que se conserve mais resguardado, e as aguas pluviaes não venhão inquinari com as materias organicas, que sóem accarretar aquellas, que forem cahir directamente sobre seu leito, ou que já ali existirem.

Quando a população d'esta Capital adquirir mais desenvolvimento a Companhia p.^a abastecel-a abundantemente ver-se-ha obrigada, o que já está prevenido em contracto - (Lei Prov.^{al} N.^o 451 de 17 de Junho de 1862) - a lançar mão das aguas do Rio Camorogipe, do Riacho Negrão, ou Fonte da Telha. =

Por emquanto não ha necessidade de tal recurso, porem eu supponho que não está muito distante a epoca, em que a Comp.^a d'isso tractar. =

Ella previdente como é, e ao demais interessada em firmar solidamente os seus creditos, e em conquistar a estima e reconhecimento publico, não deixará por certo de ir predispondo as cousas, afim de que em occasião opportuna seu Estabelecimento apresentando mais amplas proporções e cheio de perene vigôr = derrame pelos seios d'uma população avultada, e por modico preço, agua salubre, e que possa bem satisfazer as numerosas precisões da vida. = Será este um dos mais assignalados serviços, que a Comp.^a reunirá aos que indubitavelmente já tem prestado. =

Em relação a hygiene e a salubridade é inegavel, que a Comp.^a do Queimado ha sido de summa utilidade, visto como antes de sua organização a população desta cidade abastecia-se de aguas

provenientes de fontes, poços, e riachos, quasi todos collocados em más condições pela falta de cuidados, e de aceio, ainda mesmo nas poucas fontes chamadas publicas, e por um preço exagerado, sobre tudo no correr da estação quente., = Os Estabelecimentos de certa ordem, em que existião agglomeradas um crescido numero de pessoas, (prisões, quartéis, hospitaes, collegios, e conventos etc, e a classe indigente) não pouco soffrião, e durante os annos de 1858 á 1860, em que estivemos á braços com uma sêcca intensa, e prolongada estão gravadas na memoria de todos os serviços da Comp.^a do Queimado, cujas vertentes conservarão sempre sua pujança, não havendo um so dia, em que dellas não brotasse agua sufficiente aos reclamos, e misteres da população. =

Fornecer em abundancia agua salubre, diz um distincto Escriptor, as diversas partes d'uma grande cidade, e distribuil-a com regularidade até os pontos culminantes, é um tão inappreciavel beneficio, que os trabalhos effectuados com este designio – contão de entre os actos consideraveis dos soberanos mais illustres, e conservão em logar perduravel na memoria dos homens.

Sem fallar dos aqueductos do Egypto, da Palestina, da Grecia, continua o mesmo Escriptor, cuja lembrança é conservada pelos Historiadores, e cujos vestigios subsistem ainda, é impossivel não recordar os grandes trabalhos d'este genero realisados pelo genio dos Romanos. A Europa, uma parte d'Asia, e da Africa, são cubertas de seus aqueductos. Uns estão ainda em pé, e não tem cessado, atravez das revoluções das edades, de derramar, sobre pontos constantem.te habitados, os beneficios de suas aguas = os outros embellezão diversas regiões de ruinas sublimes, e testemunhão; por suas magestosas proporções seus restos imperpressiveis, a grandeza do povo, que os ha construido. =

O abastecimento abundante d'agua constitue indubitavelmente uma das principaes condições de salubridade das cidades: é esta uma verdade, que não exige demonstração. – Com effeito quando attendemos para as multiplicadas applicações que

resultão d'este elemento, para os beneficios, que o homem, que as sociedades colhem d'agua não acharemos exagerado o elogio que d'ella faz – um dos maiores genios da antiguidade, isto é, que a agua é d'entre todas as cousas, que ha sobre a terra = a mais preciosa e excellente.

Na Inglaterra quantas applicações de immenso e variado alcance se hão feito, applicações todas practicas, cujos resultados directamente revertem em beneficio da saude publica! Alem de m.^{tas} Comp.^{as} que ali ha encarregadas do fornecimento d'agua, = instituiu-se uma com a denominação de Water Supply, drainage and towns improvement company. Essa Comp.^a assim estabelecida prestou-se a contractar com as differentes cidades da Gran-Bretanha o fornecimento d'agua necessaria á vida domestica, á irrigação, ao aceio das ruas, a remoção das materias solidas procedentes cloacas, e acumuladas nos esgotos, e tudo quanto fosse tendente ao serviço dos incendios. – Uma Comp.^a sobre bases tão amplas de manifesta vantagem não podia deixar de ser bem acolhida como foi, n'aq.^{le} vasto imperio da civilização hodierna, e a reforma hygienica ali encetada, e depois realisada sób os mais felices auspicios com ella abraçou-se, e identificou-se. =

