

# GAZETA MÉDICA DA BAHIA

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

## Editor

*José Tavares-Neto*

## Conselho Editorial

*Aluizio Prata*

*Álvaro A. Cruz*

*Edgard M. de Carvalho Filho*

*Eliane Azevêdo*

*Irismar Reis de Oliveira*

*Raymundo Paraná*

*Rodolfo Teixeira*

## Secretaria

*Jundiára Paim*

## Diagramação

*Luciana Bastianelli*

## Revisão

*José Tavares-Neto*

## Correção e Impressão

*Gráfica Contexto*

*www.contexto.com.br*

## Redação e Secretaria

Gazeta Médica da Bahia

Faculdade de Medicina da Bahia

Universidade Federal da Bahia

Largo do Terreiro de Jesus - Centro Histórico

40026-010 Salvador, Bahia, Brasil

Tel: (55) (71) 3321-0983

Fax: (55) (71) 3321-0383 - Ramal 203 ou 207

E-mail: [gmbahia@ufba.br](mailto:gmbahia@ufba.br)

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

## Suporte Administrativo

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

## Permissão

Copyright 2005 pertence à **Gazeta Médica da Bahia da Faculdade de Medicina da Bahia (FAMEB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA)**. Todos os direitos reservados. Salvo sob autorização oficial da GMBahia ou da FAMEB, nenhuma parte ou seção da GMBahia poderá ser reproduzida em qualquer forma ou por quaisquer meios. A autorização para fotocópia ou reprodução de qualquer material veiculado pela GMBahia deverá ser feito pela mesma ou pela FAMEB através de carta oficial, na qual deverão conter, o volume, o número e as páginas a serem autorizadas.

Periodicidade: Semestral

Tiragem: 1.000 exemplares

Assinatura Gratuita: docentes e Bibliotecas de Escolas Médicas do Brasil

Indexação: LILACS, Bibliografia Brasileira de Medicina

## APOIO

*Projeto Pró-Negro*

*Ministério da Saúde*

## CAPA

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

# GAZETA MÉDICA DA BAHIA

Volume 75 • Número 2

ISSN 0016-545X

Julho/Dezembro 2005

## SUMÁRIO/CONTENTS

<b>Editorial</b> .....	119
<i>José Tavares-Neto</i>	
 <b>Artigos Originais</b>	
Cosme de Farias e o Manicômio Estatal na Bahia, Brasil (1912-1947) <i>Ronaldo Ribeiro Jacobina, André Teixeira Jacobina</i> .....	120
Inquérito Epidemiológico: Padrão de Reatividade Intradérmica ao Teste Cutâneo com Antígeno de Leishmania na Área Endêmica de Laje – Bahia, Brasil <i>Andréa Straatmann, Eduardo Martins Netto, Iza Lobo, Maria Nakatan, Márcio O. Silva, Fábio Amorim, Renata C. Lopes, Melissa B. Falcão, Roberto Badaró, José Tavares-Neto</i> .....	127
Proposta de Código de Ética dos Estudantes de Medicina da Bahia <i>Kleuber Lemos, Nedy Neves, Rodrigo Athanazio, Marina Lordelo, Almir Bitencourt, Flávia Serra Neves, Camila Boaventura, Antônio Nery Filho</i> .....	133
 <b>Artigo de Revisão</b>	
Etnopsiquiatria <i>Alejandro Patiño Román</i> .....	143
O Ensino Médico no Brasil: Origens e Transformações <i>Nedy M. B. C. Neves, Flávia B. C. S. Neves, Almir G. V. Bitencourt</i> .....	162
 <b>Nota Histórica</b>	
Aspectos Inéditos do Funcionamento do Hospital no Sítio de Mont-Serrat, na Província da Bahia, Brasil, Mostrando o Atendimento, em Regime de Internação, aos Doentes de Febre Amarela no Período de 2 de Março a 8 de Novembro de 1854, Quando o Dito Nosocômio foi Fechado por Falta de Enfermos <i>Antonio Carlos Nogueira Britto</i> .....	169

## **Relato de Caso**

Bioética: Um Estudo de Caso Pediátrico <i>Isabel Carmen F. Freitas</i> .....	185
---	-----

## **Relatório Técnico**

Memória da Medicina Brasileira nos Primeiros Tempos: Uma Intervenção Arquivística <i>Zeny Duarte, Teresa Coelho, Ana Lúcia Mazur, Victor Freitas, Cíntia Nascimento, Jeane de Almeida</i> .....	190
Segunda Versão do Projeto de Transformação Curricular da Faculdade de Medicina da Bahia (FAMEB): Revisão da Proposta Preliminar, Agosto de 2005 <i>Lorene L. Silva Pinto, Grupo de Trabalho e participantes do Programa de Alunos especiais-docentes (PAED)</i> .....	195

## **Resumo de Trabalho de Conclusão de Curso de Pós-Graduação**

A Informação Científica na Prática Médica: Estudo do Comportamento Informacional do Médico-Residente <i>Martha Silvia Martinez-Silveira</i> .....	219
Proposta de Prontuário para as Equipes de Saúde da Família <i>Marcelus Motta Negreiros</i> .....	220
Avaliação dos Modelos de Prontuário do Paciente nos Hospitais Universitários e de Ensino do Brasil <i>Fábia Gama Silva</i> .....	221

## **Normas para Publicação**

# 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

Mário Castro Carneiro

Sumaia Boaventura André

Luiz Carlos Santana Passos

Raymundo Paraná

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

Antonio Alberto da Silva Lopes

Vera Formigli

Marco Antonio Vasconcelos Rego

Antonio Reinaldo Rabelo

Irismar Reis de Oliveira

Déa Mascarenhas Cardoso

Maria Betania Pereira Torales

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

Sônia Felzemburg

DIRETÓRIO ACADÊMICO DE MEDICINA (DAMED)

Coordenador

Diego Espinheira

# 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 Neto  
Reinaldo Pessoa Martinelli  
Roberto Lorens Marback

## EMÉRITOS<sup>a</sup>

Zilton de Araújo Andrade  
Aluizio Prata  
Geraldo de Sá Milton da Silveira  
Adilson Peixoto Sampaio  
Rodolfo dos Santos Teixeira  
Eliane Azevêdo  
Nelson Barros  
Orlando Figueira Sales<sup>b</sup>  
Gilberto Rebouças<sup>c</sup>  
Elsimar Coutinho<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Na ordem de concessão do título pela Congregação.

<sup>b</sup> Título aprovado pelo Conselho Superior da UFBA, mas ainda não outorgado.

<sup>c</sup> 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)	1932 – 1933	Augusto Cezar Vianna
1829 – 1833	Jozé Avellino Barboza	1933 – 1936	José de Aguiar Costa Pinto
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	1936 – 1946	Edgard Rego Santos
1833 – 1836	Jozé Lino Coutinho	1946 – 1950	José Olympio da Silva*
1836 – 1844	Francisco de Paula Araujo e Almeida	1950	Francisco Peixoto de Magalhães Neto*
1844 – 1855	João Francisco de Almeida	1950 – 1953	Eduardo Lins Ferreira Araujo*
1855 – 1857	Jonathas Abbott*	1953 – 1955	Hosannah de Oliveira*
1857 – 1871	João Baptista dos Anjos	1955 – 1960	Rodrigo Bulcão D'Argollo Ferrão
1871 – 1874	Vicente Ferreira de Magalhães*	1960 – 1962	Benjamim da Rocha Salles
1874 – 1881	Antonio Januario e Faria	1962 – 1965	Carlos Geraldo de Oliveira
1881 – 1886	Francisco Rodrigues da Silva	1965 – 1968	Jorge Augusto Novis
1886 – 1891	Ramiro Affonso Monteiro	1968 – 1972	Rodrigo Bulcão D'Argollo Ferrão
1891 – 1895	Antonio Cerqueira Pinto	1973 – 1977	Renato Tourinho Dantas
1895 – 1898	Antonio Pacifico Pereira	1977 – 1980	Plínio Garcez de Senna
1898 – 1901	José Olimpio de Azevedo	1980 – 1984	Newton Alves Guimarães
1901 – 1908	Alfredo Thomé de Britto	1984 – 1988	José Maria de Magalhães Netto
1908 – 1912	Augusto Cezar Vianna	1988 – 1992	Heonir de Jesus Pereira Rocha
1913 – 1914	Deocleciano Ramos	1992 – 1996	Thomaz Rodrigues Porto da Cruz
1915 – 1930	Augusto Cezar Vianna	1996 – 2000	José Antonio de Almeida Souza
1931 – 1932	Aristidis Novis	2000	Fernando M. Carvalho*
		2000 – 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
- Renée Amorim dos Santos

## DEPARTAMENTO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

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

## DEPARTAMENTO DE CIRURGIA

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

- Durval Campos Kraychete
- Edirioimar Peixoto Matos
- Edson Bastos Freitas
- Edvaldo Fahel
- Epaminondas Castelo Branco Neto
- Gervásio Batista Campos
- Gildásio de Cerqueira Daltro
- Heitor Carvalho Guimarães
- Hélio Andrade Lessa
- Jayme Victal dos Santos Souza
- Jehorvan Lisboa Carvalho
- Jorge Luiz Andrade Bastos
- José Luiz Coelho
- José Neiva Eulálio
- José Siqueira de Araújo Filho
- José Valber Lima Menezes
- Juarez Araujo Andrade
- Juvenal Mascarenhas Nassari
- Leandro Publio da Silva Leite
- Luciano Santos Garrido
- Luiz Schiper
- Maria de Lourdes Lima Falcão
- Mário Castro Carreiro
- Mário Cesar Santos de Abreu
- 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
- 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 Castro Lyra
- André Luiz Peixinho
- André Vila Serra
- Antonio Alberto da Silva Lopes
- Antonio Carlos Moreira Lemos
- Antonio Raimundo Pinto de Almeida
- Argemiro D'Oliveira Junior
- Carlos Roberto Brites Alves
- Edgar Marcelino de Carvalho Filho
- Edilton Costa e Silva
- Edmundo José Nassari Câmara
- Eleonora Lima Peixinho
- Elvira Barbosa Quadros Cortes
- 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
- José 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
- Raymundo Paraná Ferreira Filho
- Regis de Albuquerque Campos
- Reinaldo Pessoa Martinelli
- Roberto José da Silva Badaró
- Romário Teixeira Braga Filho
- Roque Aras Júnior
- Roque Pacheco de Almeida
- Tania Moraes Regis
- Tarcisio Matos de Andrade
- Thomaz Rodrigues Porto da Cruz
- Vitória Regina Pedreira de Almeida

#### **DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA**

- Annibal Muniz Silvany Neto
- Eduardo José Farias Borges dos Reis
- Fernando Martins Carvalho
- Lorene Louise Silva Pinto
- Marco Antônio Vasconcelos 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
- Ângela Marisa de Aquino Miranda Scippa
- Antonio Fernando Bermudez Dreyer
- Antonio Reinaldo Rabelo
- Antonio de Souza Andrade Filho
- Arlúcia de Andrade Fauth
- Carlos Antonio Ferreira Teixeira
- Célia Nunes Silva
- Domingos Macedo Coutinho
- Irismar Reis de Oliveira
- José Cortes Rolemberg Filho
- José Marcos Pondé Fraga Lima
- Mario Ernani Ancilon Cavalcanti
- Miriam Elza Gorender 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
- Crésio de Aragao Dantas Alves
- Cristiana Maria Costa Nascimento de Carvalho
- Déa Mascarenhas Cardozo
- Dulce Emilia Moreira C. Garcia
- Edilson Bittencourt Martins
- Edna Lucia Santos de Souza
- Hagamenon Rodrigues da Silva
- Hugo da Costa Ribeiro Junior
- Isabel Carmen Fontes da Fonseca
- Lara de Araújo Torreão
- Licia Maria Oliveira Moreira
- Luciana Rodrigues Silva
- Luís Fernando Fernandes Adan
- Luiza Amélia Cabus Moreira
- Maria Betânia Pereira Toralles
- Maria do Socorro Heitz Fontoura
- Nadya Maria Bustani Carneiro
- Silvana Fahel da Fonseca
- Solange Tavares Rubim de Pinho
- Suzy Santana Cavalcante
- Vanda Maria Mota de Miranda



## EDITORIAL

Neste número da *Gazeta Médica da Bahia*, é apresentada a 2ª versão do Projeto de Transformação Curricular da Faculdade de Medicina da Bahia (FAMEB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), revista e ampliada pelos 44 professores participantes do Programa de Alunos Especiais-Docentes (PAED) e também considerando as propostas recebidas pela relatora, Profa. Lorene L. Silva Pinto.

A 1ª versão do Projeto teve origem no grupo de trabalho criado pela Portaria Conjunta nº 023 de 20 de maio de 2004 da Diretoria da FAMEB e do coordenador do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina, Prof. Aristides Cheto de Queiroz. Em agosto de 2004, essa Comissão foi ampliada com a participação paritária de docentes e discentes, por conta da incorporação do Grupo de Trabalho de Transformação Curricular do Diretório Acadêmico de Medicina (DAMED), criado a partir da deflagração da greve estudantil da UFBA, em 09 de julho de 2004.

Em janeiro de 2005, esse Grupo de Trabalho apresentou a 1ª versão do Projeto de Transformação Curricular da FAMEB e, logo em seguida, foram reproduzidas 1.800 cópias da mesma, as quais foram entregues entre fevereiro e março de 2005 a todos os discentes, inclusive aos alunos dos dois cursos de pós-graduação *stricto sensu* da FAMEB, além de todos os professores dos oito departamentos da FAMEB. Também, desde fevereiro de 2005, o Projeto foi inserido na “home page” da FAMEB, sendo solicitado aos membros da comunidade e aos seus departamentos o encaminhamento de sugestões, críticas, adendos e correções à relatora, Profa. Lorene L. Silva Pinto, também nomeada pela diretoria da FAMEB, e à coordenação do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

A 2ª versão do Projeto de Transformação Curricular da FAMEB da UFBA, publicada neste número, juntamente com a 1ª versão, fizeram parte do Projeto destinado ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – do Ministério da Saúde. Esse Projeto foi submetido ao Ministério da Saúde em 08 de dezembro e aprovado em 23 de dezembro de 2005 (D.O.U, nº 246, p. 102-103, de 23/12/2005), cabendo à FAMEB recursos da ordem de R\$ 1.500.000, nos próximos três anos, para reorganizar e apoiar o projeto de transformação curricular baseado nas “Diretrizes Curriculares para o ensino de graduação em Medicina”, aprovadas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação do Ministério da Educação.

Em meados de janeiro de 2006, será divulgada a 3ª versão do Projeto de Transformação Curricular da FAMEB (392 p., pdf.) elaborada pelos membros do PAED, constando o detalhamento de cada módulo, inclusive do internato, e mais as normas da Monografia de Conclusão do Curso Médico e a proposta de avaliação das atividades curriculares, dos discentes e dos docentes. Como as versões anteriores, essa 3ª versão do Projeto também será submetida ao Colegiado de Graduação do Curso de Medicina da FAMEB, instância na qual cabe a sua análise, reformulação e aprovação, além do posterior encaminhamento à Câmara de Ensino de Graduação da UFBA.

Portanto, a Diretoria da FAMEB irá concluir, com o encaminhamento da 3ª versão do projeto, suas contribuições ao Projeto de Transformação Curricular da FAMEB da UFBA, e aguarda as novas demandas, se necessárias, do Colegiado de Graduação do Curso de Medicina, esperando o início da implantação do novo currículo no 2º Semestre de 2006 ou, no mais tardar, no 1º de Semestre de 2007.

**José Tavares-Neto**

*Diretor da Faculdade de Medicina da Bahia (FAMEB)  
Universidade Federal da Bahia (UFBA)*

## Cosme de Farias e o Manicômio Estatal na Bahia, Brasil (1912-1947)

Cosme de Farias and the State Madhouse in Bahia, Brazil (1912-1947)

Ronaldo Ribeiro Jacobina, André Teixeira Jacobina

*Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia e Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFBA, Salvador, Bahia, Brasil*

Estudou-se o papel de um agente externo à prática psiquiátrica no Hospital S. João de Deus/Juliano Moreira na Bahia. O objetivo foi compreender o papel do Sujeito – o rábula Cosme de Farias – diante da prática contraditória na Psiquiatria, a qual responde a finalidades técnicas de tratamento e, concomitantemente, realiza funções de exclusão social. Foram utilizados procedimentos da pesquisa histórica na análise documental dos testemunhos voluntários e involuntários: organização das fontes, verificação da autenticidade documental e interpretação discursiva dos dados obtidos. Cosme de Farias, o “advogado dos pobres”, foi uma das figuras mais populares na Bahia, no século XX. A partir de 1912, através de seus pedidos, eram internados alienados “indigentes” no manicômio (computamos, em menos de um ano, mais de quarenta). Por quase 50 anos, o “Major” Cosme de Farias fez essa mediação no internamento do miserável abandonado nas ruas com o manicômio estatal. Na conjuntura de 1930-1947, embora tenha sido predominantemente autoritária, constatamos que o manicômio não ficou incólume aos efeitos democráticos do curto governo constitucional (1935-37). Observou-se a mudança de atuação de Cosme de Farias que, utilizando recursos jurídicos que a legislação oferecia, buscou a garantia do direito à justiça. Através do *habeas-corpus* contra a seqüestração e internação sem base legal, beneficiou muitos internados. Com o Estado Novo esse direito foi restringido, mas não abolido. O estudo constatou a participação de um Sujeito – Cosme de Farias – na história da psiquiatria baiana, analisando seus acertos e equívocos, as circunstâncias, mas também as conseqüências sociais de seus atos.

**Palavras-chave:** Psiquiatria, história, Psiquiatria Forense, hospital psiquiátrico, Bahia.

*This study focused on the role of an external agent to the psychiatric practice in the S. João de Deus/Juliano Moreira Madhouse, State of Bahia, Brazil. The objective was to understand the role of the Subject - the law-monger Cosme de Farias - in the context of the contradictory psychiatric practice, with its aims of technical treatment and its functions of social exclusion. Historical research procedures were used for the documental analysis of voluntary and involuntary testimonies: sources organization, document authenticity verification and discourse interpretation of the obtained data. Cosme de Farias, the Lawyer of the poor people, was one of the most popular personalities in the State of Bahia, in the Twentieth Century. Because of his lawsuits more than forty mentally-diseased people were interned in the State madhouse, only from 1912-1913. For more than fifty years, “Major” Cosme de Farias has intermediated the acceptance of mentally-diseased people by the State madhouse. The 1930-1947 political conjuncture was predominantly authoritarian. However, the State madhouse was affected by the democratic effects of the short constitutional govern (1935-1937). Under the new rules, Cosme de Farias started to use new juridical legislation and sought the warranty to the right of justice. He helped many interns, by using the habeas-corpus against the sequestration and internment without a legal basis. Under the “New State” period, the habeas-corpus was restricted, but not ruled out. This study has asserted the participation of a Subject - Cosme de Farias - in the history of psychiatry in the State of Bahia, has analyzed his successes and mistakes, the circumstances, but also the social consequences of his acts.*

**Key words:** Psychiatry, history, Forensic Psychiatry, psychiatric hospital, Bahia.

Este artigo, baseado em uma pesquisa que estuda a prática psiquiátrica na Bahia, enfoca o papel de um agente externo à instituição manicomial (Hospício S. João de Deus/Hospital Juliano Moreira), representado pela presença histórica do rábula Cosme de Farias. A análise desse período histórico do país e da Bahia, que vai de 1912 até 1947, possibilita percebermos a importância do funcionamento democrático das instituições do Estado – Legislativo, Executivo, Judiciário – e da sociedade civil para a garantia dos direitos sociais, em particular, das pessoas portadoras de transtorno psíquico.

O objetivo é compreender o caráter contraditório da prática psiquiátrica, a qual, ao mesmo tempo que procura responder a finalidades técnicas de tratamento e cura, realiza funções de controle social e exclusão. O objetivo específico é compreender o papel do Sujeito no processo histórico de uma instituição manicomial.

## Metodologia

Foram utilizados procedimentos da pesquisa histórica na análise documental dos testemunhos voluntários e involuntários: a organização das fontes, verificação da autenticidade documental e interpretação discursiva dos dados obtidos<sup>(1,2,4)</sup>.

Os documentos que constituem a principal fonte primária deste estudo, como ofícios, relatórios, memorandos, comunicações internas, inquéritos etc., referentes ao Hospital Juliano Moreira (HJM), encontrados na seção republicana do Arquivo Público do Estado da Bahia (APEB), serão citados com a sigla APEB, seguido da caixa numerada onde o documento está arquivado. Alguns documentos do Arquivo da Santa Casa de Misericórdia da Bahia foram utilizados, sendo citados com a sigla ASCMB.

Para a compreensão de Sujeitos históricos e complexos, passíveis de polêmicas e debates, como é o caso de Cosme de Farias, tomamos como orientação metodológica sugestões de historiadores da Escola dos *Annales*. Bloch, em especial, que nos advertiu: “durante

*muito tempo passou o historiador por ser uma espécie de juiz dos infernos, encarregado de distribuir pelos heróis mortos o elogio ou a reprovação*”<sup>(1)</sup>. E complementa mais adiante: “*Robespierristas, anti-robepierristas, por favor! Dizei-nos simplesmente quem foi Robespierre*”<sup>(1)</sup>. A orientação seguida foi de saber concretamente a atuação de um sujeito extramanicomial – Cosme de Farias –, cujas práticas foram analisadas de modo crítico.

Uma diretriz que perpassa todo o trabalho: ao levarmos em conta tanto os testemunhos dos pacientes internados quanto dos agentes subalternos (“pessoal inferior”), buscamos dar voz a Sujeitos que, geralmente, são excluídos da historiografia tradicional<sup>(3)</sup>.

## Resultados e Discussão

A República proclamou uma sociedade igualitária de “cidadãos”. O hospício administrado pelo Estado Republicano não podia agir assim como tinha agido a Irmandade da Misericórdia, que, em sua administração do Hospício S. João de Deus, de 1874 a 1912, internava um número fixo de loucos pagos pelo governo. Os demais eram internados de acordo com os critérios da própria Santa Casa de Misericórdia (SCM), pois, sendo uma instituição filantrópica de origem monárquica, era tolerante com as diferenças sociais (Figura 1).

Com o Estado Republicano, os loucos, mesmo desvalidos e abandonados, tinham direitos, pelo menos, ao recolhimento e abrigo, bem como os cidadãos que estavam nas ruas sentindo-se “ameaçados” por eles. Esses eram protegidos de Cosme de Farias (2/4/1875-14/3/1972), cuja popularidade levou com que os governantes da época buscassem sua lealdade. Aos governantes de perfil republicano, ele dava o apoio esperado, mas obtinha em troca algumas concessões. Eis um exemplo de sua atuação: em 1920, oito anos depois da avocação do

Recebido em 04/08/2005

Aceito em 12/11/2005

Endereço para correspondência: Prof. Ronaldo R. Jacobina. Rua Sta. Rita de Cássia 167, Apto. 1001, bairro Graça, 40150-010 Salvador, Bahia, Brasil. Endereço eletrônico: jacobina@UFBA.br

hospício da Santa Casa, o conflito desta com o governo permanecia e o Provedor se queixava do Governador Antonio Moniz ter dado “*informações erradas ao popular deputado Cosme de Farias para que este da tribuna da Câmara dissesse que o governo pagara tudo quanto devia à Santa Casa*” (ASCMB. Santos, 1920). Ressalte-se aqui que sua popularidade era reconhecida por um adversário.

Esse rábula, que recebeu o título de “Major” da Guarda Nacional, uma instituição de origem monárquica, que sobreviveu aos primeiros tempos da República, tinha o epíteto de “advogado dos pobres” e foi uma das figuras mais populares e queridas na Bahia, exercendo uma importante influência política e cultural desde o final do século XIX até o início da década de 70 do século passado, quando faleceu vítima de trombose cerebral. Foi vereador e deputado<sup>(5)</sup>. Autodidata, só tinha o primário. Criou a Liga Baiana contra o Analfabetismo. Advogando, ele defendeu somente os réus pobres, nunca acusou nenhum. Jornalista, tinha uma coluna nos jornais locais, *Linhas ligeiras*, onde fazia apelos, comentários, críticas. O bairro onde morava tem hoje o seu nome (Figuras 2 e 3)\*.

Sua presença na história do Hospício São João de Deus, renomeado em 1936 para Hospital Juliano Moreira (HJM)<sup>(3)</sup>, foi uma descoberta na pesquisa. Mas, estar aberto para as novidades no manejo das fontes primárias era um dos princípios metodológicos da investigação.

O Major Cosme aparece em diferentes momentos nessa conjuntura histórica do manicômio (1912-1947). Logo no início dessa Bahia verdadeiramente republicana, com o governo de J.J. Seabra<sup>(5)</sup>, seu nome emerge nos documentos servindo de mediador dos pedidos da comunidade soteropolitana contra os loucos na via pública, que apresentavam um “*deprimente espetáculo para os créditos desta cidade*” (APEB. Caixa n. 3188: of. 31.12.1913). Republicano convicto, ele acreditava também estar prestando uma ajuda ao pobre ou miserável que “perdeu a razão”.

O Major seguia um procedimento padrão: obtinha do delegado do distrito a declaração de indigente para o louco e o atestado de sua alienação mental através do parecer de dois médicos de renome. Então, solicitava o recolhimento diretamente ao Secretário Geral do Estado, ou, de modo mais raro, ao diretor

do Hospício, como fez no caso do louco V.M., que resultou na repreensão ao diretor do Hospício pelo secretário, por ter feito o internamento sem a sua prévia autorização. Em um famoso inquérito no manicômio, em 1925, ficou claro que alguns desses atestados médicos eram assinados em branco. A Comissão de Inquérito que apurava denúncias feitas na imprensa contra o hospício verificou que tal fato era verdadeiro: examinando os papéis de internamento do doente registrado sob o nº 596 e confrontando as assinaturas dos dois médicos com os dizeres do atestado e do requerimento do Major Cosme de Farias, “*evidentemente se reconhece que o atestado foi escripto pelo Snr. Faria (sic), em vez de ter sido por um dos medicos que o assignaram*” (APEB. Caixa n. 3161. Inquérito de 1925, p.3).

Através de seus pedidos, principalmente na conjuntura de 1912-1930, foram internados dezenas de loucos no manicômio. Por exemplo, mais de 40 alienados no Hospício S. João de Deus foram internados por pedidos seus em menos de um ano: dezembro de 1913 – outubro de 1914. Por quase 50 anos o “Major” Cosme de Farias fez essa mediação no internamento do miserável abandonado nas ruas com o manicômio estatal.

A violência aos excluídos era tão banalizada que o paciente além de sofrer maus tratos na prisão onde freqüentemente era recolhido, muitas vezes sofria agressões no próprio transporte para o manicômio. Como exemplo, temos a internação do indigente M.N., por solicitação do Major Cosme de Farias, que foi trazido da Delegacia de Brotas. O diretor Aristides Novis se queixava que o doente chegou do modo mais desumano, em uma carroça, com os membros atados por cordas aos varais da mesma, o que determinava nessas partes do corpo várias escoriações. Pediu ao Diretor de Saúde Pública que providenciasse ao Secretário de Polícia a “repressão que o fato requer” (APEB. Caixa nº 3190, of. 216, 10.09.1922).

Na conjuntura seguinte (1930-1947), o rábula continuava a interagir intensamente com o manicômio, seja para internar indigentes ou saber o seu estado de saúde, como referido acima (Figura 4), seja para liberá-lo por ter sido internado por abuso de alguma autoridade policial ou do poder judiciário.

**Figura 1.** Solar Boa Vista. Asilo/Hospício São João de Deus (1874-1936). Hospital Juliano Moreira (1936-1982).



Fonte: *Bahia Illustrada*, v.2, n.2, jan. 1918

**Figura 2.** O jovem rábula e deputado Cosme de Farias (2/4/1875 – 14/3/1972).



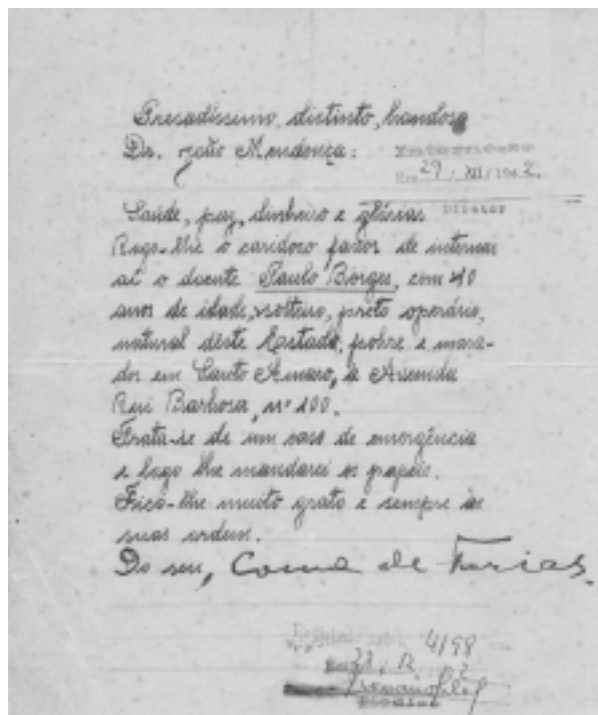
Fonte: Projeto Memórias da Bahia. UCSal-Correio da Bahia, 2000.

**Figura 3.** O velho rábula ‘Major’ Cosme de Farias.



Fonte: Projeto Memórias da Bahia. UCSal-Correio da Bahia, 2000.

**Figura 4.** Pedido de internamento do “Major” Cosme de Farias ao diretor do Hospital Juliano Moreira, Dr. João Mendonça. Em 29 de dezembro de 1942.



(Fonte: APEB.HJM).

Para internar ou obter informações de internados, Major Cosme de Farias se dirigia diretamente ao diretor do manicômio ou, demonstrando prestígio pessoal, fazia também através do diretor geral do Departamento de Saúde Pública, órgão ao qual o Hospital estava subordinado (APEB. Caixa 3195, of. 6.02.34). Em um memorando, o diretor Aristides Novis chegou a se dirigir ao Major Cosme de Farias pedindo “ao nobre amigo” que atendesse os preceitos regulamentares e não enviasse, junto com os doentes que remetia ao manicômio, carta ou bilhete e sim, petição ou guia assinada por autoridade policial (APEB. Caixa n.3196, *Memorandum* nº 9, de 11.07.1936). Cosme de Farias continuou a enviar doentes com bilhetes, só que passaram a ser dirigidos ao Dr. José Júlio Calasans, assistente médico do hospital.

Essa conjuntura de 1930-1947, embora tenha sido predominantemente autoritária, constatamos que o manicômio não ficou incólume aos efeitos democráticos do curto governo constitucional (1935-37). Assim, nesse hiato democrático houve repercussão da atuação do Judiciário na vida do manicômio. Parentes, outros responsáveis e os próprios pacientes, com apoio de advogados ou rábulas, que recorriam diretamente ao Superior Tribunal de Justiça (STJ), passaram a recorrer à Corte de Apelação do Estado da Bahia, com sua criação no 2º semestre de 1934. Um destaque foi a mudança de atuação de Cosme de Farias, que, utilizando recursos jurídicos que a legislação oferecia, como os proclamados na Constituição de 1934, buscou a garantia do direito à justiça de muitos cidadãos em situação de exclusão social. Com o recurso do *habeas-corporis* contra a seqüestração e internação sem base legal beneficiou muitos internados. Havia abuso de autoridade de delegados e juízes, principalmente do interior do Estado. Com a ditadura do Estado Novo (1937-1945), esse direito foi restringido, mas não abolido.

No período de 1930-1937, o pavilhão Manoel Vitorino, que abrigava os sentenciados, foi reformado e ampliado. E, mais uma vez, os documentos registram a presença do rábula Cosme de Farias, na defesa dos excluídos internados, sobretudo os sentenciados pobres e abandonados, ali aprisionados. Das dezenas de casos com esse abuso de autoridade, com internados apresentando um longo tempo de exclusão

sem apresentar qualquer alteração psíquica, destaca-se o caso do paciente L.E.M., internado há mais de vinte anos por solicitação do juiz do município de Amargosa. A informação do diretor Aristides Novis à Corte de Apelação foi nos seguintes termos: “*Em todo esse longo período de observação de L neste estabelecimento nenhuma perturbação mental lhe pode ser verificada*” (APEB. Caixa n. 3195, of. 18, 28.01.1935).

No período do Estado Novo, o rábula teve dificuldade de interceder em defesa dos direitos dos pobres asilados, pois era freqüentemente aludido o “perigo social” do paciente pelo diretor do manicômio que era também um perito forense. Em uma de suas cartas, em junho de 1943, Cosme de Farias solicitou a mudança de um doente (G.R.S.), que se encontrava no pavilhão Manoel Vitorino, “*onde se tem dado mal*”. O rábula argumentava que o acusado respondia a processo por ferimento leve, não sendo perigoso. O diretor João Mendonça indeferiu o pedido, pois aparece, em manuscrito, a resposta de Mendonça, datada de 11 de junho do mesmo ano, onde dizia que “*o paciente está num dos melhores pavilhões do Hospital. Está à ordem de autoridade policial e judiciaria*” (APEB. Caixa 3199). Esse pavilhão, apesar de novamente reformado e ampliado naquele ano (1943), era o mesmo para o qual, em 27 de agosto de 1942, ele, diretor, pedira ao Secretário de Segurança para não desfaltar a guarda, reduzida a seis homens, “*onde existia um número superior a 50 doentes, da mais elevada perigosidade social*” (Caixa 3200, of. 169).

Embora tenha diminuído o número de pedidos de *habeas corpus* naquele período ditatorial, observou-se que eles continuaram a ser feitos. Um exemplo rico de ensinamentos para o presente foi a alta do internado B.F.N. Ele esteve preso no manicômio judiciário do HJM por dois anos e meio, acusado de crime de ferimentos leves, à disposição do pretor de Jequiariá, Bahia. O rábula Cosme de Farias entrou com uma petição de *habeas-corporis* em favor do internado pobre, apresentando uma carta onde o médico (não consta o nome) do manicômio, afirmava que o paciente não era alienado (APEB. Caixa 3199, 16.05.1944). O Tribunal de Apelação concedeu a ordem de *habeas-*

*corpus*, publicada em 10 de julho de 1944 “*por sofrer o paciente coação ilegal em sua liberdade de ir e vir. Não responde o mesmo a processo de crime algum, apenas é vítima de epilepsia, segundo a informação minuciosa junta, prestada pelo Sr. Dr. Diretor do Hospital Juliano Moreira*” (Caixa 3199, 1944). A relevância desse acórdão deve-se ao fato de ter sido conseguido em um contexto autoritário, no qual muitos dos direitos civis e políticos tinham sido abolidos.

Outro exemplo é o do internado L.J.S., ajudante no laboratório de hipodermoterapia. Foi internado em 26 de março de 1940, contudo não apresentou mais alterações, a partir de, pelo menos, dezembro de 1941, quando o diretor prestou informações ao Tribunal de Apelação (APEB.Caixa 3200, of. 267, 23.12.41). Em setembro de 1942, o rábula Cosme de Farias, mais uma vez acionado, entrava com uma petição de *habeas-corpus*. O diretor respondeu novamente ao Tribunal que ele não tinha distúrbios mentais, achando-se em condições de retorno social. Pela sua condição mental, foi transferido do pavilhão específico de criminosos (Manoel Vitorino) para outro de tranqüilos e higiênicos, “*onde só faz repousar*”. Mais adiante, o próprio diretor dizia que durante o dia, o paciente foi mandado servir no laboratório de hipodermoterapia do hospital, “*onde vem prestando bons serviços*”. No ofício ao Tribunal de Apelação, o diretor concluía dizendo em relação ao paciente que:

*“a sua condição de direito é a de internado para exame de sanidade mental, mas a sua condição de fato é, atualmente a de um serventuário, por isso a alegação da iniquidade de uma convivência entre loucos é improcedente”* (APEB.Caixa 3200, of.192, 18.09.42).

Internado para fazer exame de sanidade mental, L.J.S. ficou internado 2 anos 4 meses e 23 dias, trabalhando no laboratório, sob o véu da laborterapia, embora o próprio diretor referisse que o internado só repousasse, além de afirmar que a sua condição de fato era de um serventuário. Quando Cosme de Farias entrou com o pedido de *habeas-corpus*, pelo papel que o internado desempenhava no hospital, o diretor não poderia dizer outra coisa a não ser da sua condição de apto

para o “retorno social”. Direito que o juiz concedeu ao internado. Pacientes que não se submetiam a esta exploração, pelo contrário, incomodavam a disciplina da instituição, o diretor tinha a maior presteza em fazer o exame e transferí-los de volta à presença do juiz ou à casa de detenção.

Paradigmático foi o caso do doente G.D.F., internado em 22 de maio de 1937 pela Secretaria de Segurança, a pedido do juiz de Ilhéus, BA, a fim de ser submetido a exame de sanidade mental. Respondeu Mendonça ao Tribunal de Apelação:

*“O paciente, realmente, não apresentou aqui sinais de loucura” (...)* “*é trabalhador, obediente sob comando inteligente e bondoso e, em geral, estimado aqui*”. (...) “*Auxilia o Hospital, com eficiência, no serviço de água. A título experimental tem-se-lhe concedido trabalhos externos, no que tem se desempenhado a contento*” (Caixa 3200, of. 158, 8.08.1942).

Nesses cinco anos de internado para fazer o exame de sanidade mental, o paciente ficou quase todo esse tempo prestando serviços à administração de João Mendonça. Quando foi pedido o *habeas-corpus* por Cosme de Farias, o diretor informou que o paciente nunca apresentou sinais de loucura. Não foi possível saber se o juiz acolheu o pedido, mas o internado só deixou o manicômio no governo eleito de Octávio Mangabeira. O novo Secretário de Segurança, Antônio de Oliveira Brito, pressionou o diretor em relação a vários sentenciados no manicômio em condições de alta. Imediatamente, João Mendonça deu providências a dez casos, entre os quais o “*trabalhador obediente*”, acima referido, e, em sua tentativa de se manter no cargo, não faltou com elogios inclusive ao novo governo democrático, em seu ofício ao Secretário de Segurança:

*“Aproveito a oportunidade para agradecer a V. Excia as urgentes e benéficas medidas, executadas pelo Governo deste Estado e atinentes à situação jurídica dos delinquentes aqui internados”* (APEB.Caixa 3203, of. 172, 24.05.47).

Diante dessa exploração do trabalho dentro do manicômio, destacamos, entre as inúmeras críticas a essa exploração, aquela proferida pelo terceiro diretor

da história do Asilo S. João de Deus, quando o diretor Anísio Circundes repudiou essa mentalidade economicista, que usava o trabalho do alienado indigente “*com fins economicos ou como verba de receita*”, ou seja, para baratear o custo diário e suprir carência de pessoal (Arquivo da Santa Casa de Misericórdia da Bahia-ASCMB, vol. 20, f. 72). Sua contundência é ainda maior quando levamos em conta que ela foi feita, no contexto de um período que ainda era legalizado o trabalho escravo.

Com a redemocratização, houve um aumento da aprovação dos *habeas corpus*, sobretudo a partir de 1947, voltando a crescer o prestígio do “Major Cosme”, o principal solicitante dos pedidos (APEB.Caixa 3203). Em um deles, o juiz do município de Santo Amaro determinava a apresentação do internado para julgamento “*atendendo solicitação do ilustre Sr. Major Cosme de Farias*” (Of. 14.05.1947).

Em conclusão, a instituição que recolhia o louco, denominado psicopata, para prestar cuidados, com o compromisso de *albergá-los, alimentá-los e tratá-los* adequadamente, na verdade praticava formas explícitas ou sutis de violência, inclusive uma forma camuflada de trabalho escravo, em plena vigência do regime republicano. A maior vítima dessa violência institucional no Hospital Juliano Moreira era o alienado sentenciado, recolhido ao pavilhão Manoel Vitorino, que encerrava em sua condição uma tripla exclusão: a de louco, pobre e criminoso.

Com os dados apresentados pode-se constatar o papel do Major Cosme na defesa das pessoas com transtorno mental, mesmo quando acreditou na instituição manicomial, como um lugar de abrigo, tratamento e cura. Depois, quando usou seu talento e prestígio para retirar pessoas com ou sem transtorno em situação de exclusão e exploração no manicômio estatal. Desse modo, o estudo constatou a participação de um Sujeito – Cosme de Farias – na história da psiquiatria baiana, analisando seus acertos e equívocos, as circunstâncias, mas também as conseqüências sociais de seus atos.

### Fontes de Dados Primários

Arquivo Público do Estado da Bahia. Seção Republicana (APEB)

Fundo: Secretaria de Saúde. Grupo: Hospital Juliano Moreira – HJM.

- 1) APEB.CAIXA nº 3161 - Inquérito do Hospício (1925) e outros documentos.
- 2) APEB. CAIXA nº 3188 - Correspondência expedida e recebida: 1906-1914.
- 3) APEB. CAIXA nº 3195. Correspondências expedidas e recebidas, 1934-1936.
- 4) APEB. CAIXA nº 3196. Correspondências expedidas e recebidas, 1936-1937.
- 5) APEB. CAIXA nº 3199. Correspondências expedidas e recebidas, 1939-1946.
- 6) APEB. CAIXA nº 3200. Correspondências expedidas e recebidas, 1940-1944.
- 7) APEB. CAIXA nº 3203. Correspondências expedidas e recebidas, 1946-1947.

### Arquivo da Santa Casa de Misericórdia da Bahia (ASCMB)

Documento Manuscrito (Organizado por volume)  
ASCMB. Volume 20 - Livro 2º de Atas da Mesa Administrativa, 1875-84.

Documento impresso

ASCMB. Santos IC. *Relatório apresentado à Junta da Santa Casa de Misericórdia da Bahia pelo Provedor, Biênio 1919-1920*. Bahia: Typographia do Commercio, 1920.

### Nota do Editor

\*Entrevista do Prof. Ronaldo Jacobina ao Historiador Cid Teixeira, em 17 de Junho de 2000.

### Referências Bibliográficas

1. Bloch M. *Introdução à história. (Apologie pour l'histoire ou Métier d'historien)*. ed. crítica, Mem Martins-Portugal: Publicações Europa-América, 1997.
2. Cardoso CF, Brignoli HP. *Os Métodos da História*. 5.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1990.
3. Jacobina RR. *A prática psiquiátrica na Bahia. Estudo histórico do Asilo São João de Deus /Hospital Juliano Moreira (1874-1947)*. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública-Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), 2001.
4. Le Goff J. Documento / Monumento. In: *História e Memória*. Campinas, SP: Unicamp, p. 535-553, 1996.
5. Tavares LHD. *História da Bahia*. São Paulo: UNESP; Salvador: EDUFBA, 2001.



## Inquérito Epidemiológico: Padrão de Reatividade Intradérmica ao Teste Cutâneo com Antígeno de Leishmania na Área Endêmica de Laje – Bahia, Brasil

Epidemiological Survey: Based Upon the Delayed Hypersensitivity Pattern of Montenegro's Skin Test in an Endemic Area, Laje – Bahia, Brazil

Andréa Straatmann, Eduardo Martins Netto, Iza Lobo, Maria Nakatani, Márcio O. Silva, Fábio Amorim, Renata C. Lopes, Melissa B. Falcão, Roberto Badaró, José Tavares-Neto  
*Faculdade de Medicina da Bahia e Complexo Hospital Universitário Prof. Edgard Santos, Salvador, Bahia, Brasil*

A leishmaniose tegumentar americana (LTA) é uma zoonose endêmica na região sul do Estado da Bahia, onde foi realizado estudo de prevalência da infecção pela *Leishmania* sp., aplicando-se o teste intradérmico de Montenegro (IDRM). O inquérito clínico-epidemiológico foi realizado em uma amostra de 752 moradores do município de Laje, BA, sendo 495 do sexo feminino e 257 do masculino, com idades entre 18 a 80 anos. A IDRM foi positiva em 49 moradores (6,5%), sendo mais frequente nos maiores de 49 anos ( $p < 0,02$ ). A presença de lesão cicatricial, compatível com LTA, foi verificada em 45% dos indivíduos IDRM-reativos e em 2,6% dos não-reativos ( $p < 0,01$ ). Em conclusão, o município de Laje, onde há poucas áreas de florestas nativas, tem população com baixo percentual reativo para a IDRM. A positividade para a IDRM foi mais frequente nas faixas etárias mais elevadas, sugerindo maior transmissão de *Leishmania* sp. no passado.

**Palavras-chave:** Leishmaniose tegumentar americana, teste de Montenegro, inquérito epidemiológico, antígenos de leishmania, Bahia.

*American cutaneous leishmaniasis (CL) is an endemic zoonosis at the South region of Bahia State, where a cross-sectional study was conducted to determine the prevalence of Leishmania sp. infection based upon the response to Montenegro's skin test (MST). In the study a sample of 752 Laje's city inhabitants were surveyed, 495 women and 257 men, with ages between 18 and 80. The MST was positive (>5mm) in 49 (6.5%) individuals, being more frequent on older than 49 years ( $p < 0.02$ ). The presence of a typical scar was noted in 22 (45%) of the MST reactors and between 18 (2.6%) of the negative ones ( $p < 0.01$ ). In conclusion, in Laje, where a few areas of native forests still remains, there is a low proportion of MST reactors between the local population. The positive responses among older people suggests Leishmania sp. that transmission was higher in the past.*

**Key-words:** American cutaneous leishmaniasis, Montenegro's skin test, epidemiological survey, leishmania antigens, Bahia.

Recebido em 09/07/2005

Aceito em 06/10/2005

Endereço para correspondência: Dra. Andréa Straatmann, Rua Clara Nunes, 466, Apto. 1.301, bairro Pituba, 41810-425 Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: astraatmann@uol.com.br

**Gazeta Médica da Bahia**

2005;75(2):Jul-Dez:127-132.

© 2005 Gazeta Médica da Bahia (ISSN 0016-545X).

Todos os direitos reservados.

A leishmaniose tegumentar americana (LTA) é uma doença de evolução crônica, que pode acarretar lesões mutilantes, provocada por protozoários do gênero *Leishmania* e transmitida por insetos conhecidos genericamente como flebotomíneos<sup>(1)</sup>.

Há registro de LTA no Estado da Bahia desde o início do século XIX<sup>(17)</sup>. Epidemias da doença foram

associadas ao grande desmatamento ocorrido naquele período, em consequência da expansão da cultura de cacau, que atraiu trabalhadores de várias regiões do país, e da construção de estradas-de-ferro<sup>(4)</sup>. Atualmente, a LTA é ainda endêmica na região cacauceira, localizada no sul do Estado da Bahia<sup>(10)</sup>.

Em inquéritos epidemiológicos, a intradermorreação de Montenegro (IDRM) é um indicador útil da ocorrência prévia ou ativa de infecção pela *Leishmania* sp.<sup>(15)</sup>. Este teste tem elevada sensibilidade, especificidade e costuma ter bom valor preditivo positivo, tornando-o muito útil em estudos clínico-epidemiológicos<sup>(8)</sup>, especialmente nas áreas onde não há casos autóctones de calazar, como no município de Laje, Estado da Bahia.

O município de Laje tem registro de casos de LTA desde a década de oitenta do século XX. No período de 1999 a 2001, o coeficiente de incidência foi de 147,9 casos por 100 mil habitantes (Secretaria Municipal de Saúde do Município de Laje: comunicação pessoal, 2001), sendo mais elevado que o do Estado da Bahia e do Brasil<sup>(10)</sup>. Apesar de ser uma região de desmatamento antigo, a cacauicultura determina o consórcio do cacauceiro com as árvores nativas ou frutíferas de grande porte, característica que, aliada a outros fatores ecológicos e climatológicos, expõe os habitantes a maior risco de infecção pela *L. braziliensis braziliensis*, espécie predominante nessa região do Estado da Bahia<sup>(4)</sup>. Esse conjunto de características motivou o estudo da prevalência de infecção pela *Leishmania* sp. na população daquela localidade, buscando associar a resposta da IDRM à história de LTA e de cicatriz compatível com a mesma.

## Material e Métodos

O estudo transversal foi realizado no município de Laje (latitude 13°11'0"; longitude 39°26'0"), situado a 228 km de Salvador, capital do Estado da Bahia, durante o mês de setembro de 2002. O município tem 19.601 habitantes, 5.118 (26,1%) residentes na área urbana e 14.483 (73,9%), na rural; 10.028 (51,2%) são mulheres e 9.573 (48,8%), homens<sup>(12)</sup>.

Inicialmente, os domicílios ocupados da área urbana e rural (fazendas) foram numerados consecutivamente e, na etapa seguinte, a primeira de cada três habitações foi selecionada de forma sequencial. Após a apresentação do estudo aos moradores, presentes em cada casa selecionada, foi lido e explicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aprovado, em 05 de junho de 2002, pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Prof. Edgard Santos (HUPES) da UFBA (Salvador, BA). Após a assinatura do termo pelo morador, foi realizado o agendamento do mesmo para a aplicação do questionário-padrão, exame clínico e a realização da intradermorreação de Montenegro (IDRM), excluindo-se os portadores de doenças imunodepressoras, com idades menores de 18 ou maiores de 80 anos e/ou aqueles com residência em Laje há menos de dois anos.

O questionário-padrão incluiu dados de identificação e demográficos do participante: nome, data de nascimento, sexo, grupo racial, naturalidade, endereço e dados clínicos. Na investigação retrospectiva sobre a possibilidade do prévio adoecimento por leishmaniose cutânea (executada antes da realização da IDRM), foi exaustivamente pesquisada a presença de lesões cicatriciais, compatíveis com aquela doença no passado. Também, foram levantadas informações sobre a realização de tratamento com antimonial ou outra droga específica para o tratamento de LTA; outro tratamento inespecífico relacionado à LTA; além de história da prévia realização da intradermorreação de Montenegro.

A intradermorreação de Montenegro (IDRM) consistiu-se da inoculação intradérmica de 0,1 mL de antígeno de leishmania (*L. mexicana amazonensis*, cepa MHOM/BR/76/Josefa), preparado no Laboratório de Medicina Tropical do HUPES, na concentração de 25 µgN por dose e de acordo com a descrição de Reed et al.<sup>(16)</sup>. A mensuração da induração produzida, após 48 a 72 horas da inoculação, foi considerada reativa se  $\geq 5$  mm e classificada: a) não-reativa, de 0 a 4,9 mm; b) reativa-fracas, de 5 a 9,9 mm; c) reativa, de 10 a 15 mm; e d) reativa-forte,  $> 15$  mm. Após a realização do inquérito, os resultados foram

digitados e analisados pelo programa estatístico SPSS versão 9.0 “for Windows”. A análise estatística foi realizada utilizando-se o teste do qui-quadrado, com ou sem correção de Yates, ou teste exato de Fisher, conforme a indicação. Em casos de variáveis contínuas de distribuição normal, foi aplicado o teste t de Student ou, alternativamente, o teste não-paramétrico de Mann-Whitney quando adequado. Nesses testes, a probabilidade de erro tipo  $\alpha$  foi considerada significativa se menor ou igual a 5,0%.

## Resultados

Dos 787 indivíduos selecionados inicialmente, a maioria (n=752; 95,6%) retornou para leitura do teste cutâneo, sendo 495 (65,8%) do sexo feminino e 257 (34,2%) do masculino. Os 35 (4,4%) indivíduos que não retornaram para leitura da IDRМ apresentaram características demográficas semelhantes às da amostra total da população.

Dentre os 752 indivíduos incluídos no estudo, 49 (6,5%) foram reativos, entre esses 24 (3,2%) classificados como reativos ou reativos-fortes (IDRM  $\geq 10$ mm); 25 (3,3%) reativos-fracos e 703 (93,5%) não-reativos (Tabela 1). No conjunto dos reativos ( $\geq 5$ mm), a média do diâmetro da induração foi de 10,4 ( $\pm 5,3$ )mm e a mediana de 9,0mm. Os indivíduos reativos ( $\geq 10$ mm e =15mm) e reativos-fortes ( $> 15$ mm) tinham características demográficas semelhantes e, por isso, passaram a ser analisados em conjunto. Os 49 indivíduos que apresentaram reatividade à IDRМ apresentaram média de idade de 44,4 ( $\pm 15,7$ ) anos, sendo esta média superior à dos 703 moradores não-reativos (35,0  $\pm$  13,6 anos) (p<0,0001).

A prevalência da resposta ao teste intradérmico IDRМ não diferiu significativamente (p>0,69) entre homens (7,0%) e mulheres (6,3%). A prevalência deste exame não variou marcadamente dentro de cada uma das sete faixas etárias consideradas na Tabela 2. Entretanto, na faixa etária de 18 a 49 anos, a proporção de reativos ( $\geq 5$ mm) foi de 4,4% (27/610) e, nos maiores de 49 anos, de 9,3% (23/247), sendo essa diferença significativa (p<0,02).

Entre os moradores da área urbana (n=472), a proporção de reativos ao teste intradérmico foi de 5,1% (n=24), enquanto nos da área rural (n=279), de 9,0% (n=25), sendo essa diferença estatisticamente significativa (p<0,05). O local da residência de um morador não foi anotado.

Quanto à distribuição dos grupos raciais (mulato, negro e branco), foram semelhantes (p>0,30) as proporções de reativos e não-reativos, respectivamente nos reativos de 57,1% (n=28) mulatos, 28,6% (n=14) negros e 14,3% (n=7) brancos; já no grupo dos 702 não-reativos, a distribuição foi: 46,1% (n=324) mulatos, 33,3% (n=234) negros e 20,5% (n=144) brancos.

Ao exame físico, nenhum morador tinha lesão cutânea e/ou mucosa em atividade compatível com LTA. Dentre aqueles que apresentaram IDRМ não-reativa (n=703), 18 pessoas (2,6%) tinham lesão cutânea prévia (cicatriz) sugestiva de leishmaniose tegumentar e, dentre os 49 que apresentaram IDRМ-reativa, 22 (44,9%) também possuíam a mesma lesão. Isto corresponde a uma razão de prevalências de 17,3 (p<0,0001). Com esses resultados, a sensibilidade da IDRМ foi de 55% (22/40), a especificidade de 96,2% (685/712) e a concordância de 94% (22 + 685/752). Dentre as 40 pessoas com cicatriz sugestiva de LTA (18 IDRМ-não reativa + 22 IDRМ-reativa), o diâmetro da induração ao IDRМ teve média de 6,2mm, sendo significativamente maior (Mann-Whitney: p<0,0001) do que nos 712 casos sem o mesmo tipo de cicatriz (média de 0,44mm).

A localização das cicatrizes nas 22 pessoas com cicatriz e IDRМ-reativa estavam assim distribuídas: 66,6% (n=12) nos membros inferiores; 16,6% (n=3) nos superiores; 11,1% (n=2) no tronco; 5,5% (n=1) na região da cabeça (mucosa nasal) e pescoço; e em 18% (n=4) a localização não foi anotada. Nos 18 indivíduos IDRМ não-reativos, todas as 18 cicatrizes estavam localizadas nas extremidades, sendo 83,3% (n=15) nos membros inferiores e 16,6% (n=3) nos superiores.

Dentre os moradores IDRМ-reativos (n=49), quatro (8,2%) informaram teste intradérmico (IDRM) prévio, enquanto esta proporção nos não-reativos foi de 1,1% (8/703), sendo essa diferença significativa

**Tabela 1.** Teste intradérmico (IDRM) ao antígeno de *L. mexicana amazonensis*, segundo o sexo dos moradores do município de Laje (Estado da Bahia), 2002

IDRM (em mm)	Sexo, n (%)		Total
	Masculino	Feminino	
Não-reativo ( $\leq 4,9$ )	239 (93)	464 (93,7)	703 (93,5)
Reativo-fraco ( $5,0 \text{---} 9,9$ )	5 (1,9)	20 (4,1)	25 (3,3)
Reativo ( $10 \text{---} 15$ )	5 (2)	7 (1,4)	12 (1,6)
Reativo-forte ( $>15$ )	8 (3,1)	4 (0,8)	12 (1,6)
Total	257 (100)	495 (100)	752 (100)

**Tabela 2.** Teste intradérmico (IDRM) com antígeno de *L. mexicana amazonensis*, segundo faixa etária e sexo na população estudada de Laje (Bahia), 2002

Faixa etária (anos)	Sexo (n)	IDRM-reator, n (%)	p
18 $\text{---}$ 25 (A)	masculino (87)	2 (2,3)	>0,72*
	feminino (147)	6 (4,1)	
	total (234)	8 (3,4)	
26 $\text{---}$ 33 (B)	masculino (44)	1 (2,3)	>0,55*
	feminino (114)	7 (6,1)	
	total (158)	8 (5,1)	
34 $\text{---}$ 41 (C)	masculino (56)	3 (5,4)	>0,69**
	feminino (76)	3 (4,0)	
	total (132)	6 (4,5)	
42 $\text{---}$ 49 (D)	masculino (24)	2 (8,3)	>0,61**
	feminino (62)	3 (4,8)	
	total (86)	5 (5,8)	
50 $\text{---}$ 57 (E)	masculino (23)	3 (13,0)	$\cong 1,0^*$
	feminino (55)	6 (10,9)	
	total (78)	9 (11,5)	
58 $\text{---}$ 65 (F)	masculino (14)	5 (35,7)	>0,28*
	feminino (31)	5 (16,1)	
	total (45)	10 (22,2)	
66 $\text{---}$ 80 (G)	masculino (9)	2 (22,2)	>0,58**
	feminino (10)	1 (10,0)	
	total (19)	3 (15,8)	
Total	masculino (257)	18 (7,0)	>0,69
	feminino (495)	31 (6,3)	
	total (752)	49 (6,5)	

(\*) qui-quadrado com correção de Yates; (\*\*) teste exato de Fisher; (A + B + C + D) versus (E + F + G):  $\chi^2=6,13$ ;  $p<0,02$ .

( $p < 0,001$ ). Apenas 12 (1,7%) pessoas não-reativas relataram o prévio uso de antimonial (Glucantime®) ou outro tratamento específico para leishmaniose, sendo essa mesma proporção de 20,4% ( $n=10$ ) nos reativos ( $p < 0,001$ ).

## Discussão

No presente estudo, a reatividade da intradermoreação de Montenegro (IDRM) foi de 6,5%, próxima à descrita em 1985 na região endêmica de Três Braços<sup>(5)</sup>, também localizada no Estado da Bahia. Essa baixa taxa de reatividade provavelmente indica menor risco de transmissão pela *L. b. braziliensis*, o que talvez seja consequência da atual ausência de condições ambientais favoráveis ou predisponentes, como a inexistência de áreas recentes de desmatamento no município de Laje<sup>(1)</sup>.

O predomínio observado de indivíduos do sexo feminino na amostra da população do município de Laje decorreu da mais freqüente ausência, no momento da visita domiciliar, dos indivíduos do sexo masculino, especialmente daqueles com idades entre 18 a 60 anos, e isso por conta das atividades laborativas, sobretudo agrícolas, quase sempre distantes do local de moradia. Também, o maior número de moradores da área urbana do município deveu-se a adversidades encontradas no trabalho na área rural, especialmente o difícil acesso a diversas fazendas, bem como à dificuldade em localizar os seus moradores, porque muitos passam o dia desempenhando atividades agrícolas ou trabalhando em casas de farinha, muito comuns na região, distantes do local da residência.

Além dessas razões metodológicas, outros fatores podem também ter influenciado na prevalência da reatividade à IDRM observada, como: o uso de apenas um método diagnóstico, que apesar de freqüentemente aplicado em estudos epidemiológicos em áreas endêmicas<sup>(14)</sup>, reduz a sensibilidade diagnóstica para cerca de 75%<sup>(18)</sup>; o tempo prolongado entre a infecção ou doença e o momento do teste, apesar da discordância entre autores sobre o tempo de permanência da reatividade da IDRM após a cura da

leishmaniose (parecendo que as diferenças estão relacionadas às espécies causais), sendo de 15 a 20 anos para *L. braziliensis*<sup>(5 13 15 19)</sup>; e a capacidade sensibilizante do prévio teste de IDRM<sup>(14 19)</sup>. Nesse último caso, foi baixa a freqüência (1,6%) de moradores com esse tipo de relato, sendo 8,2% entre os IDRM-reativos e de 1,1% nos não-reativos.

Amplas variações na prevalência de reatividade à IDRM têm sido observadas em regiões endêmicas para leishmaniose cutânea. Estudos realizados em municípios próximos a Laje relataram prevalências de reatividade que variaram de 5,2% a 16%<sup>(2, 3, 7, 9, 11)</sup>. Variações na prevalência podem estar relacionadas a diferentes condições, como a concentração do antígeno utilizado na IDRM<sup>(5)</sup>, freqüência de infecções subclínicas que não deixam cicatriz reconhecível<sup>(5 8)</sup>, variação sazonal da infecção, as variações decorrentes da seleção da amostra e outras razões metodológicas, já assinaladas anteriormente.

A média de idade mais elevada entre os indivíduos IDRM-reativos, verificada no presente estudo, pode estar relacionada à exposição ocupacional<sup>(1)</sup>, persistência da reatividade por infecção passada ou exposição ao agente por tempo mais prolongado<sup>(19)</sup> ou até mesmo à ocorrência de maior taxa de infecção no passado.

A localização das cicatrizes típicas de LTA nos IDRM-reativos coincide com a descrita na literatura, havendo predominância de lesões nas extremidades<sup>(6)</sup>. No entanto, a discreta associação entre o achado de cicatriz típica de LTA e o teste IDRM reativo, pode estar relacionada à ocorrência de formas subclínicas de LTA<sup>(8 15)</sup>. Esse argumento é reforçado pela elevada freqüência de moradores de Laje que apresentaram IDRM reativa e negaram exame IDRM prévio ou o uso de tratamento específico para leishmaniose, o que pode indicar a apresentação subclínica e conseqüentemente a baixa demanda na procura de assistência médica. Um estudo prospectivo em área endêmica relatou reatividade ao teste IDRM em 12,3% entre assintomáticos no primeiro ano de acompanhamento, seguido respectivamente de 4,7% e 8,9% no segundo e terceiro ano, respectivamente<sup>(8)</sup>.

Em conclusão, o percentual mais elevado de

indivíduos reativos ao teste da IDRM nas faixas etárias mais elevadas sugere menor taxa de transmissão da *Leishmania* sp. do que aquela assinalada em passado recente, quando a incidência de LTA entre os habitantes do município de Laje foi a maior do país. Coincidentemente, nas duas últimas décadas, diminuiu-se o desmatamento da floresta atlântica nativa na região e também houve marcante êxodo rural decorrente da crise econômica na cacauicultura, o que pode ter contribuído para diminuir a intensidade de exposição ao agente causal.

## Referências Bibliográficas

1. Araújo Filho NA. Leishmaniose Tegumentar Americana e o desmatamento da Amazônia. *Acta amaz* 11: 187-189, 1981.
2. Barreto AC, Cuba Cuba CA, Marsden PD, Vexanat JA, De Belder M. Características epidemiológicas da Leishmaniose tegumentar americana em uma região endêmica do Estado da Bahia, Brasil. I. Leishmaniose humana. *Bol Oficina Sanit Panam* 90: 415-22, 1981.
3. Costa JML, Osaho NK, Vale KC, Lago EL, França F, Vexanat JA, Marsden PD. Ocorrência familiar da Leishmaniose tegumentar americana em uma região endêmica, Corte de Pedra, Bahia. *Rev Soc Bras Med Trop* 19: 197-98, 1986.
4. Costa JML, Tada MS, Martins-Netto EM, Vale KC, Lago EL, Marsden PD. Procedência de pacientes portadores de Leishmaniose Tegumentar Americana nas áreas endêmicas de Três Braços e Corte de Pedra – Estado da Bahia - Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop* 21: 145-149, 1988.
5. Cuba Cuba CA, Marsden P, Barreto AC, Jones TC, Richards F. The use of different concentrations of leishmanial antigen in skin testing to evaluate delayed hypersensitivity in American Cutaneous Leishmaniasis. *Rev Soc Bras Med Trop* 18: 231-236, 1985.
6. Falqueto A, Sessa PA. Leishmaniose Tegumentar Americana. In: Veronesi R, Focaccia R (ed) *Tratado de Infectologia*, Atheneu: São Paulo, p. 1221-1233, 1996.
7. Follador I, Araújo C, Cardoso MA, Tavares-Neto J, Barral A, Miranda JC, Bittencourt A, Carvalho EM. Surto de Leishmaniose Tegumentar Americana em Canoa, Santo Amaro, Bahia, Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop* 32: 497-503, 1999.
8. Follador I, Araújo C, Bacellar O, Araújo CB, Carvalho LP, Almeida RP, Carvalho EM. Epidemiologic and Immunologic Findings for the Subclinical Form of *Leishmania braziliensis* Infection. *Clin infect dis* 34: 54-8, 2002.
9. França F, Lago EL, Tada S, Costa JML, Vale K, Oliveira J, Costa MA, Osaki M, Cheever L, Netto EM, Barreto AC, Johnson WD, Marsden PD. An outbreak of human *Leishmania* (*Viannia*) *braziliensis* infection. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 86: 169-74, 1991.
10. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Centro Nacional de Epidemiologia. Ministério da Saúde. Brasil. *Bol eletrôn epidemiol*, Ano 02, Brasília, 2002.
11. Jones TC, Johnson WD, Barreto AC, Lago E, Badaró R, Cerf B, Reed SG, Netto EM, Tada MS, Franca F, Wiese K, Golightly L, Fikrig E, Costa JML, Cuba CC, Marsden P. Epidemiology of American Cutaneous Leishmaniasis due to *Leishmania braziliensis braziliensis*. *J infect dis* 156: 73-83, 1987.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2000. Ministério do Planejamento/ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro, 2000.
13. Mayrink W, Melo MN, Costa CA, Magalhães PA, Dias M, Coelho MV, Araújo FG, Williams P, Figueiredo YP, Batista SM. Intradermorreação de Montenegro na Leishmaniose Tegumentar Americana após terapêutica antimonial. *Rev Inst Med Trop São Paulo* 18: 182-185, 1976.
14. Mayrink W, Williams P, Coelho MV, Dias M, Martins AV, Magalhães PA, Costa CA, Falcão AR, Melo MN, Falcão AL. Epidemiology of dermal leishmaniasis in the Rio Doce Valley, State of Minas Gerais, Brazil. *Ann Trop Med Parasit* 73: 123-37, 1979.
15. Pampiglione S, Manson-Mahr PEC, Placa ML, Borgatti MA, Micheloni F. Studies on Mediterranean leishmaniasis. IV The leishmanin skin test in cutaneous leishmaniasis. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 70: 62-5, 1976.
16. Reed SG, Badaró R, Masur H, Carvalho EM, Loroço R, Lisboa A, Teixeira R, Johnson Jr WD, Jones TC. Selection of a skin test antigen for american visceral leishmaniasis. *Am j trop med hyg* 35: 79-85, 1986.
17. Torres I. A Leishmaniose na Bahia. *Arq bras med* 7: 374-425, 1920.
18. Weigle KA, Dávalos M, Heredia P, Molineros R, Saravia NG, D'Alessandro A. Diagnosis of cutaneous and mucocutaneous leishmaniasis in Colômbia: a comparison of seven methods. *Am j trop med hyg* 36: 489-96, 1987.
19. Weigle KA, Valderrama L, Arias AL, Santrich C, Saravia NG. Leishmanin skin test standardization and evaluation of safety, dose, storage, longevity of reactions and sensitization. *Am j trop med hyg* 44: 260-71, 1991.

## Proposta de Código de Ética dos Estudantes de Medicina da Bahia

### Proposal of an Ethics Code for the Medical Students in Bahia

Kleuber Lemos, Nedy Neves, Rodrigo Athanazio, Marina Lordelo, Almir Bitencourt, Flávia Serra Neves, Camila Boaventura, Antônio Nery Filho

*Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA e Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, Bahia, Brasil*

Baseada na crença de que o processo de formação do profissional influenciará seu futuro comportamento ético, e visando a promover a discussão da questão, a ACADEMÉTICA (Associação de Acadêmicos de Medicina para Estudo da Ética Médica e Bioética) elaborou uma Proposta de Código de Ética do Estudante de Medicina da Bahia. Este código, com seu caráter recomendativo, fornece ao estudante as normas e regras de conduta fundamentais para o relacionamento diário com professores, colegas, pacientes e familiares. O instrumento foi elaborado embasado no formato consagrado do Código de Ética Médica e em outras experiências acadêmicas similares, tais como das Universidades da Paraíba, de Goiás e Estadual de Londrina. A análise desses códigos permitiu a inclusão de novas questões complementares e adequações à realidade local. O código aqui proposto consta de preâmbulo, nove capítulos e disposições gerais. Os temas abordados incluem: atos médicos praticados por estudantes de Medicina; direitos, deveres e limitações dos estudantes; relação com pacientes, professores, profissionais de saúde, colegas e instituições; segredo profissional; participação do estudante em pesquisa e publicação de trabalhos científicos.

**Palavras-chave:** código de ética, estudantes de Medicina, ética, bioética.

*Based on the belief that the process of the professional training will have an influence in his future ethical behavior and aiming for promoting the discussion on this subject, an Academic Group for the Study of Medical Ethics and Bioethics has elaborated a proposal of Ethics Code for the Medical Students in Bahia. This Code has a recommend character and provides the students the fundamental rules for the daily relationship with professors, mates, patients and their relatives. This instrument was elaborated based on the established structure of the Brazilian Medical Ethics Code and on other similar academic experiences, such as the ones at the Universities from Paraíba, Goiás and the Londrina State University. The analysis of these codes allowed the inclusion of new complementary questions and the adaptation to the local necessities. The proposal Code is compounded by an introduction, nine chapters and general dispositions. Some subjects included are: medical acts by medstudents; rights, duties and limitations for the students; relationship with patients, professors, health professionals, mates and institutions; professional secret; students participation in researchs and publication of scientific works.*

**Key words:** ethics code, medical students, ethic, bioethic.

A medicina contemporânea enfrenta grandes desafios, tais como o rápido desenvolvimento do

Recebido em 17/10/2005

Aceito em 02/12/2005

Endereço para correspondência: Acad. Kleuber Lemos, Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia, Rua Guadalajara, 175, Morro do Gato, bairro Ondina, 40140-460 Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: kmlemos@hotmail.com

**Gazeta Médica da Bahia** 2005;75(2):Jul-Dez:120-129.  
© 2005 Gazeta Médica da Bahia (ISSN 0016-545X).

Todos os direitos reservados.

conhecimento científico, que obriga a adoção de novas práticas de ensino. A excessiva ênfase no treinamento para a realização de procedimentos complexos de atenção terciária se dissocia das necessidades sociais. Reverter essa tendência, realizando treinamento apropriado na atenção básica, exige adicional esforço de docentes e discentes. Ao confrontar essas múltiplas demandas e o fascínio do avanço tecnológico, o ensino da Medicina não pode se afastar dos seus sólidos valores humanísticos. Nesse quadro ressalta-se a

importância de uma ética abrangente, social e individual<sup>(12, 13, 16)</sup>.

A inserção da ética na profissão e no ensino médico se dá em múltiplos sentidos: a ética do professor na relação com os seus alunos; a ética do profissional frente aos pacientes e seus familiares; a ética de todos frente à sociedade. Além, ainda, da ética do estudante de medicina frente aos seus nobres objetos de aprendizado: o cadáver; o paciente com sua história e seu sofrimento diante de uma complexa realidade social<sup>(15, 20)</sup>.

A escola médica tem a obrigação de zelar pela formação ética dos seus estudantes. É importante a inserção dos preceitos éticos precocemente no curso, sendo essencial a sua manutenção durante toda a graduação<sup>(24, 26)</sup>. Essa tarefa, portanto, deve envolver todos os docentes e não somente os professores de Ética Médica. Só assim poder-se-á reforçar uma atitude social e tornar o aluno atento ao comportamento ético da profissão. Se em todo o ensino o aprender praticando é importante, na ética esse método é fundamental e básico<sup>(17, 18, 20)</sup>.

Infelizmente, parece-nos que não basta o ser humano conhecer o que é certo e errado para fazer a melhor escolha, é necessário haver limites e punições estabelecidos na regulamentação profissional. Nesse contexto, foram criados os códigos de comportamento, estabelecendo que as relações sociais não se viabilizam sem esta proteção. O Estado é obrigado a estabelecer leis, resoluções e códigos para que os cidadãos se respeitem reciprocamente e possam conviver de modo harmônico. Essa situação é ainda mais evidenciada quando se trata de uma atividade como a medicina em que é permitido ao médico a invasão do corpo e da alma do paciente<sup>(25)</sup>.

Diversos preceitos éticos e condutas da medicina são ensinados aos estudantes tendo como base o Código de Ética Médica<sup>(9)</sup> (CEM), não considerando aspectos peculiares dos estudantes durante sua formação acadêmica<sup>(6)</sup>. É necessário discutir essa questão, baseando-se na crença de que o processo de formação do profissional influenciará seu futuro comportamento ético. Estudantes de medicina, por óbvio, ainda não são sujeitos ao CEM. Entretanto,

estão conduzindo seu aprendizado junto aos pacientes e enfrentando dilemas morais na sua prática diária. A partir de todos estes preceitos e dentro do contexto atual é que a ACADEMÉTICA (Associação de Acadêmicos de Medicina Para Estudo da Ética Médica e Bioética)<sup>(3)</sup> apresenta a proposta de Código de Ética do Estudante de Medicina (CEEM) do Estado da Bahia.

## Material e Métodos

Este trabalho é resultado de discussões sobre temas como atos médicos praticados por estudantes; direitos, deveres e limitações do acadêmico; relação com colegas, professores e pacientes, entre outros.

Após revisão e análise cuidadosa da literatura e dos CEEMs de outros Estados e universidades brasileiras<sup>(2, 10, 11, 31, 32)</sup>, a ACADEMÉTICA elaborou um anteprojeto do documento, com modificações que visavam a adequar o texto à realidade das escolas médicas do Estado da Bahia. O anteprojeto foi construído com base no modelo atual do CEM de 1988<sup>(9)</sup>. Posteriormente, com a colaboração dos professores da disciplina de Ética Médica e Bioética da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), membros e consultores jurídicos do Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia (CREMEB), além de outros estudantes e docentes interessados, o anteprojeto foi debatido e aprimorado para ser proposto à aceitação das escolas médicas locais.

## Resultados

A estrutura do documento final (Anexo I), consta de um preâmbulo e nove capítulos com 58 artigos, assim distribuídos:

Preâmbulo: apresenta a filosofia da proposta de Código de Ética para os estudantes de Medicina da Bahia, ressaltando o seu caráter educativo, recomendativo e não-punitivo.



Capítulo I: Princípios Fundamentais. Estabelece a importância da formação científica e ética na prática dos estudantes, bem como o seu papel perante a sociedade (artigos 1º a 6º).

Capítulo II: Atos Médicos Praticados por Estudantes de Medicina. Determina a necessidade de supervisão médica na prática de atos médicos por estudantes, a qual deve estar de acordo com a sua capacidade técnico-científica. Veta o recebimento de honorários e a prática não-supervisionada (artigos 7º e 8º).

Capítulo III: Direitos do Estudante. Dá ao estudante o direito de receber treinamento adequado, livre de qualquer forma de discriminação; indicar falhas nas normas da instituição em que estuda e nos processos de avaliação; participar de movimentos da categoria e de se recusar a participar de práticas contrárias aos ditames de sua consciência (artigos 9º a 15º).

Capítulo IV: Deveres e Limitações do Estudante. Estabelece como deveres do estudante de medicina o respeito absoluto pela vida humana, bem como aos cadáveres e animais de experimentação. Trata da responsabilidade do estudante nos atos necessários ao aprendizado. Proíbe ao acadêmico: a prática médica não-supervisionada; assinar prescrição e atestado médico; deixar de assumir responsabilidade sobre seus atos; praticar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do país; acumpliciar-se com a prática ilegal e com a mercantilização da medicina; exercer a função de perito; e de usar seus conhecimentos para corromper os costumes, cometer ou favorecer o crime ou realização de tortura ou procedimentos degradantes (artigos 16º a 29º).

Capítulo V: Relação com Pacientes. Obriga o estudante o respeito físico, psicológico e social do paciente, enfatizando a questão do pudor e não o considerando como mero objeto de estudo, nem banalizando o seu sofrimento. Estabelece a necessidade de prudência e respeito com os compromissos assumidos, assim como a importância do registro de dados e das suas observações no

prontuário do paciente, e isso de forma legível. Veta o abandono ao acompanhamento do paciente; o desrespeito à sua autonomia; o fornecimento de substâncias ou meios que antecipem sua morte; e a obtenção de vantagens a partir da relação com o paciente (artigos 30º a 40º).

Capítulo VI: Relação com Professores, Profissionais da Área de Saúde e Colegas. Estabelece o respeito, consideração e solidariedade com professores, colegas e funcionários das instituições, bem como em relação aos movimentos legítimos da categoria. Chama atenção à questão do “trote”, proibindo o estudante de causar qualquer tipo de constrangimento aos colegas calouros (do primeiro semestre) ou infringir-lhes violência física, psicológica ou ambas, independente do consentimento do mesmo (artigos 41º a 44º).

Capítulo VII: Relação com as Instituições. Obriga o estudante ao respeito às normas das instituições onde realiza as suas atividades e ao zelo pelo patrimônio moral e material destas. Veta a utilização de meios ilícitos para obtenção de resultados nas avaliações de aprendizagem ou outras vantagens pessoais (artigos 45º e 46º).

Capítulo VIII: Segredo em Medicina. Obriga à guarda do segredo profissional, mesmo como testemunha, regulamentando as situações admitidas para a quebra desse sigilo (artigos 47º a 51º).

Capítulo IX: Participação em Pesquisa e Publicação de Trabalhos Científicos. Regulamenta a participação do estudante em pesquisas científicas, ressaltando a necessidade de um docente-orientador e do respeito aos princípios éticos e bioéticos (artigos 52º a 55º).

Disposições Gerais: estabelece a abrangência deste código a todos os estudantes de medicina do Estado da Bahia, o zelo à observância e aplicação de suas normas e a sua entrada em vigor a partir da aprovação pelas instâncias superiores das universidades ou escolas médicas.

## Discussão

O curso atual de Ética Médica, na maioria das escolas de medicina, não aborda situações conflituosas vivenciadas pelos estudantes. É indispensável que durante a graduação, ao lado da aquisição de conhecimentos e habilidades, o estudante incorpore valores e atitudes defendidos pela Ética Médica. Apesar dos conteúdos do CEM fazerem parte do currículo médico, um perfil dos médicos brasileiros realizado em 1997<sup>(22)</sup> mostrou que mais de 10% deles não conheciam o CEM e a maioria atribuía a esse fato a causa dos problemas éticos que observavam e vivenciavam no exercício profissional. Nesse contexto, a criação de um CEEM representa a tentativa de aplicação antecipada dos princípios inseridos no CEM. O CEEM não tem caráter punitivo e, de tal modo, não se constitui em um conjunto de obrigações, mas sim de recomendações, com normas indispensáveis ao exercício diário de interação com professores, colegas, pacientes e familiares e práticas de cidadania que consolidam a formação moral do futuro médico.

O objeto de estudo do acadêmico de Medicina é o ser humano, geralmente fragilizado pela sua patologia ao procurar atendimento médico e buscando na pessoa que o atende conforto, segurança e atenção. O respeito do paciente pelo estudante de medicina é o mesmo confiado à figura do médico e, portanto, suas expectativas e ansiedades são semelhantes às depositadas no profissional formado. Para corresponder a estas expectativas, o estudante deve ter para com o paciente: dedicação, respeito, paciência, humildade, cordialidade, saber ouvi-lo, compromisso com o sigilo e não tratá-lo apenas como um mero objeto de estudo inanimado. Em muitos ambientes de prática, no entanto, há um certo desrespeito ao indivíduo, fruto da desumanização do atendimento, muitas vezes sendo o paciente referido como uma patologia ou um órgão<sup>(30)</sup>. Esse modelo de distanciamento da relação médico-paciente se reflete posteriormente na prática clínica quando o médico, talvez inconscientemente, se torna insensível às angústias, temores, medos, dúvidas e sofrimento dos seus pacientes, e acabam tratando-os como meras “peças anatômicas”<sup>(14, 21, 33)</sup>.

Durante a graduação médica, o estudante é exposto a uma realidade angustiante que se inicia já nos primeiros semestres, sendo evidenciada pela adoção da prática de dissecação de cadáveres e experimentação com animais de laboratório<sup>(4)</sup>. Alguns autores<sup>(7, 8, 23)</sup> acreditam que essas práticas, realizadas de forma impessoal e indiferente, geram ansiedade e estresse psicológico que são compensados por atitudes de defesa como a negação da morte e o sentimento de onipotência dos estudantes. A partir dessa realidade, é necessário resgatar o respeito aos cadáveres e animais experimentais como um meio de aliviar ou suavizar a angústia pela qual passam os estudantes nos primeiros estágios da graduação<sup>(5, 27, 35)</sup>.

Com a evolução do curso médico, os estudantes são expostos a atividades próprias da profissão médica e de crescente complexidade. E, apesar de não terem vinculação profissional com a instituição de ensino, têm obrigações pelas quais poderão responder moral, jurídica e administrativamente. Nesse sentido, é importante destacar a proibição à realização de atividades da prática médica sem supervisão docente, como emitir atestados médicos, assinar receitas e prescrições e prestar assistência sob sua responsabilidade. Muitos estudantes de Medicina fazem estágios extra-curriculares fora das unidades de saúde vinculadas às instituições de ensino ou credenciados, a maioria deles em centros de emergência e terapia intensiva, sendo a principal justificativa a deficiência na qualidade do ensino nas faculdades<sup>(28, 29)</sup>. Em estudo realizado em Minas Gerais<sup>(1)</sup>, até dois terços dos estudantes do último ano realizavam estágios sem nenhuma supervisão, sendo os principais motivos indicados as razões financeiras (85%), seguido de aquisição de experiência (49%). Este fato compromete a sua formação, pelo aprendizado de conceitos e técnicas inadequadas, além de condutas antiéticas que serão incorporadas e reproduzidas no exercício profissional futuro<sup>(29)</sup>. Os estudantes acabam servindo de mão-de-obra barata, além de competir, no mercado de trabalho, com médicos formados, pondo em risco a vida dos pacientes que ignoram essa prática ilegal da Medicina.

Vale destacar no CEEM proposto, a questão relativa ao “trote”. Fundamentado na tradição, o trote universitário simboliza um ritual de iniciação do

estudante no ensino superior. Nas faculdades de Medicina, o trote é muitas vezes marcado pela presença de humilhação, violência física e moral e da cobrança de bens materiais pelos estudantes mais avançados no curso (veteranos). Contudo, têm-se observado movimentos contrários a este tipo de atividade, devido à divulgação da cultura da antiviolação, principalmente após casos registrados com morte de acadêmicos<sup>(34,26)</sup>. Nesse sentido é que a regulamentação do trote deve contribuir para a diminuição de todo e qualquer tipo de constrangimento aos novatos (“calouros”) e trazer noções de cidadania a cada membro da instituição. A idéia de um “trote solidário” já vem sendo utilizada em algumas faculdades como forma de recepcionar os novos estudantes sem impor-lhes nenhum tipo de humilhação física ou psicológica, buscando, dessa forma, uma recepção digna<sup>a</sup>.

Esta proposta do CEEM da Bahia traz normas, adaptadas do CEM, que visam a orientar o estudante frente a situações cotidianas do curso, de forma a prepará-lo para o exercício futuro da profissão. Outros códigos de ética para estudantes de medicina já são adotados em algumas faculdades do Brasil, se mostrando de elevado valor didático para formação de uma consciência ética durante a graduação<sup>(19)</sup>. Também, esse tipo de iniciativa deve ser incentivada e o CEEM enfatizado e abordado em diversos momentos do curso médico<sup>b</sup>.

## Notas do Editor

<sup>a</sup> Desde 1991, o Diretório Acadêmico da Faculdade de Medicina da Bahia (DAMED) da Universidade Federal da Bahia, com o apoio da Diretoria, promove a Semana dos Calouros, constando de atividades de extensão, culturais e esportivas. Ao longo dos últimos 14 anos, têm sido cada vez menores as iniciativas de “trote” e em 2003 o Conselho Universitário da UFBA proibiu essa prática nos seus *campi*.

<sup>b</sup> Na proposta de transformação curricular do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA, apresentada pelo Grupo de Trabalho, e agora objeto de discussão pelo Colegiado de Graduação em Medicina, o eixo ético-humanístico foi incorporado ao longo de todo o curso médico.

## Referências Bibliográficas

1. Ambrósio MR, Spíndola RB, Santos GT, Paiva HCF, Pacheco LF, Patrocínio LG, Oliveira LM, Silva LL, Lima RGR. Exercício profissional de medicina por estudantes. *Rev Bras Educ Méd* 25: 28-38, 2001.
2. Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Rio de Janeiro. Código de Ética do Estudante de Medicina. Rio de Janeiro - RJ, 2002.
3. Athanazio R, Lemos K, Fonseca D, Cunha M, Braghiroli MI, Almeida A, Nunez GR, Ramos AC, Barbeta M, Bitencourt A, Lordelo M, Rocha IM, Soares A, Neves N, Nery Filho A. Acadêmica: Um Novo Método de Estudo Continuo sobre Ética Médica e Bioética. *Rev Bras Educ Méd* 28: 73-78, 2004.
4. Bastos JCF, Rangel AM, Paixão RL, Rego S. Implicações Éticas do Uso de Animais no Processo de Ensino-Aprendizagem nas Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e Niterói. *Rev Bras Educ Méd* 26: 162-170, 2002.
5. Bastos LAM, Proença MA. A Prática Anatômica e a Formação Médica. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 7: 395-402, 2000.
6. Brownell AK, Brownell E. The Canadian Medical Association Code of Ethics 1868 to 1996: a primer for medical educators. *Ann R Coll Physicians Surg Can* 35: 240-243, 2002.
7. Buss MK, Marx ES, Sulmasy DP. The preparedness of students to discuss end-of-life issues with patients. *Acad Med* 73: 418-422, 1988.
8. Charlton R. Education about death and dying at Otago University Medical School. *N Z Med J* 106: 447-449, 1993.
9. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica – Resolução CFM n° 1246/88, Brasília/Rio de Janeiro, 1988.
10. Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal. Código de Ética do Estudante de Medicina. Brasília - DF, 2002.
11. Conselho Regional de Medicina do Estado da Paraíba. Código de Ética do Estudante de Medicina. João Pessoa - PB, 1991.
12. D’Avila R. É possível ensinar Ética Médica em um curso formal curricular? *Bioética* 10: 115-126, 2002.
13. Engelhardt HT Jr. The new genetic technologies: why a theological perspective is necessary. *Rev Rom Bioet* 1: 23-30, 2003.
14. Falcão EBM, Lino GGS. O Paciente Morre: Eis a Questão. *Rev Bras Educ Méd* 28: 106-118, 2004.
15. Gabbay DS. A medical student honor code. *Emerg Med Clin North Am* 17: 417-428, 1999.
16. George M. Bioethics and conflicting ethical criteria. *Synth Philos* 17: 111-20, 2002.

17. Glick S. The teaching of medical ethics to medical students. *J Med Ethics* 20: 239-243, 1994.
18. Goldie J, Schwartz L, McConnachie A, Morrison F. The impact of three years' ethics teaching, in an integrated medical curriculum, on students' proposed behaviour on meeting ethical dilemmas. *Med Educ* 36: 489-497, 2002.
19. Gomes JCM. O atual ensino da ética para os profissionais de saúde e seus reflexos no cotidiano do povo brasileiro. *Bioética* 4: 139-146, 1996.
20. Hundert EM, Douglas-Steele D, Bickel J. Context in medical education: the informal ethics curriculum. *Med Educ* 30: 353-364, 1996.
21. Kayne JM, Loscalzo G. Learning to care for dying patients: a controlled longitudinal study of a death education course. *J Cancer Educ* 13: 52-57, 1988.
22. Machado MH, coordenador. *Médicos no Brasil: Um Retrato da Realidade*. FIOCRUZ: Rio de Janeiro, 1997.
23. Marks SC Jr., Bertman SL, Penney JC. Human Anatomy: A Founding for Education About Death and Dying in Medicine. *Clin Anatomy* 10: 118-122, 1997.
24. Neitzke G. Teaching medical ethics to medical students: moral, legal, psychological and philosophical aspects. *Med Law* 18: 99-105, 1999.
25. Neves N. Avaliação do Ensino de Ética Médica nas Escolas Médicas de Salvador – Bahia: Elementos contributivos para a Humanização da Medicina [Dissertação de Mestrado em Educação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2005.
26. Parker M, Price DA, Harris PG. Teaching of medical ethics: implications for an integrated curriculum. *Med Educ* 31: 181-187, 1997.
27. Quintana AM, Cecim P, Henn C. O preparo para Lidar com a Morte na Formação do Profissional de Medicina. *Rev Bras Educ Méd* 23: 204-210, 2002.
28. Rego STA. A prática na formação médica: o estágio extracurricular em questão [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1994.
29. Taquette SR, Stella R, Costa-Macedo LM, Alvarenga FB. Currículo paralelo: uma realidade na formação dos estudantes de medicina da UERJ. *Rev Bras Educ Méd* 27: 171-176, 2003.
30. Taquette SR, Rego S, Schramm FR, Soares LL, Carvalho SV. Situações Eticamente Conflituosas Vivenciadas por Estudantes de Medicina. *Rev Assoc Med Bras* 51: 23-28, 2005.
31. Universidade Estadual de Londrina. Código de Ética do Estudante de Medicina. Londrina - PR, 1992.
32. Universidade Federal de Goiás. Código de Ética do Estudante de Medicina. Goiânia - GO, 1978.
33. Vianna A, Piccelli H. O estudante, o médico e o professor de medicina perante a morte e o paciente terminal. *Rev Assoc Méd Bras* 44: 21-27, 1998.
34. Warth MPTN, Lisboa LF. Tradição Trote e Violência. *Interface Com, Saúde, Edu* 5: 111-118, 1999.
35. Winkelmann A, Güldner FH. Cadavers as teachers: the dissecting room experience in Thailand. *BMJ* 329: 1455-1457, 2004.
36. Zuin AAS. O Trote no Curso de Pedagogia e a Prazerosa Integração Sadomazoquista. *Educação & Sociedade* 79: 243-254, 2002.

## Anexo I

### Proposta de Código de Ética dos Estudantes de Medicina do Estado da Bahia

Redatores<sup>1</sup>: *Ana Cláudia Ramos, Ana Rosa Fontoura, Kleuber Lemos, Marcelo Barbeta, Marina Lordelo, Monaliza Cunha.* Colaboradores<sup>1</sup>: *Ana Carolina Mendonça, Ana Carolina Sá, Alana Soares, Dayanne Fonseca, Geila Nuñez, Ivana Santos, Lorena Souza, Ricardo Chalhub, Rodrigo Athanasio.*

Professores-orientadores: *Antonio Nery Filho<sup>2</sup>; Nedy Neves<sup>3</sup>*

## PREÂMBULO

I - O presente código contém normas éticas cujo sentido é contribuir na formação moral do futuro médico, bem como no alinhamento de suas atividades junto aos pacientes e seus familiares.

II - Estas normas não têm caráter punitivo; antes orientam o estudante nas suas atividades acadêmicas, servindo de parâmetros para seu futuro desempenho profissional.

<sup>1</sup> Acadêmicos da Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA.

<sup>2</sup> Professor adjunto-doutor e coordenador da disciplina de Ética e Deontologia Médica da FAMEB (UFBA).

<sup>3</sup> Professora de Ética Médica da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

## **CAPÍTULO I: Princípios Fundamentais**

Art. 1º - As atividades acadêmicas do estudante de Medicina têm por finalidade permitir-lhe preparo integral para o exercício da profissão médica, inspirando-lhe senso de responsabilidade, respeito à vida e o desejo de ser útil à sociedade.

Art. 2º - A escolha da Medicina como profissão pressupõe a aceitação de princípios éticos e de compromissos com a saúde do indivíduo e da coletividade sem preconceito de qualquer natureza.

Art. 3º - Ao estudante de Medicina cabe colaborar, dentro de suas possibilidades, e sem perder de vista suas limitações, nas propostas de promoção de saúde, na prevenção da doença e na reabilitação dos doentes.

Art. 4º - O estudante de Medicina deve preparar-se moral e intelectualmente para o futuro exercício profissional, que exigirá dele um aprimoramento cultural, técnico-científico e ético continuado.

Parágrafo único - Para tanto, pressupõe-se a incorporação de habilidades, valores, princípios, tais como: busca da verdade, busca da sabedoria, disciplina mental, capacidade de rever princípios, criatividade, bondade ou beneficência, justiça, liberdade, respeito ao paciente e à vida, disciplina, responsabilidade, participação e compartilhamento de grupos, capacidade de tomar decisões, empatia, entre outros.

Art. 5º - O estudante de Medicina deve colaborar com os órgãos de saúde pública, a partir do respeito à legislação sanitária e regulamentos em vigor.

Art. 6º - O trabalho do estudante de Medicina deve beneficiar exclusivamente a quem o recebe e ao próprio estudante, que tem nele um meio de se preparar para o exercício da profissão.