Ora em nosso paiz, guardadas as proporções, se não poderião fundar Comp.^{as} com semilhanes fins? eu creio que sim: e taes Empresas convenientemente dirigidas trarião resultados os mais proficuos em relação a hygiene publica. – Nesta Capital a Comp.^a aquaria do Queimado já poderia ser o nucleo d'uma Empresa d'essa natureza: se ella fosse animada, e recebesse todo o impulso, e desenvolvimento estou (sic) que se lhe poderia dar esta direcção o que seria de summa utilidade, e n'isto vou de accordo com a opinião da Commissão de inquerito sobre a reforma sanitaria das cidades da Gran-Bretanha, isto é, que a salubridade desses diversos centros de população muito ganharia, concentrando-se tanto quanto fosse possivel nas mãos d'uma mesma Comp.^a o abastecimento d'agua, o deseccamento. e saneamento das respectivas localidades. Infelizmente, em nossa terra quasi qui tudo se

disvirtua: = as melhores casas, as melhores instituições vacillão, e m.^{tas} vezes não resistem aos abalos, aos tremendos golpes, que sobre ellas impensadamente se desfechão. = Não sabemos, a exemplo d'aq^{lle} grande povo, conservar e promover com as luses da experiencia, e reflexão o aperfeiçoamento das cousas boas que ainda possuímos, quasi que nossos desejos e ambições cifrão-se em tudo, destruir e barulhar.

Não são desconhecidos os trabalhos, os dispendios numerosos á que se dispoem os Governos illustrados com intuito de abastecerem d'agua potavel ás suas grandes cidades: a este respeito elles compreendem o que dizem os Hygienistas, o que todos experimentão, o que todos sentem, isto é, que as condições sanitarias d'uma população apresentão-se deploraveis desde que não tem a sua disposição agua salubre em grande quantidade, e, que, pois, debaixo deste ponto de vista= o luxo não é censuravel, torna-se ao contrario necessario.

Do que levo exposto concludo –

1.º Que as aguas das vertentes do Queimado são excellentes, as quaes independente do emprego de filtros podem ser usadas. =

2.º Que a agua do açude ou repreza comq.¹⁰ potavel, com tudo demonstrando a analyse chimica, que nella se contém materias, que lhe dão uma côr mais ou menos turva, deverá ser filtrada antes de ser offerecida ao consumo publico. =

3.º Que p.^a isso julgo preferiveis os filtros ensaiados e applicados em Inglaterra, os quaes actuando sobre uma massa d'agua não m.¹⁰ consideravel produzirão o resultado, que se tem em mira.

4.º Que a Comp.^a deverá realizar em torno do açude ou repreza os melhoramentos indicados, e os demais que forem necessarios; proceder a limpeza dos reservatorios ou purgardos em epochas regulares durante o anno, e bem assim a lavagem mais freqüente de todos os tubos por onde se effectua a

canalisação d'agua para os differentes chafarises, =e diversos pontos da cidade.

5.º Que as aguas do Queimado pelo seu uso prolongado, e continuado nenhuma influencia nociva tem exercido sobre a saude da população, visto como não ha factos clinicos provados, que isto revelem.

É a opinião que tenho acerca de tão grave assumpto, e que no entretanto submetto a illustração reconhecida, e alto criterio de V. S.^a.

A Commisão nomeada pelo Governo da Prov.^a, á que referi-me, ainda não emittiu parecer definitivo, julgando porem que suas idéas se não apartarão muito das que enuncio n'este trabalho, e logo que ella apresente o resultado dos seus estudos e investigações procurarei inteirar a V. S.^a.

V

Em meus relatorios anteriores tenho-me occupado de diversos assumptos, indicando algumas providencias, que me parecem reclamadas pela hygiene publica, mas infelizmente observo que em nosso paiz quasi que todas as atencões convergem e concentrão-se nos dominios da politica: - Reformas, e melhoramentos = que terião uma influencia social a mais benefica, e que a hygiene publica instantemente aconselha, deixa de ser attendidos, e sob este ponto de vista é notavel o nosso atrazamento, quando entre as Nações cultas ha exemplos os mais significativos, e que cabalmente demonstrão o acurado, e imensamente apreço, os estudos, e applicações felises, e proficuas – que se fazem das idéas, que desta sciencia directamente partem. Quanto dista a sociedade de hoje da sociedade de outr'ora, que metamorphose se tem effectuado a todos os respeitos? = Telegrapho: electrico, vias ferreas, illuminação á gaz, e m.^{tos} outros variados e admiraveis inventos da sciencia hodierna, exigem applicações especiaes, e que só a hygiene pode aconselhar, e recommendar com o grande fim de prevenir males, que necessariamente resultarão, se por a caso suas voses e preceitos deixarem de ser executados.=