## **CAPÍTULO II: Atos Médicos Praticados por Estudantes de Medicina**

Art. 7º - A execução de atos médicos por parte do estudante de Medicina deverá obedecer aos seguintes requisitos:

- a) Dependerá de supervisão médica para execução, já que ele não possui autorização legal nem capacidade profissional para tal;
- b) Deve ser compatível com a sua capacidade técnico-científica, com sua responsabilidade e com o conjunto de valores agregados ao longo do curso;
- c) Não está sujeita a vínculos empregatícios e recebimento de honorários, o que não se aplica a bolsas de estudo, ajudas de custo e outras contribuições do gênero, concedidas por instituições onde exerça suas atividades como treinamento.

Art. 8º - É vedada a prática de atos médicos sem a supervisão devida, o que configura exercício ilegal da Medicina, recaindo a responsabilidade administrativa, civil e penal sobre quem a praticou.

Parágrafo único - O estudante assumirá responsabilidade também por atos danosos ao paciente, causados por imprudência ou negligência.

## **CAPÍTULO III: Direitos do Estudante**

É direito do estudante de Medicina:

Art. 9º - Exercer suas atividades acadêmicas sem ser discriminado por questões de religião, raça, sexo, nacionalidade, cor, opção sexual, idade, condição social, opinião política ou de qualquer outra natureza.

Art. 10º - Receber das unidades de ensino preparo adequado para o exercício da profissão médica.

Art. 11º - Apontar falhas no ensino e nos processos de avaliação das diversas disciplinas, em particular quando as julgar indignas, devendo dirigir-se, nesses casos, às instâncias acadêmicas competentes.

**Parágrafo único** - Cabe ao estudante solicitar suspensão das atividades quando não forem atendidas as reivindicações do presente artigo.

Art. 12º - Apontar falhas nos regulamentos e normas das instituições em que exerça sua prática estudantil, devendo dirigir-se, nesses casos, ao setor acadêmico competente.

Art. 13º - Solicitar às instâncias competentes, individual ou coletivamente, a suspensão de suas atividades teóricas, práticas ou de treinamento quando a instituição na qual as exerça não oferecer condições mínimas para o desempenho do aprendizado.

Art. 14º - Participar de movimentos legítimos da sua categoria.

Art. 15º - Recusar-se à realização de atividades práticas que sejam contrárias aos ditames de sua consciência.

#### **CAPÍTULO IV: Deveres e Limitações do Estudante**

É dever fundamental do estudante de Medicina:

Art. 16º - Guardar absoluto respeito pela vida humana, jamais usando seus conhecimentos para impor sofrimento físico, moral ou psíquico, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.

Art. 17º - Manter total respeito aos cadáveres no todo ou em parte, em que pratique dissecação ou outro ato inerente ao seu aprendizado.

Art. 18º - Tratar dignamente os animais utilizados nas experiências ou nas práticas inerentes a seu aprendizado.

Art. 19º - Exercer com responsabilidade os atos necessários ao seu aprendizado, jamais se utilizando de trabalhos de outrem ou mesmo auferindo vantagem com os conhecimentos de colegas.

É vedado ao estudante de Medicina:

Art. 20º - Prestar assistência médica sem a devida supervisão, salvo em casos de iminente perigo de vida.

Art. 21º - Deixar de assumir responsabilidade pelos seus atos, atribuindo seus erros ou falhas a outrem ou a circunstâncias ocasionais.

Art. 22º - Prescrever e assinar receitas médicas.

Art. 23º - Fornecer atestado médico.

Art. 24º - Praticar ou participar de atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do país.

Art. 25º - Acumpliciar-se, sob qualquer pretexto, com aqueles que exercem ilegalmente a Medicina.

Art. 26º - Participar, de qualquer forma, da mercantilização da Medicina;

Art. 27º - Usar de seus conhecimentos e atividades relacionados à Medicina para corromper os costumes, cometer ou favorecer o crime;

Art. 28º - Participar de ou ser conivente com a prática de tortura ou formas de procedimento degradantes, desumanas ou cruéis contra as pessoas, ou fornecer meios para tais fins.

Art. 29º - Exercer a função de perito, exceto nas localidades onde não existe médico, desde quando legalmente indicado.

#### **CAPÍTULO V: Relação com Pacientes**

Em seu relacionamento com os pacientes, o estudante de Medicina tem a obrigação de:

Art. 30º - Não considerar o paciente como mero objeto de estudo.

Art. 31° - Atentar para o respeito ao paciente, enfatizando o cuidado com a integralidade de suas funções físicas, psicológicas e sociais e não apenas com a enfermidade que o acomete.

Art. 32° - Respeitar os compromissos assumidos, apresentando-se, para suas atividades, pontual e condignamente.

Art. 33° - Agir com prudência em todas as ocasiões.

Art. 34° - Ser tolerante e cordial e evitar usar meios ou expressões que atemorizem o paciente ou banalizem o seu sofrimento.

Art. 35° - Respeitar o pudor do paciente.

É vedado ao estudante de Medicina:

Art. 36° - Abandonar sem justificativa o acompanhamento que vinha prestando ao paciente.

Art. 37° - Desrespeitar a autonomia do paciente.

Art. 38° - Fornecer meio, instrumento ou substância que antecipe a morte do paciente.

Art. 39° - Obter vantagem física, emocional, financeira ou política a partir de situações decorrentes da relação com o paciente.

Art. 40° - Deixar de registrar, de forma legível, no prontuário médico, suas observações na avaliação do paciente.

### **CAPÍTULO VI: Relação com Professores, Profissionais da Área de Saúde e Colegas**

Art. 41° - O estudante de Medicina deve ter para com professores, profissionais de saúde, funcionários da Universidade e colegas o mais absoluto respeito, consideração, apreço e solidariedade, que contribuam para a harmonia do relacionamento pessoal e profissional.

Art. 42° - É vedado ao estudante de Medicina causar qualquer tipo de constrangimento aos estudantes calouros ou infringir-lhes violência física e/ou psicológica, independente de seu consentimento.

Art. 43° - É dever do estudante de Medicina denunciar às instâncias competentes o exercício ilegal da Medicina.

Art. 44° - É dever do estudante de Medicina ser solidário com seus colegas nos movimentos legítimos da categoria.

### **CAPÍTULO VII: Relação com as Instituições**

Art. 45° - O estudante de Medicina tem a obrigação de respeitar as normas das instituições onde realiza suas atividades acadêmicas e de treinamento.

Parágrafo único - É vedada a utilização de meios ilícitos para obtenção de resultados nas avaliações de aprendizagem ou outras vantagens pessoais.

Art. 46° - Ao estudante de Medicina cabe zelar pelo patrimônio moral e material das instituições onde desempenha suas atividades.

### **CAPÍTULO VIII: O Segredo em Medicina**

Art. 47° - O estudante de Medicina está obrigado a guardar segredo sobre fatos de que tenha conhecimento por ter visto, ouvido ou deduzido no exercício de sua atividade junto ao paciente.

Art. 48° - O estudante de Medicina não revelará, como testemunha, fatos de que tenha conhecimento no exercício de sua atividade.

Parágrafo único - Se convidado a depor, o estudante de Medicina deve declarar-se preso ao segredo profissional, exceto se para testemunhar em processo ético-profissional.

Art. 49° - É admissível a quebra do segredo por dever

legal, por justa causa ou por autorização expressa do paciente.

Art. 50º - O estudante de Medicina não pode revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente.

Art. 51º - O estudante não pode facilitar o manuseio ou o conhecimento de prontuários, papeletas e demais folhas de observações médicas sujeitas ao segredo profissional, por pessoas não obrigadas ao mesmo compromisso.

### **CAPÍTULO IX: Participação em Pesquisa e Publicação de Trabalhos Científicos**

Art. 52º - O estudante poderá realizar ou participar de trabalhos de pesquisa desde que sob a orientação de um docente ou profissional de saúde qualificado responsável pelo mesmo.

Art. 53º - O estudante de Medicina poderá participar de trabalho de pesquisa quando o mesmo for planejado e conduzido de acordo com os princípios da Ética Médica e as regras internacionais, e divulgado conforme as normas exigidas para publicação.

Art. 54º - O estudante de Medicina deverá figurar como autor ou co-autor de trabalhos científicos, nos quais tenha efetivamente participado de sua elaboração.

Parágrafo único - O nome do docente orientador deverá tornar-se conhecido, seja como autor ou co-autor, por nota explicativa ou de agradecimento.

Art. 55º - É vedado ao estudante de Medicina fazer experimentos em pessoas doentes ou sadias sem a prévia aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, o consentimento informado dos envolvidos e sem que esteja supervisionado por um profissional devidamente qualificado.

### **DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 56º - As disposições deste Código de ética alcançam todos os estudantes do curso de Medicina desta Universidade.

Art. 57º - Todos os profissionais, docentes ou não, da Universidade ou de instituições a ela conveniadas, onde o estudante venha desenvolver atividades, devem zelar pela observância e aplicação das normas deste código.

Art. 58º - O presente código entrará em vigor a partir da data de sua aprovação pelas instâncias superiores da Escola Médica.



# Etnopsiquiatria

## Etnopsychiatry

Alejandro Patiño Román

*Area of Human Genetics, Medical Research Council (MRC), Faculty of Medicine of the University the Edimburgh, Scotland, U. K.; Área de Investigación Salud y Sociedad de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X), México, DF*

**Este trabajo configura la ciencia de la Etnopsiquiatria. Se explican sus objetivos y limitaciones cuando existen contactos entre poblaciones con diferentes culturas. La salud "mental" y la conducta se ven afectadas seriamente. Se analizan dificultades para organizar una teoría general, pero la evidencia histórica es algo que nadie puede negar y sus repercusiones son de una evidencia superior y de urgencia. El autor propone cambiar el término de Etnopsiquiatria por el de Etnopsicología y se explica. Se puede prevenir el dolor inútil, pero se requiere de una conformación interdisciplinaria y del apoyo de instituciones que respalden proyectos de esta gran magnitud. El fenómeno va creciendo y es preciso actuar a tiempo.**

**Palavras-chave:** Etnopsiquiatria, Etnopsicologia, Medicina, diferencias culturales.

*This work configured the science of Etnopsychiatry. Explains its objectives and limitations and the importance for the importance for the future of the life of populations (of different cultures) and its mental health and conduct. The author proposes to change the terminology of Etnopsychiatry to Etnopsychology. In general implies a shock. I observed, by means of history, the material difficulties to organize a general theory, but facts spoke's by themselves. It has been resolved several forms to prevent the useless of pain of the contact between different cultures.*

**Key Words:** Etnopsychiatry, Etnopsychology, Medicine, different cultures.

Siguiendo el pensamiento de Yves Pelicier (profesor de medicina en París, 1992) *toda cultura es un doble juego con el tiempo. Ella dispone las cosas y los signos que ella crea en el intervalo inmenso que separa al hombre deseoso del dominio de la naturaleza, por un lado, y del conocimiento científico por otro. Toda cultura es el fruto de esa espera, pero hay diferencias de esperas. A esa diversidad de esperas corresponde, tal como ahora podemos sospecharlo y temerlo, una manera*

*posiblemente única de dominar y de conocer. Así, pues, las culturas son provisorias por más duraderas que puedan parecer a una escala de una vida humana. En un lugar, en un momento de la historia de un grupo humano, ella es el ropaje que viste su animalidad<sup>(29)</sup>.*

La diversidad de las culturas corresponde a la complejidad de los sistemas que esa cultura genera en su interior. Esa abundancia es necesaria, ya que, la cultura debe dar respuesta a todo. En el orden de la vida y de la muerte, todo debe ser nombrado, delimitado, cercado gracias a las astucias del lenguaje y del gesto. Una cultura permanece a pesar de todo inacabada, aún cuando ella tenga por programa la total toma de posesión del mundo. Esa inadecuación del proyecto y de la realización *es su herida secreta*. Para repararla, las culturas afirman su dogmatismo: hay que aceptarla en su totalidad. En cuanto lo inacabado, lo

Recebido em 06/11/2005

Aceito em 22/12/2005

Endereço para correspondência: Dr. Alejandro Patiño Román, Calle Holbein 103-Interior 401. Col. Noche Buena. Del. Benito Juárez. C P 03720, México, D F. Endereço eletrônico: alejandroproman@yahoo.com.mx

Gazeta Médica da Bahia 2005;75(2):Jul-Dez:143-.

© 2005 Gazeta Médica da Bahia (ISSN 0016-545X).

Todos os direitos reservados.

innombrado o lo no percibido, hay que refugiarse en el *agujero negro de la locura*.

La locura nos ofrece así esa paradoja de estar a la vez dentro y fuera de la cultura. Dentro porque ella usa palabras, gestos y herramientas: *la locura también está vestida*, pero de manera tan caricatural que aparece como un supersigno; de tal manera que atrae la mirada por la exageración y la extravagancia. Pero fuera de toda cultura también, la locura está desnuda, mostrando el animal que un esfuerzo milenario quería esconder. Este vestido cultural está lleno de creencias, rituales, prohibiciones y lo contrario. Estos elementos, entre muchos, forman una diversidad que aparece en un plano universal condicionado por el tiempo y los accidentes históricos. La Etnopsiquiatría pretende hacer un testimonio de la extraordinaria diversidad de una excesiva cantidad de hechos relacionados con la enfermedad mental y psicológica y de su profunda unidad con los fenómenos culturales. Es dentro de esa perspectiva contradictoria que hay que ver una de las causas del gran interés de la Etnopsiquiatría en las ciencias humanas<sup>(24)</sup>. Es opinión del autor que la Etnopsiquiatría carece de la estructura para fundamentarse en ciencia, por razones metodológicas no resueltas y enlaces de alto nivel de dificultad como sería el caso de la moral, la conducta humana y sus apetencias no siempre en armonía para un bien colectivo.

La Etnopsiquiatría es concreta y cotidiana. Las formas de la angustia, de la depresión, de la excitación o del delirio son su materia prima. Y además los lazos que el grupo social teje entre el sufrimiento de uno y la seguridad de todos. Cada sociedad comporta un proyecto terapéutico que asegura su cohesión y una existencia duradera. La historia cultural de la locura está marcada por el movimiento que empuja al paciente hacia los márgenes y las orillas del mundo y, por otra parte, el movimiento inverso de recuperación (y no de segregación) al cual el grupo se propone llegar<sup>(30)</sup>.

Con las ideas expuestas se puede postular la siguiente sentencia: “Lo importante es circunscribir los fenómenos humanos más inquietantes”, el saber, los espacios, los lugares de atención que remiten a lo que es material de la medicina de las enfermedades mentales

y psicológicas, la expresión y realidad de un sufrimiento modelado por un perfil cultural con enlaces indisolubles entre el universo biológico, psicológico y cultural.

## Consideraciones Generales

En función del postulado de que la sustancia de la psique son las experiencias y conociendo que existen estructuras cerebrales (Neuronas) que sostienen las Funciones de Integración Superior (Mente) es inadecuada la palabra de Etnopsiquiatría, para ser más preciso y no caer en un problema semántico, el concepto correcto es Etnopsicología ya que de otra forma se podría mal interpretar que las experiencias cambian las estructuras neuronales, las cuales lo que hacen es elaborar las experiencias que se traducen en impactos emocionales pero no en cambios estructurales. Eso es demostrable científicamente en el ámbito de la realidad concreta porque el ser humano no destruye sus funciones mentales a través de las experiencias dolorosas o frustrantes, lo que se destruye es su conformación emocional que ciertamente puede afectar su juicio o su memoria pero se trata de fenómenos reversibles. Así entramos al mundo de la Psicopatología y no de la desestructuración de las funciones mentales: campo de la Psiquiatría.

Es necesario expresar que no existe una definición precisa de la *cultura*. Es natural que en un tema tan amplio existan diferentes escuelas de pensamiento que acentúan una de las tres macroestructuras para describir los fenómenos, sin embargo, la búsqueda del equilibrio y la descripción de los enlaces darán los instrumentos en función de construir una metodología; para esto es necesario la búsqueda de indicadores que nos permitan hacer análisis comparativos y tener un proceso de cortes fenomenológicos para hacer una síntesis.

En mis investigaciones sobre filosofía antropológica encontré ideas y modelos para construir la hipótesis de que: “el universo biológico, psicológico y cultural son uno”, imposible imaginarse la condición humana sin una de las tres macrovariables. Interactúan entre ellas, explican el porque de la diversidad individual y cultural. En este trabajo se amplió al máximo posible

los autores conspicuos para utilizar sus experiencias. Se trata de un contacto serio entre la Antropología (Etnología), una rama de la medicina: Psiquiatría<sup>(8)</sup> y la Psicología. Los objetivos de este ensayo científico son los siguientes: 1) Capturar los conceptos principales de la Etnopsiquiatría; 2) Como explicar la diversidad cultural; 3) Precisar sus objetos de estudio; 4) Los proyectos de la Etnopsiquiatría; y 5) Limitaciones y perspectivas. Para tales objetos obtuve los trabajos teóricos e investigaciones, con el fin de analizar la posibilidad de regularidades e intentar aportar ideas a un tema tan importante y moderno.

Hago notar que en México no existe un Instituto de Etnopsiquiatría, por lo cual, estuve en contacto con universidades fuera del país, especialmente con la Universidade Federal da Bahia (UFBA), Departamento de Neuropsiquiatría, Facultad de Medicina da Bahia y la Associação Brasileira de Etnopsiquiatría, donde sus experiencias sobre el tema tratado son mayores.

En el trabajo se enmarcan las preguntas fundamentales, usando el género que Buffon en el siglo XVIII denominó ensayo científico, incluyo que tengo trabajos cuyos temas están matizados por el encuentro entre la biología y la cultura. Cuando uno llega a madurar en la clínica psiquiátrica quedan dos caminos por seguir; por el mundo de las neurociencias (biología) o por el mundo cultural (impacto entre psique y cultura). Naturalmente mi vocación es por la segunda.

La mente y la psique son el puente entre biología y cultura, cualquier disfunción en cada una de sus partes (emociones, experiencias individuales y colectivas, represión, racismo, violencia) tienen y tendrán consecuencias muy graves.

Describo la regularidad del impacto de sistemas culturales en las poblaciones, ¿cuál es su naturaleza y su enlace en el comportamiento de categorías tan importantes como la sociedad y la familia? La variabilidad de respuestas que tenga la Etnopsiquiatría en la construcción de un pensamiento organizado, para dar respuesta a sus planteamientos tanto teóricos como prácticos. Esto ocurre con alta frecuencia en las poblaciones poliétnicas, es el escenario donde diferentes rituales y símbolos pueden entrar en conflicto.

La renuncia a estas reflexiones, en México, nos quitaría la intimidad histórica para fundar más respuestas a nuestra identidad en constante movimiento. Es necesario construir un modelo y un pensamiento organizado para visualizar las tendencias de nuestra individualidad y colectividad desde un punto de vista psicológico, para captar los enlaces de la psicología con la social y cultural.

Es posición del autor que cualquier definición de cultura es una ilusión, porque esto depende del desarrollo histórico del concepto y la escuela de pensamiento que lo produce. En función de expresar la claridad de mi intención se encuentra una idea expresada anteriormente: “El universo biológico, psicológico y cultural son un mismo fenómeno descritos por lenguajes y observaciones distintas que no han podido ubicarse en el *contexto de unidad*”. Si partimos de un postulado general: que la *sustancia de la psique son las experiencias* podríamos derivar un pensamiento que nos dirija a comprender la diversidad del individuo y las culturas. Se podría poner de inmediato los ejemplos de la geografía, la fauna, la flora y sus organizaciones colectivas que siempre esta llena de símbolos que determinan lo prohibido y lo permitido. Se requiere de un esfuerzo teórico para establecer marcos de reflexión, que ilustren a estudiantes y profesores sobre esta alternativa, para modernizar el viejo concepto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el *bienestar biológico-psíquico-social*. En opinión del autor estas macrovariables no deben olvidarse, sino profundizar estos conceptos. La cultura debe ubicarse en lugar de *sociedad*, porque la extensión de elementos que implica es más rica que la anterior. Los enlaces de la psiquiatría y psicología con la cultura, tanto en salud y bienestar como en el ámbito patológico y endémico debe ser un objeto de estudio de la Etnopsiquiatría.

Es una realidad histórica que el contacto brusco de culturas distintas derivan en la violencia, a veces se llega a la estabilidad relativa siempre en movimiento. Hemos sido testigos de la destrucción de poblaciones y civilizaciones enteras en este amplio campo de la emigración humana cuyos siglos ni podemos contar. Estos elementos de gran fuerza en la historia siguen

siendo reales en nuestra modernidad, los cambios geográficos, climatológicos, desequilibrios ecológicos que afectan a estados, pone a la población en una situación de dificultades de sobrevivencia e identidad que se expresan a través de la angustia, la incertidumbre que podrían desorganizar cualquier concepto de salud. En este ensayo científico, dada la complejidad del tema, se observan las posibilidades y limitaciones de los objetivos; una reflexión crítica para limitar los bordes de esta expectativa. El género al que pertenece este trabajo se define como “*ensayo científico*”, definido por Georges-Louis Leclerc, conde de Buffon en su libro “Discurso sobre el Estilo”, traducción de Alí Chumacera<sup>(21)</sup>. A pesar de ser un pensamiento del siglo XVIII escribe con claridad clásica: *En estos ensayos está presente un hombre que delata el ansioso ardor de su búsqueda, su interrogación en presencia del universo, su admiración por la naturaleza y los fenómenos de la vida. Esta humanidad, esta personalidad de discurso reside en el estilo*. No es fácil determinar este tipo de pensamientos en el tema “Etnopsiquiatría” hay denuncias de la antigüedad y otras muy modernas sobre la evidencia de una verdad que requiere un análisis intenso de síntesis, para construir los indicadores esenciales o más importantes que inciden en la salud. El éxito de este trabajo es tener un cuerpo convincente, pero no puedo prometer un pensamiento totalmente acabado. Quedarán preguntas y debates, por fortuna esto siempre es un ejercicio productivo para seguir profundizando sobre este tema, pero dí mi mayor esfuerzo para dar forma a un ensayo científico.

### Conceptos Principales de la Etnopsiquiatría

Para capturar los conceptos principales de la Etnopsiquiatría, debemos considerar que se trata de un enlace complejo de dos disciplinas: La Etnología y la Psiquiatría, y tendremos que buscar teóricamente sus puntos de referencia para ilustrar el comportamiento humano cuando existe el contacto entre dos o más culturas. El desarrollo de toda historia implica la conjugación y el ensamble de culturas distintas que

están determinadas por la emigración interminable del ser humano, en busca de nuevas formas de vida y supervivencia<sup>(19)</sup>. Sin embargo, tenemos datos objetivos y muy documentados en la longitud de nuestra historia, estos encuentros han sido de enorme destructibilidad y aunque tarde o temprano se llega a una mezcla fenotípica y cultural, quedan *figuras culturales* que lastiman a parte de la población más vulnerable<sup>(22)</sup>. Este asunto de *poder* y *estatus* siempre se exhibe en forma universal cuando las poblaciones diversas convergen. Esto es una regularidad histórica que ha llegado a desaparecer civilizaciones enteras, y sus remanentes, una memoria viva de este impacto, que a veces llaman *minoría* sufren de experiencias incompatibles con la salud. Más tarde daré ejemplos concretos sobre lo expresado anteriormente. Para llegar a una síntesis, se tienen que forzar los antiguos elementos de las ciencias particulares, para formar un dibujo complejo que implica: a la antropología física y cultural, biología, vida social y mental. El objeto de este estudio de la Etnopsiquiatría estribaría en detectar los efectos nocivos del encuentro de dos culturas diferentes, cuando forman estructuras *socio-culturales* que son patológicas y dolorosas a la población afectada. Que nos cuestionan: ¿Cuáles son estas estructuras?, ¿Cómo se configuraron?, ¿Cómo en el *factum vital* generan daño y de que tipo?, ¿Perspectivas y soluciones validas al problema?

A mi entender no son las estructuras mentales, que dependen de la población neuronal, las dañadas, sino ese fenómeno implicado en la mente, conocido como psicología. De una mente sana nacen todas las funciones de integración superior<sup>(27)</sup>, universalmente hablando, pero las experiencias, por si mismas pueden generar conflictos psíquicos que pueden desorientar a estas funciones generando impactos internos con la posibilidad de destruir a individuos y ¿porqué no? familias que se expresarán a través de la *angustia* y *autoestima*. Puede incluso fracturar la identidad de una población con su pasado, creando un vacío de valor existencial y un futuro doloroso<sup>(28)</sup>, que tarde o temprano terminará en la confrontación o el exterminio. Creo no exagerar en estos conceptos en función de que existen datos históricos que lo demuestran, de

hecho, la lista casi es interminable. Valorar las variables culturales no haría otra cosa que enriquecer a la Psiquiatría para prevenir patologías y aportar elementos para la salud.

Lo que aparece en el mundo social e individual, en el marco de la medicina, a diferencia de otras ramas de la misma, en psiquiatría no solo se trata de curar sino de aprender del alma, es decir, comprender la estructura de la subjetividad<sup>(3)</sup> a través de las experiencias, lo que hace más difícil delimitar el objeto de estudio. Sin embargo, hemos sido testigos que las crisis sociales se expresan también en las bellas artes. De esta manera podemos constatar que la cultura nace naturalmente del hombre pero desgraciadamente a través de los intereses creados entre ellos, adquiere un valor que se independiza para formar confrontaciones aparentemente inútiles y se convierten con una enorme frecuencia en símbolos del poder, son cosas naturales que expresan el alma (Psique) humana y no se ha visto un límite para ellas. Por otra parte nos encontramos con materiales diferentes que cualquiera puede puntualizar, porque su distribución implicará la estructura de cualquier sociedad humana. *El objeto de estudio de la Etnopsiquiatría es el impacto patológico y por lo tanto doloroso de figuras culturales en cualquier población.*

## Diversidad Cultural

Esto prefigura una antropología con un condicionamiento psicológico uniendo dos disciplinas que nunca se habían encontrado. Por lo pronto, después de haber analizado diferentes conceptos de cultura, me encuentro ante la necesidad de usar el pensamiento más sencillo: *La cultura es todo lo que hace el hombre ante la naturaleza y relación con su semejantes, mientras todo lo demás se llama naturaleza, ajena a los intereses del ser humano.* Nosotros participamos de la naturaleza en el ámbito filogenético no sabemos cuanto cargamos de ese fenómeno, probablemente entre otros nuestro temperamento, pero después pudimos construir un mundo de relaciones que nos condujo a formar agricultura, y el fenómeno llamado

cultural que no tiene semejanza con la conducta animal y vegetal, que está viva pero con diferentes leyes y atributos<sup>(25)</sup>. Es el momento para declarar observaciones publicadas por mí. Uno se preguntaría cual es el vehículo de las formas culturales. No me cabe duda que estamos hablando de la familia. Han caído mitos, estados, pero la familia como célula formal de la sociedad ha sobrevivido a las convulsiones históricas, ha quedado como la célula fundamental de cualquier comunidad. Es ahí donde se reproduce la cultura: el lenguaje, las costumbres que dirimen entre el bien y el mal, lo prohibido y permitido y ese extraño color que imprime cada cultura individual. Nos encontramos por primera vez ante una diversidad trascendental. Existen distintos estilos de vida y apreciación de las experiencias naturales<sup>(26)</sup>.

*El contacto del hombre con la naturaleza* imprime, con su lenguajes distintos, paisajes, climas y distintas formas de valorar sus experiencias para concebir la vida y el mundo. Por lo tanto, no debe de ser una incógnita la diversidad para entenderla y experienciarla. Cada una de las culturas tiene su estilo en todos sus rostros y como se ha escrito antes el intercambio muchas veces es doloroso. Cambiar de lengua, costumbres y moral puede ser devastador para una población en función de otras. La familia tiene un movimiento psicológico que genera identidad y seguridad y cuando esto es fracturado aparece con naturalidad la psicopatología, hay caos y muy frecuentemente violencia. Aflige emocionalmente a los integrantes y el desmembramiento es frecuente, es un abandono de la calidad de sus creencias y casi siempre se termina en el ámbito de la enfermedad. Es importante para empezar a enunciar un postulado que podría clarificar estas últimas ideas: Hay que distinguir las alteraciones neurológicas, mentales y psicológicas<sup>(25)</sup>.

El postulado primario es que la sustancia de la psique son las experiencias, porque no se trata de un fenómeno *sui generis* como escribieron S. Freud y C. J. Jung. No es un fenómeno independiente aunque su dinámica tenga su singularidad. La mente está ligada a la fisiología ya que las Funciones de Integración Superior que la constituyen las tiene todo Sistema Nervioso Central humano y que puede construirse a

través de un modelo heurístico que implique las funciones intelectuales y el sistema lógico que una vez fracturado produce la psicosis.

Las Funciones de Integración Superior obedecen a estructuras y funciones de la población neuronal, por lo tanto endógena, mientras que la psique, basada en las experiencias: es exógena. Las neurociencias todavía están lejos de describir en términos neurobioquímicos o fisiológicos las funciones mencionadas porque su objeto de estudio es muy complejo. Sin embargo, sabemos que todo ser humano cuando tiene una población intracerebral intacta, puede acceder a esas funciones que la naturaleza ha construido. Sabemos que son estructuras nacidas de la evolución biológica, y es aquí donde se confronta el mundo exterior con el interior para formar nuevas funciones como la *imaginación*. Por primera vez se unen en una estructura funcional la fisiología y las experiencias, para cualquier observador sería evidente que para explorar la *memoria* y la *conciencia* tendremos que estudiar sus contenidos y su asociación lógica o no del mundo interior que estamos explorando. No tardaremos en encontrar los valores culturales dentro de estas funciones. Lo que el psicoanálisis describió estructuralmente como *super-ego*<sup>(18)</sup>.

Si estas reflexiones son válidas, podremos entender el asombro de la variabilidad individual o cultural desde el cero ontológico hasta el cero vital, nuestra mente recibe impactos claros de la realidad natural y sus relaciones con otros seres humanos. La naturaleza es muy variable en todos los continentes y podemos observar poblaciones en distintos nichos ecológicos que prefiguran su *existencia*. Peligro y bondades de los lugares naturales. Es evidente que un pescador sea diferente a un montañés. La lista sería innumerable para definir todas las experiencias distintas. Por lo tanto puedo pensar que los temperamentos forjados por experiencias diferentes formarán rasgos caracterológicos y después culturales; incidiendo en sus creencias, cocina, vestido y todo lo que pueda darle forma a cualquier clan. Todos los seres humanos tienen las mismas funciones, pero no tienen la misma experiencia, y esto obliga a pensar que existe una enorme diferencia entre la mente y la psique aunque sus relaciones sean ineludibles: función y contenido.

Debo decir que en inglés la palabra mente implica las funciones mentales y emocionales en la misma palabra, mientras que en español la palabra mente está adscrita a los fenómenos puramente intelectuales. Entonces, quedaría muy claro distinguir los conceptos de biología, mente y psique<sup>(13)</sup>. Si seguimos una línea histórico-descriptiva podríamos encontrar con claridad la patología interna, es decir, la etiología de la patología emocional. Encontraremos otras entidades médicas cuando conozcamos que su etiología puede surgir de experiencias culturales crónicas convirtiéndose esto en una epidemia peligrosa para la estabilidad de la población. Por supuesto esto implica complicar por mucho e innecesariamente la vida cotidiana.

### Objetos de Estudio

Siguiendo la escuela de escritores franceses<sup>(6)</sup> podríamos encontrar la patología externa; o cultural, se trataría de abordar los elementos últimos de la civilización, conformados en las figuras culturales en la construcción de valores que impliquen el bienestar de la gente sin que estos sean afectados por figuras culturales hirientes; como sería el caso del racismo, inestabilidad y falta de identidad. Es muy importante estudiar su evolución y si es posible hacer análisis comparativos en las distintas poblaciones con diferentes afecciones psiquiátricas. Evidentemente esta clase de epidemiología no está a veces configurada, a veces no es necesaria. Se puede llegar a un diagnóstico, *es cuando la gente con sentido común dice que la vida duele*.

Es posible que no esté tan lejos la posibilidad de una educación social, pero me es imposible cuantificar el tiempo de remediar tales males. Se pueden construir sistemas utópicos, que siempre son útiles, pero en ocasiones se puede aliviar a la gente de un dolor inútil tratando de ejercer una fuerza en el sentido contrario. Estoy convencido que lo que se ha fraguado en tiempos históricos, no podrá resolverse en tiempos inmediatos, pero es importante que siempre exista una conciencia científica que sobreviva a los valores inoperantes en las culturas modernas que ya no tienen una función y

que dificultan las relaciones humanas. Aún más oponerse a los mitos que deben desaparecer para no configurar mentes destructivas que han dejado sin recursos, a veces, a una racionalidad moderna por lo que se puede concluir que la destrucción es inútil. Tal sería el caso del racismo y falta de identidad cultural por opresión. La candidez, que a veces se ha tenido con el concepto de cultura, nunca toma en cuenta que, ambos fenómenos: *cultura* y *natura* han convivido por tantos años, que quitar un pedazo de cultura en una persona, puede quitar algo de su piel; por eso es tan difícil, la cura sin sangrar alguna de sus partes<sup>(22)</sup>.

De esta reflexión se puede deducir el dolor cuando, ambas variables están en conflicto. No es una reflexión moral sino el conocimiento de una estructura nueva en el perfil de la filogenia y de la historia. No hay dualismo, sino un fenómeno que genera otro hasta convertirse en el universo humano.

Supongo que debo insistir al mencionar, que el postulado de la psique, por hoy más claro que nunca, es que su sustancia son las experiencias que van a dibujar el carácter de un individuo e incluso de toda una comunidad. Dentro de los factores que en especial han dado los pensadores franceses están: a) la aculturación, en donde los conflictos internos no resueltos se manifiestan por la adquisición impositiva de una cultura ajena y esto conlleva con frecuencia a la violencia; b) la deculturación, que con frecuencia es utilizada la fuerza para eliminar valores y tradiciones sin que exista un tiempo de adaptación.

Analícemos ahora los objetos de estudio de esta disciplina, para lo cual, seguiré la síntesis de Raymond Fourasté. Él escribe con claridad sobre mutaciones culturales y sociales en el modo de vida, cuando dos culturas diferentes se encuentran. Así dice: la *aculturación*, siguiendo a R. Bastide, se da cuando son destruidos los conceptos de costumbre y de valor en función de la dominación. Hay *endoculturación* cuando una etnia determina al niño, bajo presiones educativas y aprendizajes variables provenientes de sus mayores, que inconscientemente integra modelos nuevos sobre aquellos que psicológicamente le resultan inútiles o perturbadores. De ésta manera dificultan una evolutividad del grupo y de informaciones culturales

previamente establecidos. Es una pérdida natural, por autoselección. Por esto la *aculturación* es tan fuerte. Esto implica que el contacto con otra cultura por principio, implica problemas; pero no un choque. Pueden aparecer modelos de adaptación y ciertos rasgos de defensa. Existen ejemplos, como en el Tíbet que por generaciones fue impenetrable, o el de las comunidades árabes que han podido resistir mediante una estabilidad autártica a siglos de colonización. Sin embargo, cuando esto no ocurre, viene la *resistencia* y *defensa*. Los valores ancestrales son defendidos rechazando toda agresión y violencia. Cuando esto no se logra se puede observar el aislamiento defensivo que invoca una psicopatología de la población que puede ser demostrada poco a poco el fenómeno de etnocidio es notable universalmente hablando y el carácter de la población se ve disminuido.

Otro objeto de estudio es la *transculturación*. Es un intercambio cultural entre dos modelos alejados unos de otros. En estos casos se encuentran mestizajes culturales. Se cree que nace una patología de la lección: el mestizo cultural está continuamente en una posición de “desarraigo”. No sabe quien es él en su identidad; y lejos de esta posición, se presentan depresiones, inquietudes constantes, angustia, división, soledad, y la autoestima se ve lastimada en todos sus ángulos. Se han propuesto como remedios alternos, la adhesión secundaria a un modelo traído del exterior. Esto es importante sobre todo en los países del tercer mundo. Al principio los problemas son ambiguos. Dado que no existe una planificación interior, se puede prever el conflicto entre dos poblaciones con una visión de la vida y la religión diferente para poder organizar jurídicamente el mundo de libertades y obligaciones que diriman los conceptos de ambas poblaciones que casi siempre terminan en violencia.

El fenómeno de la *transculturación* es considerado por la Etnopsiquiatría. Es el intercambio cultural entre dos modelos alejados el uno del otro. En América latina es un fenómeno generalizado el mestizaje cultural y fenotípico. Según Roger Bastide<sup>(8)</sup> la *transculturación* de un pueblo por otro es una consecuencia de relaciones a veces brutales entre pueblos dominantes *colonizadores* y dominados colonizados. Los objetivos

ideológicos han presionado las formulas de *aculturación*, modificando al mismo tiempo la simetría cultural original. El mismo autor escribe que los movimientos dominadores de la vieja Rusia estaban ligados al fondo místico de los pueblos eslavos. A partir de allí el proceso marxista a chocado con una incompatibilidad de comprensión entre su propia identidad y la de otros países socialistas. Para imponerse se ve obligado a vencer el fondo místicos de la antigua Rusia, sin quitarle su ideal ejemplar de destino universal. De tal suerte se han constatado choques culturales muy fuertes en Hungría y Polonia, para quienes el marxismo soviético representó un tiempo en la mutación de una sociedad comunista conforme a un pasado diferente de la Rusia, generando grandes malestares dolorosos que mutiló la posibilidad de una relación pacífica y amable.

La *rebeldía* tiene lugar en un cierto margen de movimiento. Es una rebeldía contra una dominación cultural que atropella toda una tradición, toda una historia, a veces se trata de buscar una igualdad, que promovería una convivencia natural, con valores promotores de una sociedad serena en donde la confianza fuera para todos. La colonización generó una *psicopatología* que no permite una comunicación y convivencia a través de un dolor inútil. Los países con un potencial científico y tecnológico (USA, Japón y gran parte de Europa) han generado una megalomanía que impide *la verdad de la igualdad*. Las diferencias culturales sumadas a las económicas acomodarían al mundo en una certidumbre de paz, esto no ocurre porque no se acepta la diversidad dentro del porte de la realidad; que en última instancia enriquecería a todas las culturas. Es una visión racional y otros la conciben como utópica, si es así, el futuro se oscurece en el ámbito del *sin sentido*. También es propósito del tema incorporar a la *deculturación*, que puede entenderse como un corolario del movimiento social que crea una cultura uniforme, con códigos de informatización, nivelamiento de la cultura, del arte, aquí ya una vez detectados, su investigación se hace necesaria para saber sobre su causalidad, y observa: que los nuevos modos sociales, las experiencias individuales, la forma de gestión de alguna manera de los libros de la sociedad enajenante, que implica una "patología social" que lucha

por un equilibrio para mantener una paz que pueda organizar sus pensamientos tarde o temprano tiene que actuar en contra de decretos absurdos por la población dominante que oculta sus valores reales. La *deculturación*<sup>(22)</sup> en donde se deshacen las tradiciones antiguas, y la incorporación de la población es dolorosa porque tiene que abandonar las figuras culturales que han creado a lo largo de los años. Es una experiencia triste y desalentadora, es el comienzo de la dominación. Los códigos del saber, las señales, los procesos de información, nivelamiento de la tecnología, del arte, pierde la originalidad, el mundo construido por ellos mismos, generando daños que terminan en la psicopatología. En estos casos la *normalidad* es dolorosa y la población está cubierta por la confusión; su identidad está en peligro y la posibilidad de armonía pierde autenticidad. Ante esta desorganización experiencial y por lo tanto psíquica aparecen el cansancio, la depresión, el agotamiento por Estrés (enfermedades psicosomáticas), las toxicomanías, la delincuencia. Es ahí a nivel teórico donde se encuentra ubicada la Etnopsiquiatría frente a estos procesos. A lo largo de los trabajos de G. Devereux<sup>(12)</sup>, a partir de los mismos y sus observaciones de 1952, aparece una nueva palabra: la psiquiatría *metacultural*; en donde el universo simbólico se esfuma, los mitos se banalizan, las características culturales se opacan y se constituye una visión pesimista de la evolución. Curiosamente estos trazos se ven con claridad en la obra de F. Kafka<sup>(20)</sup>. Desgraciadamente, la trágica puesta en aplicación por A. Hitler en los campos de concentración nos da una nítida perspectiva sobre el volumen del problema. Según este autor, el hombre cuando se despoja de su cultura llega al embrutecimiento. Se trata de la verdadera *deculturación* mediante la cual, si no se presta atención, las grandes potencias socio-económicas aplastarán a la humanidad. *Para vivir se necesita aire*. Los medios de comunicación, los mensajes publicitarios, la teleguía económica, las imprecaciones ideológicas dejan respirar al hombre; y es aquí donde interviene la *metacultura* como área de análisis, como campo de comprensión de las cosas de la vida y del sufrimiento de los seres, como vía de prevención y de curación. Casi todas las culturas tienen



razones para pensar en sus enfermos mentales. Según Bastide<sup>(7)</sup> no hay que interponernos en sus conceptos y tratamientos esto puede resultar en una iatrogenésis no prevista en función de que no están preparados ni convencidos en la estructura occidental para enfrentar la subjetividad y realidades de su cultura. Podría ser contraproducente. Se requiere de un tiempo suficiente para que las dos formas de tratamiento estén de acuerdo. La *deculturación* corroe las formas ancestrales de afrontar la vida, y las viejas costumbres, estructurales de su cultura, van a aparecer ahora como una sombra no identificada por el pasado. Esto ocurre, por supuesto con las comunidades que no han desarrollado un lenguaje escrito. Los hace más vulnerables. En cuanto a la psiquiatría *social*, con sus herramientas estadísticas y los métodos de la sociología se dirigen a: la etiología, la problemática demográfica, la repartición patológica en función de diversos factores de las enfermedades mentales, según su medio de emergencia, la urbanización, el modo de vida rural, artesanal, los métodos de prevención, de higiene y tratamiento derivan de estos factores. Allí hay todo un campo de estudios, que con autores como T. D. Billiot y J. Masserman tuvieron gran incidencia desde los años 1945-1960<sup>(29)</sup>. Ahora sabemos a través de H. Baruk, H. Ey, entre otros que apuntan a nuevos modelos comprensivos y terapéuticos. Se trata de una *psicopedagogía* que sirva de puente entre dos culturas que no pueden integrar sus diferentes valores. Todo psicoterapeuta lo sabe, la conciliación y la forma de nuevos valores implica un enorme esfuerzo de los individuos y poblaciones. Necesitamos esos documentos para racionalizar y hacer más amable el contacto entre dos formas de vida. No quiero ser inocente, pero un gran cúmulo de valores podría hacer que nuestros encuentros no implicarán necesariamente la violencia, esto sería, para empezar una misión que cualquier *democracia* sana desearía.

### Los Proyectos de la Etnopsiquiatría

Como se puede observar estos conceptos apuntados anteriormente están codificados por la

Etnología clásica. Y debemos comprender que nacen con el colonialismo europeo internacional<sup>(19)</sup>. Ahora debemos hacer el esfuerzo intelectual para conectarlos con la psiquiatría y la psicología para poder formular la definición de Etnopsiquiatría. Se trata de una interdisciplina moderna que ilustra la penetración de los fenómenos culturales en la población de una civilización vulnerable. Todo este fenómeno implica experiencias históricas que han lastimado poblaciones a través del contacto con una cultura europea; la española. Nosotros somos testigos vivos de la desaparición y aparición de nuevas civilizaciones. Primero el Imperio Azteca, después los españoles que acabaron con toda una mitología acendrada por milenios, nuevo lenguaje, nueva religión, desaparición de costumbre antiguas y una nueva configuración de la familia. Sin embargo, los mexicanos sobrevivimos al impacto y formamos una nueva nación que nos distingue de cualquier otra. Nuestra nueva civilización compite con cualquier estado moderno; y nuestro mestizaje fenotípico y cultural nos configura en la modernidad. Sin embargo, el costo psicológico y cultural ha sido enorme y se han configurado psicopatologías muy importantes, especialmente en la población más marginal. Este proceso se refleja en un problema de identidad que está muy bien explicado en el libro de Octavio Paz: "El Laberinto de la Soledad<sup>(28)</sup>". Éramos una cultura muy aislada para ser comparaciones y nos diluimos con la novedad europea en términos de desigualdad. Esto configura toda una psicopatología y enfermedades mentales que se expresan al interior de la familia provocando violencia y confundiendo roles como el masculino-femenino. Por supuesto esto conlleva en una expresión global al mundo de la delincuencia y la brutalidad social, incompatible con la armonía deseada para un progreso sano. Si tomamos en cuenta, que en la actualidad las emigraciones masivas son un fenómeno real y va a crecer podremos comprender la importancia de esta nueva ciencia para investigar y prevenir hasta donde sea posible *la naturaleza de ésta crueldad*. La sensibilidad del lector le ayuda a comprender que tenemos que evolucionar en la enseñanza de ésta ciencia que implica la formación de profesionales con una actividad comunitaria y

psicopedagógica para aliviar y orientar la inutilidad de una violencia cerrada. No quiero ser muy optimista porque la tarea es enorme y requiere de voluntad política y financiamiento para formar los cuadros necesarios cuya actividad transforme la agresividad, repito inútil hacia la cooperación colectiva que derive en un mejor bienestar social. Esto significa el verdadero enlace de la psicología y psiquiatría con la etnología. Dejamos atrás el concepto puramente sociológico por la categoría de cultura porque implica una extensión más amplia.

La naturaleza de este fenómeno no es racional sino histórica. La historia no se conduce racionalmente. Son los intereses naturales de los apetitos humanos y su gran disfraz es la cultura. Siguiendo al poeta francés Antonin Artaud<sup>(3)</sup>, me obliga a ver a la guerra como un fenómeno natural de nuestra animalidad, con un ropaje de normas inventadas que oscurecen nuestra realidad existencial. De ahí, la importancia de la psicopedagogía para ampliar la conciencia de la gente con carencias sociales y apresurar la transformación necesaria para vivir una experiencia estética que no trágica. Estamos obligados a ésta tarea pero me es imposible calcular su tiempo histórico. Sé que hay que empezar y la dificultad que implica, pero es la única forma, según la visión del autor, de darle sentido a nuestras vidas y a la historia que proviene del presente. Es necesario evitar la visión apocalíptica, para el individuo, la familia y la sociedad. Una novedad, una utopía estética y una política decisiva deben pronunciarse ¿Por qué no empezarla en las universidades? Que es el nido de las ideas más educadas y empezar a formar en todos los ámbitos el futuro deseable de cualquier ser humano sensible. La Etnopsiquiatría es un buen instrumento, que no el único, para tales fines; esto explica el desarrollo de la educación de toda la medicina y armar cuadros pedagógicos para un trabajo comunitario en la práctica diaria. Estoy conciente que esto significa la transformación de los medios institucionales, hospitalarios y sus recursos. Pero también estoy seguro que sino empezamos ahora, no abra estado y gobierno que pueda dar una solución relativa a nuestra condición social que está rebasando los límites de la comprensión. Todo esto es parte de la formación intelectual del

médico. La especialización ha mostrado su eficiencia técnica, pero no es suficiente para los problemas que tenemos que enfrentar. La institución familiar, los problemas económicos y *culturales* requieren de la necesidad de una resistencia al neocolonialismo y son uno de los ejemplos que enferman a nuestra población. Su ejercicio de la vida carece de una visión estética y genera un mundo emocional incompatible con el *bienestar*. Al perder su identidad y oportunidades de educación, trabajo y vida, repito, se pierde todo el sentido de la existencia generando un nihilismo mal conducido que ataca la armonía social y el progreso. Tenemos todos los datos para fundamentar ésta tesis, y creo, es hora de actuar colectivamente y especialmente convencer a los estratos del poder que tienen la posibilidad de movilizar éstas ideas en términos institucionales y económicos.