Podemos dizer, que a hygiene assim considerada a par da civilização, que é, permitta-se-me a expressão, uma das m.^s solidas e robustas columnas, em que se assenta este vasto e maravilhoso edificio: a posição que ella tem conquistado, recebendo os tributos e riquezas que lhe vão levar todas as sciencias para delles fazer o mais util emprego em bem do homem e da sociedade, o papel - que representa é todo providencial, e revela-se á cada passo. Se ella dá preceitos, se investiga e descobre o vicio, a falsificação, o damno, que produz este ou aquelle agente, tambem com as luses que a sciencia ministra sustenta, e pleitéa a causa da justiça e da verdade, oppondo-se, e destruindo os erros, as ideias falsas, que muita vez a ignorancia, a leviandade, ou a sua fé derramão, e infiltração sobre o espirito d'uma população desprevenida. É dentro das raias da hygiene, que aprenderemos, e estudaremos os meios de conservar, e aperfeiçoar a saude do homem. – Aquelles, pois, que se entregarem a qualquer ramo de industria; o proprietario, o agricultor, o chefe de familia; o artista, o homem de letras, o magistrado, qualquer membro emfim do corpo social, todos elles por sua vez acharão n'esta sciencia esclarecimentos necessarios e subtrail-os das influencias deletereas e insalubres. Seria de summa, e incontestavel vantagem a instituição de leituras onde cursos publicos, onde a hygiene fosse considerada sób suas diversas, e fecundas relações, de modo que todas as intelligencias ali fossem beber luses, idéas sans, practicas e conhecimentos que em todos os misteres sociaes revertessem em seu proveito. – Se o bem estar physico ou material do homem constitue o objecto da economia politica: por certo, que a nenhuma outra sciencia, que não a hygiene, poderá ella recorrer em busca de meios, diz um distincto Escriptor, capazes de impedir, q.' a producção defínhe ou se paralyse completam.^{te}, sób a influencia d'essas profissões insalubres, d'esses trabalhos prematuros ou excessivos, d'essas degenerencias da especie, que affectão a sociedade em seo coração, esgotando as fontes da saude publica, oppondo-se ao desenvolvimento ou

a diffusão do bem estar e das luzes.

Eis o que tenho de submetter a illustrada consideração de V. S.^a - .Deos Guarde a V. S.^a. Bahia em 22 de Janeiro de 1865. Ill.^{mo} e S.^r D.^r José Pereira Rego Vice Presidente da Junta Central de Hygiene Publica, - D.^r José de Goes Siqueira – Inspector da Saude Publica da Bahia”.

Notas

- (A) NOTA DO REVISOR: Dr. José de Goes Siqueira – (1816-1874) – Nascido em Santo Amaro, Bahia; Médico graduado em 1840, pela Faculdade de Medicina da Bahia; Lente de Patologia Geral; Presidente da Comissão de Saúde Pública; Inspetor da Saúde Pública; Deputado Provincial e Geral; Comendador da Ordem da Rosa. Tese inaugural: “A civilização tem concorrido para o melhoramento da saúde pública?”, Bahia, 1840⁽²⁾.
- (B) NOTA DO CONSELHO EDITORIAL: em 1865, o Dr. José de Goes Siqueira ao descrever a necessidade do controle das “substancias venenosas, que se podem ser expostas á venda por Boticarios e droguistas”, dita uma das ações da atual Vigilância Sanitária, especialmente ao reforçar no item seguinte a fiscalização e controle do exercício da Medicina e da Farmácia.
- (C) NOTA DO CONSELHO EDITORIAL: até então, na Era Pré-Microbiana, prevalecia a Teoria Miasmática, que explicava grande parte da etiologia e dos processos de adoecimento e faz parte dos primórdios da história da Medicina Social.
- (D) NOTA DO REVISOR: a Companhia do Queimado foi criada em 1852, com o escopo de abastecer a capital da província da Bahia com um serviço regular de água potável.

Referências Bibliográficas

1. Arquivo Público do Estado da Bahia. Presidência da Província – Série: Saúde; Lazaretos – 1850-1889. Seção de Arquivo Colonial e Provincial; maço: 5385 [documento original].
2. Oliveira ES. Memória histórica da Faculdade de Medicina da Bahia. Concernente ao ano de 1942. Salvador: Universidade Federal da Bahia, p. 161, 1992.

RESENHA BIBLIOGRÁFICA

Universidade Dilacerada: Tragédia ou Revolta? Tempo de Reforma Neoliberal

Vera Formigli

Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA, Salvador, BA, Brasil

O livro “**Universidade dilacerada: tragédia ou revolta? Tempo de reforma neoliberal**” (Salvador: L.U. Pinheiro, 660p., 2004), de Luiz Umberto Ferraz Pinheiro, professor aposentado da Faculdade de Medicina da Bahia (FAMEB) da Universidade Federal da Bahia, lançado recentemente nos Jardins da FAMEB, do Terreiro de Jesus, é um corajoso e contundente ataque ao processo de reforma neoliberal em curso na Universidade Pública Brasileira. Trata-se de uma reflexão, ao mesmo tempo radicalmente crítica e impregnada de afeto, de um intelectual militante pelo resgate do verdadeiro papel social da Universidade pública através da produção, difusão e aplicação do conhecimento, da formação e aperfeiçoamento de profissionais, contribuir para alterar o quadro de profundas exclusões e desigualdades presentes na sociedade brasileira.

A paixão e a militância não obscurecem a densidade e a consistência da análise, que desvenda e diseca a crise/tragédia (imminente ou já em curso) da Universidade Pública Brasileira e seus determinantes, evidenciando as suas relações com o processo geral de reestruturação do capitalismo no mundo e suas especificidades no Brasil. Um dos aspectos desenvolvidos pelo autor, por exemplo, é a progressiva adaptação do Estado brasileiro nos últimos anos às exigências dessa nova ordem, que tem repercutido perversamente nas universidades públicas, seja diretamente, pela redução do montante de recursos destinados à sua manutenção, seja pela aprovação e implementação de reformas como a administrativa e a da previdência, que abrem espaços para a privatização de funções públicas, retiram direitos dos servidores e tendem a fragilizar as políticas sociais.

Em seu processo minucioso de análise, Luiz Umberto consegue estabelecer as correlações entre

as macro-determinações e seus reflexos e desdobramentos no dia-a-dia da universidade pública brasileira. A concentração de poder, as desigualdades, os mecanismos de privatização interna e o culto à produtividade na universidade, entre outros aspectos, são descritos com uma extraordinária riqueza de exemplos concretos, muitos deles vividos, ouvidos ou sentidos pelo autor, que ilustram e dão materialidade à discussão teórica, amparada no referencial marxista.

No capítulo que o autor denomina de “Os labirintos da Universidade pública brasileira: ABC da Educação Superior”, alguns pontos chamam especialmente a atenção, como a discussão sobre as fundações internas de direito privado ao interior da Universidade Pública; para ele, criadas com a justificativa de captar recursos externos e agilizar procedimentos de pesquisa e extensão, estes organismos transformaram-se em verdadeiras instâncias paralelas à Universidade Pública, e têm-se constituído como impulsionadores dos processos de privatização interna, na medida em que viabilizam a venda e a cobrança de serviços, a contratação de pessoal através de mecanismos alheios à legislação do serviço público, promovendo a precarização e flexibilização das relações de trabalho na universidade pública e remuneração diferenciada em relação aos demais servidores.

Um outro aspecto abordado por Luiz Umberto, diretamente relacionado ao anterior, é a questão da expropriação privada dos hospitais universitários nas universidades públicas brasileiras. O autor aponta que, em crise decorrente do processo progressivo de desresponsabilização do Estado pela sua manutenção, os hospitais universitários têm recorrido à destinação de parte da sua capacidade para atendimento de

clientes particulares ou vinculados a plano de saúde privado, bem como ao mecanismo já citado da criação de fundações de direito privado visando à captação de recursos através da venda de serviços.

Estas medidas têm resultado em mudanças do verdadeiro sentido do hospital universitário e muitas vezes das próprias práticas médicas, na medida em que configuram praticamente dois hospitais num só espaço físico, com duas entradas, dois tipos de público, duas lógicas distintas. Sobre as duas entradas de pacientes nos hospitais universitários, vale reproduzir um trecho do texto de Luiz Umberto:

“De um lado, na antiga e anteriormente exclusiva entrada do hospital, os mesmos grupos e classe social: os andarilhos de chinelo, “pretos, mulatos, quase brancos”, pobres, que desde a constituição do hospital foram, pela necessidade, forçados a ofertar o corpo para o manuseio de alunos e professores, no aprendizado e na pesquisa. Antes “indigentes”, depois (1988) portadores de direito constitucional, hoje excluídos do acesso a equipamentos, recursos diagnósticos e terapêuticos, profissionais e setores significativos do hospital controlados por fundações e convênios especiais.

Do outro lado, na nova entrada, os modernos automóveis conduzindo a nova clientela bem vestida, com poder econômico e social, encaminhada por grandes empresas privadas, por convênios especiais, por planos de saúde e pela força da grana”.

Trata-se, enfim, da mercantilização das práticas acadêmicas refletida no âmbito do hospital universitário, reproduzindo a violência da profunda desigualdade social existente no Brasil.

Está muito bem evidenciado no texto de Luiz Umberto que não há conciliação possível entre os dois projetos hoje colocados para a universidade pública: aquele que reproduz, subordina-se e se põe cada vez mais a serviço da ordem dominante ou aquele que busca a transformação para contribuir na construção de uma sociedade mais justa e emancipada. Com clareza e lucidez, o autor demonstra inequivocamente a incompatibilidade entre a mercantilização das práticas acadêmicas, cada vez mais presentes nas universidades públicas brasileiras, e o exercício dos seus compromissos sociais e éticos com a maioria da

sociedade brasileira, em especial com os setores excluídos e os trabalhadores.

Negando-se a admitir a inexorabilidade do único caminho da subordinação ao poderio do mercado para a universidade pública brasileira e para a humanidade, em geral, em todo o decorrer do texto, o realismo e a crueza da descrição e da análise crítica convivem dialeticamente com as reais possibilidades de reação por parte dos sujeitos históricos, na universidade e fora dela, no sentido da construção de uma nova sociedade e de uma nova universidade, mais justas e generosas.