Estas ideas confirman la utilidad de la Etnopsiquiatría bien comprendida, para dar una historia de la medicina que siempre ha sido paralela con la cultura y sería una gran decepción, de amplia magnitud perder esta tradición, que en este caso es el motor ancestral que conecta la salud con la belleza del vivir. El valor de nuestra disciplina implica recobrar un pensamiento más profundo que lo que ofrece la tecnología de punta. Nada en contra de ella pero por si misma es insuficiente. Significa un contacto profundo con nuestra historia y la condición humana de nuestra población. Nos necesitan y nuestra práctica adquirirá más dignidad y eficiencia en presencia de nuestros semejantes. En todo el mundo occidental existen pensadores avanzados con la misma inquietud, no es tiempo para dubitar sino para reflexionar sobre el futuro que necesita de nuevas ideas para enfrentar las dificultades que han sido construidas a lo largo de nuestra historia. Lo fundamental es convertir las ideas en práctica y soy bien conciente que el problema no es fácil, pero insisto sensibilizar al gremio médico y a las autoridades será el gran paso, a través de un esfuerzo intelectual que promueva una sensibilidad política de apoyo para una sociedad que pide ayuda y debemos dar respuesta para configurar los elementos necesarios. Tarea no fácil pero nunca imposible.

*La resistencia ante la adversidad tiene que ser escuchada. Sino uno se pregunta ¿para qué sirven las autoridades de la universidad, del gobierno y del estado?*

Hablemos de los pensadores extranjeros para no sentirnos solos en este esfuerzo. Autores como T. D. Billiot y J. Masserman que tuvieron grandes incidencias sobre el tema, desde los años 1994-1960<sup>(29)</sup>. La psicopatología social, la clínica, el diagnóstico, la prevención y la terapéutica formulan que las experiencias descritas, como una prolongación del colonialismo y la desigualdad provocan un dolor general y una estructura psicológica que puede conducirse por muchas generaciones, convirtiendo este problema en una expresión social y familiar que puede explicar la violencia que ya vivimos. El fenómeno va a crecer hasta llegar a una desestructuración nunca vivida en nuestra sociedad. El control policiaco y jurídico se empobrece ante ésta perspectiva. De ahí la necesidad de una prevención científica y *humana* para poder evitar fenómenos apocalípticos que empezamos a vivir. Apoyan estas ideas H. Aubin, H. Baruk, R. Bastide, H. Ey y Cl. Veil. Autores europeos concientes del colonialismo. Los autores anglosajones como M. Jones y M. Taylor apoyan estas ideas concientes que generan un nivel más alto de la atención médica para construir un sistema de redes sociales que apoyen a las familias y poblaciones más vulnerables y necesitadas. La etiología cultural y social ya es innegable y la prevención es indubitable desde un punto de vista técnico y científico, con la participación política que tiene los medios para una solución como repito relativa.

La Etnopsiquiatría se inscribe como una precursora, motor y complemento de esas experiencias nuevas. La creación de las grandes ciudades, la emigración masiva, la problemática de trabajo, el rezago de la vida rural y sus carencias han generado un malestar poblacional cuya deculturación se siente en los jóvenes y suburbios de los grandes complejos urbanos. Responder a esto es actuar en el ámbito de la Psiquiatría Social y Etnopsiquiatría. Porque aquí la cultura se convierte en una categoría que es punta de lanza para aliviar y educar a los que padecen la irracionalidad histórica que nadie configuro con acierto.

Hay que romper con la desesperanza al hacerlos sentir que no están solos sino en una estrategia de conjunto en donde los estratos más altos generen la confianza de utilidad y responsabilidad. H. Collomb<sup>(10)</sup> fue el pionero de ésta iniciativa que genero toda una escuela de pensamiento y la creación de conjuntos humanitarios a pequeña escala insertos en la vida social para promover la comunicación azorada por profesionales de la salud y generar una tranquilidad emocional que rompe con el aislamiento y con la *angustia*. Todas estas ideas tiene que ser adaptadas a nuestra realidad, que por su complejidad, implicarán un gran esfuerzo administrativo, pero sobre todo se observa la necesidad de una voluntad política sería que podría solucionar y salvar una multitud de vidas. Me gustaría abundar sobre estas ideas, la relatividad en clínica y terapéutica Etnopsiquiátrica ha encaminado a la psiquiatría clásica hacia otros horizontes en donde uno no deja de descubrir la sistematización de una ciencia totalmente ordenada de la vida psíquica, de la vida humana y de la vida social. Pero sí se nota ahí las prolongaciones de una clínica innovadora que pretende formular etiologías culturales en la configuración de la psicopatología familiar y social, se trata nada menos de la comprensión e incidencia de las experiencias culturales, muchas veces deformadas, para entender la especificidad de muchos trastornos psicológicos y mentales para promover un tratamiento integral. Esto implica desordenes emocionales que explican conductas sociales destructivas a veces permanentes. No se trata de eliminar a la clínica clásica y moderna, sino de enriquecerla para abordar las dimensiones actuales que la población demanda. Pero esa conducta no es nada nuevo; pondré algunos ejemplos históricos. Evocando a los marinos del siglo XVIII se relata la existencia de la "calentura asesina". Se causaron terribles estragos: muchas formas aniquiladoras que existieron en varias culturas, con un giro de signo ceremonial. En Escandinavia, los Bersek son conocidos por los ritos que utilizaban en matar a los extranjeros, en India, África y Malasia existieron "furonos homicidas" de los negros africanos o de los pueblos no identificables por dichos homicidas, hasta llegar al canibalismo de los Indios de Canadá que fueron considerados como

crímenes o *reflejos impulsivos* dentro del contacto de culturas diferentes registrados por la etnología europea. Explicar estos fenómenos esta dentro de la Psicología Histórica y Etnopsiquiatría.

Muchas veces en ciertas etnias la muerte es consecuencia a la violación de un *tabú*, la intervención de creencias mágicas está presente y con frecuencia se utiliza la *humillación pública*, lo que acarrea un estado melancólico como parte estructural del castigo y de la crueldad instintiva. De esta forma se dejan ir hacia la muerte al visualizar un destino sin solución racional y sin defensa. En la Grecia antigua se le llamo *amor-enfermedad*, equivalente al *mal de amor* romántico europeo. La *nostalgia* se encuentra en gran parte de la población negra como resultado de la esclavitud esparcida en muchas partes del mundo<sup>(4)</sup>, lo encontraremos en todas las poblaciones que han tenido que emigrar por presiones internas generando cantidad de enfermedades emocionales y psicósomáticas. Esto ha generado culpabilidad en pensadores europeos y estos ejemplos implican una descomposición psíquica que siempre se han expresado a través de la resistencia social y la violencia desesperada de la sobrevivencia que podría inscribirse como un instinto natural<sup>(16)</sup>. La lista de ejemplos no tiene límites. Pero para los propósitos de este ensayo e investigación me parecen suficientes. Queda enunciarse que la angustia se encuentra en la existencia histórica. El miedo, la soledad, la necesidad de los mitos y modernamente de las utopías, son necesarias para generar esperanza en la sociedad, ahora estamos en la utopía de la democracia, que no estoy seguro si nos llevará a nuevas guerras instruidas por la dominancia de las culturas imperantes, pero debe solucionar relativamente el género del horror de la historia que mora en la gente educada y eliminar esa ansiedad flotante que se expresa en todos los espacios de nuestra existencia colectiva. La Etnopsiquiatría pretende ser una conciencia científica de esta realidad que nadie puede negar. La relación del hombre con el universo, no puede encuadrarse sin la distinción de la diferencia de los conceptos de problemas y misterios en la diversidad de las diferentes culturas. El autor opina que un problema

es algo que puede plantearse racionalmente y proponer soluciones, mientras que el misterio no puede plantearse lógicamente y por lo tanto no tiene soluciones científicas; pasa por naturaleza al mundo de las creencias, que tienen un peso cultural que cualquier observador puede identificar. Las conversiones *forzadas* generan a menudo problemas histeriformes, francos y crisis neuróticas más trastornos psicósomáticos, que llenan la consulta médica que necesita de una recuperación pedagógica, de profesionales que puedan entender la conexión entre las experiencias y la respuesta emocional crónica, y los trastornos fisiológicos que estás implican. Es una realidad clínico-social que involucra a ambos sexos y están insertados en la estructura familiar. Los americanos, con su visión práctica, expresan que es una respuesta ante la dificultad de adaptación de una situación nueva. Pero sé que el asunto es más complicado ya que se pierde lo que la cultura siempre responde: a) de donde venimos; b) quienes somos; y c) a donde vamos. Se han descrito estados de homofobia para evadir la ansiedad de cambios bruscos en Japón y para una clínica fina sabemos que esto conduce a una obsesión, que es una patología grave y difícil de curar. Cualquier psiquiatra con experiencia lo sabe y cito a Ellemberger<sup>(14)</sup>, Murphy<sup>(23)</sup> y Wittkover<sup>(31)</sup>. Las *taxonomías* se dividen en varias categorías: 1. Las *endémicas* como la absorción del kif en Marruecos, y dependiendo del lugar, el opio en la India y China, el alcohol en Europa y actualmente en todo occidente; 2) La *importación*, de mutación cultural, como el alcoholismo con cerveza o vino, aperitivos en África Occidental y toxicomanías con medicamentos, cada caso se convierte en un particularismo violento del estudio socio-cultural pero siempre existe el desequilibrio individual que se expresa en el desorden de la conducta social. En la modernidad podemos agregar una más; y 3) Las toxicomanías generadas por la delincuencia organizada que acapara los grandes mercados, como una gran decadencia del capitalismo con consecuencias mayores y casi siempre asociados al narcotráfico y a la criminalidad que preocupa no solo a pequeños grupos sociales sino a estados enteros de extensión internacional.

Es opinión del autor que las psicosis alucinatorias, esquizofrenias y psicosis paranoides no tienen una etiología experiencial, sino orgánica y probablemente genética. Los poseídos quedan dentro de una imaginación mágica y posesiones diabólicas descritas por Fourasté<sup>(17)</sup> pero la ciencia moderna no tiene etiologías experienciales que puedan explicar dichos fenómenos. Queda dentro de culturas dominadas por un mundo mágico-mitológico y debemos respetar sus curaciones por sus chamanes y sacerdotes para limpiar sus angustias dentro de su contexto creencial.

La homosexualidad por ejemplo, en el marco jurídico-cristiano sobornado por el contexto de Sodoma y Gomorra niega la diversidad de las prácticas humana, se trata de un concepto bíblico en donde no existe una diferencia entre mito, historia y ciencia. Ahora sabemos que se un fenómeno congénito y que no existe la decisión mental del concepto equivocado de la voluntad de elección sexual. Está determinado biológicamente. Estos conceptos modernos me preocupan, porque pienso más en la Etnopsicología que en la Etnopsiquiatría. Ya apunté con anterioridad el postulado, de que toda psicología tiene como *sustancia* a las *experiencias*; pero los fenómenos biológicos operan con otras leyes que no tienen nada que ver con las humanidades<sup>(27)</sup>. Existen muchas ideas sobre las concepciones culturales y primitivas que no vale la pena relatar en este ensayo. Todas ellas implican una nosografía identificada con las creencias regionales, a veces traducible a la psiquiatría moderna, otras no, porque están conformadas con pensamientos mágicos, que ha mi entender, no vale la pena traducir. Cuando sus curanderos no los pueden resolver pueden recurrir a la modernidad. Tenemos que entender que los sufrimientos psicológicos y emocionales son alteraciones antiguas, y han existido remedios relativos regionales a su mitología. Pero en la actualidad el problema es masivo e internacional que implica innovaciones de alta prioridad para comprender modificaciones importantes de la medicina, psicología y psiquiatría que pueden dar respuesta a las transformaciones sociales y culturales que vivimos y nadie puede negar. La integración interdisciplinaria pasa a ser un pensamiento o una escuela de intenciones para

convertirse en una necesidad imperante del mundo moderno. Y es por esto, que en el ámbito de las enfermedades mentales y psicológicas quedan como un imperativo, para evitar conductas individuales y sociales que pueden ser el inicio de nuestra destrucción. Expresé al principio que los factores biológicos, psicológicos y culturales son una unidad indisoluble. Si se quita alguna de éstas macrovariables es incomprendible la condición humana. Estoy conciente que la OMS habla de algo semejante pero dejemos lo social a los sociólogos y tomemos una categoría más amplia, como la cultura para comprender con más extensión la visión y el dolor de la existencia. El médico tiene que volver a ser un intelectual. Los proyectos de la Etnopsiquiatría, tienen una extensión muy amplia. Todos ellos habitan en la transformación de la medicina practicada en la actualidad. No se trata de romper con los logros construidos a lo largo de la historia, incluyendo su gran tecnología. Sino de recuperar su función intelectual diluida por el descuido en la formación profesional. Se ha perdido el pensamiento cultural y la educación intelectual en las universidades, que con el tiempo moderno se han aplicado a resolver problemas particulares, olvidando la secuencia de la historia de la medicina; que siempre ha sido un pilar fundamental en la construcción de toda civilidad, y de una conciencia sobre los inductores que provocan el dolor esencial en la muerte que en gran magnitud no es natural, porque es provocada por factores culturales que ya no se codifican. Entonces la mentalidad del médico y por supuesto del psiquiatra se mueve en una conciencia de pequeño contorno. El proyecto fundamental de la Etnopsiquiatría es abrir esas puertas blindadas por la enajenación administrativa actual, y porque no decirlo, por las dimensiones desproporcionadas a las que tiene que enfrentarse. El apoyo de las instancias de *poder* son necesarias y el conflicto es sensibilizarlas ante una realidad dura que ha primera vista ofrece pocas posibilidades. Si existe el éxito las proyecciones son inmejorables para dar un ejemplo de futuro que la modernidad no ha pensado con precisión. Se trata de apoderarse de un pensamiento filosófico-científico que integre el bienestar de poblaciones que conviven con estructuras culturales descritas anteriormente.

La generosidad de ésta perspectiva merece toda una reflexión dotada de un resorte lleno de esperanza, pero no en un plano romántico sino en una intencionalidad práctica que nos haría respirar la vida y nuestro trabajo con más dignidad y con un esfuerzo valioso. Es una necesidad que impera en nuestro espíritu y una necesidad que exige nuestro instinto. Tenemos que resistir la opresión, la desigualdad y la delincuencia generada por las razones antes expuestas, para ganar una libertad razonable que la gente expresa en su rostro. El proyecto es claro y sincero. Una comprensión más profunda de la mente humana, desde un punto de vista histórico y su confrontación con el mundo actual. Sus perspectivas son enormes si las experiencias comunales construyen colectividades con más afecto, educación y comprensión de la naturaleza de unas civitas más amable.

### Limitaciones y Perspectivas

Debo empezar diciendo que las limitaciones de la Etnopsiquiatría, tienen las dificultades de cualquier ciencia particular. Teóricamente no son intrínsecas a su estructura de pensamiento son los factores externos los que configuran sus posibilidades e imposibilidades. No puede resolver una totalidad por sí misma, requiere de una gran interdisciplinaridad porque su objeto de estudio es nada menos que las *enfermedades mentales* y la incidencia de la *cultura* en la construcción de la objetividad individual y sus consecuencias en la conducta social. La falta de colaboración global es la que va a dibujar todo un panorama de un futuro de la población moderna, tomando en cuenta sus consideraciones históricas que prefiguran una gran complicación. Estas ideas han sido presentadas en este ensayo, pero siempre queda la pregunta de la voluntad social y política para construir esencialmente una educación universitaria para tener una perspectiva factible. Imposible pensar que depende de un autor aislado, sino de la sensibilidad histórica de una relativa y nueva ciencia que pueda coadyuvar aun conflicto que ha primera vista parece imposible. Espero que la necesidad impere sobre la tontería y la indiferencia;

que serían las limitaciones orgánicas de una excelente oportunidad. Las necesidades de formar redes comunitarias para ayudarse unos a otros, implica un esfuerzo económico y yo no sé si esa intensión se pueda construir en la sociedad mexicana. Quiero pensar que sí. Una visión estética del mundo la he tenido desde la infancia. Mi educación la ha sustentado, pero siempre he estado conciente, y conmigo todos los poetas post-románticos que no hay remedio. Nuestra animalidad y lo postizo de la cultura y civilización, generan una contradicción no resuelta por ningún periodo histórico. Sin embargo es mi deber entregar este esfuerzo intelectual a mi universidad donde he entregado mi trabajo y pensamiento en la docencia e investigación y que personalmente he cultivado en mi biblioteca con el concurso de interminables discusiones con conocedores de la materia que discernen mi intención. Si no impera la razón y la perspectiva de la belleza, el futuro es incierto y nos veremos involucrados en una violencia absurda que acabará, poco a poco con toda esperanza de bienestar. La otra visión es apocalíptica, y sonrío con malestar ante tanto esfuerzo humano para llegar a tan poca cosa. Nuestras limitaciones son concretas: las ideológicas y la configuración histórica de intereses creados que imposibilitan la visión de un mundo nuevo. Es suficiente la crueldad ancestral de los apetitos mezquinos para desear ser hombres mejores. Insisto, que la limitación está inscrita en la enajenación de una sociedad presionada por vectores económicos y de autoridades indiferentes; podríamos caer en una fórmula simple: “sálvese el que pueda” y perder el poder de la comunicación social e inteligente para poder generar redes que permitan una resistencia a la enorme indiferencia del poder que no piensa por ninguna forma en la estética de la vida humana. Podría abundar en buenas intensiones, pero no quiero aburrir al lector que seguro está familiarizado con estas ideas y experiencias.

La condición mexicana enmarca una geopolítica difícil para poder hablar de la alegría. La fenomenología social no solamente es difícil sino peligrosa. La Etnopsiquiatría puede funcionar como un elemento científico para configurar mejores futuros, salud mental y emocional en nuestra querida población que ha pasado por una historia

harto conflictiva que se expresa en su existencia. La Etnopsiquiatría ofrece dibujar una perspectiva especializada y global. Puede con una metodología que hay que superar, continuamente, un diagnóstico de poblaciones bien circunscrita, para lograr una epidemiología diferencial que pueda explicar como los valores culturales al perderse o quebrarse llega a lastimar comunidades enteras no siempre concientes del peligro en el que viven. Es el diseño de una buena clínica para configurar encuestas bien estructuradas, que pregunten las pérdidas culturales y sus consecuencias en su conciencia y sus efectos emocionales. Aquí encontramos los diagnósticos, remedios relativos y pronósticos para poder planear proyectos preventivos con efectividad y siempre con la convicción ideológica de la ayuda comunitaria. En este momento no necesito citar autores porque ha sido una experiencia que he vivido con la piel y con mi inteligencia. He viajado lo suficiente para saber que no me encuentro ante una circunstancia exótica, sino en medio de la condición humana que se expresa en todos los continentes. Lo *existencial* es universal. Continuo, las perspectivas son enormes tomando en cuenta una visión del tiempo nacional. Pero si siguen las diferencias poblacionales de los que tienen y no tienen, y se sostiene la perversidad de los intereses que carecen de una sensata humildad; no existirá en un futuro cercano la posibilidad de resolver los problemas expuestos en este trabajo por ningún estado o gobierno. *Se trata de ahora o nunca.*

### **Mi Experiencia en Salvador (Bahia, Brasil)**

Es cierto, encontré una ciudad con una presencia bella, enfrente del atlántico y con una población mezclada de todo tipo de razas, predominando la mulata con todo un abanico de negritud, después la blanca e indígenas como minoría, que genera una impresión extraña y elegante, espigados y orgullosos al diferenciarse de cualquier otra zona de Brasil. Pero no quiero escribir una experiencia visual, sino hablar del espíritu cultural que predomina.

Existe un paralelismo histórico entre México y Brasil si empezamos a reflexionar sobre el colonialismo

europeo. Inevitablemente todo comienza en el siglo XVI con la llegada de los portugueses que enfrentan a los aborígenes sudamericanos de la región, que nunca se incorporaron totalmente al cristianismo de la época y se refugiaron en las partes más alejadas del amazonas. Se trataba de grupos primitivos bajo términos europeos, no habían desarrollado un lenguaje escrito, no encontraron en ellos motivos de riqueza. De ahí la importancia de la horrible comercialización de la esclavitud africana, habían encontrado un paraíso pero el trabajo era necesario, básico para la riqueza y la acumulación de bienes materiales, es el inicio de una nueva civilización, de un país llamado Brasil. Salvador (Bahia) fue uno de los centros donde éste comercio se desarrolló y fue configurado en su totalidad en el siglo XVIII. La fuerza de trabajo de la esclavitud construyó un país con desarrollo agrícola y de la explotación de la naturaleza que enriquecía a Portugal a través de los terratenientes locales que usaban su poder para imprimir una cultura que no imaginaban a donde iba a llegar. La complejidad cultural de Brasil empieza con esta mezcla de aborígenes, negros africanos y europeos, generando una complejidad que es un sello en la actualidad de su rostro moderno.

Los movimientos culturales, el mestizaje y el colonialismo se expresaron con una fuerza tan grande, que con el tiempo Portugal resulto el hermano menor y su relación política y económica convirtió a los europeos en una provincia dependiente.

El paralelismo con México en su principio, es similar, pero en nuestro país no se encontraron los españoles con poblaciones aisladas y primitivas; sino con civilizaciones completas, organización social y religiosa con un peso milenario. Siguiendo el pensamiento de Alfonso Reyes, nos encontramos con una contradicción exótica. “La conquista fue determinada por los indígenas y la independencia por los criollos” que ya no querían pagar más impuestos a España. Tenochtitlan, una maravilla de ciudad, estaba habitada por 150.000 personas, lo mismo que en Madrid y me es imposible pensar que 800 españoles conquistaron con su tecnología primitiva semejante civilización. Cercaron a la ciudad acompañados por 100.000 indígenas (Tlaxcaltecas, Xochimilcas, etc.) azotados

por el imperio Azteca que había llegado hasta Honduras y eran detestados por las culturas aledañas que combatieron con los españoles para eliminar a los primeros conquistadores: los Aztecas.

El peregrinaje europeo, por su densidad poblacional, era inevitable y empezaron a llegar por miles hasta constituir una cultura compleja como es la mexicana, que en su principio implicó un nuevo idioma, una nueva religión y la desaparición paulatina de las costumbres, de toda institución prehispánica se trataba del nacimiento de una nueva nación fenotípica, culturalmente y sin diseño determinado. Tuvo que imprimirse la improvisación histórica, conjuntamente con el cristianismo lo que ahora llamamos el México moderno. Aquí termina el paralelismo entre Brasil y México. La mano de obra de trabajo para el desarrollo económico no tuvo la necesidad de arrancar poblaciones de otros continentes para su progreso.

Sufrimos la calamidad del colonialismo, pero en Brasil habían llegado nuevas culturas, hasta la árabe que configuro una confusión étnica que todavía se puede observar en la calle.

En su comercio de esclavitud dirimían, la edad, el sexo, oficios calificados y el estado de salud para poner precio al valor económico de los esclavos. Para la mentalidad europea no se trataba de hombres sino de instrumentos sin alma para sus propósitos prácticos conjugando esto con el deseo natural de europeos sin educación que simplemente cumplían con sus apetitos. Esta mezcla de intereses es el origen de la nación brasileña.

Esto ha configurado conflictos etnológicos que han generado una epidemiología diferencial, donde las diversidades culturales han dibujado conflictos psíquicos y conductuales, que en números duros expresan diferencias en sus enfermedades y aberraciones conductuales que se han estudiado por muchos años, para permitir la conformación de sociedades e institutos científicos interesados en la explicación de la naturaleza de las crisis generadoras del sufrimiento social, únicas en Latinoamérica. Esto me obligó a visitar a mis colegas brasileños y he tenido una relación generosa e intelectual para analizar el origen histórico de los conflictos de salud en nuestra América

Latina. He dado conferencias y escrito sobre mi experiencia mexicana y aprendo todos los días a través de seminarios, conversaciones, asistiendo a museos y bibliotecas para tener una visión amplia de las diferencias y semejanzas. Me han interesado los intentos de organización de redes consultivas y de tratamiento para vigilar el comportamiento de poblaciones bien definidas y sus tendencias como sería el caso: a) Clase civil; b) Sincretismo religioso; c) La libertad de la negritud; y d) Las transformaciones y conflictos familiares. Podríamos mencionar los roles femeninos y masculinos en constante movimiento y el mestizaje cultural de una europeización moderna. Todo este fenómeno les ha permitido el uso de los principios de la Etnopsiquiatría a un nivel práctico no conocido en nuestra experiencia mexicana, en donde ha pesar de nuestra diversidad cultural ha imperado la ignorancia y la indiferencia. Para construir un modelo equivalente que sirva a nuestros propósitos sociales, para cuidar la complejidad de la salud mental concebida en su más amplio espectro. Debo expresar con claridad que nuestra complejidad histórica y la diversidad cultural mexicana son más amplias y nos obliga a un esfuerzo mayor. Pero eso no disculparía la indiferencia o la ignorancia de los instrumentos científicos de la investigación de la Etnopsiquiatría.

Cuando escribo estas líneas estoy consciente que se trata de un esfuerzo pionero, pero siempre hay que empezar no hay nada que perder y si esto genera un principio quedará con la satisfacción de un trabajo innovador y concluyente. Estoy fatigado de la violencia mexicana y de su burocracia, deseo que nuestra población experimente un signo de libertad y mejor calidad de vida.

El sincretismo religioso<sup>(2)</sup>, los conceptos de mujer y familia en Salvador (Bahía) funcionan con un precepto de comunidad. Debo expresar que sobrevive, en las clases populares un *pensamiento mágico* que los ligan con sus antecedentes africanos. Existen rituales no vistos en ningún lugar de Latinoamérica, danzas y creencias que no han sido penetradas por el mundo blanco. Visten distinto y sus enfermedades psicológicas son tratadas por el Shaman o el Bispo cristiano que dirige los problemas personales o comunitarios. Tuve la



oportunidad de hablar con ellos y asistir a sus reuniones. Las jerarquías estaban bien definidas y los objetivos eran la promoción de la salud a través del vehículo de su espiritualidad.

Todos los días había problemas y la congregación es para ellos un refugio ante la hostilidad de la modernidad. Esto me proporcionó un concepto de gran importancia para nuestras poblaciones marginadas que hacen algo semejante pero sin esa identidad de negritud. Igual que ha nosotros llegaron misioneros de la cristiandad. Pero es importante señalar que siempre existe un instinto de resistencia de creencias ancestrales, que determinan gestos y actitudes que conservan sus raíces culturales y les permite saber de donde vienen, quienes son y a *donde van*.

Al estudiar partes de la historia de Bahia<sup>(5)</sup>, conmueve el destino de los libertos. Ellos ya no pertenecían a sus grupos originales pero tampoco eran aceptados por los blancos, su identidad estaba acabada y generaron síndromes de depresión que en muchas ocasiones acababan con toda su vida. Esto nos conduce a reflexionar sobre la unidad cultural en el sentido antropológico y la importancia de cómo se construye el sentimiento de autoestima; siempre colectivo.

Estos conceptos, pensando científicamente y con sensibilidad nos brindan una perspectiva fácil de comprender; se trata del fenómeno de la vida y la muerte y toda esta experiencia quedó expresada en su poesía y música. El cristianismo organizó su espíritu cultural, pero no era propio y es por eso que siguen existiendo en Salvador (Bahia) rituales africanos y manifestaciones emocionales y mentales indescriptibles por la psiquiatría moderna<sup>(15)</sup>.

En similitud con México, la parroquia y los misioneros desarrollaron un trabajo de integración cultural para evitar el impacto desastroso de la desaparición. A veces con éxito pero siempre con resistencia.

La injusticia siempre configuró las experiencias de las minorías étnicas y marcó por generaciones, este gesto adusto que expresa una agresividad continua; la psique culturalmente hablando había sido lastimada y quedan restos importantes en la vida emocional de las

minorías negras y grupos marginados donde habitan los conflictos familiares y las conductas sociales más agresivas del mundo brasileño. En Salvador (Bahia) se concentra por constitución etnológica un ejemplo que destaca del resto de la nación. El cristianismo mostró un rostro amable pero la experiencia social desacreditaba los principios fundamentales por eso siguen buscando su origen que aquí llaman afrodescendiente.

Tuve la oportunidad de observar sus rituales antiguos y deben saber que no tiene nada que ver con ese concepto vago llamado *Latinoamérica*, siguen buscando *el sentido de la vida* bajo la cobertura de una cultura que los proteja.

Todo lo descrito ha formado la constitución de *hermandades* para encontrar su destino del *alma*<sup>(15)</sup>. Existen en su historia curiosidades culturales. Cuando llegaron en las peores condiciones, negros islámicos, al Brasil en un proceso gradual de etnolingüística, y la presencia dominante del catolicismo cayeron en una decadencia que terminó con su existencia cultural. Existen textos coránicos, oraciones islámicas, amuletos y emblemas que dan un contexto histórico del fenómeno descrito.

Nos encontramos ante una categoría fundamental en la vida de los pueblos: la importancia de la *memoria histórica*<sup>(11)</sup> que configuran una identidad cultural y ofrece una continuidad psicológica de vital importancia para la salud. Es por esto la necesidad de una política estatal museológica como parte de un sistema educativo y experiencial que promueva un impacto popular, la investigación y la imaginación de las perspectivas sociales. Es en estos espacios donde se expresan la mezcla fenotípica y cultural, la coexistencia de razas en la ciudad y se convierte en una experiencia general que da una imagen del contexto y del estilo de una forma de vida. En Salvador (Bahia), el museo está vivo, pero en una ciudad tan compleja como México se requiere de un esfuerzo mayor para saber en que contexto existencial sobrevivimos.

Es interesante mencionar que el feminismo en Bahia empezó en 1931<sup>(1)</sup>, dentro de la Federación Bahia para el progreso de la mujer. Su integración, como en todas partes, fue lenta en el ámbito político, cargos jurídicos

y culturales. Sigue siendo un movimiento vivo con logros equivalentes a nuestro país.

En la actualidad Salvador (Bahia) es una ciudad moderna, con toda la tecnología conocida por nosotros pero su pausa vital, su tropicalidad, el humor de la calle, las distinguen de otras ciudades como Sao Paulo (Industrial), Río de Janeiro con su enorme actividad turística y comercial y Brasilia que es el foco de la administración política y burocrática que sacude a sus habitantes. Salvador (Bahia) no es un paraíso, padece de todos los conflictos sociales de la cuarta ciudad de la nación. Es muy turística en verano donde la población se vuelca en una catarsis general, rozando los límites de la razón, que para un mexicano como yo exageran en un proyecto de felicidad.

Quiero insistir, que cultivar la hospitalidad me impresionó en el contacto con la gente, generando un espíritu de amabilidad y me pesó la violencia mexicana. Nos aísla la frontera idiomática pero sin saber porqué gustan de los mexicanos. Puede ser, curiosamente, un evento deportivo.

Su escenario marítimo me dio una impronta que siempre agradeceré, la gentileza de mis colegas y la gente de la calle organizó una impresión estética que nunca olvidaré.

Es una sociedad donde lo indígena, la negritud y su idioma portugués es todo un laboratorio vivo para quien piensa en la Etnopsiquiatría y el valor cultural de ésta gente procuró una de las experiencias más importantes de mi vida.

El que crea en México que el portugués es un idioma fácil, se equivoca está lleno de matices y un cúmulo de vocales jamás experimentados por mí. Tuve que lidiar para comprender su idioma y pude lograr un buen *portuñol*. El que no advierta lo que dijo lo reto a que lea poesía brasileña. Lean a uno de sus clásicos: Antonio de Castro Alves<sup>(9)</sup> y quedarán sorprendidos ante una lengua clásica que al igual que el español tiene toda la configuración del latín, que es un lente fundamental para la historia universal.

El logro de esta experiencia tiene dos rostros: a) el logro teórico de comprender que es la Etnopsiquiatría, y es una lastima que no se cultive en México, sus proyecciones son enormes, sería el enriquecimiento de

la medicina social, ya explicada en el texto; b) la experiencia de conocer una cultura desconocida para los mexicanos ajenos de fondo a la historia brasileña, con su dramatismo profundo, que si no se vive queda uno como un visitante superficial, sin comprender a un gran país y parte de nuestros hermanos.

Ellos respetan más a sus intelectuales y se refleja en el trabajo de sus comunidades que no se da en nuestro país donde priva con más ahínco el egoísmo y la vulgaridad de los políticos. La ciencia de la Etnopsiquiatría y sus consideraciones finales está en proceso, formación necesaria de todo pensamiento científico, pero ha tenido oídos sordos del impacto de la cultura en la construcción de la subjetividad humana. Ellos, los políticos, solo ven estructuras y no la sensibilidad de la gente con sus consideraciones estéticas y psicológicas.

Repito, que las limitaciones de la Etnopsiquiatría no son intrínsecas sino vienen de una indiferencia social, profesional y de un estado incompatible con el servir natural. Todos los valores están en juego y su configuración determinará el futuro de poblaciones humanas. Hemos rebasado el límite de la estupidez y de una crueldad sin sentido. Si nosotros comprendemos la construcción de la *subjetividad* como un cúmulo de experiencias, no sólo biográficas sino generacionales, nos queda claro que la armonía o la salud está directamente relacionada con la cultura. La pregunta fundamental es cuanto tiempo tardará nuestra sociedad para comprender esta verdad y proponer soluciones inmediatas o prevenir un futuro grotesco. Mi opinión queda definida: Es ahora o nunca.

## Referências Bibliográficas

1. Almeida MF. Feminismo na Bahia, 1930-1950. Salvador: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, 1986.
2. Alvin VM. Movimentos Proféticos e Contraculturais dos Negros Islamizados na Bahia do Século XIX. A Revolta dos Malês. Salvador: MESB, 1975.
3. Artaud A. México y Viaje al País de los Tarahumaras. México: Fondo de Cultura Económica, 2004.
4. Aubin H. Etnopsychiatrie (Facteurs ethniques) (1952). In: Porot A (ed.), Manuel alphabétique de Psychiatrie, 4° ed., París: PUF, 1969.

5. Augel MP. Visitantes Estrangeiros na Bahia Oitocentista. Salvador: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, 1975.
6. Balint M. Le Médecin, son Malade et la Maladie (1951). París: PUF, 1970.
7. Bastide R. Le Principe d' Individualisation (Contribution à une philosophie africaine). In: Dieterlin G (ed), La Notion de Personne en Afrique Noire. París: Coloquio Internacional del CNRS, No. 544, p. 33-43, 1973.
8. Bastide R. Prefacio a los Essais d' Ethnopsychiatrie Générale, de G. Devereux. 3ed., París: NRF Gallimard, 1970.
9. Castro Alves A. Espumas Flutuantes. Brasil: L & PM Pocket, 1997.
10. Collomb H. Psychiatrie sans psychiatres. Rev Etud Méd (Paris) 4: 295-311, 1972.
11. Costa HH. Contribuição dos Museus para o Desenvolvimento Social. Estudo de caso: Documentos Referentes à Fazenda da Saubara – Santo Amaro - Bahia, 1650-1792. Salvador: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, 1983.
12. Devereux G. Essais d' Ethnopsychiatrie générale. 3ª ed., París: NRF Gallimard, 1977.
13. Diccionario de la Lengua Española. España: Real Academia Española, 2001.
14. Ellenberger HF. Ethno-Psychiatrie. In: Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Psychiatrie), París, nº 37725, p. A-10y B-10, 1965.
15. Espinheira F, d' Assis RA. O Nordeste e o Negro na Poesia de Jorge de Lima. Salvador: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, 1977.
16. Fourasté R, Jarrige A, Moron P. Psychoses délirantes et criminogènes et relations à une mentalité endémique. Ponencia: Jornadas de la Sociedad de la Evolución Psiquiátrica y de la Sociedad de Psiquiatria del Este, Nancy, 1979.
17. Fourasté RF. Réflexions sur le Mysticisme et la Psychiatrie. Mémoires d' Etudes Spéciales de Psychiatrie. Toulouse: Université Paul Sabatier (Toulouse 3), 1974.
18. Freud S. Obras Completas. Argentina: Americana, 1966.
19. Harris M. El Desarrollo de la Teoría Antropológica, una historia de las teorías de la cultura. 15ª ed., México: Siglo XXI, 1999.
20. Kafka F. Obras completas. España: Plaza y Janes, 1985.
21. Leclerc GL. Discurso sobre el Estilo. Traducción de Alí Chumacera. México: Fondo de Cultura Económica, 2003.
22. Murdock GP. Outline of Cultural Materials, Behavioral Sciences Outlines (1950). Connecticut: New-Haven, HRAF, 1950.
23. Murphy HB. Les psychoses. In: Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Psychiatrie (Etnopsychiatrie), París 4, nº 37725, p. A-10, 1978.
24. Parin P. Anthropologie et Psychiatrie. Conferencia en la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Ginebra, Bel-Air, 4 de marzo de 1975. Rev Psychopatholog africaine (París) XVII: 91-107, 1975.
25. Patiño A. Reflexiones Relativas al Concepto Mente. Neurol Neurocir Psiquiat (México) 35: 107-110, 2002.
26. Patiño A. Una Visión de la Familia. Neurol Neurocir Psiquiat (México) 37: 32-35, 2004.
27. Patiño JL. Psiquiatria Clínica. México: Salvat, 1984.
28. Paz O. El Laberinto de la Soledad. México: Fondo de Cultura Económica, 1986.
29. Pelicier Y. Introduction à Psychiatrie et Societé. Textes réunis en hommage à Jean Sivadon. Toulouse: Erès, 1981.
30. Prince RA. Thérapie et culture. In: Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Psychiatrie (Etnopsychiatrie), París, nº 37737, p. A-10, 1978.
31. Wittkover VD. Aspectos Transculturales de la Psiconeurosis. Rev fr Médec Psychosom (Paris) 2: 39-46, 1960.

## O Ensino Médico no Brasil: Origens e Transformações

### Medical Teaching in Brazil: Origins and Transformations

Nedy M. B. C. Neves, Flávia B. C. S. Neves, Almir G. V. Bitencourt

*Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública e Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA, Salvador, Bahia, Brasil*

Este estudo faz um recorte histórico pelo ensino médico brasileiro, descortinando sua identidade, dimensão e estruturação. Antes da criação das escolas médicas brasileiras, os interessados em estudar Medicina complementavam seus estudos na Universidade de Coimbra, em Portugal. Com a chegada da família imperial ao Brasil, dá-se início ao ciclo universitário, quando foram fundadas as primeiras escolas médicas brasileiras. Neste contexto, o currículo foi importado sem avaliar as especificidades locais. A partir de então, muitas reformas foram realizadas no ensino médico brasileiro, sendo a Reforma Flexner a principal responsável pelas transformações nesta área, importando o modelo cientificista e desvalorizando o humanista. Esta abordagem foi responsável pela especialização precoce, além de ser individualista e hospitalocêntrica. O paradigma flexneriano fragmentou o conhecimento, dificultando a visão do paciente no seu conjunto. Surgiu, então, o paradigma da integralidade buscando contrapor-se ao paradigma flexneriano, enfatizando mais a saúde do que a doença, buscando analisar o doente e não a doença e agregando valores para a humanização da Medicina. Outro avanço foi no campo da educação médica voltada para o aluno que se torna o centro do ensino-aprendizagem. Vale ressaltar que este novo modelo, apesar de enfatizar o lado humanista, deve dialogar com as novas descobertas científicas contemporâneas, tornando-se parceiros. Todos estes saberes devem estar atrelados para formatar um caminho harmônico. Este compromisso está contemplado no eixo da proposta do Ministério da Educação que define o perfil almejado para o médico(a) brasileiro(a) como cidadão ou cidadã de atitude ética, de formação humanística e consciência de responsabilidade social.

**Palavras-chave:** educação médica, escolas médicas, história da Medicina.

---

*This study reviews the history of Brazilian medical education, screening its identity, dimension and structuring. Before the first Brazilian medical schools, the ones that desire to study medicine had to go to the University of Coimbra in Portugal. The first Brazilian medical schools were created when the royal family came to Brazil. In this setting the curriculum was imported without any local adaptations. Since this, many modifications were done in Brazilian medical teaching, the Flexner Report was the main responsible of this changes, privileging the scientific model in detriment of the humanism. This approach was responsible of the early specialization, besides being individualist and hospital centralized. The Flexner paradigm fragmented the medical knowledge, making it difficult to view of the whole patient. Against the Flexner Report, the paradigm of integrality appeared with the emphasis in healthy, centered in the patient, instead of the disease, adding values for the humanization of medicine. In medical education emerged the problem-based learning, where the student became the center of the teaching and learning. This new form comes to be the element that could intermedate the scientific findings with the humanistic background, constructing a harmonic method. This compromise is meditated in the proposition of the Education Ministry that define the ideal profile for the Brazilian physician, a citizen with ethical attitude, humanist formation and social responsibility.*

**Key words:** medical education, medical schools, history of Medicine.

Transformações nos modelos de ensino têm ocorrido em diversas áreas docentes. Essas visam a alterar o papel do educador e do educando, para que deixe de haver uma transmissão unidirecional do conhecimento dando lugar a um modelo de construção dos saberes. No campo das Ciências da Saúde e, principalmente, da Medicina, essa necessidade de mudanças se torna ainda mais evidente, considerando que, ainda hoje, o ensino médico tem como alicerces os modelos tradicionais, baseados em muitos conteúdos teóricos, enquanto a realidade médica exige dinamismo e desenvoltura na prática.

Na era medieval, nas primeiras escolas de medicina, o ensino médico consistia basicamente no estudo e recitação dos textos hipocráticos e galênicos, não necessariamente associados ao ensino prático supervisionado da profissão. Com a evolução do estudo das ciências básicas como Anatomia Patológica com Morgagni (1682-1771) e Virchow (1821-1902), da Microbiologia com Koch (1843-1910) e Pasteur (1822-1895) e da Fisiologia com Claude Bernard (1813-1878), o estudo da medicina se modificou para incorporar também estes conhecimentos oriundos destas áreas básicas no intuito de embasar a prática desta nascente medicina científica. A partir de então, o conceito de educação médica tem-se desenvolvido em paralelo à evolução da medicina, o que nos faz acreditar que uma reflexão sobre este processo seja fundamental, principalmente nesta fase da educação médica brasileira, caracterizada pela desordenada proliferação de escolas médicas e de um profundo questionamento do paradigma curricular vigente na maior parte das faculdades<sup>(8)</sup>.

Esse estudo pretende refletir sobre o ensino médico no Brasil, suas peculiaridades e subjetividades, que permeiam algumas implicações e possibilidades, sem omitir as contradições e incertezas de seu contexto. O trabalho inicia-se através de um recorte histórico observando sua trajetória desde a criação das primeiras

Escolas Médicas (EM) brasileiras, na Bahia e no Rio de Janeiro, analisando as mudanças curriculares e os impactos criados por elas.

### Origens do Ensino Médico no Brasil

As origens do ensino médico no Brasil, por óbvio, são portuguesas. Inicialmente, antes da criação das EMs brasileiras, os médicos brasileiros formavam-se em Portugal. O fato de não existirem faculdades de Medicina não eliminava a presença de médicos no Brasil, sendo que a grande maioria oriunda da Faculdade de Coimbra, Portugal<sup>(14)</sup>. O ensino de medicina nessa faculdade até o final do século XV era feito por apenas um “*lente*”, método que recebeu esse nome pelo fato dos professores (lentes) apenas lerem os textos quando, então, foi introduzida uma nova cadeira e o número de docentes passou para dois<sup>(11)</sup>. Os alunos faziam as leituras de Galeno pela manhã e Hipócrates à tarde.

Antes de falar-se da medicina no Brasil, vale ressaltar aspectos importantes do desenvolvimento desta Ciência ao longo dos anos. Até o século XV, o ensino da medicina era atribuído e destinado aos religiosos, mas a partir de então, leigos, na grande maioria judeus, passaram a se interessar por essa formação. Apenas em 1540 foi introduzida a leitura de autores árabes. Nesta época, a medicina era denominada física e os médicos eram chamados de físicos<sup>(11)</sup>.

No período da Inquisição, por razões religiosas, a cirurgia foi relegada ao plano inferior e abominada. Pavorosas epidemias assolaram toda Europa, até porque não se conheciam os preceitos elementares de higiene e o grande fanatismo religioso dominou os espíritos da época. Em 1562, foi introduzida a prática hospitalar, modificando, portanto, o modelo baseado apenas na leitura de textos. A despeito destas modificações, os médicos que chegaram ao Brasil vinham impregnados pelo obscurantismo religioso que

Recebido em 20/06/2005

Aceito em 27/09/2005

Endereço para correspondência: Dra. Dra. Nedy Neves, Av. Orlando Gomes, Cond. Village Piafã, Rua B, Casa 18 n° 382, 41.650-010 Salvador, Bahia, Brasil. Endereço eletrônico: nedyneves@superig.com.br

dominava a Península Ibérica<sup>(11)</sup>. A reforma pombalina que ocorreu em Portugal em 1759, quando o Marques do Pombal expulsou os jesuítas do reino e de seus domínios, levando a uma série de transformações no ensino, realizou mudanças também no currículo médico exigindo ao candidato no ingresso na escola médica o conhecimento prévio do grego, da filosofia e pelo menos de uma língua estrangeira<sup>(4)</sup>.

De acordo com Pereira<sup>(5)</sup>, o marco histórico do ensino médico no Brasil foi a criação da primeira Faculdade de Medicina brasileira, na oportunidade da chegada à cidade de Salvador da família imperial<sup>(5)</sup>. Essa faculdade foi criada em 18 de fevereiro de 1808, por ato de D. João VI, e resiste ao tempo, ainda localizada no Largo do Terreiro de Jesus, no Centro Histórico de Salvador. No mesmo ano, em novembro, foi criada através de decreto, a segunda Faculdade de Medicina, no Rio de Janeiro.