A militância que permeia todo o texto revela-se, especialmente, quando o autor discute saídas políticas de superação da crise/tragédia da universidade, identificando já presentemente sinais de seu esgotamento e, conseqüentemente, as possibilidades de reviravolta. Talvez para aqueles que ainda vivenciam no cotidiano da universidade, de forma muito próxima, os efeitos da introdução dos componentes elitistas, produtivistas e privatistas em todos os seus espaços e atividades, seja mais difícil perceber os indícios de fadiga do modelo atual. Por outro lado, a resistência dos sujeitos universitários, isolada e desorganizada, vista por dentro, parece também ainda bastante insuficiente no momento para confrontar os amplos e profundos efeitos da penetração do neoliberalismo nas cabeças, nos corações e nas práticas universitárias. Desse modo, tende a prevalecer a idéia de que ainda há bastante espaço para expansão do projeto neoliberal na universidade pública, agora reforçado com a presença de um governo que, contrariando as expectativas e aspirações da sociedade brasileira, vem dando continuidade e intensificando esse projeto.

Mas é exatamente aí que talvez resida a maior contribuição do autor, com as suas consistentes análises teórica e política. Esta percepção de alguém “de fora”, que nunca chegou, de fato, a sair da universidade, nos ajuda a elucidar o contexto, e a reforçar a convicção de que um novo projeto de universidade é possível. E que para isso, mais do que nunca, é necessário fortalecer internamente a luta dos universitários e ampliá-la externamente com outros sujeitos sociais que também sofrem hoje as conseqüências desse modelo perverso e injusto, para

que seja capaz de desconstruir o que já foi introduzido pela reforma neoliberal e enfrentar os desafios colocados para a superação rumo à democratização, no seu amplo e verdadeiro significado.

O livro de Luiz Umberto é denso e provocador. Convoca à reflexão, instiga à indignação e anima para a luta aqueles que acreditam que é possível uma universidade pública, autônoma, democrática e comprometida com as necessidades da maioria do povo brasileiro. Mais que isso: aponta caminhos e estratégias. Façamos, pois, universitários ou não, o melhor uso dele.

RESUMO DE TRABALHOS - CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Monografia de Curso de Especialização

Satisfações e Insatisfações do Aluno de Graduação na Biblioteca de Medicina da Universidade Federal da Bahia¹

Graduation Student Satisfaction and Insatisfaction in the Library of School Medicine of the Federal University of Bahia

Roquelina Conceição dos Santos

O presente trabalho é um estudo sobre a satisfação e insatisfação dos serviços e produtos oferecidos pela biblioteca aos alunos de graduação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. A metodologia usada na pesquisa para à análise dos serviços e produtos foi feita através da elaboração e aplicação de questionários, aos alunos, no qual foi abordado o cenário da biblioteca, observando os principais aspectos como: o acervo, o conforto ambiental, as instalações, incluindo aí os equipamentos, o atendimento dos funcionários e as bases de dados cooperativas. Tivemos como resultados obtenção de informações quantitativas e qualitativas, nas quais, ficou evidenciada, que a questão central da insatisfação dos alunos está relacionada ao acervo de livros no tocante à sua qualidade, atualidade, quantidade e disponibilidade. Nestes quesitos, as observações marcadas para o acervo de livro, tiveram maior relevância os itens regular e ruim, sendo que o quesito referente à opção ótimo não configurou em nenhuma das respostas. No entanto, há uma conscientização da maioria dos alunos pesquisados, de projetos específicos para doações de livros, o que seria em curto prazo uma solução que poderia amenizar essas questões, sem esquecer que política de aquisição é fundamental, pois a biblioteca não pode sobreviver só de livros doados. O outro comentário das insatisfações ficou mais direcionado ao aumento do horário de funcionamento e informatização da biblioteca. Está lançado então desafios para discussões e projetos outros, que possibilitem melhoras para a biblioteca da FAMEB.

This present issue is a study about the satisfaction and dissatisfaction to services and products offered by library to undergraduates from Federal University of Bahia Medical College. The methodology to analyse the service and products was done by elaboration and application of questionnaires to students, where the library scenery was approached, taking into account the major aspects as: Collection, environmental comfort and installation (including apparatuses, attendance by servants and the co-operative base of data). We obtained quantitative and qualitative information showing that the principal question of the students dissatisfaction is connected to quality, quantity, availability and update of library collection. In these inquiries mentioned above, about the library collection, the options "regular" and "bad" were the most choosed by students; in the other hand, none choosed the option "excellent". Moreover, there is general conscientization that one specific project to donation of books would be a partial solution (at least, for a brief time) to ease the present situation, however we cannot forget that the politics to acquisition of new books is essential because the library cannot survive just by donated books. Other points of dissatisfaction were addressed to office hours and meager informatics. Then, other discussion and projects challenge us to improve the library of Medical College.

¹ Monografia (2004), Curso de Especialização em Administração do Núcleo de Pós-graduação da Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

Dissertação de Mestrado

Pesquisa de Enterovírus em Casos de Síndrome de Meningite Asséptica, em Período Não-Epidêmico, de Belém (Belém, PA, Brasil)¹

Investigation of Enterovirus in Cases of Aseptic Meningitis Syndrome, During Non-Epidemic Periods, in Belém (Belém, PA, Brazil)

Letícia Martins Lamarão

Introdução: o gênero Enterovírus (EV) pertence à família *Picornaviridae* e caracteriza-se pela ausência de envelope lipídico e presença de um único filamento de RNA linear de polaridade positiva. São transmitidos preferencialmente via feco-oral e referidos como os principais agentes etiológicos da Síndrome de Meningite Asséptica (SMA) em vários países. No Brasil, surtos de SMA ocorridos nas regiões sul e sudeste tiveram como agente etiológico os EV, associação comprovada também em períodos não-epidêmicos. **Objetivo:** isolar e identificar sorotipos de EV em amostras de líquido de pacientes de qualquer faixa etária com suspeita clínica de SMA, encaminhados a unidade de saúde de referência da cidade de Belém, Pará, no período de março de 2002 a março de 2003. Desenho do estudo: corte transversal. **Material e Métodos:** as amostras de líquido foram congeladas imediatamente após coleta e encaminhadas ao laboratório da Seção de Virologia do Instituto Evandro Chagas (Ananindeua, PA), onde foram conservadas a -70°C até realização dos testes. Os espécimes foram inoculados em cultivo de linhagem celular RD e Hep-2, ambos de origem humana e sensíveis aos EV, e os positivos identificados pela neutralização e imunofluorescência indireta (CHEMICON®). **Resultados:** de 249 amostras 33 foram positivas (13,2%), sendo 57,6% em menores de 11 anos ($p < 0,003$) e 72,7% em pacientes do sexo masculino ($p < 0,008$), com hospitalização de 21,2% dos casos positivos ($p < 0,05$). Os sorotipos identificados foram Echovírus 30 ($n=31$), Coxsackievírus B5 ($n=1$) e Echovírus 30 e 4 ($n=1$, caso misto). O líquido, em 75,8% apresentou pleocitose ($p < 0,00005$) com predomínio de células polimorfonucleares ($p < 0,0002$). **Conclusões:** a associação de EV a casos de SMA foi comprovada na região Norte do País destacando-se o sorotipo Echovírus 30, com frequência destacada também em outras regiões do Brasil e do mundo, o que ressalta a sua importância etiológica em casos de SMA.

Introduction: the genus Enterovirus (EV) belongs to the family *Picornaviridae* and it is characterized by positive-strand of simple RNA non-enveloped. They are transmitted predominantly by faeco-oral route and mentioned as the main etiologic agent of Aseptic Meningitis Syndrome (AMS) in several countries. In Brazil, outbreaks of AMS due to EV occurred in South and Southeastern regions, association also proved in non-epidemic periods. **Objectives:** Isolation and identification of EV serotypes in cerebrospinal fluid samples (LCR) of all ages patients with clinical suspicion of AMS, referred to the unit of health in the city of Belém (State of Pará), during the period between March of 2002 and March of 2003. **Materials and Methods:** LCR samples had been frozed immediately after collects, and directed to the laboratory of Virology Section of Evandro Chagas Institute (Ananindeua, Pará), where they had been stored at -70°C until accomplishment of the tests. The samples had been inoculated in RD and Hep-2 cell lines, both human origin and sensitive of EV, and the positives ones identified by neutralization or indirect immunofluorescency (CHEMICON®). **Results:** of 249 samples, 33 (13.2%) were positive, being 57.6% in minors of 11 years ($p < 0.03$) and predominant (72.7%) in males ($p < 0.008$). The isolated serotypes were: Echovirus 30 ($n=31$), Coxsackievirus B5 ($n=1$) and mixed of Echovirus 30 and 4. **Conclusions:** the EV association in AMS cases was proved in the North region having been distinguished Echovirus 30 serotype, with prevalence also identified in other regions of Brazil and worldwide, what stands out its etiologic importance in AMS cases.

¹ Dissertação de Mestrado (2004), do Curso de Pós-graduação em Medicina e Saúde da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

Tese de Doutorado

Avaliação dos Indicadores Brasileiros de Vigilância Epidemiológica da Poliomielite, Pré e Pós-Certificação, de 1990 a 2000¹

Analyses of Historical Series of Epidemiological Surveillance on Poliomyelitis in Brazil During the Pre-Certification (1990-1994) and Post-Certification Periods (1995-2001)