Observa-se neste período que a criação das escolas médicas (EM) brasileiras foi um importante fator para a construção do currículo e da qualificação de médicos brasileiros. Essa sistematização suspendeu a ida de alunos a Portugal para a formação médica causando grande impacto no contexto acadêmico da época.

A faculdade baiana foi denominada à época de Escola de Cirurgia e a carta régia de criação foi assinada por D. Fernando José de Portugal, então Marquês de Aguiar e Ministro e Secretário do Estado dos Negócios do Brasil e do Conselho do Estado de D. João VI. Este Colégio funcionava no Real Hospital Militar da Bahia e foi instalado no convento que anteriormente era ocupado pelo Colégio dos Jesuítas<sup>(15)</sup>. Para matricular-se no 1º ano era necessário que o candidato soubesse ler e escrever e no 2º ano era exigido o exame da língua francesa<sup>(6)</sup>.

O decreto de fundação do ensino médico na Bahia seguia algumas instruções: “*O professor de cirurgia dará as lições no verão pelas sete horas da manhã, no inverno pelas oito, as quais durarão hora e meia, três quartos para tomar as ditas lições explicadas no dia antecedente e outros três para a nova explicação*” e o curso cirúrgico deve durar quatro anos<sup>(9)</sup>. “*He de lei, os quaes terminados poderão passar as certidões competentes, declarando se o*

*Discípulo está capaz de fazer o seu exame e de dignamente encarregar-se da saúde publica e tudo com juramento dos Santos Evangelhos*”<sup>(9)</sup>.

Em 1812, ocorreu a primeira reforma do ensino médico brasileiro, quando o curso passou de quatro para cinco anos<sup>(7)</sup>. Os cursos médico e cirúrgico eram separados e em 1884 foram unificados, sofrendo grandes alterações. Foram realizadas mudanças no nome, tornando-se o Curso de Ciências Médicas e Cirúrgicas.

Em 1826, a Lei de 9 de setembro outorgou às escolas brasileiras o direito de conferirem cartas de cirurgião e de médico aos alunos por ela formados. Em 1828, esta lei foi ampliada determinando que só médicos diplomados podiam clinicar, desaparecendo as “*cartas de licenciamento*”. Em 1832, por ato da Regência Trina, as EMs foram denominadas de Faculdades, respectivamente Faculdade de Medicina da Bahia e Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, e o curso de graduação foi estendido para seis anos. Em 1879, foi promulgada a chamada “*lei do ensino livre*”, quando então se abriram as portas para a iniciativa privada<sup>(8)</sup>.

A criação do Conselho Federal de Medicina (1945) e dos Conselhos Regionais trouxe uma nova ordem à categoria, através dessa autarquia federal. Posteriormente, foram criados os estatutos por meio dos Códigos de Ética Médica. Em 1969, o Conselho Federal de Educação do então Ministério da Educação e da Cultura (MEC) ditou as diretrizes para a revisão dos currículos tradicionais e estabeleceu o currículo mínimo. Em 1997, o edital do MEC–SESu expôs parâmetros para as instituições de ensino superior e comunidade interessada apresentarem propostas de novas diretrizes curriculares, para definirem as competências e habilidades necessárias para a formação do médico. O primeiro Exame Nacional de Curso para Medicina foi realizado em 1999, pelo MEC. Finalmente, em 2001, foi homologada a Resolução do CNE-CES pelo MEC, instituindo as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Medicina<sup>(7)</sup>.

Atualmente, a formação dos médicos brasileiros está a cargo das EMs que hoje ultrapassam o número

de cem unidades, entre públicas e privadas, e estão reunidas em torno da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM)<sup>(7)</sup>.

### **A Reforma Flexner e seus Impactos**

A Reforma Flexner ocorreu em 1910 nos Estados Unidos e deflagrou um processo de transformações na educação médica naquele país, de acordo com o Conselho de Educação Médica<sup>(11)</sup>. O modelo universitário brasileiro era baseado no modelo europeu e foi oficialmente reformulado em 1968, com a imposição da reforma universitária (Lei 5.540 de 1968), iniciativa da época do governo militar. As cátedras foram substituídas pelos departamentos e o ensino ficou dividido em dois ciclos principais, o básico, nos dois primeiros anos, e o ciclo profissionalizante, nos quatro anos subseqüentes<sup>(7)</sup>. O modelo de ensino médico brasileiro atual foi fundamentado nos princípios baseados na reforma flexneriana<sup>(11)</sup>.

O paradigma flexneriano, como a grande maioria das transições paradigmáticas, não foi simples. Até porque, de acordo com Chaves<sup>(12)</sup>, a transição paradigmática trata-se de uma desconstrução e reconstrução a serem feitas sincronicamente. Este mesmo autor afirma<sup>(12)</sup>: “*É como reformar uma casa que continua sendo habitada*”. Segundo Kuhn, citando por Lambert<sup>(7)</sup>, duas condições devem ser preenchidas pelo novo paradigma: 1) resolver problemas detectados que o paradigma anterior não tenha conseguido resolver; 2) preservar uma parte substantiva do que foi construído pelo paradigma velho.

Assim, o modelo de Flexner passou a ser associado ao rígido ensino médico que privilegiava a formação científica de alto nível, baseado no modelo moderno, estimulando a especialização profissional, mas muito criticada por Camargo<sup>(2)</sup> por causa do seu enfoque cientificista e ao descaso com a abordagem humanista. Hoje, busca-se justamente resgatar o humanismo esquecido e abandonado nas últimas décadas<sup>(13)</sup>.

Portanto, o modelo flexneriano enfatiza as especializações precoces, fazendo que o estudante de Medicina se torne um pseudo-especialista ainda no

período de graduação. Acreditamos que este arquétipo pode ser o responsável pela dificuldade de formar um médico generalista.

O modelo da reforma aludida é o modelo tecnicista que privilegiou a criação das especialidades, o qual é incompleto, porque exclui as ciências humanas do processo e a visão do ser humano como um todo, um ser bio-psico-social, com sua rede de relações e sua diversidade<sup>(13)</sup>. Interessante seria, então, um olhar sobre o sujeito e não sobre o objeto, respeitando as subjetividades individuais<sup>(2)</sup>.

### **Reformas Curriculares e o Paradigma da Integralidade**

As reformas do ensino médico brasileiro foram avaliadas no intuito de analisar o perfil do médico que se pretende formar. Alguns modelos foram propostos até chegar ao que está sendo preconizado atualmente, com seis anos de graduação para a formação básica além da especialização, que pode durar de 3 a 6 anos a depender da área escolhida.

A maioria dos cursos de Medicina no Brasil está organizada de acordo com o preconizado pela Resolução nº 8, de 8 de outubro de 1969. A recente publicação das Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Medicina ainda não foi posta em prática pela maioria das EMs. Assim, os cursos ainda têm a duração de seis anos e durante os dois primeiros anos estão dedicados ao estudo das chamadas matérias básicas, sendo algumas disciplinas incluídas de forma estratégica neste período, a saber: Psicologia Médica e Ética Médica<sup>(11)</sup>.

Após os dois primeiros anos, o curso segue no chamado ciclo profissional. Nesse momento, os estudantes passam a frequentar as aulas nos hospitais universitários, aqueles com vínculo administrativo com a universidade ou de ensino ou por meio de convênio com as faculdades<sup>(11)</sup>. Podem-se identificar cinco tipos de atividades práticas de clínica aos quais os estudantes de medicina estão submetidos durante o processo de formação profissionalizante: prática em enfermarias; aulas práticas, geralmente em ambulatórios; estágio em internato; estágios extracurriculares (via de regra a

revelia das EMs) e atividades de extensão curricular, promovida através das Pró-Reitorias de Extensão<sup>(11)</sup>.

O ensino médico tradicional sofreu a influência de dois fatores que contribuíram para uma perspectiva moral característica dos novos tempos. O primeiro foi o alcance da visão cartesiana de mundo, inaugurando a possibilidade de um mecanismo dualista. Ou seja, a separação mente-corpo e a lógica de que para cada efeito corresponde uma causa. O segundo, foi o domínio do aspecto cientificista na prática médica. De acordo com esta tendência, o currículo foi criado a partir da filosofia utilitarista e pragmática. Esse modelo difere profundamente do modelo médico hipocrático, com mais tempo dedicado à atenção médico-paciente. A medicina moderna não destina a mesma dedicação que antes e os exames complementares passaram a ocupar grande parte desse espaço, subtraídos da anamnese e do exame físico, em que se acredita que: *“O que ganhamos em técnica perdemos em ética”*<sup>(1)</sup>.

O conhecimento foi dividido em áreas para ser mais bem estudado e isto produziu uma incomunicabilidade entre as mesmas, inclusive no âmbito das universidades, permitindo enormes zonas de desconhecimento. Dessa forma Descartes teria formulado o *“grande paradigma ocidental”*, quando dividiu a ciência, produzindo disjunção e redução. O autor destaca que esta divisão trouxe a compartimentalização do conhecimento e dividiu a Medicina em áreas de especialização, que nem sempre se comunicam<sup>(7)</sup>.

Novos modelos vêm sendo elaborados, desde a década de 60, nos quais está presente a idéia de formular um novo paradigma que possa se contrapor ao modelo hospitalocêntrico e com a visão reducionista. A proposta do novo paradigma é a composição de uma abordagem dialética assimilando contribuições de várias ciências. Esse enfoque deve abarcar trabalhos interdisciplinares, transdisciplinares e multiprofissionais, descortinando campos de pesquisa ainda não trilhados<sup>(8)</sup>.

Os conhecimentos científicos não devem ser classificados em planos de maior ou menor importância. Todo conhecimento adquirido ao longo dos séculos não pode ser subjugado às questões religiosas, ou análises filosóficas. A inclusão das ciências humanas é

fundamental para contextualizar o binômio médico-paciente numa espacialidade social, todavia, não deve imprimir valores da ordem empírica às condutas diagnósticas e terapêuticas a serem escolhidas pelos profissionais. Portanto, há necessidade de conhecer as especificidades do ser humano inserido no mundo, como ator social do processo histórico, contudo, sem deixar de utilizar todas as técnicas científicas atuais para possibilitarem a diminuição de seu sofrimento.

O modelo do novo paradigma, recentemente denominado paradigma da integralidade, indica mudanças na formação do médico na graduação. O objetivo é uma formação mais contextualizada no que se refere aos programas de graduação do profissional da saúde, considerando as dimensões sociais, econômicas e culturais da vida da população<sup>(3)</sup>.

O paradigma da integralidade induziria à construção de um novo modelo pedagógico, visando à interação e ao equilíbrio entre excelência técnica e relevância social. A operacionalização deste princípio seria norteadada pela construção de um currículo integrado aos modelos pedagógicos mais interativos, através da adoção de metodologias de ensino-aprendizagem centradas no aluno e como sujeito da aprendizagem, sendo o professor o agente facilitador do processo de construção de conhecimento<sup>(7)</sup>.

No último quartel do século XX, surgiram no cenário mundial da educação e da prática médica duas novas abordagens. Uma essencialmente clínica, a *“Evidence Based Medicine”* (Medicina Baseada em Evidências, MBE) e outra pedagógica, a *“Problem Based Learning”* (Aprendizagem Baseada em Problemas, PBL). A última incorpora os fundamentos do construtivismo em sua base teórica e prática e vem merecendo mais atenção e respeito dos profissionais da área de educação<sup>(11)</sup>.

A Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL) é uma filosofia educacional que se aproxima da Pedagogia da Autonomia de Paulo Freire, o qual acredita que: *“Ensinar não é transferir conhecimento; ensinar é uma especificidade humana”*<sup>(6)</sup>. Preceito que faz da educação uma tarefa que transcende o cognitivo, buscando um significado mais amplo para a atividade.



Muitas críticas têm sido realizadas à MBE, visto que o enfoque estatístico e quantitativo não pode ser elevado à condição de método para a obtenção da certeza absoluta, porque a relação profissional se dá no encontro entre duas pessoas, o médico e o paciente<sup>(5)</sup>.

### Estado Atual do Ensino Médico Brasileiro

Do início da década de 60 do século XX até os dias de hoje, ocorreu um enorme crescimento do número de EMs no Brasil e, conseqüentemente, do número de estudantes de Medicina e de graduandos<sup>(11)</sup>. A legislação observada pelas EMs brasileiras permanece àquela ditada pela Reforma Universitária, estruturada em departamentos e esses com diversas disciplinas. Por essa época, houve o crescimento desordenado das EMs no Brasil (Gráfico 1), com a criação de 35 novas EMs no período de 1966 a 1971<sup>(8)</sup>.

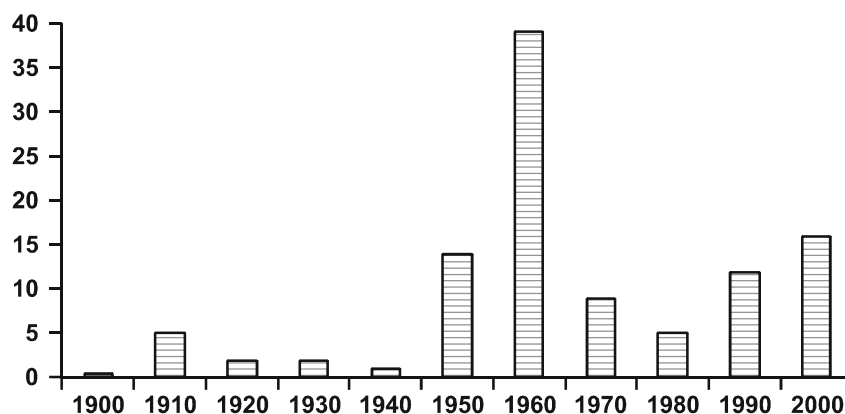
Segundo Rego<sup>(11)</sup>, a política adotada pelo governo Fernando Henrique Cardoso admitiu a livre criação desses cursos, estabelecendo critérios apenas para sua avaliação através de um exame nacional, o provão, para todos os graduandos no final do curso. As EMs passaram a ter autonomia na determinação do currículo

médico e o governo federal passou apenas a limitar o perfil desejado para o estudante de Medicina que incluía: cidadão com atitude ética, formação humanística, consciência da responsabilidade social, capacidade de atuar em equipe interdisciplinar e multiprofissional entre outros<sup>(11)</sup>.

As diversas entidades representativas dos médicos brasileiros reuniram-se para criar um sistema de avaliação do ensino médico em torno do que foi denominada Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) em 1999, com o objetivo de também elaborar o Relatório Geral de Avaliação das EMs brasileiras<sup>(11)</sup>. Mas, como objetivo geral, o projeto da CINAEM se propunha a desencadear um processo de avaliação do ensino da medicina, buscando uma nova consciência coletiva do ato de avaliar, tendo como perspectiva transformar a educação médica brasileira.

Após dez anos de avaliação, a CINAEM ainda não conseguiu produzir os resultados esperados e propostos em suas conclusões. O debate em torno da transformação da EM de acordo com os novos paradigmas foi arrastado com a resistência das equipes técnicas em aceitar as críticas e sugestões de mudanças e as escolas demoraram a aderir a uma proposta tão complexa e impositiva<sup>(3)</sup>.

**Gráfico 1.** Número de Escolas Médicas criadas no Brasil no período de 1900 a 2000.



Fonte: adaptado de Lampert<sup>(7)</sup>.

A Declaração de Edimburgo (1988) determina que as EMs devem: “organizar os programas de ensino e os sistemas de avaliação de modo a garantir a aquisição das competências profissionais e dos valores sociais e não somente a memorização da informação”<sup>(12)</sup>. Esta idéia estimula a reflexão e a conscientização dos problemas sociais contextualizados aos quais estamos submersos.

A construção de modelos alternativos ao adotado no Brasil não foi alcançada. De acordo com Martini, citado por Rego<sup>(11)</sup>, persiste a total falta de criatividade. Porém, mais do que a falta de vontade de mudar, prevalece a total falta de direção e sentido de para onde e como ir.

Da metade do século XIX até os dias atuais, percebemos que as transformações foram pouco significativas do ponto de vista de mudanças curriculares e metodológicas. A fundamentação das matrizes teóricas continuou sendo transmitida em aulas teóricas e práticas e com ênfase nos impactos da evolução tecno-científica.

### Comentários Conclusivos

Desde a fundação das primeiras EMs brasileiras, quando o currículo médico europeu foi importado sem avaliar as especificidades locais, muitas reformas foram realizadas no ensino médico brasileiro, sendo a Reforma Flexner responsável por grande impacto nessa área do ensino superior. Essa mudança importou para o Brasil o modelo cientificista, distante do humanista, impossibilitando a convivência entre as duas categorias e, conseqüentemente, excluindo a segunda. Esta abordagem foi responsável pelo arquétipo do especialista precoce, além de ser essencialmente individualista e hospitalocêntrica. O paradigma flexneriano fragmentou o conhecimento conflitando com a visão holística, tão importante ao paciente. Surge, então, o paradigma da integralidade que busca se contrapor e equilibrar ao paradigma flexneriano. Este paradigma enfatiza mais a saúde que a doença e propõe o ensino centrado no aluno, ampliando seu papel ativo no aprendizado. Acreditamos que este novo paradigma possa trazer elementos contributivos para a humanização da Medicina, entretanto, consideramos

que as descobertas científicas não podem ficar estigmatizadas como sendo de menor importância. Todos esses saberes devem andar juntos, para formatar uma estrutura harmônica. Isto está contemplado na proposta do Ministério da Educação que desenha o perfil desejado para o médico, como cidadão ou cidadã de atitude ética, formação humanística e consciência de sua responsabilidade social.

### Referências Bibliográficas

1. Araújo RWB. A ética do ensino médico e o ensino da ética médica. In: ASSAD, J. E. Desafios éticos. Brasília: CFM, 1993.
2. Camargo MCZA. O ensino da ética médica e o horizonte bioética. *Bioética* 4: 47-51, 1996.
3. Campos FE. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. *Rev Bras Educ Méd* 25: 53-59, 2001.
4. Chaves M, Rosa AR (Orgs.). Educação médica nas Américas: o desafio dos anos 90. São Paulo: Cortez, 1990.
5. Drumond JP, Silva E. Medicina baseada em evidências: novo paradigma assistencial e pedagógico. São Paulo: Atheneu, 1998.
6. Freire P. Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
7. Lampert JB. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil. São Paulo: Hucitec/Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.
8. Os caminhos da educação médica [editorial]. *Rev Assoc Med Bras* 50: 229-230, 2004.
9. Pereira AP. Memória sobre a medicina na Bahia. Salvador, Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1923.
10. Pereira G. O ensino médico no Brasil. *Rev Bras Educ Méd* 9:182-186, 1985.
11. Rego S. A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
12. Ribeiro MLS. História da educação brasileira: a organização escolar. Campinas, São Paulo: Autores Associados, 2003.
13. Santana JP. O paradoxo da educação médica. Rio de Janeiro: Boletim da ABEM 28: 5, 2000.
14. Santos Filho L. História geral da Medicina brasileira. São Paulo: HUCITEC-EDUSP, 1977.
15. Torres O. esboço histórico dos acontecimentos mais importantes da vida da Faculdade de Medicina da Bahia (1808-1846). Salvador, Bahia: Ministério da Educação e Saúde, 1946.

## **Aspectos Inéditos do Funcionamento do Hospital no Sítio de Mont-Serrat, na Província da Bahia, Brasil, Mostrando o Atendimento, em Regime de Internação, aos Doentes de Febre Amarela no Período de 2 de Março a 8 de Novembro de 1854, Quando o Dito Nosocômio Foi Fechado por Falta de Enfermos\*<sup>1</sup>**

Some Unpublished Facts with Reference to the Functioning of a Hospital Located at the Site of Mont-Serrat, in the Province of Bahia, Brazil, Unveiling In-Patients Treating of Yellow Fever Regarding to the Length of Time from March 2 to November 8, 1854, When the Hospital was Closed Due to Lack of Diseased Persons

Antonio Carlos Nogueira Britto

*Instituto Bahiano de História da Medicina e Ciências Afins, Salvador, Bahia, Brasil*

São apresentados fatos inéditos, colhidos por meio de estudos historiográficos, em derredor da atuação do hospital de Mont-Serrat no atendimento às vítimas da epidemia de febre amarela na província da Bahia no ano de 1854. Inicialmente, são tecidas breves considerações em torno do aparecimento da doença na Bahia, desde a sua primeira eclosão em 1686, até o seu retorno, em 1849, vitimando milhares de pessoas. Menos intenso foi o surto do mal nos anos de 1851, 1852 e 1853. O governo provincial estabeleceu, em “Acto” de 9 de abril de 1853, um hospital no subúrbio, no alto de Mont-Serrat, para recolher os enfermos pela febre amarela, em virtude do reaparecimento e aumento do número de doentes. Três meses mais tarde, em 20 de julho, o Conselho de Salubridade emitiu parecer contrário ao tratamento dos atacados pela febre amarela no hospital instalado na casa de residência do Dr. Paterson e fez restrições ao hospital no domicílio do Dr. Wucherer, criados com o mesmo escopo. Em outro “Acto”, ficou determinado que não fossem recebidos doentes da epidemia nos hospitais regimentais do Exército, e nos de Marinha, Polícia, e de caridade, da Casa da Santa Misericórdia, devendo-se encaminhar os enfermos ao hospital de Mont-Serrat. Os presidentes que governaram a província a partir de 1849 até 1854, demonstravam temor pela febre maligna e se acerbavam de facultativos e da Comissão de Salubridade Pública para a adoção de medidas preventivas e curativas. Por conseguinte, nas suas “fallas”, os governantes apresentavam mapa estatístico do movimento do hospital e teciam considerações sobre os sintomas, tratamento e nacionalidades dos enfermos. Fontes manuscritas primárias inéditas revelam o funcionamento do hospital de Mont-Serrat no ano de 1854, particularizado neste trabalho. É mostrada a deletéria burocracia da administração provincial, causando empecilho ao desempenho do diretor do estabelecimento para bem acolher e curar as infelizes vítimas da calamidade, até que, em 8 de dezembro daquele ano, o nosocômio foi fechado por falta de doentes. **Palavras-chaves:** Febre amarela, Hospital de Mont-Serrat, Salvador, Bahia.

*Some unknown facts are unveiled in this unpublished historical searching report on the functioning of the Mont-Serrat Hospital in its task of treating and taking care of patients sick to death in ague-struck in the province of Bahia in the year 1854. At the outset of this report, brief historical comments are written about the outbreak of yellow fever epidemic in Bahia, Brazil in 1686 until its deathful return in 1849. The plague struck down thousands of people. Nevertheless, the impetus of epidemic was considered shaky in the years 1851, 1852 and 1853. In spite of the yellow fever powerlessness beginning in the quoted period, the government of the province of Bahia decreed in April 9, 1853, an official statement of building a hospital in Mont-Serrat on*

<sup>1</sup> Observou-se, rigorosamente, a ortografia da época (ano de 1854), do documento extraído da fonte primária manuscrita, original e inédita, do acervo do Arquivo Público do Estado da Bahia.

*the top of a hill overlooking the outskirts in order to take care of sick persons affected by the wide-spread yellow fever on account of the reappearance as well the increase in the number of the infectious tropical ailing. Three months later, in July 20, the Council of Health passed unfavorable opinion upon yellow fever in-patients treatment in Dr. Paterson's home hospital and imposed restrictions on Dr. Wucherer sickroom ward allowance. Another provincial decree determined that only the Mont-Serrat Hospital was allowed to receive fever sick persons. Thus that decree made a recommendation to avoid lead away epidemic diseased to the Army regimental hospitals, as well as to the Navy and Police hospitals and the mercy hospital for indigent persons in the Holy House of Mercy. The presidents of the province of Bahia were fearful of epidemic, particularly those who controlled and directed the territory in the years 1849 till 1854. In this way they decided to summon doctors and members of the Commission of Health with the aim of receiving advice concerning to preventive and curative procedure. So yearly statistic reports on activity of the hospital were issued by the provincial presidents. They used to analyze the accounts on symptoms, treatment and the nationality of the diseased. The researcher shows original, unpublished and precious manuscripts unveiling the functioning of the Mont-Serrat Hospital in 1854. The administration of the health establishment was too much impaired due to pernicious bureaucratic and harmful lack of available sum of money in the budget. This fact rendered some difficult to the director of the hospital in his performance of receiving patients conveniently and giving suitable medical care for the poor ailing of yellow fever. The Mont-Serrat Hospital was locked up in 1854 as a result of lacking of sick persons.*

**Key words:** *Yellow fever, Mont-Serrat Hospital, Salvador, Bahia.*

O funcionamento, no período de 2 de março a 8 de novembro do ano de 1854, do Hospital estabelecido no alto de Mont-Serrat, em 1.º de junho de 1853, na província da Bahia, para acolher os achacados de febre amarela, levou o pesquisador deste trabalho a valer-se do “principio metodológico de que só a transcrição de documentos *“in extenso”* permite avaliar o seu alcance e as suas reais nuances<sup>(1)</sup>”, pretendendo, assim, apresentar a História, em toda a sua plenitude, evitando alongada explicação, análise e declaração do sentido dos textos documentais e sua interpretação discursiva e arrazoada. Destarte, buscou com diligência e abeberou-se das fontes primárias manuscritas, todas inéditas, constituídas de decretos, ou “Actos”, ofícios, correspondências, despachos e pareceres, ao lado das “*fallas*” dos presidentes da província da Bahia e mapas do movimento do hospital de Mont-Serrat nelas

Recebido em 12/05/2005

Aceito em 20/09/2005

Endereço para correspondência: Dr. Antonio Carlos Nogueira Britto, Instituto Bahiano de História da Medicina e Ciências Afins. Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia. Largo do Terreiro de Jesus, 40026-010 Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: acbritto@superig.com.br

**Gazeta Médica da Bahia** 2005;75(2):Jul-Dez:169-184.

© 2005 Gazeta Médica da Bahia (ISSN 0016-545X).

Todos os direitos reservados.

juntadas. Os ditos documentos estão sob a guarda do Arquivo Público do Estado da Bahia.

## Ano de 1686

Males, febre maligna e contagiosa, febre pestilencial e achaque contagioso das bichas eram as variadas denominações da moléstia pestilenta, mais tarde denominada de febre amarela, que a todos acometia, em mortífera epidemia e que chegou à Bahia em fins do século XVII, em abril de 1686, “... devendo atribuir-se a causa do pestilente mal aos peccados dos moradores destas Provincias, corruptos de vicios, e culpas graves, a que os provocava a liberdade, e riqueza do Brasil, lhe indagavão origens diversas, não sendo a de menor reflexão humas barricadas de carne, que voltarão em viagem da Ilha de S. Thomé, e abertas por hum tanoeiro, cahindo brevemente espirara, e logo algumas pessoas de sua casa, a quem communicara o contagio. Este se foy ateando no povo do Recife em tanto excesso, que morrerão mais de duas mil pessoas, numero grande a respeito daquella Povoação”.

“... Da calamidade de Pernambuco chegou com a noticia o contagio à Bahia, ou pelos avisos communicado, ou porque os Eclipses não terião nella disposto para tanta corrupção o ar tão brevemente,

*como naquella Provincia. Os primeiros feridos do achaque forão dous homens, que jantando em casa de uma mulher meretriz, morrerão em vinte e quatro horas; caso, que a fez ausentar, por se lhe arguir, que em hum prato de mel lhes disfarçara o azibar do veneno; mas pelos symptomas, e sinaes, com que foy ferindo o contagio, se conheceo, que delle fallecerão<sup>(2)</sup>”.*

*“Continuou com alguma pausa, mas com tal intensão, e força, que era o mesmo adoecer, que em breves dias acabar, lançando pela boca copioso sangue”. ... “Forão logo adoecendo, e acabando tantas pessoas, que se contavão os mortos pelos enfermos. Houve dia, em que cahirão duzentos, e não escaparão dous; os symptomas do mal erão os proprios na Bahia, que em Pernambuco, mas entre si tão differentes, e varios, que não mostravão sinal certo<sup>(2)</sup>”.*

*“Era em huns o calor tepido, e o pulso socegado, noutros inquietos, e grande a febre. Huns tinham ancias, e delirios, outros animo quieto, e discurso desembaraçado. Huns com dores de cabeça, outros sem ellas; e finalmente desiguaes até na crise mortal do contagio, porque acabavão ao terceiro, ao quinto, ao sexto, ao setimo, e ao nono dia; alguns poucos ao primeiro, e ao segundo. Estavão cheas as casas de moribundos, as Igrejas de cadaveres, as ruas de tumbas; não havia já pessoas para acompanharem o Santissimo Sacramento, que por esta causa levavão os Parocos com menor culto<sup>(2)</sup>; ...”.*

*“Vivia naquelle tempo D. Francisca de Sande, viuva poderosa, e matrona das principaes da Bahia; e fazendo luzir sua piedade, e o seu cabedal na cura dos enfermos, abrio em sua casa hum Hospital, mandando ir a elle os doentes, que não cabião no da Misericordia, e recolhendo outros, que voluntariamente escolhião o seu, onde lhes ministrava pelas suas mãos as medicinas receitadas dos Medicos, a quem pagava, e todos os medicamentos, dispendendo consideravel somma em galinhas, frangãos, camas, roupas, e tudo o que podia ser preciso para a saude, commodo, e asseio dos enfermos, dos quaes a mayor parte escapava por força do seu cuidado, e da sua caridade<sup>(2)</sup> ...”.*

## Ano de 1849

Depois da aterradora epidemia de 1686, o mal não apareceu no Brasil até meados do século XIX. Alastrou-se na cidade da Bahia em setembro de 1849, tomando a epidemia a denominação de “febre amarela” em virtude da cor amarelada da icterícia, causando funestos estragos sobre os habitantes da capital “e de uma parte do seu litoral, penetrando mesmo algumas legoas do seu interior.” ... e “considerou-a então a Medicina como effeito da irregularidade do tempo na passagem da Estação<sup>A</sup>”, manifestava-se o Conselheiro Desembargador Francisco Gonçalves Martins<sup>B</sup>, em sua “falla<sup>C</sup>”.

O flagelo da febre atingiu quase toda a população, aumentando o número de suas vítimas; os toques dos sinos das igrejas aumentavam o terror e o governo da província proibiu o repenicar dos bronzes das campanas ecoando os dobres das almas e não permitiu os sepultamentos nos templos e adros.

Os estrangeiros desembarcados no ancoradouro desta a capital, principalmente os homens do mar, tripulações dos navios mercantes surtos no porto, foram os mais tocados pela calamidade.

O mal viera de Nova Orleans pelo brigue americano – Brasil, que arribou ao ancoradouro da cidade da Bahia no dia 30 de setembro de 1849, tendo falecido a bordo indivíduos tocados pela febre amarela, que grassava naquele porto da América do Norte<sup>(3)</sup>.

Na capital da província da Bahia morreram o cônsul norte-americano Thomaz Turner, vítima das febres e o negociante inglês G. S. Sanville, cuja casa de residência freqüentara e onde dormira o capitão do brigue Brasil, “que fundeando junto a um Navio Sueco, recentemente chegado de Lisboa, parece haver-lhe communicado o mal que em si continha, ceifando-lhe quase toda a tripulação, e communicando a terrivel enfermidade á todo o ancoradouro, e deste ás Freguesias contiguas, ás do centro, aos suburbios, ao litoral e finalmente á muitas povoações 10 e 12 legoas em distancia deste<sup>(3)</sup>”.

Estão consignados os seguintes dados no mapa de pessoas falecidas de “febre epidemica” desde o dia 1.º de novembro de 1849 até 28 de fevereiro de 1850, firmado pelo secretário do governo da Bahia, Luiz

Maria Alves Falcão Muniz: Brasileiros – 604; Estrangeiros – 481; Africanos livres – 124; Escravos – 101. – Total: 1310<sup>(3)</sup>.

Na dita relação está exarada a seguinte ressalva: *“Ainda se não póde calcular a cifra dos mortos em muitas das Freguezias de fóra pertencentes á Comarca desta Cidade; e das do Reconcavo, litoral, e Interior apenas consta oficialmente terem fallecido em algumas dellas 549 pessoas de febres<sup>(3)</sup>”*.

### Ano de 1850

Com referência ao ano de 1850, ainda não foram encontradas fontes primárias no Arquivo Público do Estado da Bahia, contendo dados alentados a respeito da epidemia.

### Ano de 1851

Relativamente ao ano de 1851, o presidente da província da Bahia, Francisco Gonçalves Martins, demonstrava aparente otimismo e tranqüilidade sobre a febre amarela, quando dizia, acreditando na ação climática sobre o surgimento da febre: *“Não obstante a irregularidade da Estação que influindo desfavoravelmente na colheita do corrente anno, augmentando assim os nossos embarços financeiros, poderia pertubar o estado sanitario da Provincia depois da infeliz invasão da febre amarella, muito satisfactoria he a noticia de que os beneficos effeitos do saudavel clima, com que a Providencia dotou este Paiz, continuão a ser por nós apreciados.”* E acrescentava: *“Ultimamente com a chegada de uma Polaca Hollandeza, que neste Porto entrou, vinda de Amsterdam com escala por Pernambuco, boatos aterradores se espalharam de que eramos ameaçados do reaparecimento do flagello; por quanto ao passar por aquelle ultimo Porto, em cujo ancoradouro alguns individuos das tripulações Estrangeiras tem sido affectados de similhante doença posto que sem maior damno, parece que recebera o mal, e apenas aqui chegada mostraram-se affectados*

*d’elle o Capitão e Despenseiro, os quaes fallecerão poucos dias depois<sup>(4)</sup>”*.

### Ano de 1852

Concernente ao ano de 1852, o presidente da província, João Mauricio Wanderley<sup>D</sup>, assim se pronunciou em derredor da febre amarela, quando se ressentia da falta de estatística médica sobre a salubridade pública e exarou circunstanciado arrazoado relativo às duvidosas informações de aparecimento da epidemia: *“A Commissão de Hygiene Publica a quem consultei sobre o estado sanitario da Provincia, poucas informações me póde ministrar, diz apenas, quanto á febre amarella que este terrivel flagello não nos tem de todo abandonado; creio porem que em nenhuma outra Provincia, graças á amenidade do nosso clima, tem ella produzido menores estragos desde que em 1849 fomos as suas primeiras victimas. Falta-nos absolutamente uma estatistica medica , que nos habilite a julgar do augmento ou diminuição desta epidemia em alguns mezes do anno: pela do hospital da caridade, comprehendendo o anno administrativo de 13 de Julho de 1851 á 10 de Julho de 1852, vê-se que nesse espaço entraram no dito hospital 121 doentes atacados de febre amarella, dos quaes fallecerão 18.*

*Ora, sendo certo que á aquelle estabelecimento só se recolhem pessoas miseraveis, e quase sempre em um periodo já adiantados da enfermidade, o que torna a sua cura mais difficil, pode-se concluir que muito tem sido o terror e panico que a epidemia tem produzido, do que seo damno real. Muitas enfermidades são attribuidas á febre amarella, e procedendo-se a exames tem-se conhecido que não passam de febres ordinarias em nosso paiz.*

*Assim, em Janeiro do anno passado foi o Governo informado de que na Povoação de Guerém, termo de Valença, muitas pessoas tinham sido atacadas de febre amarella; e mandando para ali um facultativo e socorros necessarios, reconheceo-se que a molestia não passava de uma febre remittente de character benigno, que em pouco tempo desapareceo; em Julho do mesmo anno*

*disse-se que a epidemia lavrava no termo de Minas de Rio de Contas, quando he sabido que ella não ataca as localidades, que como aquella, estão situadas muito mil pés acima do nivel do mar.*

*Nos ultimos mezes do anno passado, e no principio deste alguns casos se tem observado, especialmente em estrangeiros, de que tem resultado a morte, antes em tão pequeno numero e alguns mesmos duvidosos que venho esperar o desaparecimento completo de semelhante flagello<sup>(5)</sup>”.*

O vice-presidente da provincia, Francisco Gonçalves Martins, tendo indicado o Dr. Tito Adrião Rebello<sup>F</sup> para analisar o hospício<sup>F</sup> situado em Mont-Serrat, com a finalidade de recolher doentes de febres suspeitas, recebe do dito facultativo parecer desfavorável para o aproveitamento do referido estabelecimento, em razão do seu “estado de ruina”, tendo aquele médico tomado a iniciativa de propor para aluguel uma casa no alto de Mont Serrat, que apresentava melhores condições para se cumprir o desideratum desejado, consoante se lê na sua correspondência de 16 de fevereiro de 1852:

*“Passei a examinar o Hospicio das Bandas em Montserrat, conforme V. Ex.<sup>cia</sup> me determinou em seo officio de 13 do corrente, e com quanto tenha as suas commodidades para admittir 20 camas, como V. Ex.<sup>cia</sup> exige no seo citado officio, com tudo o estado de ruina do Hospicio não permite que de prompto seja occupado. Outro tanto não acontece com a casa no alto de Montserrat pertencente aos herdeiros de José Netto da Silva, a qual alem de commodos para 40 leitos, está pintada, tem agua potavel, e o arrendatario Carlos Poggette a tem desoccupado, e abre mão das benfeitorias que fizera si a isso annuir o Coronel Luiz Manuel d’Olivr.<sup>a</sup> Mendes; entendi-me com este á respeito de apresentar immensas difficuldades, não consentindo que aquelle sub-loque ao Governo com as mesmas condições de aluguel, que vem a ser 500\$ annual pelo espaço de tres annos, si por acazo V. Ex.<sup>cia</sup> houvesse de approvar. Tendo V. Ex.<sup>cia</sup> tomado a previdente resolução de mandar crear este Hospital á fim de serem recolhidos doentes de febres suspeitas, julgo conveniente remetter á V. Ex.<sup>cia</sup>,*

*como no seo citado officio me determina, a relação dos objectos necessarios para 20 camas, á fim de estar prompto o Hospital, e ao momento receber qualquer doente.*

*Resta-me agradecer á V. Ex.<sup>cia</sup> a escolha que de mim fizera para esta commissão empregando todos os meios ao meo alcance para bem desempenha-la<sup>(6)</sup>”.*

*“Relação dos objectos para o Hospital provizorio”, com data de 16 de fevereiro de 1852:*

*“20 camas de madeira.*

*20 colxões*

*20 trabiceiros.*

*20 bancas, ou cadeiras furadas com orinões*

*Huma meza de madeira, e 6 cadeiras de palhinha.*

*4 bacias d’arame de tamanho regular.*

*Hum jarro e bacia.*

*Utensis de cozinha de ferro*

*4 jarras de madeira para deposito d’agua.*

*60 lenções de linho..*

*40 fronhas.*

*40 toalhas de mão.*

*Huma caixa de madeira para guardar estes objectos.*

*Hum armario com chave para guardar os medicamentos<sup>(6)</sup>”.*

### **Ano de 1853**

Dando continuidade à iniciativa do vice-presidente Francisco Gonçalves Martins, que mandou examinar, em 13 de fevereiro de 1852, o hospício de Mont-Serrat, com o objetivo de verificar se aquela casa reunia condições para recolher doentes de febres suspeitas, como hospital provisório, o presidente da provincia, João Mauricio Wanderley, determinou, em “Acto” de 9 de abril de 1853, a criação do Hospital de Mont-Serrat, conforme se lê:

*“O Presidente da Provincia, julgando, de accordo com o que a respeito informara o Doutor Presidente da Junta de Hygiene, ser util e conveniente a instituição de um Hospital, onde sejam recolhidos, tratados os individuos atacados de febre amarella pertencentes aos navios mercantes Nacionaes e Estrangeiros tam resolvido mandar*

*estabelecel-o no sitio de Mont-Serrate, em a casa e roça de Antonio Pereira Franco, que mediante os convenientes exames se reconhecera apropriado para tal fim, e por sua situação e salubridade, devendo a respeito observar-se o seguinte.*

*1.º Um Medico será nomeado para residir no Hospital, tendo a seu cargo o tratamento dos doentes, e o regimento interno economico, e administrativo do Estabelecimento.*

*2.º Para desempenhar desses deveres haverá um Empregado, que sob a denominação de Enfermeiro interprete, tenha conhecimento de Linguas, e especialmente da Inglesa.*

*3.º Um outro Medico, que se chamará Director, será incumbido de visitar quotidianamente o Hospital, fiscalisar, regular o serviço, faser conferencias com o Interno, corresponder-se com as Autoridades, e dispor de tudo que for conveniente para manutenção, e ordem do Estabelecimento, havendo para isso os Empregados e serventes necessarios.*

*4.º Logo que algum individuo de Navios surtos no porto adoecer de febre amarella, a juiso de qualquer Facultativo, os Cônsules, ou os Command.<sup>es</sup>, ou os Consignatarios participarão a Inspeção de saude do porto, e solicitará uma guia para ver o doente remetido para o Hospital por mar, sempre que o tempo permittir, ficando ao cuidado da mesma repartição a condução, quando o doente pertencer a Navio posto em observação, e quarentena, devendo em qualquer dos casos ser fornecido um escaler, com de encerado, e commodo se se exigir, pelo Arsenal de Marinha, o qual tambem prestará padiola para ser conduzido o doente por terra se em rasão de seu estado não o poder ser em cadeia.*

*5.º Será permittido aos Facultativos Estrangeiros, se os respectivos Cônsules o desejarem, incumbirem-se do tractamento dos doentes de suas Nações, que foram recolhidos ao Hospital, não tendo porem outra attribuição alem da prescripção dos meios pharmaceuticos, e dietéticos, podendo todavia faser conferencias com os Médicos do Estabelecimento, convidando-os, ou sendo convidados.*

*6.º Por accordo entre todos, conforme os methodos de tratamento que a observação e*

*experiência tiverem feito conhecer por mais vantajosas, estará sempre o Estabelecimento provido de medicamento para socorro prompto, e em qualquer occasião.*

*7.º Será permittida aos Cônsules a entrada franco no Hospital, sempre que queirão visitar os doentes de suas respectivas Nações nelle recolhidos.*

*8.º Um Regulamento interno marcará as obrigações dos Empregados, a maneira de ser feito o serviço, e tudo que não se achar prevenido no presente Acto<sup>(7)</sup>”.*

Em 12 de abril do mesmo ano, gabava-se Antonio Pereira Franco a respeito da “sua propriedade e quinta”, “quinta” que o presidente Wanderley chamava de “roça”, situadas no alto de Mont-“Serrate”, afirmando que a dita quinta tinha ótima propriedade feita de paredes de pedra e cal, a qual dispunha, no seu interior, de duas grandes salas, nove quartos, sendo uma delas soalhada de novo, três quartos, também soalhados, uma grande sala de jantar, também soalhada, e os outros quartos “tijolados” e que a sala e três quartos se achavam forrados; sendo a propriedade dotada de mais um sótão e “mui boa cozinha com grande e novo fogão a vapor”. Referindo-se ao exterior, tinha a casa “sessenta e dois palmos de largura, e cento e trinta de comprimento”, rodeada de “belas varandas” e fundo até o mar, onde havia excelente desembarque e uma linha de pequenas casas em número de quatro, que serviam para senzalas, todas de pedra e cal, e também uma estribaria. Foi peremptório ao declarar “que a não posso vender senão pelo preço de = onze contos, tendo pedido primeiro “deseseis contos” e que, no ano de 1847, por morte do seu primeiro possuidor, teve a avaliação de vinte contos, não obstante o seu mau estado, estando a casa, naquele momento, completamente reparada de novo, e até pintada<sup>(9)</sup>.

Em Ato de aditamento, de 25 de abril daquele ano, o governo provincial determinou a admissão de mais três enfermeiros, um cozinheiro e seu ajudante, um feitor e os serventes necessários. No artigo 2.º, estabelece a gratificação mensal para o médico diretor de 200 mil réis; para o médico interno, a mesma gratificação mensal, morada no estabelecimento e razão; o intérprete-enfermeiro vencerá 50 mil réis por



mês; os enfermeiros, de 15 até 20 mil réis e o cozinheiro e seu ajudante, a quantia por que forem ajuizados<sup>(7)</sup>.

O presidente Wanderley, de conformidade com o artigo 8.º do Ato que criou o Hospital de Mont-Serrat, houve por bem estabelecer um alentado Regulamento interno do referido nosocômio, em 26 de abril de 1853<sup>(7)</sup>.

Ao vice-presidente Alvaro Tiberio de Moncorvo e Lima<sup>G</sup>, o Conselho de Salubridade, em ofício de 20 de julho de 1853, emite parecer desfavorável para a continuação de tratamento de doentes de febre amarela pelos Drs. Paterson<sup>H</sup> e Wucherer<sup>I</sup> em hospitais instalados nas suas respectivas casas de residência:

*“O Conselho de Salubridade em cumprimento do despacho de V. Ex.<sup>a</sup> datado de 27 do mez proximo passado no officio da Camara Municipal desta cidade, que devolvo, tendo de dar seu parecer á respeito dos Hospitaes dos D.<sup>res</sup> Paterson e Wucherer, visto como são os unicos, que do officio da Camara Municipal dirigido a essa presidencia se depreheende actualmente; he de opinião que semelhantes casas as saude não são mais que pequenas enfermarias onde somente são recebidos os doentes de febre amarella, cujo tratamento se torna difficil haver á bordo, sendo sempre em numero de cinco na primeira, e de seis a sete na segunda, conforme declaração os mesmos D.<sup>res</sup>, que por sua posição não he appropriada para presentemente estabelecer-se semelhantes casas, que pode trazer algum damno á salubridade principalmente das circumvizinhanças porquanto situado no meio da cidade no beco da ladeira dos Barris, e constando de uma pequena salla no pavimento inferior de sua habitação, já se vê que não offerece as condições hygienicas em taes casas recommendadas, e assim o Conselho julga, que bom seria que o mencionado D.<sup>r</sup> Paterson não continuasse a tratar de doentes de febre na referida casa: quanto porem ao Dr. Wucherer o Conselho entende que, com quanto o seu local tambem não seja dos mais proprios para semelhante fim, pois que esta assentada na baixa de uma roça ao Garcia, todavia se acha situada fora da Cidade, e por isso se poderá tolerar sem inconveniente, com tanto que não sejam recebidos doentes em maior numero do*

*que a que contem presentemente.”*

*João Francisco de Almeida<sup>I</sup> – vice-presidente do Conselho<sup>(8)</sup>”.*

“Falla” manuscrita, datada de 1.º de outubro de 1853, revela que o vice-presidente da província, Alvaro Tiberio de Moncorvo e Lima, no exercício de 18 de maio a 1.º de outubro de 1853, inquietava-se sobremaneira com a febre amarela, quando dizia que *“a saude publica continúa a ser atacada pele febre amarela, que felizmente tem declinado de Agosto em diante, sendo actualmente raro que algum caso della apareça”*. Referindo-se ao seu antecessor, João Mauricio Wanderley, assim se exprime: *“Para os que soffressem dessa epidemia criou V. S.<sup>a</sup> o Hospital de Mont Serrat, que começou a funcionar no 1.º de Junho, tendo recebido até hoje 74 doentes por lhe faltarem commodidades ...”, acrescentando que: “... afinal adotou a medida, ... de não se admitirem mais doentes desse mal em Hospitaes estabelecidos dentro da Cidade, sim naquelle outrem em outro qualquer fóra do centro da população com as condições hygienicas<sup>(10)</sup>”.*

Em novo Ato de 26 de outubro de 1853, o presidente, atendendo a que por ofício de 27 de setembro passado fora decidido de acordo com o que indicara o Conselho de Salubridade, e a Comissão de Saúde Pública, ordenou que não fosse recolhido nos hospitais Regimental do Exército, de Marinha, Polícia e da Casa da Santa Misericórdia, nenhum doente de febre amarela, devendo o que se apresentar nos ditos hospitais, ser encaminhado ao de Mont-Serrat, criado por Ato de 9 de abril daquele ano para tratamento dos enfermos da epidemia, pertencentes às tripulações dos navios nacionais e estrangeiros<sup>(7)</sup>.

Coadjuvado pela Comissão de Hygiene, o presidente Wanderley estabeleceu um *“hospital no sitio de Montserrat nos suburbios da Cidade em o qual forão prestados aos enfermos por comodo preço, e mesmo gratuitamente, todos os socorros que a sciencia aconselha em taes casos”*. Durante o periodo de abril a setembro, o mal cessou de todo, sendo, por conseguinte, reduzido então os empregados do hospital ao *“estrictamente necessario para receber doentes”*. E acrescentou que *“todas as despesas foram feitas por conta do*

*Governo Geral, o qual adquirio por compra a propriedade, em que fora fundado o hospital<sup>(11)</sup>. Anunciou o presidente que “ultimamente tendo a Presidencia sciencia de que na Cidade da Cachoeira e Povoação de S. Felix que lhe fica fronteira apparecera a mesma molestia, deo promptamente as providencias para distribuirem-se á pobreza, e tomarem pela Camara Municipal algumas medidas preventivas. Segundo as ultimas noticias os casos forão em pequeno numero e raros tem reaparecido<sup>(11)</sup>”.*

O hospital de Mont-Serrat, no ano da sua criação, 1853, atendeu doentes de febre amarela desde 8 de junho até 16 de setembro de 1853, em que foi fechado por falta de doentes.

Foram recolhidos ao hospital: Estrangeiros –74; faleceram 40; saíram 34 – Soma: 74.

Infelizmente o mapa estatístico não registra dados sobre os brasileiros internados<sup>(11)</sup>.

Observações contidas no mapa n.º 14, do relatório do Dr. Tito Adrião Rebello ao presidente Moncorvo e Lima:

*“Dos quarenta fallecidos 22 entrarão no terceiro periodo<sup>K</sup>, tendo alguns já vomitado negro a bordo, e outros com dejecções negras, sendo remettidos com fim de serem sepultados, pois tinham recebido tractamento segundo representara o medico diretor do hospital: dos outros 18, uns entrarão no primeiro<sup>K</sup> periodo e outros no segundo<sup>K</sup> Empregarão-se alem dos meios que a sciencia aconselha, conforme o periodo em que se apresentavão, Clysteres de cosimento de algumas plantas indigenas do paiz: como fosse a herva – Santa Maria, - Crysta de Gallo, - Maria pretta, - tirando-se algum proveito no primeiro periodo, e principio do segundo da molestia; não se podendo conseguir resultado algum de todos os meios empregados no terceiro periodo, quando o vomito negro apparecia; sendo muito de desejar que se experimente, caso a provincia tenha de ser ainda visitada por tão terrivel flagello, o extracto de Huaco, planta indigena do Mexico, que com os mais felizes resultados tem sido dada por diversos practicos nas Antilhas, Vera-Cruz, Martinica etc., segundo refere Mr. Chabert na sua memoria*

*publicada o anno passado, como observa o mesmo Director<sup>(11)</sup>”.*

### **A Febre Amarela na Província da Bahia em o Ano de 1854**

No 1.º de março de 1855, o presidente Wanderley dava conhecimento, no seu relatório acerca do ano de 1854, que *“No correr do mez de Fevereiro do anno findo, reaparecerão alguns casos de febre amarella, e em consequencia de irem em augmento abriu-se o hospital de Montserrat no 1.º de Março. A epidemia cresceu de intensidade atacando principalmente os homens do mar recém-chegados<sup>(12)</sup>”.*

*“De Abril á Maio tornou-se mais aterradora: de Junho á Julho começou a declinar, até que completamente desapareceu em Outubro<sup>(12)</sup>”.*

*“O numero de doentes recolhidos ao hospital foi de 352 dos quaes fallecerão 129, e sahirão curados 196, como se deprehe de do mappa sob n.º 8 em o qual vem expostas as causas a que se deve attribuir a mortalidade, o tractamento empregado e a nacionalidade dos enfermos<sup>(12)</sup>”.*

*“Reconhecendo a Commissão de Hygiene Publica (de cuja actividade, zelo, e serviços compraz-me em dar aqui um solemne testemunho), que a falta de policia medica no porto a bordo dos navios era uma das principaes causas da persistencia e augmento da epidemia, propoz ao Governo uma serie de medidas, que correm impressas, e forão approvadas, das quaes tirou-se a immediata vantagem de diminuir a mortalidade no hospital para onde erão remettidos muitos dos doentes já moribundos<sup>(12)</sup>”.*

*“Nomearão-se 2 medicos de conceito para fazerem a visita diaria do ancoradouro, prestando promptos socorros aos atacados da epidemia, e remettendo-os para o hospital, onde recebem tractamento adequado” . “Se não conseguimos salvar todas as victimas não lhe faltarão os cuidados da medicina<sup>(12)</sup>”.*

*“O hospital acha-se em um pé, que teve merecido elogios dos consules estrangeiros que o visitarão por diversas vezes e inesperadamente<sup>(12)</sup>”.*

*“Quando suppunhamos extincta a epidemia, reaparecerão no mez de Janeiro alguns casos na prizão da marinha, onde estavam recolhidos varios marinheiros estrangeiros<sup>(12)</sup>”.*

*“A commissão de hygiene visitou a prizão, que foi achada em estado de aceio; contudo forão logo removidos os prezos; a prizão convenientemente desinfectada, e os doentes recolhidos ao hospital. Os casos apparecidos até o ultimo de Fevereiro constão do mappa n.º 9<sup>(12)</sup>”.*

### **Sucessos de Ordem Administrativa Referentes ao Hospital de Mont-Serrat em o Ano de 1854**

Segunda-feira, 11 de fevereiro de 1854 – O diretor do hospital de Mont-Serrat, Dr. Tito Adrião Rebello, officiou ao presidente da província da Bahia, Dr. João Mauricio Wanderley, sobre a entrega de materiais, nos seguintes termos: *“Informando o requerimento junto de Antonio Pereira Franco como me determina V. Ex.ª, direi que alguns dos officios constantes da relação junta forão deixados pelo peticionario sob a guarda do Feitor, que diz não os ter recebido por uma relação e nem verificada a sua exactidão, podendo o mesmo havel-os do referido feitor: julgando porem, que não deve ter lugar a entrega dos taboleiros de ferro e madeira, alguns dos quaes estão deteriorados, por pertencerem a cultura do cravo no tempo da colheita<sup>(13)</sup>”.*

Quinta-feira, 3 de março de 1854 – A abertura, ou reabertura, do hospital de Mont-Serrat, no ano de 1854, pelo presidente Wanderley, foi objeto do seguinte officio do diretor do nosocômio, Dr. Tito Adrião Rebello: *“Tendo recebido no dia 27 do mez findo o Officio de V. Ex.ª em que me ordena, que immediatamente abraisse o Hospital, e chamasse os respectivos empregados, passei a dar comprimento (sic) ás ordens de V. Ex.ª, e no dia seguinte, achava-se prompto e funcionando com os demais empregados convocados, percorrendo o ancoradouro o escaler de transporte no dia 1.º do corrente, conduzindo hontem as tres horas da tarde, dous doentes, como terá V. Ex.ª a bondade de ver do mappa junto, como determina o Artigo 6 do Regulamento interno.*

*Faz-se preciso que se colloque o destacamento que aqui existia, de trez guardas e um cabo, dignando-se V. Ex.ª dar suas ordens á respeito<sup>(13)</sup>”.*

Segunda-feira, 13 de março – A doença de um africano livre, que trabalhava no hospital, compeliu o Dr. Tito Adrião a solicitar sua substituição: *“Tendo adoecido um dos quatro Africanos libertos que se achavão ao serviço d’este Hospital faz-se preciso seja substituido, e não sendo sufficiente os quatro pelo augmento do trabalho, digne-se V. Ex.ª dar suas ordens para serem remettidos mais dous<sup>(13)</sup>”.*

Domingo, 19 de março – O desabamento de parte do muro do hospital de Mont-Serrat levou o diretor a emitir o seguinte officio: *“Tendo desabado uma porção do muro contiguo á varanda do edificio, que ultimamente se fechára descobrindo o alicerce d’um dos pilares lateraes, desastre talvez causado pelas copiosas chuvas destes dias, é do meu devêr levar ao conhecimento de V. Ex.ª para que se digne mandar examinar, e prevenir qualquer damno que, por acaso possa d’isso resultar<sup>(13)</sup>”.*

No frontispício do officio lia-se: *“Remettido ao S.º Engenheiro André Przewodowski<sup>l</sup> p.ª examinar. Palacio do Gov.º da B.ª 24 de Março de 1854.- Wanderley<sup>(13)</sup>”.*

Cerca de mais de 8 meses após o urgente rogo do diretor do hospital de Mont-Serrat respeitante ao reparo do muro daquele estabelecimento que derruiu em parte, o qual não foi atendido, o Dr. Tito Adrião, reiterou, em novo expediente de 30 de dezembro de 1854, o preciso conserto do referido muro:

*“Não se tendo realisado o concerto do desabamento de um muro adjuncto á parede lateral do edificio d’este Hospital, o qual foi orçado, e por V. Ex.ª ordenado á Thesouraria a sua factura, e correndo eminente risco que assim continue, achando-se os alicerces d’esse lado descubertos pelo desmoronamento continuado de terras, he de meo dever sollicitar de V. Ex.ª a urgencia d’este reparo, aproveitando-se demais a quadra da isempção da epidemia: por esta mesma rasão torna-se preciso faser-se o augmento, o qual já se acha orçado, no aposento do Medico interno, que ficara addiado por estar o Hospital com doentes”.*

No ofício estava consignado: “*Inf.<sup>e</sup>.N.<sup>o</sup> Inspector da Thesour.<sup>a</sup> da Fazenda se há credito – Palacio do Governo da B.<sup>a</sup> 8 de Janr.<sup>o</sup> 1855 – Wanderley*”  
 “*Informe a Contadoria. B.<sup>a</sup> 9 de Janr.<sup>o</sup> 1855 – Barauna*”  
 “*Respond.<sup>o</sup> em 31 de Janr.<sup>o</sup> 1855<sup>(13)</sup>*”.

Quarta-feira, 10 de janeiro de 1855 – Já no ano de 1855, ainda a respeito do desabamento do muro do hospital de Mont-Serrat, foram apresentados, na data supra, esclarecimentos exarados na 2.<sup>a</sup> Secção da Contadoria da Bahia pelo substituto do Chefe de Secção, Antonio Marcos Pereira Lisboa, no teor seguinte: “*A quantia votada para a rubrica Lazareto foi de 6.000\$000 e por conta della tem se despendido até hoje a de 5:996\$886 restando apenas o saldo de 3\$114; cumprindo porem observar á V. S.<sup>a</sup> que o rendimento do mesmo Lazareto até o fim de Dezembro é de reis 86\$980<sup>(13)</sup>*”.

Examinando o sobredito documento manuscrito, original, observa-se que o mesmo estava riscado com dois traços paralelos, em direção oblíqua.

Ainda em 1855, numa segunda-feira, 29 de janeiro – M. P. Bastos Varella, da Contadoria, emitiu parecer sobre o assunto em tela: “*Sendo o Edifício em que se acha o Hospital de Montserrat uma Propriedade nacional, parece que o concerto do muro que desabou, de que trata o Officiante Dir.<sup>or</sup> d’aquelle estabellecimento, orçado em 300\$000r.<sup>s</sup>, pode ser feito por conta da verba = Reparos com Proprio Nacionaes = q.<sup>e</sup> se acha intacta. Quanto ao accrescimo do Medico interno de q.’ falla em segundo lugar o m.<sup>mo</sup> Officiante, deverá essa obra ser feita p.’ conta da verba Lazareto, q.’ precisa ser augmentada p.’ achar-se quasi esgotada a cifra de 6:000\$000 authorizada p.<sup>a</sup> o corr.<sup>e</sup> exercicio – 2.<sup>a</sup> Secção da Contadr.<sup>a</sup> da B.<sup>a</sup>, 29 de Janr.<sup>o</sup> de 1855.*” No frontispício do manuscrito achava-se registado: “*Ha q.<sup>tia</sup> sufficiente p.<sup>a</sup> q.’ seja feita a obra de q.’ se tracta. – Bernardo de Castro Barauna<sup>(13)</sup>*”.

Sexta-feira, 7 de abril de 1854 – O diretor do Hospital de Mont Serrat fez saber a fuga de dois africanos libertos: “*Communico á V. Ex.<sup>a</sup> que hontem, depois das Ave Maria, desaparecerão d’este Hospital os dois Africanos livres, que*

*ultimamente forão remettidos da Quinta dos Lazaros, de nomes Ambrosio e Ismael de numeros 199 e 208, ambos da Nação Ussá, sem motivo algum á que se possa atribuir essa fuga; officiendo n’esta dacta ao Administrador da Quinta dos Lazaros sabendo se para ali forão<sup>(13)</sup>*”.

Sábado, 8 de abril. – Ofício sobre a prisão dos dois africanos livres: “*Forão-me hoje remettidos pelo official da Guarda principal, os dois Africanos livres que tinhamo desaparecido no dia 6 do corrente, conforme tive a honra de participar a V. Ex.<sup>a</sup> em meu officio de hontem, motivando a sua fuga do trabalho das enfermarias durante a noite<sup>(13)</sup>*”.

Quarta-feira, 26 de abril – A falta de verba para pagamento aos fornecedores do hospital levou seu diretor a denunciar o problema: “*Communicando-me em dacta de 24 do corrente o Inspector da Thesouraria Geral, que por falta de credito, não podia effectuar o pagamento da quantia de 13\$000 d’um Edital impresso no Jornal da Bahia, e tendo-me representado os fornecedores dos alimentos e medicamentos, que por igual motivo, não tinhamo recebido a importancia dos seos fornecimentos do mez passado, é do meo dever levar ao conhecimento de V. Ex.<sup>cia</sup> se digne providenciar como julgar de justiça.*”

No ofício estavam consignados os seguintes despachos: “*Informe o Senhor Inspector da Fazenda – Palacio do Governo da Bahia, 26 de Abril de 1854 – Wanderley*”

“*Informe a Contador.<sup>a</sup> - B.<sup>a</sup> 27 de Abril de 1854 – Amaral*”; Á 2.<sup>a</sup> Secção – Respondido em 2 de M.<sup>o</sup> de 1854<sup>(13)</sup>.

Quinta-feira, 27 de abril – A contadoria do governo da província emitiu sobre a carência de pecúnia as seguintes considerações: “*Em 22 do corrente foi autorisada a Thesouraria para o pagamento da Folha do Patrão e remadores do escalher em serviço no Hospital de Mont-serrat, em consequencia de já estar esgotada a quantia consignada, portanto é esta a razão por que não tem sido feitos os pagamentos de que trata o Adm.<sup>or</sup> respectivo<sup>(13)</sup>*”.

Terça-feira, 9 de maio – O crescimento do número de doentes internados no hospital de Mont-Serrat,

forçou o seu diretor a officiar ao Governo solicitando aumento da quantidade de leitos: *“Tendo se elevado hontem o numero de doentes d’este Hospital á 24, como V. Ex.<sup>a</sup> se dignara verificar do Mappa de hoje, e havendo somente seis leitos desocupados, dos 30 que existem, por não se ter realisado o pedido feito em 29 de Setembro do anno passado, em virtude do augmento feito na varanda do edificio ; vou representar á V. Ex.<sup>a</sup>, e pedir com toda urgencia providencias á respeito, sendo de esperar que o numero dos leitos se preenchão hoje por existirem doentes á bordo, e outros que vão sendo accomettidos pela intensidade com que está grassando a epidemia.*

*Pelo augmento do trabalho já na conducção dos doentes do lugar de desembarque, como no serviço das enfermarias, e abrimento de sepulturas dando-se sempre um e outro por doente, precisa-se de mais quatro Africanos livres, elevando-se assim o seu numero á 10, igual aos do anno passado: bem como peço authorisação a V. Ex.<sup>a</sup> para admissão de mais um enfermeiro de remedios, pois que um não pode dar vencimento ao trabalho actual.*

*Acompanha a este uma copia do pedido feito em 29 de Setembro findo<sup>(13)</sup>”.*

O teor da solicitação de material feita em 29 de setembro de 1853 pelo Dr. Tito Adrião Rebello é o seguinte:

*“Relação dos objectos pedidos p.<sup>a</sup> o Hospital de Montserrat pelo augmento feito na varanda do edificio.*

*Dez e seis leitos de madeira com pés de ferro (na sua falta pela urgencia q, ha) marquezas de madeiras, ou cama de vento.*

*Oitenta lençoes.*

*Vinte colchões.*

*Trinta cobertores de algodão.*

*Vinte travesseiros.*

*Quarenta fronhas.*

*Duas duzias de meias de lã.*

*Dez e seis cadeiras ou bancas com urinoes.*

*Trinta camisas compridas, aliás, sessenta camisas.*

*Dez e seis chinellas de solla dobrada.*

*Vinte cobertores de baeta.*

*O augmento feito no pedido da rouparia he para substituir alguma, que se acha já deteriorada, e*

*precisava substituição.*

*Hospital<sup>(13)</sup>”.*

Quinta-feira, 11 de maio – Foi reiterado ao presidente Wanderley o pedido de aumento de leitos: *“Preencheu-se hontem ás 6 horas da tarde na segunda viagem do escaler de transporte o numero de 30 doentes, e não existindo mais leitos algum desocupado, vou pedir a V. Ex.<sup>a</sup> que haja de ordenar que me sejam hoje mesmo remettidas camas de vento, ou marquezas de pau em substituição das camas de pés de ferro como pedi na relação que enviei a V. Ex.<sup>a</sup> bem como caixões e travesseiros havendo estes objectos promptos no mercado segundo me consta peço igualmente a V. Ex.<sup>a</sup> que se digne ordenar com toda urgencia o fornecimento da rouparia, attento ao apuro em que nos achamos<sup>(13)</sup>”.*

Segunda-feira, 15 de maio – O diretor encaminhou a *“Relação dos objectos precisos para o Hospital de Montserrat em virtude do augmento que se tem de faser.”*

*“Secenta leitos de madeira com pés de ferro.*

*Oitenta colxões.*

*Secenta travesseiros.*

*Cento e vinte fronhas.*

*Duzentos e cincoenta lensoes.*

*Quarenta e oito pares de meias de lã.*

*Dusentas e cincoenta camisas.*

*Cincoentas, digo secentas cadeiras ou bancas com urinoes.*

*Secenta chinellas de solla dobrada.*

*Secenta cobertores de baêta.*

*Dose toalhas de algodão para a mesa de jantar de vinte quatro pessoas.*

*Trinta e seis tualhas para mãos e rosto.*

*Trinta e seis cadeiras de palhinha.*

*Uma mesa de jantar para vinte e quatro pessoas, podendo ser feita sobre cavalletes<sup>(13)</sup>”.*

No mesmo dia, informou: *“O intendente da Marinha tem fornecido por emprestimo alguns objectos como 8 camas, 30 lençoes, e 10 camisas, unicas disponiveis, não podendo obter da Santa Casa da Misericordia cousa alguma por não haver ali sobresallente, como me disse o Provedor d’aquella casa<sup>(13)</sup>”.*

Quinta-feira, 18 de maio – Preocupado pelo não cumprimento da entrega da chave de uma casa alugada para prover mais comodidade aos enfermos, o diretor tomou a iniciativa de alugar outra propriedade, em virtude de não poder mais postergar a utilização de mais um edifício para atendimento às pessoas atingidas pela epidemia. Nestes termos oficiou ao presidente da província: *“Não me tendo sido hontem entregue a chave da propriedade dos herdeiros de Martinho de Campos, o que se achava por V. Ex.<sup>a</sup> approvada para maior commodo dos doentes, pretextando-se que por ora não podião entregar m’a, quando foi de condição, à que promptamente annuirão, dar-m’a no dia 17 do corrente; por essa falta de comprimento de tracto, e pela necessidade em que estamos, não sendo possível admittir-se esperas, contractei na baixa de Mont-Serrat a propriedade do Major Francisco Baldoino Ferre.<sup>a</sup> pela quantia de 600\$ por um anno, e com as mesmas condições em que aquelle o fora, ficando de me entregar a chave hoje, e está para esse fim mudando a sua familia, que a occupava.*

*Esta propriedade he nova, não precisa de reparo, sujeitando-se o proprietario a fase-las, quando necessite, e apesar de não ter tantos commodos, como aquella outra, com tudo preenche o fim á que se destina<sup>(13)</sup>”.*

Sábado, 20 de maio – No dia 19 de maio, o Dr. Tito Adrião Rebello realizou a transferência de doentes para a casa alugada: *“Tenho a honra de participar á V. Ex.<sup>a</sup>, que hontem effectuou-se em cadeiras a passagem de 13 doentes convalescentes para a propriedade do Major Fran.<sup>co</sup> Baldoino Ferreira, para esse fim alugada, tendo-me sido entregue a chave no dia 18 do corr.<sup>e</sup> ás 5 horas da tarde.*

*Pela precisão urgente em que se estava não foi possível caia-la antes, o que terá agora lugar nos aposentos desoccupados<sup>(13)</sup>”.*

Segunda-feira, 12 de junho – Ofício do Dr. Tito ao presidente: *“Devolvo á V. Ex.<sup>cia</sup> o officio da Comissão de Hygiene Publica, em o qual V. Ex.<sup>cia</sup> me ordena por seo Despacho que informe, o que compro com a relação que á este acompanha, dos doentes recebidos, em 2º e 3º periodo de molestia do dia 26 de maio findo á 9 do corrente<sup>(13)</sup>”.*

Terça-feira, 4 de julho – Em expediente ao vice-presidente da província da Bahia, Alvaro Tiberio de Moncorvo e Lima, o Dr. Tito tratou da redução de pessoal, e aumento do edificio do hospital para melhor conforto e atendimento aos doentes.: *“Declinando a intensidade da febre amarella, vindo o numero diminuindo de doentes recolhidos ao Hospital; e não havendo por esse motivo precisão dos empregados que forão admittidos, dispedi no 1.º do corrente a um enfermeiro e um servente ficando ainda um enfermeiro dos admittidos á cargo da casa da baixa de Mont-Serrat, podendo-se igualmente dispensar seis Africanos livres, que V. Ex.<sup>cia</sup> ordenará á quem os deva entregar.*

*Aproveito a occasião para solicitar de V. Ex.<sup>cia</sup> a providencia do augmento d’esto edificio, tanto para maior commodo dos doentes, e empregados como para haver salas de sobreexcellente para mudança dos doentes d’umas para outras, e poder desinfecar-se as enfermarias, providencia esta que foi approvada na reunião do dia 11 de Maio corrente, que dão lugar á tomar-se d’aluguel por um anno a casa na baixa de Mont-Serrat, sendo já desd’anno passado sentida por V. Ex.<sup>cia</sup>, quando se dignou mandar fechar parte das varandas do edificio, o que de muito nos valêo na calamitosa quadra por que agora passamos.*

*Releve-me V. Ex.<sup>cia</sup> que informe, que, não ha ainda a planta, nem orçamento para o augmento projectado<sup>(13)</sup>”.*

Sexta-feira, 21 de julho – Ao vice-presidente Alvaro Tiberio de Moncorvo e Lima: *“Communico a V. Ex.<sup>a</sup> que se acha gravemente enfermo, e em perigo de vida o Africano livre Porfiro – nação nagô, empregado no serviço d’esto Hospital<sup>(13)</sup>”.*

Sábado, 22 de julho – Ao vice-presidente: *“Communico a V. Ex.<sup>a</sup> que hontem ás 7 horas da noite falleceu de febre pernicioza ou maligna, tendo sido medicado convenientemente, o Africano livre Porfiro, - nação nagô de numero 202, o qual se achava em perigo de vida conforme officiei a V. Ex.<sup>a</sup> em data de hontem.”*

O dito officio foi encaminhado a *“1.ª Secção – Off.<sup>ar</sup> ao Chefe de Policia e a Thez.<sup>a</sup> P.<sup>l</sup> na m.<sup>ma</sup> data<sup>(13)</sup>”.* Quarta-feira, 23 de agosto – Ofício ao vice-presidente

Alvaro Tiberio de Moncorvo e Lima, quando o diretor trata do preciso aumento e melhoramento do hospital: *“Em cumprimento ao respeitavel despacho de V. Ex.<sup>a</sup> exarado no officio do Engenheiro Francisco Primo de Souza Aguiar á que acompanha a planta e orçamento para o augmento e melhoramento do Hospital de Mont-serrat, o que tudo devolvo a V. Ex.<sup>a</sup> pela maneira seguinte.*

*O Engenheiro de que se trata, encarregado por V. Ex.<sup>a</sup> de levantar a planta e fazer orçamento dos melhoramentos indispensaveis para o Hospital de Mont=serrat, teve comigo diversas conferencias e afinal chegamos ao acordo de diminuir parte do edificio projectado, por quanto sendo de absoluta necessidade, que fossem 4 os salões para as enfermarias, fim de haver sempre um ou dois desoccupados para poder-se desinfectar os que estivessem, ficou reduzido por economia á 2 com capacidade de receber cada um vinte quatro leitos ou ambos 48, numero sem duvida diminuto, attento a affluencia de doentes recebidos neste anno que só no mez de Maio chegou ao de 152, tendo 62 leitos occupados, o que deu lugar por falta de commodos á tomar-se uma outra caza de aluguel distante da do Hospital: ficando assim cortada a planta á principio projectada pela subtracção dos dois salões, fasendo-se os reparos indispensaveis no actual edificio, que só tem capacidade para 30 doentes, poder-se-hão em parte pre-encher as condições Hygienicas e muito recommendadas pelos praticos dos hospitais d’esta natureza. Sendo o Governo feito a aquisição por compra do predio e chacara que estabeleceu-se o Hospital da febre amarella foi logo sentida a necessidade de augmentar-se o edificio, pois que uma caza particular não pre-enchia o fim de sua instituição, porem a urgente precisão de prestar-se prompto soccorro ás victimas, atacadas de tão terrivel epidemia, não permittio que d’isso se tratasse, havendo somente tempo para pequenos reparos e o aceio indispensavel.*

*As obras orçadas, tanto do caminho que se torna intransitavel no Inverno, epocha em que nos tem visitado a febre nestes dois ultimos annos, como o reparo do muro ao lado do edificio, (cuja obra já*

*estava orçada e amiaça ruina) são igualmente de absoluta necessidade.*

*V. Ex.<sup>a</sup> permittirá que com franqueza declare, que, sinão fossem as promptas medidas e providencias energicas por V. Ex.<sup>a</sup> ordenadas, de serem os individuos logo que atacados da febre, recolhidos á este Hospital, que pela sua localidade e distancia do centro da cidade, preenche o fim, para que foi criado, prohibindo-se o recibimento de doentes desta ordem em todos os demais hospitais, teriamos de certo de vêr a epidemia propagar-se accomettendo aos de terra não aclimatados, o que felizmente não se deu este anno, pois forão rarissimos esses casos, recebendo o Hospital de 1.<sup>o</sup> de Março até Julho findo 307 doentes todos estrangeiros recém-chegados, e de marinha mercante, e se tivemos, como é de suppor, a infelicidade de sermos no tempo competente visitados da febre, é mister que estejamos prevenidos de alojamentos appropriados afim de ver se conseguimos ter menos victimas, sendo isso que já se praticcou no idêntico Hospital de Jurujuba<sup>M</sup> do Rio de Janeiro, attribuindo-se com todo acerto o seu distincto e illustrado Director o D.<sup>r</sup> Paula Candido<sup>N</sup> o feliz resultado dos doentes ali recolhidos aos melhoramentos, e commodos feitos nesse edificio: relêve V. Ex.<sup>a</sup> que diga que a precisão urgente dos Melhoramentos no Hospital existente foi já sentida e lembrada pela illustre Comissão de Hygiene Publica na reunião do dia 11 de Maio do corrente no Palacio do Governo, sendo apoiada pelos medicos estrangeiros e corpo Consular ahi presentes, reclamando a Commisão sobre o mesmo objecto em seo officio por mim informado á V. Ex.<sup>a</sup> em 13 de Junho do corrente, solicitando eu de V. Ex.<sup>a</sup> essa providencia em officio de 4 de Julho que deu lugar á que V. Ex.<sup>a</sup> se dignasse mandar levantar a planta e o competente orçamento.*

*Á bem da humanidade soffredora de tão terrivel epidemia, e não se podendo conseguir o desejado fim sem que tenhamos os meios precizos, rogo á V. Ex.<sup>a</sup> , que, tão incansavel tem sido nos melhoramentos materiaes desta Provincia, sendo por varias veses o digno Delegado de Sua Magestade Imperial, que haja de interceder para*

com o Governo do Mesmo Augusto Senhor, afim de se mandarem executar tão urgentes e necessarios melhoramentos, aproveitando-se quanto antes o tempo precioso por se dever considerar este anno quasi extincta a febre amarella<sup>(13)</sup>”.

Sábado, 4 de novembro – Ao presidente Wanderley acerca da saída do último doente: “Tenho a honra de participar a V. Ex.<sup>a</sup> que no dia 8 do corrente completão-se trinta dias da sahida do ultimo doente recolhido a este Hospital, devendo-se no dia 9 executar o Art. 23 do Regulamento, e o Acto da Presidencia de 26 de 8.<sup>bro</sup> de 1853. V. Ex.<sup>cia</sup>, porem, me ordenará o que julgar conveniente<sup>(13)</sup>”.

Quinta-feira, 9 de novembro de 1854 – Sobre o fechamento do hospital: “Em virtude do officio de V. Ex.<sup>a</sup> de 6 do corrente teve lugar hontem o fechamento deste Hospital, observando-se o Acto da Presidencia de 26 de Outubro de 1853 como resultado dos trabalhos deste anno tenho a honra de apresentar a V. Ex.<sup>a</sup> o quadro statistico dos doentes recebidos.”

À margem do officio: “Off. ao Ministro do Imperio em 15 de Nov 1854<sup>(13)</sup>”.

Segunda-feira, 12 de fevereiro de 1855 – Nessa data, foi emitido o mapa de doentes de febre amarela recolhidos ao hospital de Mont-Serrat desde 2 de Março, até 8 de Novembro de 1854, em que foi fechado o dito hospital por falta de doentes<sup>(13)</sup>.

Foram recolhidos estrangeiros das seguintes nacionalidades: americanos, austríacos, belgas, dinamarqueses, franceses, “hamburguezes”, espanhóis, holandeses, ingleses, “mecklemburguezes”, portugueses, sardos, suecos e de outras nações. Infelizmente, não está consignada a estatística referente aos “Nacionaes” internados.

A estatística relativa aos estrangeiros atendidos apresenta o seguinte resultado:

“TOTAL

Recolhidos ao Hospital	325
Fallecerão	129
Sahirão curados	196
Somma	325 <sup>(13)</sup> ”.

“Segundo os esclarecimentos prestados pelo Medico Director do Hospital de Mont-Serrat, consta: 1.º que os doentes recolhidos e que obtiverão cura entrarão 157 no primeiro periodo,

32 no segundo, e 7 no terceiro; e dos que fallecerão entrarão no primeiro periodo 29, no segundo 51, e no terceiro 7: 2.º que de 186 entrados no primeiro periodo, fallecerão 29, mortalidade que regula 15 por % pouco mais ou menos; entretanto que foi ella maior nos do segundo periodo, por que, tendo entrado 85, morrerão 51, crescendo ainda mais a differença, a respeito dos do terceiro periodo, dos quaes só se salvarão 7, sendo 56 o numero dos entrados para o Hospital, observando entretanto que 40 d’estes ultimos forão recebidos agonizando, e durarão poucas horas, pelo que crê que o periodo mais ou menos adiantado da febre influe muito no bom ou máo êxito do tratamento: 3.º que foi depois das medidas repressivas tomadas pela Presidencia, de accordo com a Commissão de Hygiene Publica, que a estatistica do Hospital melhorou, por que até então só erão para ali remettidos doentes no segundo e terceiro periodos: 4.º que, sendo recebidos 325 enfermos, restabelecerão-se 1986, e fallecerão 129, regulando, por conseguinte, 59 ½ por %, pouco mais ou menos inclusive os 40 agonisantes, e excluidos estes 31 por %, resultatado (sic), que não julga desfavoravel á vista da intensidade da epidemia: 5.º que doentes houverão que depois de terem suado copiosamente, e purgado convenientemente, conservarão a pelle humida e macia, pulso quase normal, estado geral animador, e dizião sentirem-se bem; e que sendo-lhes n’estes termos, sem perda de tempo applicado sulfato de quinina, afim de obstar a passagem do 2.º ou 3.º periodo á pezar d’isto apparecia o vomito negro, e a consequencia era a morte: 6.º que as formas mais freqüentes forão as icteroides e hemorragicas, que quase sempre concomitarão, seguindo-se depois o vomito negro, e que estas formas revestirão outras, como a convulsa, a adynamica, a comatosa, a delirante, e a algida: 7.º que os meios curativos empregados forão diversos, e variados, conforme reclamavão o periodo da molestia, e as circunstancias individuaes, tirando-se proveito em alguns casos de vomito negro, do succo da laranja, deluido com pequena porção d’agua, do chá da Índia, do cosimento de arroz com poucas gotas de laudano liquido de Sydenham, ajudados dos episparticos: e



que para outros individuos a quem estes meios não aproveitarão se applicavão as affusões ou emborçações d'agua fria, envolvendo-os depois em baetas para ajudar a reacção, com que conseguia-se parar o vomito, calmar o delirio, sustar as hemorragias, augmentar a secreção urinaria, e regularisar as outras funcções; 8.º que fora sempre ministrado a esses doentes o vinho Madeira deluido, para manter ou ajudar as forças da natureza, até poderem receber alimento; curando-se muitas vezes as superficies veficadas com uncto de porco opiado, quando ellas se tornavão sangrentas, e arroxeadas: o que pareceu concorrer para calmar o vomito, e diminuir a hemorragia: 9.º que o sulfato de quinina aproveitou em outros casos, que não no vomito negro, á pezar de que alguns praticos o recommendão, e com vantagem, especialmente acerca dos meios que mais aproveitão no vomito negro por ser a forma mais atteradora, e a mais difficil de ser curada; e por não haver nada de particular em outros meios applicados nas diferente formas.

*Secretaria do Governo da Bahia, 12 de Fevereiro de 1855*"

*O Secretario*

*Luiz Maria Alvares Falcão Muniz Barreto*<sup>(13)</sup>".

A conclusão das pesquisas historiográficas em fontes primárias, manuscritas e impressas, em derredor do funcionamento do hospital de Mont-Serrat, para recolhimento dos atacados pela epidemia de febre amarela, no decorrer do ano de 1854, evidencia a tenacidade do seu diretor, Dr. Tito Adrião Rebello, na labuta para superar os óbices administrativos, gerados pela carência de verba, estabelecidos pela burocracia do governo da província da Bahia, que emperrava a sua azáfama de gerir as atividades do hospital em tela, na terrível quadra da eclosão da epidemia da febre amarela.

São apresentados os sintomas principais, o prognóstico e o empirismo da terapêutica nos achaques do morbo. A análise do mapa de doentes, relativo ao ano de 1854, mostra circunstanciado estudo do movimento do hospital.

Em observância ao determinado no Ato da presidência, de 26 de outubro de 1853, consoante artigo 8.º do mesmo instrumento legal, que criou o

Hospital de Mont-Serrat, o diretor, Dr. Tito Adrião Rebello, fechou o nosocômio, quando se registou a ausência de doentes internados.

### Notas

<sup>A</sup> Por muito tempo, a origem da febre amarela era uma incógnita, como se depreende dos comunicados e instruções dos facultativos e conselhos de salubridade. Às condições climáticas e miasmáticas e do ar, que transportava a peste, acreditava-se, e que era contaminado pelas eclipses da lua e do sol, eram atribuídas a origem da febre amarela. O médico cubano Carlos Juan Finlay y de Barrés (1833-1915) aventou, em 1881, que o mosquito rajado "*Stegomyia fasciata*", posteriormente chamado de "*Aedes aegypti*", seria considerado como agente de transmissão vetorial da febre amarela, o que foi confirmado, em 1900, pelo major médico, dos Estados Unidos, Walter Reed (1851-1902).

<sup>B</sup> Francisco Gonçalves Martins – Ao depois Barão e Visconde de São Lourenço. Durante a epidemia de febre amarela, em 1849, era o presidente da província. (de 12 de outubro de 1848 a 26 de março de 1850). Governou a Bahia por vários períodos.

<sup>C</sup> "Falla" – Relatório apresentado pelos presidentes das províncias, no azo da abertura da Assembléia Legislativa, geralmente no 1.º dia do mês de março, no início de cada exercício.

<sup>D</sup> João Mauricio Wanderley – Ao depois Barão de Cotegipe – 20º presidente da província da Bahia, de 20 de setembro de 1852 a 18 de maio de 1853; vice-presidente de 1º de outubro a 1º de junho de 1854 e de 19 de setembro de 1854 a 1º de maio de 1855.

<sup>E</sup> Dr. Tito Adrião Rebello – (1817-1867), nascido e falecido na província da Bahia, sustentou tese inaugural em 26 de novembro de 1839, da cadeira de obstetrícia, que versava sobre "*Prenhez uterina e os signaes que a caracterizam*". Primeiro diretor do hospital de Mont-Serrat; provedor da "*Caza de Inspeção de Saude do porto*".

<sup>F</sup> Hospício: Recolhimento ou casa de caridade, funcionado em casas e, principalmente, em conventos e igrejas onde, freqüentemente, em apenas um salão, se hospedavam indigentes, ou pessoas outras recomendadas por meio de ofício; também eram curadas pessoas pobres. Na cidade da Bahia, no século XIX, estavam em atividade o Hospício da Palma, de Nossa Senhora da Piedade, de Mont-Serrat, de Jerusalém, do Pilar e da Congregação do Oratório de São Felipe de Nery. Eram administrados por religiosos, com o título de Vice Comissário e Padre-Prefeito. Não tem conotação com hospício ou asilo de alienados.

<sup>G</sup> Alvaro Tiberio de Moncorvo e Lima – Vice-presidente em vários exercícios, desde dezembro de 1849, repetindo o mandato, por diversas nomeações, em 1850, 1851, 1852, 1853, 1854, 1855 e nomeado presidente, o 21.º, em agosto de 1855 e exonerado em junho de 1856.

<sup>H</sup>O Dr. John Ligertwood Paterson - (1820-1882), nascido no condado de Aberdeen, Escócia, ao lado dos Drs. <sup>J</sup>Otto Edward Henry Wucherer, - (1820-1873), que nasceu na cidade do Porto e José Francisco da Silva Lima, (1826-1910), nascido na aldeia de Vilarinho em Portugal, foram os criadores da celebrada Escola Tropicalista Baiana, utilizando o método experimental no estudo das endemias que desafiavam a medicina brasileira.

<sup>I</sup>Dr. João Francisco de Almeida – (1796-1855), Lente de Medicina Legal (1833 a 1855); diretor da Faculdade (1844 a 1855).

<sup>J</sup>Engenheiro André Przewodowski – (1799-1879), nascido em Varsóvia, naturalizou-se brasileiro; foi muito solicitado pelos presidentes da província para realizar grandes obras. Iniciou as do edifício da Alfândega.

<sup>K</sup>Períodos da moléstia – Facultativos que clinicavam na época do aparecimento da febre amarela no Brasil, na metade do século XIX, registavam, com ligeiras variações e discordâncias, os sintomas principais: febre, pele ardente, cefaléia, lombo-raquialgia transversa (coup de barre), epigastralgia, sede intensa, tremores nas mãos e língua (primeiro período); delírio, icterícia e vômitos biliosos (segundo período); hemorragias múltiplas, vômitos negros, evacuações negras, anúria, fenômenos atáxicos e adinâmicos, convulsões e coma (terceiro período).

<sup>L</sup>Hospital de Jurujuba – Estabelecido em Niterói, foi criado em 3 de janeiro de 1853, também conhecido como Hospital Marítimo de Santa Isabel. Mais tarde, no século XX, recebeu o nome de Hospital Paula Cândido.

<sup>M</sup>Dr. Paula Cândido – Francisco de Paula Cândido, nome do primeiro presidente da Junta Médica do Hospital de Jurujuba, Niterói.

### Fontes Primárias Manuscritas

6. Arquivo Público do Estado da Bahia. Presidência da Província. Hospício – 1837-1865. Seção de Arquivo Colonial e Provincial. Maço n° 5391.
7. Arquivo Público do Estado da Bahia. Atos do Governo da Província – 1853-1855. Seção de Arquivo Colonial e Provincial. Maço n.º 967.
8. Arquivo Público do Estado da Bahia. Correspondência recebida do presidente do Conselho de Salubridade – 1840-1862. Seção de Arquivo Colonial e Provincial. Maço n.º 5315.
9. Arquivo Público do Estado da Bahia. Presidência da Província. Comissões do Governo. Comissões de Higiene Pública – 1852-1867. Seção de Arquivo Colonial e Provincial. Maço n° 1585.
13. Arquivo Público do Estado da Bahia. Fundo: Governo da Província. Série Saúde. Hospital Mont-Serrat – 1843-1885. Seção de Arquivo Colonial e Provincial. Maço n° 5387.

### Fontes Primárias Impressas disponíveis na Biblioteca do Arquivo Público do Estado da Bahia

2. “Pitta SR. Historia da America Portuguesa, desde o anno de mil e quinhentos, do seu descobrimento, até o de mil e setecentos e vinte e quatro. Lisboa Occidental, na Officina de Joseph Antonio da Silva”, 513p. 1730.
3. “Falla/ Que Recitou/ o Presidente da Provincia/ da Bahia/ o Conselheiro Desembargador/ Francisco Gonçalves Martins,/ n’Abertura/ da/ Assembléa Legislativa/ da/ Mesma Provincia/ em 1. de Março de 1850/ Bahia./ Typographia Constitucional/ de V. R.º Moreira,/ Rua das Portas do Carmo Casa n. 33./ 1850”.
4. “Falla Que Recitou/ o Presidente da Provincia da Bahia/ Conselheiro Francisco Gonçalves Martins,/ n’Abertura/ da/ Assembléa Legislativa/ da/ Mesma Provincia/ no 1. de Março de 1852. Typographia Const/. de Vicente Ribeiro Moreira,/Rua do Tijolo Caza n.10./1852”.
5. “Falla Que Recitou/ o Exm.º Presidente/ da Provincia da Bahia/ o Doutor. João Mauricio Wanderley,/ n’Abertura/ da Assembléa Legislativa/ da/ Mesma Provincia/ no 1.º de Março de 1853./ Bahia./ Typographia Constitucional/ de Vicente Ribeiro Moreira,/ Rua do Maciel de Baixo, Casa n. 56./1853”.
10. Manuscrito de Relatório em 1.º de Outubro de 1853 pelo Vice-Presidente da Província da Bahia, Alvaro Tiberio de Moncorvo e Lima./ Biblioteca do Arquivo Público do Estado da Bahia.
11. “Falla Recitada/ na Abertura da Assembléa Legislativa da Bahia/ pelo Presidente da Provincia/ o Doutor João Mauricio Wanderley/ no 1.º de Março de 1954./ Bahia./ Typographia de Antonio Olavo de França Guerra e Comp./ Rua do Tira-Chapéu, casa n.º 3./ 1854”.
12. “Falla Recitada/ na Abertura da Assembléa Legislativa da Bahia/ pelo Presidente da Provincia/ o Doutor João Mauricio Wanderley/ no 1.º de Março de 1955”.Bahia./ Typographia de Antonio Olavo de França Guerra e Comp./ Rua do Tira-Chapéu, casa n.º 3./ 1855”.

### Fonte Secundária Impressa

1. Britto ACN. A medicina baiana nas brumas do passado. 1ª edição, Salvador: Contexto & Arte Editorial, 375p., 2002.

# Bioética: Um Estudo de Caso Pediátrico<sup>1</sup>

## Bioethics: A Pediatric Case Study

Isabel Carmen F. Freitas

*Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil*

**A Bioética é o estudo da conduta humana, revisada à luz dos valores e dos princípios morais. Na Medicina contemporânea, com o avanço dos conhecimentos técnicos-científicos, surge um número crescente de dilemas éticos em relação à prática médica, seus limites e tendências. O objetivo deste trabalho é relatar um destes dilemas em Pediatria e proceder à discussão baseada na teoria do princípalismo, revisando alguns dos seus conceitos fundamentais.**

**Palavras-chave: Bioética, princípalismo, Pediatria, dilema ético.**

*Bioethics is the study of human behavior with respect to values and moral principles. In contemporary medicine, advances have occurred in scientific and technical knowledge, resulting in a growing number of ethical dilemmas regarding the practice of medicine, its limits and trends. The objective of this study is to report on one of these dilemmas in pediatrics, to discuss the issue using the principle-based theory (princípalism) and to review some of its fundamental concepts.*

**Key words: Bioethics, princípalism, Pediatrics, ethical dilemma.**

A Bioética é uma ciência que faz o estudo sistemático da conduta humana nas áreas das ciências da vida e dos cuidados à saúde, na medida em que essa conduta é examinada e baseada nos valores e princípios morais da sociedade<sup>(1)</sup>.

O entendimento sobre Bioética passa pelo conhecimento dos direitos e não apenas dos deveres, pela reflexão das ações e pelo respeito à diversidade humana, e, por isto, deve ser diferenciada dos saberes do Direito e da Moral<sup>(1,5,10)</sup>. A Ética busca estabelecer normas e justificativas para as regras propostas ou estabelecidas pelo Direito e pela Moral, enquanto a Bioética vai mais além, ao defender os valores morais

Recebido em 24/10/2005

Aceito em 14/12/2005

Endereço para correspondência: Profa. Isabel Carmen F. Freitas, Departamento de Pediatria, Pavilhão de Aulas da Faculdade de Medicina da Bahia/Projeto NEMA, Campus UFBA-Canela, Av. Reitor Miguel Calmon s/nº, bairro Canela, 40110-100 Salvador, Bahia, Brasil.