Eduardo Teixeira-Rocha

Objetivos: Descrever a série histórica dos indicadores oficiais de efetividade adotados no Brasil para a vigilância epidemiológica das paralisias flácidas agudas nos períodos pré e pós-certificação da eliminação da poliomielite por vírus selvagem no País, estabelecendo comparação entre esses dois intervalos de tempo; propor a metodologia de unificação desses indicadores, simplificando sua interpretação e descrever e analisar a série histórica dos casos de poliomielite associada à vacina entre 1995 e 2001, elaborando estimativa de risco para a ocorrência desse efeito adverso no período. **Métodos:** Foram analisados dados do período anterior (1990 a 1994) e posterior (1995 a 2000) à certificação da eliminação da poliomielite por vírus selvagem no Brasil. Foram consideradas as seguintes variáveis: prevalência mínima (notificação = 1 caso em 100.000 indivíduos com menos de 15 anos de idade); notificação negativa (ausência de casos, informados semanalmente, por no mínimo 80% das unidades notificadoras em cada região); tempo de investigação do caso (investigação de 80% ou mais dos casos notificados de paralisias flácidas agudas dentro das 48 horas posteriores à notificação); e investigação diagnóstica (coleta de duas amostras de fezes para cultura viral nas 2 semanas seguintes ao início da deficiência motora em 80% ou mais dos casos de paralisias flácidas agudas, PFA). Os indicadores foram classificados como adequados se fossem iguais ou superiores ao valor considerado como efetivo, ou como inadequados se estivessem abaixo. Foi calculada a razão percentual de valores adequados alcançados em cada unidade federada em cada ano, para cada período do estudo. Também foram apresentadas as médias finais por período, unidade e região do País. Foi desenvolvida a metodologia de unificação dos 4 indicadores com o intuito de propor a simplificação da sua interpretação. Os valores para cada um dos 4 indicadores (prevalência mínima, notificação negativa, tempo de investigação e coleta de amostras de fezes) foram subdivididos em quatro grupos. Após a classificação, foram estabelecidos escores de valores 8, 4, 2 e 1 para cada uma das categorias, decrescentes do melhor para o pior resultado; também foi atribuído peso 2 para os dois primeiros indicadores. O indicador unificado foi calculado pela razão entre o percentual da soma dos produtos dos pesos, e o produto dos escores máximos. A unificação foi aplicada para os indicadores de vigilância de PFA do Brasil no período de 1990 a 2000, analisando o percentual de efetividade no pré-certificação (1990-1994) e pós-certificação (1995-2000). Foi efetuada a descrição da série histórica dos 12 casos de poliomielite associada à vacina de 1995 a 2001, de acordo com: a idade; sexo; Estado da federação e dose vacinal, e foi calculado o risco com base nas estatísticas nacionais de imunização (DataSUS). **Resultados:** Artigo 1: considerando os resultados para o Brasil como um todo, o indicador de prevalência mínima apresentou redução de 1,3 para 0,9 por 100.000 menores de 15 anos de idade no período pós-certificação, mas a diferença não foi significativa ($p>0,08$). A notificação negativa manteve valores médios adequados nos dois períodos (87 e 84%), mas a razão percentual de efetividade foi 6,6% menor no período pós-certificação ($p>0,21$). O tempo de investigação de casos de paralisia flácida aguda melhorou sua efetividade em 10,9% ($p>0,06$) no período pós-certificação. A coleta de fezes permaneceu inadequada nos dois períodos (54% e 52%). Artigo 2: o modelo de unificação foi aplicado e observou-se que, no período de pré-certificação, o indicador esteve estável e acima de 80%. No pós-certificação o comportamento foi instável, alternando períodos

de redução e aumento. Artigo 3: quanto à pólio associada à vacina, os 12 casos notificados no período tinham mediana de idade de 4,5 meses, sendo cinco associados à primeira dose; 4 à segunda; 1 à quarta dose; e dois casos atribuídos a contatos. Os sorotipos vacinais isolados foram: tipo 1 em 1 caso (8,3%); tipo 2 em 1 caso (8,3%); e tipo 3 em 2 casos (16,7%); em 3 casos (25%) foram isolados mais de um tipo, sendo: 1 com tipos 1 e 2 (8,3%); 1 com tipos 2 e 3 (8,3%) e 1 com tipos 1, 2 e 3 (8,3%). Em 5 (42%) dos 12 casos, não foi identificado o tipo sorológico. Os dois casos de contatos foram associados: 1 caso aos tipos 2 e 3; e 1 caso ao tipo 3. O risco estimado no período de estudo foi de 1 para 2,52 milhões de primeiras doses, e de 1 para 2,85 milhões de segundas doses. Considerando-se todas as doses no período de 1995 a 2001 (incluídos os casos de contatos), o risco estimado foi de 1 caso para cada 5.963.685 aplicações de doses da vacina. Conclusões: Apesar da ausência de casos autóctones de poliomielite por vírus selvagem no Brasil no período pós-certificação, são ainda desfavoráveis os indicadores de qualidade da vigilância epidemiológica, o que pode retardar a detecção e investigação de casos de paralisias flácidas agudas e comprometer o programa de erradicação global da poliomielite. Novas ferramentas de controle e gerenciamento dos dados, como por exemplo a metodologia de unificação dos indicadores, poderão promover a melhoria da efetividade do programa. Por sua vez, foi evidenciado que o risco de pólio associada à vacina no Brasil permanece menor que o descrito para outras regiões do mundo.