Endereço eletrônico: wicfreitas@uol.com.br.

**Gazeta Médica da Bahia** 2005;75(2):Jul-Dez:185-189.  
© 2005 Gazeta Médica da Bahia (ISSN 0016-545X).  
Todos os direitos reservados.

universais, não estabelecendo regras ou normas, mas buscando soluções e adotando vários modelos explicativos para uma mesma situação<sup>(1,5)</sup>.

O conhecimento por parte dos pacientes e familiares dos avanços tecnológicos da Medicina, as mudanças no conceito de saúde e do modelo de relação médico-paciente paternalista, no qual o médico exercia a sua autoridade e poder, para um modelo contratualista, no qual, o profissional, detendo os conhecimentos e habilidades, assume junto com o paciente, a tomada de decisões, respeitando o estilo de vida da pessoa humana, os seus valores morais e pessoais<sup>(9, 10)</sup>, contribuíram para novos padrões de conduta na Medicina contemporânea e ampliação dos conflitos em relação às práticas assistenciais.

### Princípios da Bioética

Com o surgimento da Bioética na década de 70 do século XX, fez-se necessário estabelecer uma metodologia para analisar os diversos problemas éticos que emergiam na área da saúde. Beauchamp<sup>(1)</sup>,

influenciado pelas teorias deontológica e consequencialista, propôs um modelo, o principialismo, fundamentado em quatro princípios básicos: não-maleficência, beneficência, respeito à autonomia e justiça.

Os princípios não seguem uma hierarquia de superioridade e não possuem um caráter absoluto, mas servem como orientações para uma tomada de decisão por parte do profissional, que possa ser sustentada de público, e que vise, acima de tudo, à proteção do ser humano.

Beneficência é um princípio reconhecido em todas as religiões e expresso na Medicina desde o juramento de Hipócrates, e quer dizer: “fazer o bem”, ou seja, representa a obrigação moral de agir para o benefício do outro<sup>(1)</sup>. Segundo Kipper<sup>(8)</sup>, nas sociedades em desenvolvimento, este princípio rege as orientações em relação à prática e à conduta profissional. No âmbito da pesquisa, significa garantir o bem-estar do indivíduo submetido à experimentação e proporcionar o desenvolvimento de informações que possam assegurar esta garantia no futuro<sup>(17)</sup>.

O princípio da não-maleficência é considerado por muitos como o princípio fundamental da tradição hipocrática da ética médica, e significa não causar danos<sup>(1)</sup>. Conhecido na sua versão latina como *primum non nocere*, representa uma exigência moral da profissão médica. O não-cumprimento deste princípio coloca o profissional em uma situação de risco de haver cometido imperícia ou imprudência.

Autonomia é a capacidade de uma pessoa ser ouvida, fazer ou buscar aquilo que ela julga o melhor para si mesma<sup>(9)</sup>. Essa autodeterminação passa por duas condições fundamentais: capacidade de agir com razão e deliberação e liberdade na ausência de qualquer imposição que possa influir na decisão.

O princípio da justiça é o mais difícil de ser definido. Segundo critério social, esse princípio é associado à equidade da distribuição dos recursos comuns ou coletivos em uma tentativa de equiparar as oportunidades de todos os membros de uma sociedade<sup>(1)</sup>. Não obstante, equidade não é sinônimo de igualdade. O ponto de partida é representado pelas desigualdades e, através delas, tenta-se chegar a um

ponto justo, baseado, por exemplo, em critérios de merecimento. Segundo Hanson<sup>(6)</sup>, as diferentes tendências de interpretação da justiça representam as “frustrações diante da finitude”.

Na pesquisa, o referencial da Justiça está relacionado, sobretudo, ao recrutamento de sujeitos para a pesquisa que participarão de estudos de intervenção, principalmente, ou outro de qualquer tipo<sup>(2 12)</sup>, de forma que os benefícios e prejuízos sejam distribuídos sem vantagens especiais ou desvantagens para um único grupo de participantes, estejam eles mais dependentes ou mais facilmente à disposição dos pesquisadores.

Os princípios acima descritos representam as ferramentas que serão usadas para a análise do dilema ético do caso hipotético e apresentado como atividade acadêmica do curso de Bioética ministrado pela Profa. Eliane Azevedo, da Universidade Estadual de Feira de Santana e professora emérita da UFBA.

## Relato de Caso

B.I.A é uma jovem de 15 anos de idade, portadora de osteossarcoma no terço proximal da tíbia direita, diagnosticado há mais de um ano. Naquela ocasião o tumor já era volumoso, com comprometimento dos tecidos moles adjacentes, causando dor e prejudicando, mas não impedindo, a deambulação. A investigação de metástases pulmonares e ósseas mostrou-se negativa. Submeteu-se ao primeiro esquema de quimioterapia, somente após três meses do diagnóstico, devido à dificuldade de vagas no serviço médico de referência para tratamento oncológico pediátrico. Recebeu alta hospitalar para continuar o tratamento ambulatorial. Nos exames controles ambulatoriais iniciais, as imagens mostraram pouca redução do volume tumoral e foi proposta uma cirurgia de amputação da perna direita para controle da lesão tumoral. A família recusou o procedimento e a partir desta data não mais retornou ao ambulatório. Há uma semana a jovem regressa ao hospital, trazida pelos pais, com importante hemorragia no local do tumor, que mostra ulceração e necrose. Realizados os exames pré-operatórios, verifica-se a presença de

múltiplos nódulos metastáticos em ambos os pulmões, e a paciente passa a apresentar desconforto respiratório. O oncologista indica a transfusão sanguínea e a amputação do membro, no intuito de controlar o sangramento e aliviar a dor, pois a quimioterapia não mais estava indicada, considerando o estágio avançado da doença; a família aceita o procedimento, mas a adolescente recusa veementemente a cirurgia. Os pais questionam se a jovem, sendo adolescente, pode tomar esta decisão. O médico oncologista solicita então um parecer do Comitê de Bioética da instituição.

### Discussão do Dilema Ético

Segundo Mackay & O'Neill<sup>(10)</sup>, a análise de um caso de Bioética segue as seguintes orientações: 1. identificação do problema principal; 2. análise dos fatos e das pessoas envolvidas; 3. identificação dos valores implicados; 4. deliberação sobre o conflito: cursos de ações possíveis, reais e factíveis; 5. avaliação das orientações possíveis para a tomada de decisão; 6. critérios de segurança: defender a decisão publicamente e verificar se a decisão é antijurídica. Para isso, é recomendável considerar o maior número de perspectivas para enriquecer a análise, antes de uma proposta de decisão:

A) Identificação do problema principal: a paciente descrita é portadora de uma doença oncológica em estágio avançado e recusa-se a aceitar o procedimento cirúrgico: amputação de um membro, indo de encontro à posição da família. O médico é questionado pela família em relação a esta decisão, pelo fato da paciente ser uma adolescente.

B) Pessoas envolvidas: pais, oncologista e adolescente.

C) Análise dos fatos: o diagnóstico tardio da doença e a grande dimensão da tumoração; a demora para iniciar o tratamento quimioterápico, considerando-se a escassez de vagas no serviço de referência; a recusa da família em aceitar a cirurgia (amputação) na época da primeira indicação médica; o abandono do

acompanhamento ambulatorial; o retorno ao Serviço de Saúde motivado por complicações e o avanço da doença, com evidentes metástases tumorais; a mudança de opinião da família; a nova indicação de procedimento cirúrgico, agora paliativo; e o questionamento dos pais em relação à decisão da jovem paciente, contrária à indicação do membro afetado pela neoplasia.

### Identificação dos Valores em Questão

Os primeiros dois fatos revelam a quebra do princípio da Justiça. Trata-se de uma desigualdade iníqua, aquela que é devida à dificuldade de acesso aos serviços de saúde ou decorrente da atenção inadequada por parte dos mesmos, e que obstaculiza o prognóstico de pacientes com diversas doenças que necessitam de diagnóstico e intervenção precoces<sup>(8)</sup>. A saúde como direito fundamental foi adotada no Estatuto da Criança e do Adolescente<sup>(4)</sup>, que salienta ser a mesma um dever do Estado e direito de todo cidadão.

O terceiro fato revela o conflito do princípio da autonomia por procuração<sup>(7,8,9,10)</sup>. O direito dos pais decidirem pelos filhos está fundamentado nos direitos da responsabilidade parental. De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente<sup>(4)</sup>, os pais podem ser denunciados e ter a sua autonomia parental destituída, em função da proteção ao menor, quando as suas atitudes incorrem em situações de riscos ou danos para os filhos.

No caso descrito, os pais desrespeitaram o princípio da Beneficência do tratamento cirúrgico, não havendo registro sobre a opinião da paciente naquele momento e também sobre as informações médicas que foram transmitidas à família no momento. Há sempre a necessidade de que a equipe esclareça sobre os benefícios e riscos dos procedimentos a serem instituídos, tanto para o paciente quanto para a família<sup>(5)</sup>. Nesse caso, a responsabilidade do oncologista em discordar da conduta dos pais poderia garantir o direito do tratamento da adolescente e o respeito ao princípio da Beneficência. A inclusão da adolescente na discussão seria de fundamental importância para a

tomada de decisão<sup>(9, 13, 14)</sup> e representaria o reconhecimento da sua capacidade de participação e autodeterminação, inerente ao desenvolvimento moral do ser humano nesse momento da vida.

Quando o risco da terapia proposta é pequeno em relação aos benefícios, pode haver necessidade, não havendo a concordância dos pais, do apoio da jurisprudência local<sup>(2, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14)</sup>, recurso que pode ser utilizado pelo médico, em última instância, constatada a falência do aconselhamento familiar.

O quarto fato pode representar uma negligência da família ou de decisão determinada por seus valores morais. É importante a caracterização dos fatos, pois a negligência é vista como uma forma de violência ao menor e deve ser combatida dentro da nossa sociedade<sup>(4)</sup>. O abandono do tratamento pode ter contribuído para o agravamento mais rápido do quadro clínico.

O quinto fato mostra o agravamento do quadro que poderia ser oriundo do avanço natural da doença ou pelo abandono do tratamento. Outras alternativas de tratamento devem ser consideradas, como a analgesia e o apoio psicológico da adolescente e seus pais.

O sexto fato registra a ambivalência da família<sup>(10, 15, 18)</sup>, o seu provável arrependimento em relação à decisão anterior. Mais uma vez, é importante ouvir a jovem; se a mesma expressa coerência e lucidez no seu discurso, este deve ser valorizado, apesar da sua idade. Segundo as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria<sup>(3)</sup>, o médico que atende adolescentes deve seguir as seguintes recomendações: 1. reconhecer o adolescente como indivíduo capaz, desde que a sua coerência de idéias e lucidez permita; 2. respeitar a individualidade, a privacidade e a confidencialidade do adolescente, mantendo uma postura de acolhimento, centrada na saúde e no bem-estar do jovem; 3. garantir o sigilo, exceto nas situações de risco para o adolescente ou terceiros.

A indicação do procedimento cirúrgico representa o principal conflito, considerando-se o avanço da doença. A amputação do membro nesse momento representa um tratamento com um risco elevado e não justificado, visto que, considerando a opinião da paciente, gerará mais dor, sofrimento e desgaste

emocional e não trará vida livre de doença, e representará o desrespeito ao princípio da não-maleficência. A atitude médica em oferecer um procedimento cirúrgico paliativo pode representar o pensamento movido pela necessidade do profissional de manutenção da vida, independente da sua qualidade, o que pode ser justificado pelo seu axiograma de valores, pelos seus aspectos formativos<sup>(5, 11)</sup>.

A posição dos pais em relação a aceitar o procedimento cirúrgico em detrimento da opinião da jovem pode representar o sentimento de culpa pelo abandono do tratamento e o medo de errar outra vez.

### **Cursos de Ação que Poderiam ser Adotados**

1. Realizar a amputação: representaria o desrespeito ao princípio da autonomia da paciente e aumentaria a possibilidade de riscos em relação aos benefícios gerados pelo procedimento, caracterizando assim a maleficência.
2. Não realizar a amputação: representa o respeito aos princípios da autonomia da paciente, da não-maleficência e da beneficência (indiretamente).

### **Sugestões e Fundamentação para a Deliberação do Conflito**

1. A amputação não é recomendável.
2. A família deve ser assistida e orientada a respeitar a decisão da paciente.
3. A equipe médica deve prover o atendimento das necessidades apresentadas pela paciente.

A tomada de decisão deve ser compartilhada por todos os envolvidos: os profissionais trazendo os conhecimentos e habilidades e orientando a conduta técnica, o paciente e a família explicitando seus valores e necessidades, considerando os riscos e benefícios do tratamento proposto<sup>(16)</sup>. O ponto de vista a ser refletido neste caso é, em primeiro lugar, respeitar a dignidade humana, com o direito de morrer com

conforto e alívio de sofrimento, o que muitas vezes representa uma substituição das técnicas, em prol da presença e da oferta de sentimentos positivos, como o amor e o carinho, ou seja, o exercício pleno da solidariedade humana.

### Nota do Editor

<sup>1</sup> Relato de caso apresentado no Curso de Bioética em 2005.1, ministrado pela Profa. Eliane Azevêdo, do Programa de Alunos especiais-docentes (PAED) da Associação do Curso de Pós-graduação em Medicina e Saúde (ACPgMS) do CPgMS da Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA.

### Referências Bibliográficas

1. Beauchamp TL. Methods and principles in biomedical ethics. *J med Ethics* 29: 269-74, 2003.
2. Caskey JD, Rosenthal SL. Conducting research on sensitive topics with adolescents: ethical and developmental considerations. *J Dev Behav Pediatr* 26: 61-66, 2005.
3. Crespim J. Ética no atendimento de adolescentes. *In: Coates V, Beznos GW, Françoso LA (ed), Medicina do Adolescente. 2ª edição, São Paulo: Sarvier, p.35-38, 2003.*
4. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069, 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm)>. Acesso em 13 de outubro de 2005.
5. Goldenberg MJ. Evidence-based ethics? On evidence based practice and the “empirical turn” from normative bioethics. *BMC med Ethics* 6: 11, 2005.
6. Hanson S. Engelhardt and children: The failure of libertarian bioethics in pediatric interactions. *Kennedy Inst Ethics* 15: 179-198, 2005.
7. Kipper DJ. To what extent do parents have the right to decide for their children. *J Ped (Rio Janeiro)* 73: 67-74, 1997.
8. Kipper DJ. O problema das decisões médicas envolvendo o fim da vida e propostas para a nossa realidade. *Bioética* 7: 59-70, 1999.
9. Lysaught MT. Respect: or, how respect for persons became respect for autonomy. *J med Philos* 6: 665-680, 2004.
10. Mackay E, O’Neill P. What creates the dilemma in ethical dilemmas? Examples from psychological practice. *Ethics Behav* 2: 227-244, 1992.
11. Mc Callum H, Hocking BA. Reflecting on ethical and legal issues in wildlife disease. *Bioethics* 19: 336-347, 2005.
12. McCartney JJ, Beauchamp TL. Ethical issues in pediatric treatment and research. *J Pediatr Psychol* 6: 131-143, 1981.
13. Pinnock R, Crosthwaite J. When parents refuse consent to treatment for children and young persons. *J Paediatr Chil Health* 41: 369-373, 2005.
14. Ross LF. Adolescent autonomy in health care? *APA News Philos Med* 2: 193-200, 2003.
15. Solomon MZ, Sellers DE, Heller KS, Dokken DL, Levetown M, Rushton C, Triuog RD, Fleischman AR. New and lingering controversies in pediatric end of life care. *Pediatr* 116: 872-873, 2005.
16. Valmassoi G, Mazzon D. Informed consent to proposed course of medical treatment recent case law stances. *Minerva Anestesiol* 71: 659-669, 2005.
17. Van Ness PH. The concept of risk in biomedical research involving human subjects. *Bioethics* 15: 364-370, 2001.
18. Zawistowski CA, Frader JE. Ethical problems in pediatric critical care: consent. *Crit Care Med* 31: S 407-410, 2003.

## Memória da Medicina Brasileira nos Primeiros Tempos: Uma Intervenção Arquivística (À Faculdade de Medicina da Bahia em comemoração aos seus 197 anos)

Zeny Duarte, Teresa Coelho, Ana Lúcia Mazur, Victor Freitas, Cíntia Nascimento, Jeane de Almeida  
*Instituto de Ciência da Informação da Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil*

O Memorial de Medicina da Universidade Federal da Bahia – UFBA foi instalado em 1983, no reitorado do Prof. Luiz Fernando Macedo Costa. É constituído de uma documentação histórica em suporte e tipologia diversos, representativa da memória da Faculdade de Medicina da Bahia. Nele foram reunidos, num único espaço, teses, manuscritos, livros, obras de arte, peças e objetos de várias naturezas, o acervo iconográfico, o mobiliário, além de outros documentos produzidos por personagens emblemáticos da nossa cultura médica, que construíram a base da Medicina no Brasil, de grande valor para a historiografia médica. Para Costa<sup>(3)</sup>,

*“O arquivo tem atas, ilustrações e documentos que comprovam a participação da Faculdade nos grandes episódios e na vida política da Bahia, tais como a Guerra do Paraguai e as batalhas de Canudos. (...) Aliás, no presente século, a Faculdade continuou a desempenhar o papel de protagonista central ou mesmo de cenário dos principais acontecimentos da vida da coletividade. Assim, o palco do famoso 22 de agosto de 1932 foi precisamente essa casa. E, quando as tropas que sitiavam a Faculdade, detiveram os idealistas rebeldes, aí encontraram, além dos acadêmicos de Medicina, também os alunos de Direito e Engenharia e até os ginásianos de então, porque a escola era o núcleo de atração para toda a juventude da época. Ademais, por*

*ocasião da II Grande Guerra Mundial, a geração de estudantes de Medicina da década de 40 também participou dos grandes movimentos populares, iniciados justamente nesse mesmo local.”*

Notamos, desde então, o conhecimento do Reitor Prof. Luiz Fernando Macedo Costa sobre as especificidades de acervos documentais. Quando o professor descreve o acervo arquivístico está, de certa forma, demonstrando embasamento teórico sobre as diferenças existentes entre conjunto documental e coleção de documentos. Ou seja, entre documentos de arquivo, de biblioteca e de museu. Essa é uma posição raramente encontrada nos discursos dos intelectuais e acadêmicos, principalmente em um período anterior à instalação do bacharelado de Arquivologia na UFBA.

Segundo Freitas<sup>(4)</sup>, o Arquivo do Memorial possui a seguinte composição:

*“Material produzido pelos mestres e seus alunos, no labor do ensino e da investigação. São originais manuscritos e valiosos da historiografia médica, mas onde há terreno para o trabalho da História, das Ciências Naturais, da Física, das idéias, da Filosofia, da Política, bem como para os levantamentos dos Genealogistas, dos Filólogos, dos Biógrafos, dos Sociólogos, dos homens de letras. Os manuscritos constituem 98 por cento do acervo. São 5 milhões 328 mil documentos in folio.”*

Essa estatística refere-se ao levantamento da documentação realizado em 1982, podendo ser modificada pelo atual projeto arquivístico.

O acervo do Memorial de Medicina é um conjunto orgânico, disponível para a pesquisa, reúne a documentação produzida e recebida desde a criação da primeira Escola Médica do Brasil. Costa<sup>(3)</sup> (op.cit.) diz:

Recebido em 20/10/2005

Aceito em 09/12/2005

Endereço para correspondência: Prof<sup>o</sup> Zeny Duarte. Rua Barão de Loreto, 340, Edif. Vila de Florença, Ap.802, bairro Graça, 40150-270 Salvador, Bahia, Brasil. Endereço eletrônico: zenyds@UFBA.br (ou zenydu@gmail.com). Apoio: FINEP.

**Gazeta Médica da Bahia** 2005;75(2):Jul-Dez:190-194.  
© 2005 Gazeta Médica da Bahia (ISSN 0016-545X).

Todos os direitos reservados.



*“Em verdade, toda essa história principiou há muitos anos, no começo do século passado, com a transferência do trono português para o Brasil, em 1808, um dos acontecimentos mais destacados na vida colonial brasileira. Durante a breve permanência da corte na Bahia, o príncipe regente D. João praticou dois atos de relevância para o futuro da nação: a abertura dos portos brasileiros às nações amigas de Portugal e a criação da primeira escola de Medicina no Brasil. O documento que autorizou, oficialmente, a implantação do ensino médico no país foi a Carta Régia de 18 de fevereiro de 1808, dirigida a D. Fernando José de Portugal, governador e capitão General da Capitania da Bahia. Teve o seguinte teor:*

*“Manda criar uma Escola de Cirurgia no Hospital Real da Cidade da Bahia”.*

*Ilmo e Exmo Sr. – o príncipe regente nosso senhor, anuindo à proposta que lhe fez o Dr. José Correa Picanço, cirurgião-mor do Reino e do seu Conselho, sobre a necessidade que havia de uma Escola de Cirurgia no Hospital Real desta cidade para instrução dos que se destinam ao exercício dessa arte, tem cometido ao sobredito cirurgião-mor a escolha dos professores, que não só ensinem a cirurgia propriamente dita, mas a anatomia como base essencial della, e a arte obstétrica, tão sutil como necessária. O que participo a V. Excia., por ordem do nosso senhor, para que assim o tenha entendido e contribua para tudo o que for promover este importante Estabelecimento. Deus guarde a V.Excia.”*

Com a vinda da família real para a Bahia, foi criado o Colégio Médico-Cirúrgico, através do Alvará do Regente Dom João VI, datado de 18 de fevereiro de 1808, antes de sua partida para o Rio de Janeiro, onde, no mesmo ano, instala a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, com o nome de Academia de Medicina e Cirurgia. Do Colégio Médico-Cirúrgico que ministrava cursos de Anatomia, Cirurgia e Obstetrícia no Hospital Militar, surgiu a Faculdade de Medicina da Bahia (1832). Nela foram incorporados os cursos de Farmácia e Odontologia.

Naqueles idos, a Bahia era um celeiro cultural. Portanto, durante o Império e ainda na República, a Faculdade do Terreiro de Jesus foi um dos principais centros do ensino médico no Brasil. Em 1832, a instituição foi transformada em Faculdade de Medicina da Bahia e, somente em 8 de abril de 1946, recebeu a denominação de Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia, pelo Decreto Lei nº 91.155.

Posteriormente, em 1964, por força de disposição governamental do Governo Militar, que uniformizou a designação dos centros universitários mantidos pela União, passou a ser denominada Faculdade de Medicina da UFBA, mas sua Congregação, em novembro de 2003, voltou à denominação original, estabelecida pela Regência Trina de 1832, de Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia. E para coroar a ocupação da sede *mater* da Medicina brasileira e dos cursos superiores no Brasil, o atual Diretor, Prof. José Tavares-Neto, e após autorização da Congregação, retornou a Diretoria da Faculdade à sua única, exclusiva e verdadeira sede, no Largo do Terreiro de Jesus aos dois de março de 2004.

Isso porque, em 29 de fevereiro de 1974, com a efetivação da Reforma Universitária na UFBA, a Faculdade foi transferida para o Campus Universitário da Canela. Com essa absurda mudança, o seu valioso acervo permaneceu abandonado no antigo prédio do Terreiro de Jesus até 1982, momento em que se iniciou a segunda intervenção arquivística. A primeira ocorreu em 1909, quando o arquivo foi reorganizado, instalado e inaugurado na gestão do secretário Prof. Menandro dos Reis Meirelles e do diretor da Faculdade, Prof. Augusto Cezar Vianna (1908-1912).

A segunda intervenção no acervo ocorreu no reitorado do Prof. Dr. Luiz Fernando Macedo Costa. Foi executada pela Profª Maria José Rabello de Freitas, responsável pelo projeto de *Reconhecimento Global e Estruturação das Séries Documentais do Acervo do Memorial de Medicina*, com a participação de especialistas da Arquivologia, Biblioteconomia, Documentação, Conservação e Restauração de Documentos e da Medicina, com formação e pós-graduados no Brasil, na Europa e nos Estados Unidos.

A terceira intervenção, iniciada neste ano, tem na linha de frente a iniciativa do Prof. José Tavares-Neto,

diretor da Faculdade de Medicina da Bahia. O atual projeto “Salvaguarda do acervo do Memorial de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia: primeira etapa” é de autoria e coordenação da Prof<sup>a</sup> Zeny Duarte, do Instituto de Ciência da Informação, e conta com a participação de uma equipe formada por estudantes de iniciação científica e de especialistas em Arquivologia e Preservação de Acervos Documentais. Neste estágio, constatamos o estado de abandono do acervo que, durante décadas, permaneceu sem revisão e manutenção apropriadas para a continuidade das ações operacionalizadas pelo projeto da Prof<sup>a</sup> Maria José Rabello de Freitas. Na primeira etapa – reconhecimento da metodologia arquivística existente e análise das condições do estado de conservação física dos documentos – estamos seguindo o princípio arquivístico do respeito à ordem original, realizando análise documentária e descrição arquivística, com vistas na adoção do instrumento de pesquisa informatizado e adotando métodos preventivos.

Detectamos desgastes, como: amarelecimento acentuado de papel; esmaecimento da escrita, provocado por fatores químicos; marcas devido à oxidação da tinta; manchas de mofo provenientes do contato com a umidade e temperatura elevadas; documentos com respingos de massa de construção; rasgados e dobrados; fragmentados nas margens, com corrosões provocadas por alfinetes e cliques metálicos introduzidos no papel e por insetos, a exemplo de brocas e traças; e de outras marcas provenientes das condições inadequadas de acondicionamento e armazenamento. Verificamos também extravio e deslocamento de itens documentais do seu local de origem, característica do manuseio incorreto que acarreta a mutilação e fragmentação dos documentos.

*“Destacamos outros danos causados pelo homem: o manuseio inadequado dos documentos pelos funcionários e usuários, o hábito de escrever nas margens e no próprio texto, fotocópias. Enfim, os tratamentos indevido que podem contribuir, em pequena e grande escala, para a deterioração lenta e gradual do acervo.”<sup>(2)</sup>*

Incluimos no projeto ações que estabeleçam condições ao controle do espaço físico e da conservação

preventiva aliadas a outras medidas sistemáticas, controladoras de possíveis sinistros e do prosseguimento do processo de desgaste que vem sofrendo a documentação, recomendadas pela Preservação de Documentos, aguardando recursos para execução.

O acervo arquivístico do Memorial é derivado das funções da instituição, compreendendo o período de 1808 a 1978. Recebeu classificação, respeitando-se a produção orgânica da documentação, de modo a não descaracterizar as próprias fontes para a memória histórica da Faculdade.

O arranjo é representado por cinco séries e suas respectivas subséries, relacionadas aos assuntos que retratam a vida da instituição, com uma ordenação cronológica de acordo com a produção.

A etapa inicial do projeto foi programada para a revisão da Série I – Didática. Essa série representa o conjunto de documentos referentes à vida acadêmica dos alunos e se caracteriza pela que detém um número maior de itens documentais. A documentação vai desde a inscrição dos exames de ingresso na Faculdade até a obtenção do título acadêmico.

Vale ressaltar que sempre existiu seleção pré-estabelecida, a exemplo de exames preparatórios, admissão de cursos e, mais próximo à realidade atual, o vestibular. No requerimento, ressaltam-se dados pessoais sobre a posição social e nome de família.

Contudo, constatamos nos dossiês dos alunos, além das informações restritas à identificação pessoal, requerimentos de matrícula, recibos de pagamentos, entre outros dados. Há informações sobre estudantes vindos de diversos países: Portugal, Estados Unidos (Pensilvânia), Alemanha, França, Itália, Uruguai, Argentina, entre outros. Citamos alguns exemplos; Adolpho Thiele (1893) foi graduado pela Universidade de Braunschweig, Alemanha, desejando exercer sua profissão de farmacêutico neste país, requereu a realização de exames para o curso de Farmácia; Nicolau Ferrante, natural de Nápoles, Itália, formado pela Faculdade dessa cidade, solicita da Escola da Bahia o reconhecimento do título de doutor em Medicina e Cirurgia; Emygidio Dias Novaes (1888), formado em Medicina pela Universidade da Pensilvânia, solicita da Escola da Bahia o reconhecimento do seu título. Há dados de alunos oriundos das “Províncias”, “Municípios”,

posteriormente Estados brasileiros, abrangendo o Período Imperial e os primórdios da República, com origem também do “Município Neutro”, indicação dada à posição e natureza jurídica da capital do Império.

Analisamos e descrevemos dossiês de estudantes oriundos de diversas regiões do Brasil, em sua maioria do Nordeste. Os estudantes de outros países buscam, também, além de uma completa formação, o reconhecimento de diplomas para poder exercer a profissão no Brasil, como nos exemplos supramencionados.

Entre os nomes ilustres da formação da Medicina e da intelectualidade da Bahia e do Brasil, encontram-se os dossiês de Nise Magalhães da Silveira, Rita Lobato Velho, Augusto do Couto Maia, Sabino Silva, Nina Rodrigues, Pirajá da Silva, Joaquim Martagão Gesteira, Juliano Moreira, Antônio do Prado Valladares, Pacífico Pereira, Jorge Valente, Oswaldo Cruz, Braz do Amaral, Manoel Vittorino, Lafayette Coutinho de Albuquerque, Oscar Freire de Carvalho, Edgard Santos, Luiz Fernando Macedo Costa, entre outros.

Detectamos um grande número de solicitações de transferências para a Bahia de estudantes de outras faculdades, como da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

Foram analisadas observações clínicas, de clínica médica, cirúrgica, pediátrica, oftalmológica, psiquiátrica e de moléstias nervosas, dermatológica e sifilográfica, obstétrica e ginecológica, realizadas por estudantes, em sua maioria, do 5º ano de Medicina.

Encontramos relatórios de autópsia praticada no cadáver de Antônio Garrucho, feita pelo “distinto D. Nina Rodrigues” e em “*Thimoteo Vianna, de cor preta, com 32 annos mais ou menos de idade entrou no dia 30 de março de 1889, para o hospital da Caridade e foi ocupar um dos leitos da sala pertencente a Clinica do Conselheiro Dº Ramiro*”.

Considerado um dos mais importantes acervos arquivísticos da história da saúde brasileira, com características sócio-culturais, econômicas, científicas e sociais, possui valor inestimável permanente, o que determina sua salvaguarda para a posteridade. Igualmente, há grande necessidade de disseminação da informação em sistema de rede compartilhada.

## **Destaques Históricos**

### Estudos de Paleografia e Diplomática

Observamos as mudanças na escrita, tanto na forma da letra, quanto no conteúdo dos documentos (requerimentos, atestados, certidões, procurações e recibo de pagamento de matrícula) que fazem parte do dossiê do estudante, durante o Império e depois na República. Utilizava-se abreviatura por contração no prenome e sobrenome. No percurso dos trabalhos, passamos a conhecer a evolução dos tipos caligráficos, fortes traços da ortografia etimológica, vinhetas ilustrativas nos documentos oficiais e grafia identificada como humanística. A nitidez dessa escrita é observada nas “Certidões de Idade” e Batismo.

A ortografia etimológica predominava, sobretudo no Período do Império. Já na República, a ortografia era semelhante à dos dias atuais. Os documentos eram redigidos em papel pautado com marca-d’água, registro da propriedade do fabricante do papel.

Localizamos também dois exemplares da Gazeta Médica da Bahia de 1885, anexados ao documento de aluno, como comprovante de alteração e supressão no nome próprio, para recebimento do diploma.

### Presença Feminina

Rita Lobato Velho Lopes, foi a primeira médica diplomada no Brasil pela Faculdade de Medicina da Bahia, em 1887, e segunda médica diplomada em Medicina na América Latina. A primeira foi a chilena Eloísa Diaz Inzunza, diplomada em 1886. No entanto, somente a partir de 1910 começou a surgir um número maior de mulheres nos cursos de Farmácia, Obstetrícia e Odontologia, sempre em menor proporção no curso de Medicina. O curso de Obstetrícia no ano de 1911 foi composto, em sua maioria, por mulheres.

### Presença do Negro

Nota-se inexpressiva participação de estudantes negros na Faculdade, durante mais de um século. No entanto, grandes personagens descendentes de africanos negros marcaram a área da saúde. Juliano

Moreira, renomado internacionalmente, concluiu o curso de Medicina em 1891. Sofreu preconceito por ser negro, partindo para o Rio de Janeiro a convite do governador para assumir a direção de um sanatório local. Tanto em Salvador, quanto no Rio de Janeiro, o seu nome foi dado a sanatórios.

### Dados Inusitados

Analizamos uma solicitação de exame, em 1868, feita por um estudante militar, tendo como principal motivo o retorno do exército que estava em operações contra o Paraguai e um dossiê de um estudante do curso de Farmácia, filho da escrava do seu próprio padrinho.

### **Considerações Finais**

A Faculdade de Medicina da Bahia desempenhou importante papel no campo da Educação, Literatura, Sociologia, Fisiologia, Antropologia e, principalmente, das Ciências Médicas. Desse magnífico espaço acadêmico, Azevedo<sup>(1)</sup>, relembra:

*“Os vetustos muros desse primeiro instituto do saber e da espiritualidade cristã e também da observação e interpretação humanística e teológica das instituições, das crenças, dos costumes dos aborígenes da terra por vários daqueles discípulos de Loiola, dos quais se destacou Anchieta por sua atenção à Medicina indígena, são hoje as estruturas de sustentação arquitetônica e intelectual do hodierno Memorial. A Faculdade, por sinal, herdou ali o interesse e o gosto pela especulação metafísica, que serviram, em seus tempos iniciais, de fundamentos às doutrinas e teorias que explicavam a vida, a natureza humana, a doença, seu tratamento e sua cura, em direção a uma indagação e ensino de contexto científico e experimental. A Faculdade dedicou uma atenção privilegiada à reflexão filosófica e às doutrinas elucidativas da biologia e foi porta de entrada no país do pensamento de Bichat, de Blainville, de Augusto Comte, de Charles Darwin e Ernst Haeckel e outros teóricos, como demonstram investigações extensas e profundas de seu professorado, os ilustres Pacífico*

*Pereira e Gonçalo Moniz e Antônio Caldas Coni mais outros que continuam essa meritória indagação em vários departamentos da Universidade. Esses são os materiais arquivísticos e bibliográficos sem os quais não se completa a história das idéias no Brasil.”*

No estágio atual, objetivamos dar prosseguimento aos projetos anteriores, todos deixando legado significativo e de grande contribuição, buscando sempre resultados concretos para a salvaguarda do acervo arquivístico da Faculdade de Medicina da Bahia.

O atual grupo de trabalho possui uma característica diferenciada. Participam dele estudantes do curso de Arquivologia, na qualidade de pesquisadores de iniciação científica e outros na qualidade de alunos de disciplinas de formação na área, além de estagiários que também recebem treinamento nas diversas etapas da vida profissional.

Dessa maneira, o Instituto de Ciência da Informação e a Faculdade de Medicina da Bahia se encontram em um mesmo ideal: o de proporcionar a instalação de um significativo núcleo de estudos e pesquisas para as áreas da Arquivologia e Medicina. É um exemplo concreto de interdisciplinaridade, próprio da academia contemporânea que desfaz a idéia de universidade intramuros. Insere-se no século da informação, em que se veiculam dados de forma compartilhada, multi e transdisciplinar, com capacidade de congregar pessoas e grupos, estejam em qualquer lugar, possibilitando o intercâmbio de idéias e reflexões.

### **Referências Bibliográficas**

1. Azevedo T. Memorial da Medicina: monumento, museu, laboratório. In: UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. *Memorial da Medicina*. Salvador: UFBA, 1983 [não paginado].
2. The British Library, National Preservation Office. *Preservação de documentos: métodos e práticas de salvaguarda* [tradução de Zeny Duarte, apresentação de Robert Howes]. 2. ed., Salvador: EDUFBA, 136p., 2003.
3. Costa LFM. Apresentação. In: UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. *Memorial da Medicina*. Salvador: UFBA, 1983 [não paginado].
4. Freitas MJR. O acervo documental da primeira Escola de Medicina do Brasil: uma experiência de recuperação. In: Anais do Congresso Nacional de Bibliotecários, Arquivistas e Documentalistas. Portugal: CNBA, p. 580-586, 1994.

## Segunda Versão do Projeto de Transformação Curricular da Faculdade de Medicina da Bahia (FAMEB): Revisão da Proposta Preliminar, Agosto de 2005<sup>A</sup>

Lorene L. Silva Pinto, Grupo de Trabalho<sup>B</sup> e participantes do Programa de Alunos especiais-docentes (PAED)<sup>C</sup>  
*Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil*

### Considerações Gerais

O Projeto de Transformação curricular da FAMEB faz parte de uma desafiadora jornada, com pensares e repensares, parcerias e novas inserções, objetivando a formação de futuros médicos, inseridos em uma realidade nacional, e comprometidos com o exercício da cidadania em sua plenitude.

### Contextualização

Em maio de 2005, foram iniciadas as atividades do Programa de Alunos-Especiais Docentes (PAED) da ACPgMS-CPgMS da FAMEB – UFBA. Este programa congrega 44 docentes de todos os departamentos da Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA que ainda não possuem o título de Doutor e estejam motivados a realizar o curso de pós-graduação a partir de créditos obtidos em disciplinas do curso de doutorado.

A disciplina “Didática e Pedagogia Especial” (MED 626) estruturou as atividades a partir de julho de 2005, utilizando como objeto de discussão e reflexão a proposta preliminar do “Projeto de Transformação Curricular para o Curso de Graduação da FAMEB”<sup>(3)</sup>. Em um processo de construção sucessiva, grupos de docentes foram constituídos para discutir o projeto por partes, dividindo-o por semestres, e formular sugestões

para seu aperfeiçoamento; ao final, o produto do trabalho de cada grupo foi apresentado em seminário para a totalidade dos docentes do PAED. Na seqüência, novo rearranjo de grupos foi realizado, de forma a mesclar os grupos iniciais, realizando-se novas discussões e proposições, desta vez a partir do produto do trabalho dos primeiros grupos. Ao final, um segundo seminário foi constituído, com apresentação e debate das propostas formuladas. O produto destas discussões está aqui estruturado, constituindo a contribuição inicial destes 44 docentes ao Projeto de Transformação Curricular para o Curso de Graduação da FAMEB<sup>(3)</sup>.

A estratégia pedagógica adotada permitiu, inicialmente, o conhecimento do conteúdo da proposta preliminar, a realização de outras atividades na disciplina “Didática e Pedagogia Especial”, como seminários temáticos (Currículo), e propiciou a apropriação de conceitos fundamentais para a tarefa de “ressignificação”. Um segundo ganho observado, a partir da apropriação dos conteúdos, foi a constituição de juízo de valor a respeito da proposta preliminar pelos diversos docentes. Os debates coletivos evidenciaram claramente as distintas visões do papel docente no curso de graduação e do próprio curso de graduação em Medicina da UFBA. Enfim, os sujeitos sociais haviam se apropriado das ferramentas indispensáveis para a escolha de suas posições: participar ou não do projeto, sob a forma de proposta preliminar que lhes havia sido apresentado, e contribuir ou não para a sua formulação teórica.

Os docentes participantes do PAED constituem em torno de 25% do quadro permanente da FAMEB/UFBA, daí a importância estratégica da apropriação dos conteúdos da proposta preliminar de Transformação Curricular por esse coletivo. Na seqüência do processo de Transformação Curricular

Recebido em 09/10/2005

Aceito em 11/12/2005

Endereço para correspondência: Profa. Lorene L. Silva Pinto, Departamento de Medicina Preventiva, Pavilhão de Aulas da Faculdade de Medicina da Bahia, Campus UFBA-Canela, Av. Reitor Miguel Calmon s/nº, bairro Canela, 40110-100 Salvador, Bahia, Brasil. Endereço eletrônico: lorene@UFBA.br.

**Gazeta Médica da Bahia** 2005;75(2):Jul-Dez:195-.

© 2005 Gazeta Médica da Bahia (ISSN 0016-545X).

Todos os direitos reservados.

do curso de graduação em Medicina da FAMEB/UFBA, os debates deverão ser ampliados para conformar uma proposta institucional a ser discutida, referendada ou modificada pelo Colegiado do Curso de Graduação, instância responsável pela sua condução.

O processo de construção da proposta preliminar, com a participação de docentes de diversos departamentos do Instituto de Ciências da Saúde, Instituto de Biologia, FAMEB e discentes, contribuiu para delinear um cenário mais favorável que dantes, para a ampliação das possibilidades de transformação do atual currículo da FAMEB. A função política da Diretoria, engajada e capitaneando o processo, o Colegiado de Graduação favorável e o Diretório Acadêmico participando completam este cenário interno. Isto não significa que inexistam posições contrárias, conflitantes e obstaculizadoras ao processo de transformação curricular; todavia, por ser um “processo”, os diversos atores sociais haverão de interagir para construir a proposta possível para FAMEB/UFBA.

### **Definição do Perfil Médico a Ser Formado pela FAMEB**

Consideram-se indispensáveis à formação médica, as seguintes competências (conhecimentos e habilidades) e valores:

1. Conhecimento nas cinco principais áreas médicas (Clínica Médica, Pediatria, Tocoginecologia, Cirurgia e Medicina Social).
2. Conhecimento em Ciências Humanas (Filosofia, Antropologia, Sociologia), Psicologia, Deontologia e Disciplina Médica.
3. Capacidade de atuar através da prevenção, promoção, recuperação e reabilitação em saúde, com ênfase na atenção básica nos diversos níveis de saúde.
4. Capacidade de prestar atendimento resolutivo aos problemas de saúde mais prevalentes na comunidade e saber encaminhar devidamente os demais casos.
5. Capacidade de reconhecer o indivíduo como um ser bio-psico-sócio-ambiental.
6. Capacidade de desenvolver uma relação médico-paciente-família, baseada no acolhimento (educação, escuta, empatia) e respeito.
7. Capacidade de realizar anamnese e exame físico minucioso e a partir destes dados construir um raciocínio lógico solicitando os recursos terapêuticos necessários para a elaboração de um diagnóstico.
8. Elaboração de uma linguagem oral e escrita, clara, objetiva e compreensível para os pacientes, familiares e demais profissionais da área da saúde.
9. Capacidade de interpretar os exames complementares.
10. Visão crítica da relação custo-benefício de procedimentos diagnósticos e terapêuticos.
11. Capacidade de lidar com a dor, morte e sofrimento.
12. Treinamento em urgências e emergências.
13. Conhecimento das ferramentas de busca e estar apto para aquisição contínua do conhecimento.
14. Ter noções de metodologia científica.
15. Conhecimento e visão crítica das políticas públicas de saúde.
16. Noções de gerenciamento do SUS (estrutura de complexidade; mecanismos de referência, contra-referência e transferência de pacientes; disponibilidade de medicamentos).
17. Postura ética ante os pacientes, familiares e demais membros da equipe de saúde.
18. Conhecimento dos principais fundamentos da Bioética, Ética Médica e Ética em pesquisa.
19. Conhecimento sobre os direitos e deveres dos cidadãos.
20. Conhecimento para realizar defesa profissional.
21. Aptidão para atuar em uma perspectiva interdisciplinar e multiprofissional, assumindo posição na equipe de saúde e com habilidade para tomar decisões.
22. Capacidade de autoconhecimento, autoconfiança e respeito aos próprios limites.

#### 4. Diretrizes Pedagógicas

A partir da redefinição que tem ocorrido nos últimos anos, das concepções sobre o papel do médico na sociedade, tem sido reforçada a necessidade de mudanças na sua formação, que acompanhem o novo perfil do profissional e que ajudem a efetivar o modelo de atenção à saúde voltada para a população. De acordo com o novo enfoque sobre o objeto de trabalho da medicina, o exercício profissional do médico deixa de se organizar em torno da oferta de serviços e tecnologias de saúde, como ocorre atualmente, para se organizar em torno das necessidades do indivíduo em seu contexto biológico, psíquico e social<sup>(2)</sup>. Para contemplar este modelo, o ensino médico deve favorecer à incorporação e utilização do conhecimento pelo estudante para atender às necessidades da população e da comunidade, em oposição à simples memorização do conhecimento. A incorporação de novas técnicas pedagógicas, neste contexto, contribui para a efetivação das mudanças necessárias na educação médica, embora não seja suficiente por si só, sem que haja a reorientação em nível mais amplo, dos objetivos da formação do médico em si.

Nesse sentido, a pedagogia e as novas concepções de didática e processo de aprendizado têm contribuído enormemente para a concepção do novo modelo de ensino médico, voltado para a formação de profissional capaz de atender às demandas da sociedade. A principal chave para esse processo é a transição da didática tradicional, em que o professor é a figura central do processo de ensino, para a didática contemporânea, centralizada no aluno e sua realidade. O aprendizado deixa de ser entendido como a memorização, por parte do aluno, de informações selecionadas a partir de um programa a ser cumprido pelo professor, e passa a ser entendido como o processo de construção do conhecimento pelo estudante a partir da informação, cabendo ao professor a função de facilitador e orientador da ação educativa<sup>(4)</sup>. O conhecimento, dessa forma, se refere ao saber comprometido com a sociedade e se estabelece a partir da busca ativa pelo estudante, cujo ponto de partida é sua interação com a realidade.

É interessante ressaltar que a mudança do papel do educador no processo de ensino não significa a redução da responsabilidade do professor sobre o aprendizado do estudante; o tutor ganha o dever ainda mais árduo de garantir a aquisição de competências e habilidades por parte do aluno, bem como seu desenvolvimento cognitivo, afetivo e psicomotor. Para esse fim, o resgate da relação professor-aluno no ensino médico é um dos principais pré-requisitos; o estudante, ao ser percebido e considerado como pessoa, poderá desenvolver a percepção do paciente também como pessoa, com todas as singularidades que esta relação implica.

O processo de avaliação deve contemplar todo o processo de aprendizagem, tendo como premissa principal a verificação da aquisição das habilidades e competências propostas a serem alcançadas no respectivo momento em análise.

A avaliação deve contemplar o desempenho dos alunos, dos tutores, dos processos de ensino-aprendizagem e da gestão. O sistema de avaliação, dessa forma, deve possibilitar a retro-alimentação permanente do processo de educação médica, deixando de ser um instrumento de poder e passando a ser estratégia de amadurecimento cognitivo, afetivo, psicomotor e social dos avaliados<sup>(2)</sup>.

Com base nas considerações acima, são apresentadas as seguintes diretrizes pedagógicas para o projeto de currículo do curso de graduação em medicina a ser implementado na Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA.