Objectives: Describe the historical series of official effectiveness indicators adopted in Brazil for surveillance of acute flaccid paralyzes during the pre and post-certification regarding eradication of poliomyelitis by wild virus in the country, thus establishing comparison between those two intervals of time; propose a methodology for unification of those indicators, simplifying their interpretation; in addition, to describe and analyze the historical series of cases of poliomyelitis associated to vaccination between 1995 and 2001, elaborating a risk estimate on occurrence of that adverse effect along the period. *Methods:* The author analyzed data reported for the previous (1990-1994) and subsequent (1995-2000) periods of certification on eradication of poliomyelitis by wild virus within Brazil. The variables considered were as follows: minimal prevalence (notification = 1 case out of 100,000 individuals aged under 15); negative notification (absence of cases, reported on a weekly basis, by at least 80% notifying units in each region); extent of investigation for each case (investigation of a percentage equivalent of above 80% of acute flaccid paralyzes notified within 48 hours after notification); and diagnosis investigation (collection of two samples of feces for viral culture within 2 weeks subsequent to the commencement of motor deficiency involving a percentage equivalent or above 80% of cases of acute flaccid paralyzes). Indicators were classified as adequate if equivalent or above the value considered as effective and inadequate if under such value. The ratio for adequate values reached in every state on a yearly basis was computed for each period of the study. Final average values were also presented per period of time, state and region of the country. The unified methodology encompassing the 4 indicators was developed with the purpose to propose a more simplified interpretation. Values for each one of the 4 indicators (minimal prevalence, negative notification, time of survey and feces sampling collection) were subdivided into four groups. Upon completion of classification scores equivalent to 8, 4, 2 and 1 were assigned for each category, decreasing from the best to the worst result; a weight equivalent to 2 was assigned for the initial two indicators. The unified indicator was computed by the ratio between the percentage of sum of weight products and the product of the maximum scores. The unifying process was applied for indicators of epidemiological surveillance for acute flaccid paralyzes within Brazil from 1990 through 2000, including analysis on the percentage of effectiveness both at pre-certification (1990-1994) and post-certification (1995-2000) periods. The historical series of 12 cases of poliomyelitis associated with vaccination from 1995 through 2001 were described, according to age, gender, state of Brazil and vaccinal dose; risk was computed based on

*national immunization statistics (DataSUS). **Results:** Article 1: considering the results for Brazil as a whole, the minimal prevalence indicator reduced from 1.3 to 0.9 per 100,000 minors under age 15 during the post-certification period, however the difference was not significant ($p>0.08$). The negative notification maintained adequate average values during both periods (87% and 84%), however the effectiveness ratio was 6.6% lower during the post-certification period ($p>0.21$). Effectiveness of time dedicated to investigation of acute flaccid paralyses improved at 10.9% ($p>0.06$) during the post-certification period. Collection of fecal samples remained inadequate during both periods (54% and 52%). Article 2: upon application of the unification model it was noticed that the indicator was stable and above 80% during the pre-certification period. In regards to the post-certification period, the behavior was not stable with alternate periods of reduction and increase. Article 3: in regards to polio associated to vaccination, the 12 cases notified during the period presented median age equivalent to 4.5 months with 5 cases associated with the initial dose; 4 cases were associated with the second dose; 1 case was associated with the fourth dose, while 2 cases were associated with contact. The types of vaccine virus serologically isolated were as follows: type 1 in 1 case (8.3%); type 2 in 1 case (8.3%); and type 3 in 2 cases (16.7%); in 3 cases (25%) the number of types isolated exceeded one, as follows: 1 presented types 1 and 2 (8.3%); 1 presented types 2 and 3 (8.3%) and 1 presented types 1, 2 and 3 (8.3%). The serological type was not identified in 5 (42%) out of 12 cases. Association involving the two cases derived from contact was as follows: 1 case with types 2 and 3; and 1 case with type 3. The risk estimated during the study period was 1 to 2.52 millions of initial doses, and 1 to 2.85 millions of second doses. Considering all doses administered from 1995 through 2001 (including the contact-related cases) the estimated risk was 1 case for every 5.963.685 applications of vaccination doses. **Conclusions:** Despite the absence of autochthonous cases of poliomyelitis caused by wild virus in Brazil during the post-certification period, the quality indicators for epidemiological surveillance are still inadequate, which may postpone the detection and investigation of cases of acute flaccid paralyses and impair the global eradication program implemented for poliomyelitis. New tools designed to control and manage data, such as the methodology for unification of indicators, may promote an improved effectiveness for the program. On the other hand the study has found evidences that the level of risk of polio associated with vaccination within Brazil remains lower than the levels described for different regions of the world.*

¹ Tese de Doutorado (2004), Curso de Pós-graduação em Medicina e Saúde da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil.

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 2006 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 inglesa ou espanhola 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] ...”.

3. Formato Geral do Trabalho a Ser Submetido

- 3.1 todo o trabalho deve ser compatível com o processador de texto “WORD for WINDOWS”®, 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 ^(24 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-chaves) e “abstract” (na linha seguinte “key-words”). O número de palavras-chaves (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.

- 4.6.3.8 publicação sem número ou volume: ... Curr Opin Gen Surg 325-33, 1993.
- 4.6.3.9 paginação em numerais romanos: ... Hematol Oncol Clin North Am 9: xi-xii, 1995.
- 4.6.3.10 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.
- 4.6.3.11 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.
- 4.6.3.12 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.
- 4.6.3.13 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 independe da leitura do texto. Em caso de figura, deve ser numerada no verso e o título encaminhado em folha à parte. Caso a(s) figura(s) ou outro(s) elementos seja(m) colorido(s), o autor principal deve informar ao Editor da GMBahia a fonte de custeio dessa despesa;

5. Submissão do Trabalho

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