##### Processo de Formação

1. Ensino centrado no aluno, sendo esse o sujeito do aprendizado.
2. Curso centrado em objetivos e aquisição de competências que envolvem conhecimentos, atitudes e habilidades, com ênfase na vivência prática como ponto de partida para a construção do saber.
3. Interação entre ensino, pesquisa e extensão.
4. Ensino tutelar, em pequenos grupos, com ajuste adequado entre o número de discentes e docentes, permitindo o estabelecimento de relações

interpessoais adequadas e com abertura para a discussão das vivências, o trabalho das dificuldades individualizadas e grupais.

### O Professor no Processo Ensino-Aprendizagem

O professor deve atuar como facilitador no processo de ensino aprendizagem, com as seguintes tarefas e competências:

1. Ajudar o aluno “aprender a aprender”.
2. Utilizar práticas pedagógicas que valorizem a criatividade, atitude crítica e reflexiva pelo estudante.
3. Dominar conhecimentos teóricos, habilidades práticas e uma boa relação médico-paciente e professor-aluno.
4. Ser capaz de comunicar-se de modo eficiente, organizado.
5. Ser pontual e cumprir a sua carga horária.
6. Atualizar-se permanentemente e analisar criticamente novas informações.
7. Ser capaz de trabalhar em equipe multiprofissional e interdisciplinar.

### Processo de Avaliação

1. Construção conjunta entre docentes e discentes dos instrumentos de avaliação.
2. Transformação da avaliação em instrumento de estímulo ao aprendizado.
3. Utilização de sistemas de auto-avaliação para docentes e discentes.
4. Avaliação quantitativa do conhecimento técnico-científico utilizando instrumentos variados.
5. Avaliação qualitativa, incluindo habilidades, postura (atitudes e valores) e cognição.
6. Avaliação periódica dos docentes e do conteúdo temático dos módulos.
7. Avaliação semestral do andamento do curso.

### **Proposta de Desenho Curricular**

Além das diretrizes curriculares do MEC, alguns outros princípios/diretrizes foram estabelecidos para nortear o desenho do novo currículo da FAMEB:

1. Opção por um currículo avançado de implantação gradual, com etapas de transição.
2. Definição pela formação de um médico generalista, com ênfase na atuação em atenção primária e secundária voltada para o paciente, o usuário, o cidadão e a coletividade.
3. Ênfase maior na saúde que na doença.
4. Ruptura da dicotomia ciclo básico/profissionalizante, através da integração dos respectivos conteúdos e práticas.
5. Inserção permanente dos alunos na rede de serviços do SUS com graus de complexidade crescente.
6. Na adoção do formato de eixos e módulos no período do 1º ao 8º semestres, foram observadas as seguintes definições:  
Eixos ⇒ unidades longitudinais que atravessam todos os semestres, garantindo o contato do aluno de forma contínua e articulada com seus respectivos componentes, não constituem estruturas rígidas e sim dimensões que não podem estar ausentes da formação;  
Eixo Prático-cognitivo ⇒ corresponde ao desenvolvimento de conhecimentos e habilidades; conteúdos teóricos inseridos principalmente a partir das demandas das vivências práticas; conteúdos teóricos indispensáveis, não suscitados diretamente pela vivência prática integram também esse eixo;  
Eixo Ético-humanístico ⇒ conteúdos humanísticos relacionados ao desenvolvimento pessoal, profissional e social do futuro médico;  
Eixo Formação-Científica ⇒ aprendizado de pesquisa bibliográfica, metodologia científica, interpretação de trabalhos científicos, etc.;  
Módulos ⇒ unidades curriculares que articulam os componentes dos eixos e possibilitam a integração dos conteúdos e práticas das atuais disciplinas.

Para a organização dos módulos/semestres, foi estabelecido que:

- a) Devem ser sempre reservados dois turnos livres em cada semana para o estudante utilizar com estudos independentes, ou atividades pessoais.



- b) Cada módulo deve ter um coordenador e cada semestre deve ter também uma coordenação responsável.
- c) A última semana de cada semestre será sempre reservada para ajustes, para realização de uma atividade integradora de todos os alunos e para avaliação geral do semestre e planejamento do próximo.

São apresentados a seguir os objetivos e respectivos desenhos do 1º ao 8º semestres. Do 9º ao 12º semestres, correspondentes ao internato (desde o ano 2000, de 4 semestres), *vide* o desenho curricular no item 8 deste documento.

Os objetivos contemplam as dimensões cognitivas, psicomotoras e afetivas e se referem ao semestre como um todo. Posteriormente, devem ser desdobrados em objetivos específicos para cada módulo.

### Objetivos e Conteúdos Curriculares por Semestre

#### *Primeiro Semestre*

#### Eixo Prático-Cognitivo

1. Exercitar o pensar a saúde sob a ótica do coletivo, nas suas dimensões sociais, ambientais, éticas e legais.
2. Compreender os determinantes sócio-ambientais, psicológicos, éticos e legais do processo saúde/doença.
3. Identificar os diferentes sentidos históricos, objetos de saber e de práticas da Medicina Social.
4. Contextualizar a formação e a prática médicas na sociedade brasileira, considerando os seus determinantes históricos e sociais.
5. Conhecer os itens relativos à saúde nos textos legais da República Federativa do Brasil e a sua incorporação na realidade atual.
6. Reconhecer o princípio de que “saúde é um direito de todos e dever do Estado”.
7. Descrever a realidade de vida e de saúde de uma comunidade adscrita à unidade básica de saúde.

8. Saber realizar entrevistas com membros da comunidade, enfocando condições de vida e saúde.
9. Coletar histórias de vida dos usuários dos serviços de saúde, tendo em vista a percepção multidimensional do ser, observando sempre os aspectos humanísticos e éticos.
10. Saber avaliar sinais vitais e medidas antropométricas na população.
11. Saber realizar anamnese e exame físico normais.
12. Saber identificar as principais necessidades de saúde da comunidade.
13. Conhecer as bases moleculares, celulares e metabólicas do indivíduo normal.
14. Conhecer o processo de concepção e desenvolvimento embriológico do ser humano.
15. Conhecer as bases anatomo-fisiológicas das funções biológicas.
16. Conhecer os principais riscos à saúde, relacionados às atividades do estudante, e as respectivas medidas de proteção.
17. Aprender noções de primeiros socorros.
18. Estudo morfo-funcional dos tecidos epitelial e conjuntivo.
19. Estudo morfo-funcional do aparelho locomotor.

#### Eixo Ético-Humanístico

1. Desenvolver a percepção dos papéis sociais “estar médico” e “estar paciente”, enfatizando as diferentes interações psicológicas, sociais e culturais para ambos.
2. Exercitar a prática do trabalho solidário e em equipe, como aprendizado para uma futura prática profissional com tarefas e responsabilidades compartilhadas.
3. Refletir sobre a identidade médica, as motivações para esta opção vocacional, como se dá o processo de formação, atributos esperados nesse profissional, implicações na vida pessoal e possibilidades de manter o exercício da prática médica com qualidade.
4. Refletir sobre a dimensão ética das práticas e comportamento do estudante de medicina.

Eixo Formação Científica

1. Habilitar-se a fazer pesquisas bibliográficas utilizando biblioteca, internet etc.
2. Habilitar-se no uso de aplicativos de informática.
3. Obter noções sobre métodos de aprendizagem.

Segundo SemestreEixo Prático-Cognitivo

1. Analisar os encontros e as diferenças conceituais e metodológicas entre a epidemiologia e a clínica.
2. Descrever o perfil sanitário e sócio-demográfico da população do Brasil, da Bahia e de Salvador e estabelecer comparação com outras populações.
3. Construir e interpretar indicadores de morbimortalidade.
4. Descrever a estrutura de saúde do município de Salvador, relacionando-a com os demais níveis de gestão do sistema de saúde no Brasil.
5. Saber preencher corretamente fichas de família.
6. Realizar levantamento de informações sobre o perfil epidemiológico e sócio-demográfico da área.
7. Saber calcular os principais indicadores de saúde.
8. Conhecer as características anatômicas, fisiológicas, histológicas e embriológicas dos sistemas cardiovascular, aparelho respiratório, trato gastrointestinal, gênito-reprodutor e urinário, linfático e hematopoiético.
9. Realizar anamnese e exame físico dos sistemas: cardiovascular, respiratório, gastrointestinal, gênito-reprodutor e urinário, linfático e hematopoiético do indivíduo normal.
10. Conhecer as técnicas laboratoriais e realizar e interpretar corretamente o hemograma, perfil lipídico, provas de função hepática e renal, uroanálise e parasitológico de fezes.
11. Correlacionar os exames de imagem dos sistemas: cardiovascular, respiratório, gastrointestinal, gênito-reprodutor e urinário, linfático e hematopoiético, com as respectivas estruturas anatômicas.

12. Interpretar o eletrocardiograma normal e correlacionar com a fisiologia cardiovascular.
13. Interpretar a espirometria normal e correlacionar com a fisiologia respiratória.
14. Iniciar a análise de pequenas situações-problema com ênfase na prevenção e promoção de saúde.

Eixo Ético-Humanístico

1. Compreender o paciente como cidadão, enquanto sujeito autônomo e consciente dos seus desejos e direitos, refletindo sobre alguns fatores que interferem na relação médico-paciente.
2. Desenvolver a relação médico-paciente, a relação profissional-usuário e a relação interprofissional.
3. Conhecer o Código de Ética Médica e outros instrumentos e recomendações do CRM e do CFM.
4. Ampliar a formação humanista.

Eixo Formação Científica

1. Conhecer as principais técnicas de Bioestatística aplicadas à interpretação de artigos científicos.
2. Interpretar criticamente artigos de relevância sobre os sistemas: cardiovascular, respiratório, gastrointestinal, gênito-reprodutor e urinário, linfático e hematopoiético.
3. Aperfeiçoar a utilização de aplicativos gráficos.
4. Construir arquivos de questionários e de entrada de dados em EPI-INFO.
5. Habilitar-se em resenhas e artigos de revisão abrangendo os sistemas: cardiovascular, respiratório, gastrointestinal, gênito-reprodutor e urinário, linfático e hematopoiético.

Terceiro SemestreEixo Prático-Cognitivo

1. Explicar a importância das ações educativas em saúde no que se refere à prevenção de doenças, elevação da consciência sanitária e a conquista da cidadania.

**PRIMEIRO SEMESTRE**

	<b>MÓDULO 1</b> 5 semanas	<b>MÓDULO 2</b> 5 semanas	<b>MÓDULO 3</b> 5 semanas
Semana de introdução do aluno ao curso de Medicina: apresentação das instituições UFBA e FAMEB; currículo médico, direitos e deveres do aluno; DAMED; entidades médicas; relatos de vivências médicas; Conceito de Medicina como ciência e arte. História das descobertas, das inovações das várias áreas da Medicina; história da Medicina Brasileira e Baiana.	<p><b>A Medicina no contexto da ciência e da ética;</b> Saúde, Estado e Sociedade; Determinação do processo saúde/doença, formação e prática médicas; <b>Estrutura e função celular: evolução pré biótica e apresentação da célula;</b> Expressões da informação genética; Divisão celular;</p> <p>Bases do metabolismo;</p> <p>Biossegurança – noções de risco e proteção.</p>	<p><b>EIXO PRÁTICO COGNITIVO</b></p> <p><i>Medicina Social;</i> <i>Prevenção de doenças a nível individual e coletivo;</i> <i>Promoção de saúde;</i></p> <p><i>Concepção e formação do ser humano;</i> <i>Reconhecimento da comunidade,</i> <i>identificando as suas necessidades de saúde no seu contexto sócio - cultural e ambiental;</i> <i>Mensuração dos sinais vitais e de medidas antropométricas na população;</i> Noções de primeiros socorros;</p> <p>Biossegurança – noções de risco e proteção.</p>	<p><i>Sistema Único de Saúde</i> <i>Os diferentes níveis de atenção em saúde;</i> <i>Reconhecimento da comunidade e do território;</i></p> <p>Noções de anamnese e exame físico geral no indivíduo sadio;</p> <p>Estudo morfofuncional dos tecidos epitelial e conjuntivo;</p> <p>Estudo morfofuncional do sistema locomotor;</p> <p>Biossegurança – noções de risco e proteção.</p>
	<b>EIXO ÉTICO-HUMANÍSTICO</b>		
	Relação médico-paciente; relação profissionais/usuários; relação entre membros da equipe de saúde; Ética e saúde; ética do estudante de medicina; Cultura, saúde e doença; Desenvolvimento pessoal e profissional.		
	<b>EIXO FORMAÇÃO CIENTÍFICA</b>		
	Apresentação da biblioteca e habilitação em consulta; <b>habilitação básica em Internet: habilitação nos principais portais de busca de artigos científicos da área de Saúde; apresentação dos portais da Faculdade; inscrição em conta de e-mail e inserção e construção de grupo de e-mails (como o Grupo de Turma); construção e participação em Grupo de Discussão;</b> Manejo de principais configurações da Internet (HTML, PDF, Flash e outras animações, Gráficos e Áudio); habilitação básica em aplicativos: Word, Powerpoint, Excel.		

**SEGUNDO SEMESTRE**

<b>MÓDULO 1</b> 5 semanas	<b>MÓDULO 2</b> 3 semanas	<b>MÓDULO 3</b> 4 semanas	<b>MÓDULO 4</b> 4 semanas
<b>EIXO PRÁTICO COGNITIVO</b>			
<p><i>Epidemiologia: conceituação e usos; raciocínio clínico e raciocínio epidemiológico;</i>  <i>Anamnese e exame físico geral com introdução de linguagem semiológica, interrogatório sistemático e exame físico segmentar normal do aparelho cardiovascular-ACV, sistemas linfático e hemopoietico;</i>            Estudo morfo-funcional do ACV, sistemas linfático e hematopoiético;            O hemograma normal;            Estruturas anatômicas normais do ACV em exames de Imagem; traçado eletrocardiográfico normal.</p>	<p>Panorama da saúde no Brasil, na Bahia e em Salvador;            Anamnese e exame físico geral com introdução de linguagem semiológica físico segmentar normal do sistemático e exame físico segmentar normal do trato gastrointestinal</p> <p>Estudo morfo-funcional do TGI;            Interpretação do perfil lipídico, função hepática normal;            Estruturas anatômicas normais do TGI em exames de imagem.</p>	<p>Estrutura de saúde do município;            Medidas de morbidade e mortalidade;</p> <p>Anamnese e exame físico geral com introdução de linguagem semiológica, interrogatório sistemático e exame físico segmentar normal do aparelho respiratório;            Estudo morfo-funcional do aparelho respiratório;            Avaliação espirométrica;            Estruturas anatômicas do Sistema Respiratório normal em exames de imagem.</p>	<p>Estrutura de saúde do município,            Perfil epidemiológico e demográfico;            Anamnese e exame físico geral com introdução de linguagem semiológica, interrogatório sistemático e exame físico segmentar normal do Sistema gênito reprodutor;            Estudo morfo-funcional do Sistema gênito reprodutor e urinário;            Estudo da função renal normal e uroanálise;            Estruturas anatômicas do Sistema gênito reprodutor e urinário em exames de imagem;</p>
<b>EIXO ÉTICO HUMANÍSTICO</b>			
<p>Relação médico-paciente; relação profissionais /usuários; relação entre membros da equipe de saúde. Ética e saúde; Desenvolvimento pessoal e profissional;            Código de Ética Médica</p>			
<b>EIXO FORMAÇÃO CIENTÍFICA</b>			
<p>Introdução a programas de análise estatística; introdução à Bioestatística; questionários, avaliações e instrumentos de coleta e entrada de dados em EPI-INFO; SPSS  <b>Leitura de artigos relevantes relacionados aos aparelhos estudados no eixo prático -cognitivo;</b>  <b>Laboratório o de recursos audiovisuais relacionados à temática estuda da no eixo prático-cognitivo;</b>  <b>Utilização de programas de concepção de figuras e gráficos;</b>            Elaboração e interpretação de resenhas e artigos de revisão relacionados à temática estudada no eixo prático-cognitivo.</p>			

2. Descrever as características da gestão e organização dos serviços de saúde no Brasil.
3. Caracterizar os principais modelos assistenciais de saúde existentes no país.
4. Realizar ações de educação e comunicação em saúde na comunidade da área de abrangência da unidade básica de saúde.
5. Reconhecer as características da organização de serviços e modelos assistenciais presentes na área.
6. Conhecer unidades de saúde de diferentes perfis e níveis de complexidade do SUS.
7. Estruturar um instrumento de registro de dados médicos a partir da experiência vivida na relação médico-paciente com ênfase em antecedentes pessoais, história familiar e história patológica pregressa.
8. Documentar os relatos de adoecimento, segundo o saber médico estabelecido.
9. Executar o interrogatório e exame físico do sistema endócrino, nervoso e sentidos especiais.
10. Identificar os determinantes biopsicossociais das doenças imunes.
11. Identificar os determinantes imunológicos das doenças.
12. Identificar e valorizar as práticas e métodos imunoprotetoras e imunoterapêuticas com habilitação na aplicação de vacinas.
13. Conhecer as características anatômicas, fisiológicas, histológicas e embriológicas dos sistemas: endócrino, nervoso e sentidos especiais.
14. Identificar a topografia do corpo humano.
15. Compreender os aspectos clínicos, epidemiológicos, imunológicos e parasitológicos das doenças infecciosas e parasitárias mais relevantes no perfil epidemiológico no país e no Estado da Bahia.
16. Realizar treinamento em procedimentos básicos (aplicação de injeções, sondagem uretral e enteral, punção venosa periférica).

#### Eixo Ético-Humanístico

1. Refletir e exercitar a multidisciplinaridade em saúde.
2. Exercitar a decisão pessoal na seleção de temas

de estudo, atividades individuais de aprendizagem e cooperativismo na solução de problemas práticos de aprendizagem.

3. Reconhecer comportamentos que assegurem elevação da qualidade de vida de discentes e pacientes.
4. Desenvolver habilidades de comunicação sobre temas em saúde.
5. Sensibilizar para aspectos relacionados com a dor, o sofrimento, a perda e a morte.
6. Conhecer os aspectos ético-legais e psicossociais relacionados aos problemas de saúde abordados no semestre.

#### Eixo Formação Científica

1. Inserir-se em cenários de aprendizagem de práticas de produção científica para conhecimento e compreensão das etapas de produção científica.
2. Efetuar leitura, interpretação e resenha de trabalhos científicos contextualizados com os conteúdos do eixo prático-cognitivo.

#### Quarto Semestre

##### Eixo Prático-Cognitivo

1. Definir programa de saúde e identificar os principais programas de saúde em execução no Brasil.
2. Discutir as características do Programa de Saúde da Família, seus limites e possibilidades enquanto estratégia de reordenação da atenção básica de saúde no país.
3. Conceituar planejamento e avaliação em saúde, exemplificando métodos e técnicas de realização.
4. Identificar os programas de saúde em execução na área.
5. Executar a programação de uma ação/serviço de saúde para a população da área.
6. Aplicar pelo menos um indicador de avaliação de um programa/serviço de saúde da unidade.
7. Conhecer a epidemiologia das causas externas.

**TERCEIRO SEMESTRE**

<b>MÓDULO 1</b> 5 semanas	<b>MÓDULO 2</b> 3 semanas	<b>MÓDULO 3</b> 4 semanas	<b>MÓDULO 4</b> 4 semanas
<b>EIXO PRÁTICO COGNITIVO</b>			
<p>Educação e comunicação em saúde;</p> <p>Exame físico, linguagem semiológica segmentar e interrogatório sistemático dos Sistemas Endócrino, Nervoso e Sentidos Especiais, Aparelho psíquico e gênese da personalidade;</p> <p>Estudo Morfofuncional dos Sistemas Endócrino, Nervoso e Sentidos Especiais;</p>	<p>Gestão e organização dos serviços de saúde; reconhecimento da organização local dos serviços de saúde;</p> <p>Estudo topográfico do corpo humano;</p> <p>Treinamento de habilidades básicas (injeções, punção venosa periférica, sondagem enteral e uretral);</p>	<p>Modelos assistenciais de saúde; reconhecimento do modelo assistencial local;</p> <p>Promoção e prevenção de saúde: abordagem biopsicosocial de elementos precursores de doenças imunes. Antecedentes pessoais, história familiar e história patológica progressiva;</p> <p>Mecanismos imunológicos e determinantes das doenças;</p> <p>Práticas e métodos imunopreventivos e imunoterapêuticos;</p>	<p>Abordagem clínica, epidemiológica, imunológica e parasitológica das doenças infecciosas e parasitárias mais relevantes no perfil epidemiológico do país e do estado;</p>
<b>EIXO ÉTICO-HUMANÍSTICO</b>			
<p>Relação médico-paciente; relação profissionais/usuários; relação entre membros da equipe de saúde;</p> <p>Ética e saúde; ética do estudante de medicina;</p> <p>Desenvolvimento pessoal e profissional;</p> <p>Aspectos ético-legais e psicossociais relacionados aos problemas de saúde abordados no semestre.</p>			
<b>EIXO FORMAÇÃO CIENTÍFICA</b>			
<p>Inserção em laboratórios de fisiologia, anatomia, histologia, embriologia, parasitologia, imunologia e de análise clínica;</p> <p>Leitura, interpretação e resenha de trabalhos científicos contextualizados com os conteúdos do eixo prático-cognitivo;</p>			

8. Analisar criticamente os testes diagnósticos quanto à validade e à reprodutibilidade.
9. Reconhecer e interpretar o significado das principais manifestações de reação do organismo à agressão (dor, febre, inflamação, infecção).
10. Conhecer as peculiaridades semiológicas dos indivíduos nas diferentes fases do seu desenvolvimento.
11. Conhecer e realizar investigação semiológica, incluindo exames complementares, critérios diagnósticos, fisiopatologia, epidemiologia, prognóstico, prevenção e tratamento, sinais e sintomas do tegumento e do aparelho locomotor nas diferentes fases do desenvolvimento humano.
12. Compreender e aplicar os fundamentos da farmacocinética e da farmacodinâmica.
13. Conhecer técnicas de assepsia e antisepsia.
14. Saber paramentar-se e comportar-se em ambiente cirúrgico, aplicar injeções e realizar punções.
15. Adquirir noções gerais para diagnóstico e tratamento emergencial de queimaduras e traumas ortopédicos.
16. Conhecer as bases metabólicas da cirurgia.
17. Aplicar instrumentos de coleta e registro dos dados médicos especializados nas práticas semiológicas do tegumento e do aparelho locomotor.

#### Eixo Ético-Humanístico

1. Identificar as implicações psíquicas do adoecimento.
2. Identificar aspectos psicodinâmicos da relação médico-paciente.
3. Identificar a repercussão de valores, preconceitos e tabus na relação médico-paciente.
4. Desenvolver habilidades de comunicação de notícias adversas a pacientes e familiares.
5. Conhecer os fundamentos da Bioética e aprofundar os conhecimentos da Deontologia Médica.
6. Conhecer os aspectos ético-legais e psicossociais relacionados aos problemas de saúde abordados no semestre.

#### Eixo Formação Científica

1. Efetuar leitura, interpretação e resenha de trabalhos científicos contextualizados com os conteúdos do eixo prático-cognitivo.
2. Discutir o delineamento da pesquisa epidemiológica e da causalidade.

#### Quinto Semestre

#### Eixo Prático-Cognitivo

1. Conceituar e discutir as origens das propostas de promoção e de vigilância da saúde.
2. Definir Vigilância Epidemiológica e identificar suas práticas.
3. Analisar as relações entre saúde e trabalho.
4. Realizar as etapas do processo de investigação epidemiológica.
5. Identificar fatores de risco à saúde: atuais e potenciais.
6. Saber preencher corretamente a declaração de óbito.
7. Conhecer e realizar investigação semiológica, incluindo exames complementares, critérios diagnósticos, fisiopatologia, epidemiologia, prognóstico, prevenção e tratamento das doenças do nariz, seios para-nasais, ouvido, faringe, aparelhos respiratório e cardiovascular nas diferentes fases do desenvolvimento humano.
8. Reconhecer o instrumental cirúrgico básico.
9. Coletar amostras biológicas.
10. Analisar as técnicas de cirurgia torácica.
11. Realizar tamponamentos, suturas, drenagens, sondagens, biópsias e outros pequenos procedimentos cirúrgicos.
12. Realizar atendimento de emergência cardio-respiratória com técnicas de suporte avançado de vida.
13. Adquirir noções gerais para diagnóstico e tratamento emergencial de problemas do nariz, seios para-nasais, ouvido, faringe, aparelho respiratório e cardiovascular.

**QUARTO SEMESTRE**

<b>MÓDULO 1</b> 5 semanas	<b>MÓDULO 2</b> 5 semanas	<b>MÓDULO 3</b> 6 semanas
<b>EIXO PRÁTICO COGNITIVO</b>		
<p>Programas de saúde; o PSF;</p> <p>Estudo clínico em bases semiológicas: introdução ao método;</p> <p>Estudo da dor, febre, inflamação e infecção: aspectos clínicos, patogénia, noções básicas de tratamento;</p> <p>Semiologia da criança, do adolescente, do adulto e do idoso. Exame físico segmentar em pacientes com patologias variadas;</p> <p>Introdução à terapêutica: estudo da farmacocinética;</p> <p>Assepsia e antisepsia. Paramentação cirúrgica. Revisão de técnicas de aplicação de injeções e punções.</p> <p>Validade e reprodutibilidade dos testes diagnósticos.</p>	<p>Planejamento de ações e serviços de saúde;</p> <p>Epidemiologia, semiologia, critérios diagnósticos, fisiopatologia, tratamento, prognóstico, prevenção, das doenças da pele nas diferentes fases do desenvolvimento humano;</p> <p>Lesões elementares: aspectos clínicos e patogénia, noções básicas de tratamento;</p> <p><i>Procedimentos complementares (laboratoriais, de imagem, anátomo patológicos) na investigação diagnóstica do tegumento;</i></p> <p>Queimaduras;</p> <p>Estudo da farmacodinâmica;</p> <p>Bases metabólicas da cirurgia;</p> <p>Comportamento em sala de cirurgia;</p>	<p>Avaliação de ações e serviços de saúde;</p> <p>Epidemiologia das causas externas;</p> <p>Semiologia, critérios diagnósticos, fisiopatologia, tratamento, prognóstico, prevenção, epidemiologia das doenças do aparelho locomotor nas diferentes fases do desenvolvimento humano;</p> <p>Abordagem do paciente com dor articular: etiopatogenia das dores articulares;</p> <p><i>Procedimentos complementares (laboratoriais, de imagem, anátomo patológicos) na investigação diagnóstica do sistema locomotor;</i></p> <p>Traumas em geral. Atendimento pré-hospitalar e ambulatorial;</p> <p>Traumatologia forense;</p> <p>Manifestações clínicas ortopédicas que demandam intervenções de urgência e emergência;</p>
<b>EIXO ÉTICO-HUMANÍSTICO</b>		
<p>Relação médico-paciente; relação profissional/usuários; relação entre membros da equipe de saúde;</p> <p>Ética e saúde; ética do estudante de medicina. Introdução à Bioética. Deontologia Médica;</p> <p>Aspectos ético-legais e psicossociais relacionados aos problemas de saúde abordados no semestre;</p> <p>Desenvolvimento pessoal e profissional.</p>		
<b>EIXO FORMAÇÃO CIENTÍFICA</b>		
<p>Leitura, interpretação e resenha de trabalhos científicos contextualizados com os conteúdos do eixo prático-cognitivo;</p> <p>Bases da Pesquisa Epidemiológica I;</p> <p>Desenhos de estudos epidemiológicos clássicos;</p> <p>Bases da Pesquisa Epidemiológica II: viéses, confundimento; interação; Causalidade.</p>		



14. Aplicar instrumentos de coleta e registro dos dados médicos especializados nas práticas semiológicas para problemas de nariz, seios para-nasais, ouvido, faringe, aparelho respiratório e cardiovascular.
15. Reconhecer as conseqüências psíquicas do adoecimento: regressão psicológica e depressão.

#### Eixo Ético-Humanístico

1. Desenvolver a relação médico-paciente (alteridade, empatia, transferência e contra-referência), profissional-usuário e interprofissional.
2. Desenvolver atividades culturais e artísticas para o aprimoramento pessoal.
3. Desenvolver habilidades de comunicação de notícias adversas a pacientes e familiares.
4. Conhecer os aspectos ético-legais e psicossociais relacionados aos problemas de saúde abordados no semestre.
5. Conhecer os aspectos éticos relacionados à pesquisa.

#### Eixo Formação Científica

1. Efetuar leitura, interpretação e resenha de trabalhos científicos contextualizados com os conteúdos do eixo prático-cognitivo.
2. Habilitar-se em análise estatística básica.
3. Habilitar-se a participar de atividades de pesquisa.

#### *Sexto Semestre*

#### Eixo Prático-Cognitivo

1. Conhecer os principais aspectos clínicos e epidemiológicos das doenças crônico-degenerativas.
2. Conhecer os principais aspectos clínicos e epidemiológicos das causas externas.
3. Discutir a importância da informação em saúde para o planejamento, gestão e avaliação dos serviços e ações.

4. Identificar os principais sistemas de informação de saúde em uso no Brasil; reconhecer e exercitar o manejo dos principais sistemas de informação de saúde, especialmente aqueles relacionados à atenção básica.
5. Caracterizar epidemias.
6. Conhecer e realizar investigação semiológica incluindo exames complementares, critérios diagnósticos, fisiopatologia, epidemiologia, prognóstico, prevenção e tratamento dos sinais e sintomas gastrintestinais, doenças relacionadas com a nutrição, patologias do aparelho gênito-reprodutor e urinário nas diferentes fases do desenvolvimento humano.
7. Aplicar instrumento de coleta e registro dos dados médicos especializados nas práticas semiológicas do aparelho gênito-reprodutor e urinário.
8. Adquirir noções gerais para diagnóstico e tratamento emergencial de problemas gastrintestinais, doenças relacionadas com a nutrição, patologias do aparelho gênito-reprodutor, urinário e gastrintestinal.

#### Eixo Ético-Humanístico

1. Refletir sobre:
  - a) Constrangimento na abordagem e realização de procedimentos do aparelho geniturinário e reprodutor; abordados com grupos de discussão e aulas práticas sob orientação adequada, com postura e descrição adequadas.
  - b) Aspectos que envolvem a sexualidade na relação médico-paciente; extensamente discutidos.
  - c) Relação mãe-filho (recém-nato).
  - d) Manifestações psicossociais da gravidez e parto.
  - e) Aspectos ético-legais e repercussões psicossociais do estupro, violência sexual e aborto.

#### Eixo Formação Científica

1. Efetuar leitura, interpretação e resenha de trabalhos científicos contextualizados com os conteúdos do eixo prático-cognitivo.

**QUINTO SEMESTRE**

<b>MÓDULO 1</b> 3 semanas	<b>MÓDULO 2</b> 7 semanas	<b>MÓDULO 3</b> 6 semanas
<b>EIXO PRÁTICO COGNITIVO</b>		
<p>Vigilância Sanitária; Fatores de risco à saúde; Semiologia, critérios diagnósticos, fisiopatologia, tratamento, prognóstico, prevenção, epidemiologia das doenças do nariz, seios paranasais, faringe, laringe e aparelho auditivo nas diversas fases do desenvolvimento humano; Procedimentos complementares (laboratoriais, de imagem, histopatologia) na investigação diagnóstica das doenças do nariz, seios paranasais, faringe, laringe e aparelho auditivo; Manifestações clínicas relacionadas que demandam intervenções de urgência e emergência; Instrumental cirúrgico básico; Coleta de material biológico;</p>	<p>Vigilância Epidemiológica. Preenchimento da declaração de óbito incluindo aspectos legais e epidemiológicos; Semiologia, critérios diagnósticos, fisiopatologia, tratamento, prognóstico, prevenção, epidemiologia das doenças da traquéia, brônquios, pulmão nas diferentes fases do desenvolvimento humano; Taponamentos, suturas, drenagens, sondagens, biópsias e outros pequenos procedimentos cirúrgicos; Procedimentos complementares (laboratoriais, de imagem, anátomo-patológicos) na investigação diagnóstica das doenças da traquéia, brônquios, pulmão. Manifestações clínicas relacionadas que demandam intervenções de urgência e emergência;</p>	<p>Saúde e trabalho; Semiologia, critérios diagnósticos, fisiopatologia, tratamento, prognóstico, prevenção, epidemiologia das doenças do aparelho cardiovascular nas diferentes fases do desenvolvimento humano; Procedimentos complementares (laboratoriais, imagem, histopatologia) na investigação das doenças do aparelho cardiovascular ; Afundimento cardiovascular de emergência; Técnicas e manuseio de instrumentos de baixa complexidade em emergência, como ventiladores mecânicos, desfibriladores, eletrocardiograma;</p>
<b>EIXO ÉTICO HUMANÍSTICO</b>		
<p>Relação médico-paciente, profissional-usuário e inter-profissional. Aspectos ético-legais e psicossociais relacionados aos problemas de saúde abordados no semestre. Aspectos ético-legais relacionados à pesquisa. Aspectos psicossociais em casos de doença grave e com possibilidade de morte. Desenvolvimento pessoal -busca de conhecimentos gerais, não médicos, em atividades culturais, artísticas.</p>		
<b>EIXO FORMAÇÃO CIENTÍFICA</b>		
<p>Leitura, interpretação e resenha de trabalhos científicos contextualizados com os conteúdos do eixo prático-cognitivo. Análise estatística de estudos clínicos. Conhecimento dos principais grupos de pesquisa da UFBA e bolsas disponíveis.</p>		

**SEXTO SEMESTRE**

<b>MÓDULO 1</b> 6 semanas	<b>MÓDULO 2</b> 6 semanas	<b>MÓDULO 3</b> 4 semanas
<b>EIXO PRÁTICO COGNITIVO</b>		
<p>Sistemas de informações em saúde;</p> <p>Semiologia, critérios diagnósticos, fisiopatologia, tratamento, prognóstico, prevenção, epidemiologia das doenças gastrointestinais e relacionadas à nutrição nas diferentes fases do desenvolvimento humano;</p> <p>Procedimentos complementares (laboratoriais, de imagem, anátomo-patológicos) na investigação diagnóstica das doenças gastrointestinais e relacionadas à nutrição;</p> <p>Situações que demandam intervenções de urgência e emergência;</p>	<p>Epidemias;</p> <p>Semiologia, critérios diagnósticos, fisiopatologia, tratamento, prognóstico, prevenção, epidemiologia das doenças dos aparelhos gênito -reprodutor e urinário nas diferentes fases do desenvolvimento humano;</p> <p>Procedimentos complementares (laboratoriais, de imagem, anátomo -patológicos) na investigação diagnóstica das doenças dos aparelhos gênito reprodutor e urinário;</p> <p>Situações que demandam intervenções de urgência e emergência;</p>	<p>Epidemiologia das doenças crônico-degenerativas Gestação e parto normais;</p> <p>Desenvolvimento fetal;</p> <p>Semiologia, critérios diagnósticos, fisiopatologia, tratamento, prognóstico, prevenção, epidemiologia das doenças da gestação e do parto;</p> <p>Procedimentos complementares (laboratoriais, de imagem, anátomo -patológicos) na investigação diagnóstica das doenças da gestação e do parto;</p> <p>Situações obstétricas que demandam intervenções de urgência e emergência;</p>
<b>EIXO ÉTICO-HUMANÍSTICO</b>		
<p>Sexualidade na relação médico-paciente;</p> <p>Constrangimento da abordagem e realização de procedimentos dos aparelhos gênito - reprodutor e urinário;</p> <p>Relação mãe e filho (recém-nato);</p> <p>Aspectos ético-legais e psicossociais da violência sexual, estupro e aborto;</p> <p>Aspectos psicossociais da gravidez e parto;</p> <p>Desenvolvimento pessoal e profissional.</p>		
<b>EIXO FORMAÇÃO CIENTÍFICA</b>		
<p>Leitura, interpretação e resenha de trabalhos científicos contextualizados com os conteúdos do eixo prático-cognitivo.</p>		

2. Avaliar criticamente as pesquisas clínicas e epidemiológicas, de modo a considerar adequadamente, na prática médica, os conhecimentos produzidos nessas pesquisas.

### *Sétimo Semestre*

#### Eixo Prático-Cognitivo

1. Caracterizar as diferentes modalidades de organização da assistência médica supletiva no Brasil.
2. Discutir a política nacional de regulação e controle do setor privado da saúde.
3. Entender e avaliar criticamente a relação mediadora dos planos de saúde, seguradoras e similares na prestação de saúde como fator de interferência na relação médico-paciente, analisando seus reflexos na formação médica e no exercício da profissão.
4. Avaliar de forma crítica a existência de uma prática médica liberal e assalariada e a sua influência na formação profissional.
5. Analisar as características da política nacional de medicamentos.
6. Analisar as características da política de recursos humanos em saúde no Brasil, discutindo as perspectivas da formação médica.
7. Discutir as propostas e as políticas de saúde em debate no contexto nacional, estadual e municipal.
8. Realizar visitas a serviços de saúde privados e a farmácias de unidades de saúde.
9. Realizar entrevistas com usuários de serviços privados de saúde e com profissionais de saúde.
10. Reconhecer a importância da participação social em saúde.
11. Conhecer e realizar investigação semiológica, incluindo exames complementares, critérios diagnósticos, fisiopatologia, epidemiologia, prognóstico, prevenção e tratamento das doenças endocrinológicas, hematológicas, psiquiátricas, neurológicas e oftalmológicas nas diferentes fases do desenvolvimento humano.
12. Adquirir noções gerais para diagnóstico e tratamento emergencial de problemas endocrinológicos, hematológicos, psiquiátricos, neurológicos e oftalmológicos.
13. Aplicar instrumentos de coleta e registro dos dados médicos especializados nas práticas semiológicas aplicado às doenças endocrinológicas, hematológicas, psiquiátricas, neurológicas e oftalmológicas.
14. Entender o planejamento de uma assistência racional e integrada em ambulatório e nas enfermarias.
15. Compreender a noção de interconsultoria, considerando a inter-relação das diversas especialidades médicas no sentido de configurar uma Medicina integrada e integral.
16. Discutir os aspectos da tanatologia na prática médica.

#### Eixo Ético-Humanístico

1. Conhecer os aspectos ético-legais e psicossociais relacionados aos problemas de saúde abordados no semestre.

#### Eixo Formação Científica

1. Efetuar leitura, interpretação e resenha de trabalhos científicos contextualizados com os conteúdos do eixo prático-cognitivo.

### *Oitavo Semestre*

1. Discutir temas relevantes e atuais em saúde, com abordagem multidisciplinar e multiprofissional.
2. Efetuar aplicação, análise e síntese das condições de saúde da comunidade, família e indivíduo, dentro de uma abordagem biopsicossocial e ambiental.
3. Iniciar a realização da monografia: conhecimento dos prazos e normas de elaboração, escolha do tema, do orientador e início da revisão bibliográfica. A mesma deverá estar concluída no 11<sup>a</sup> semestre, **quando ocorrerá a defesa pública.**

**SÉTIMO SEMESTRE**

<b>MÓDULO 1</b> 5 semanas	<b>MÓDULO 2</b> 8 semanas	<b>MÓDULO 3</b> 3 semanas
<b>EIXO PRÁTICO COGNITIVO</b>		
<p>Setor privado da saúde; modalidades de assistência;</p> <p>Semiologia, critérios diagnósticos, fisiopatologia, tratamento, prognóstico, prevenção, epidemiologia das doenças dos sistemas endócrino e hematológico nas diferentes fases do desenvolvimento humano;</p> <p>Procedimentos complementares (laboratoriais, de imagem e histopatologia) na investigação diagnóstica das doenças dos Sistemas Endócrino e Hematológico;</p> <p>Manifestações clínicas endocrinológicas e hematológicas, que demandam intervenções de urgência e emergência;</p>	<p>Política de medicamentos;</p> <p>Política de recursos humanos em saúde;</p> <p>Reforma psiquiátrica e psiquiatria comunitária;</p> <p>Semiologia, critérios diagnósticos, fisiopatologia, tratamento, prognóstico, prevenção, epidemiologia das doenças dos Sistemas Nervoso e Psíquico nas diferentes fases do desenvolvimento humano;</p> <p>Procedimentos complementares (laboratoriais, de imagem, histopatológico) na investigação diagnóstica das doenças dos Sistemas Nervoso e Psíquico;</p> <p>Manifestações clínicas psiquiátricas e neurológicas, que demandam intervenções de urgência e emergência;</p>	<p>Conjuntura política em saúde;</p> <p>Semiologia, critérios diagnósticos, fisiopatologia, tratamento, prognóstico, prevenção, epidemiologia das doenças dos olhos e anexos nas diferentes fases do desenvolvimento humano;</p> <p>Cirurgia ambulatorial em oftalmologia com ênfase na urgência e emergência;</p> <p>Procedimentos complementares (laboratoriais, de imagem e histopatologia) na investigação diagnóstica das doenças dos olhos e anexos;</p> <p>Manifestações clínicas oftalmológicas que demandam intervenções de urgência e emergência;</p>
<b>EIXO ÉTICO-HUMANÍSTICO</b>		
<p>Relação médico-paciente;</p> <p>Dinâmica de grupo;</p> <p>Ética e saúde; ética do estudante de medicina; Desenvolvimento pessoal e profissional;</p> <p>Aspectos ético-legais e psicossociais relacionados aos problemas de saúde abordados no semestre;</p> <p>Morte : definição de morte clínica, dimensão sócio biológica, ordens de não reanimação, eutanásia.</p>		
<b>EIXO FORMAÇÃO CIENTÍFICA</b>		
<p>Leitura, interpretação e resenha de trabalhos científicos contextualizados com os conteúdos do eixo prático-cognitivo.</p>		

### OITAVO SEMESTRE

<p>ABORDAGEM INTEGRADA DE PROBLEMAS DE SAÚDE DE MAIOR RELEVÂNCIA NO BRASIL E NA BAHIA</p> <p>ESTUDO SISTÊMICO DE UMA FAMÍLIA COM FAMILIOGRAMA , DIAGRAMA DAS RELAÇÕES FAMILIARES E HISTÓRIA DE VIDA.</p> <p>ESTUDO DE UM CASO DA FAMÍLIA COM REVISÃO E ATUALIZ AÇÃO DO TEMA COM ANÁLISE DE ARTIGOS CIENTÍFICOS E ELABORAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO COM ABRANGÊNCIA BIOPSISSOCIAL</p> <p>INÍCIO DA ELABORAÇÃO DA MONOGRAFIA</p>	<p>Semana livre para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajustes necessários</li> <li>- Realização de uma atividade integradora de todos os alunos</li> <li>- Avaliação geral do semestre e planejamento do internato</li> </ul>
--	--

## **Internato**

Considerando o Parecer nº 329 de 11/11/2004, do Conselho Nacional de Educação (BRASIL, 2004), a carga horária mínima do curso de Medicina é de 7.200 horas. Assim sendo, a carga horária do internato não pode ser inferior a 2.520 horas.

O internato tem como marco referencial o aprendizado em serviço, cujo modelo pedagógico de sustentação é “o aprender a saber fazer” e deve ocupar pelo menos 35 % da carga horária do curso médico, distribuída nos dois últimos anos (9º ao 12º semestres).

No modelo atual, as normas gerais do internato estão disponíveis no seguinte endereço eletrônico [www.medicina.UFBA.br](http://www.medicina.UFBA.br) e têm a estrutura mostrada no Quadro I.

De acordo com as normas vigentes, o programa do internato deve atender as seguintes premissas:

1. Formar médico generalista capaz de resolver e/ou referenciar os problemas de saúde nas comunidades nas quais vier a atuar.
2. Oferecer oportunidades para ampliar, integrar e aplicar os conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridos nos anos anteriores do curso.
3. Proporcionar melhor capacitação em técnicas e habilidades indispensáveis ao exercício de atos médicos básicos.
4. Promover o aperfeiçoamento ou a aquisição de atitudes adequadas assistência aos pacientes.
5. Possibilitar a prática da assistência integrada pelo estímulo dos diversos profissionais da equipe de saúde.
6. Permitir experiências em atividades resultantes da interação escola médica comunidade pela participação em trabalhos extra-hospitalares ou de campo.
7. Estimular o interesse por ações que possibilitem a promoção e preservação da saúde e prevenção de doenças.
8. Desenvolver a consciência das limitações, responsabilidades e deveres éticos do médico perante o paciente, a instituição e a comunidade.
9. Desenvolver o senso de responsabilidade em assegurar o aperfeiçoamento profissional continuado.

## Problemas Identificados no Internato Atual

1. Carga horária inferior ao estipulado pelo MEC.
2. Falta de integração no ensino dos conteúdos das diversas disciplinas e entre estes e sua aplicabilidade prática.
3. Falta de complexidade crescente na programação dos diversos conteúdos trabalhados no internato.
4. Campos de prática inadequados para atender às exigências de uma boa formação médica: ensino centrado em modelo hospitalocêntrico, falta de oferta em estágio na área rural, unidades de emergência e terapia intensiva e falta de equipamentos mínimos necessários ao desempenho de atividades ambulatoriais e hospitalares, entre outros.
5. Desequilíbrio na distribuição de carga horária entre hospital e atividades em comunidade (Medicina Social tem carga horária pequena em relação às outras áreas)
6. Pouca valorização e pouca ênfase no ensino das atividades que envolvem promoção à saúde e prevenção às doenças.
7. Pouca valorização dos princípios da ética e bioética na prática médica.
8. Falta de conteúdos e/ou atitudes docentes que valorizem o zelo com arquivos e documentação médica na prática assistencial.
9. Falta de supervisão continuada nos estágios intra e extra hospitalares.
10. Busca de estágios extracurriculares sem controle e/ou supervisão de docentes, como alternativas para suprir a inexistência de atividades e campos de prática em urgência, emergência e de medicina intensiva .
11. Evasão dos centros de ensino, no decorrer dos últimos semestres do internato, para participação de cursos preparatórios para a seleção da residência médica.
12. Docentes sem reciclagem, sem valorização sem estímulo para participarem dos diversos níveis de atuação.

**Quadro I.** A atual constituição do internato na Faculdade de Medicina da Bahia (UFBA).

PERÍODO DISCIPLINA	DURAÇÃO	
	Carga horária	Em semanas
<b>INTERNATO I (5º ano, 9º e 10º semestres)</b>		
Clínica Médica (MED-229)	400	10
Ginecologia-obstetrícia (MED-230)	400	10
Pediatria (MED-231)	400	10
Cirurgia (MED-232)	400	10
Medicina Social (MED-242)	400	10
<b>INTERNATO II (6º ano, 11º e 12º semestres)</b>		
Clínica Médica (MED-243)	480	12
Cirurgia (MED-244)	480	12
Pediatria (MED-245)	480	12
Ginecologia-obstetrícia (MED-246)	480	12
<b>CARGA HORÁRIA TOTAL – NÚMERO DE SEMANAS</b>	<b>4.420</b>	<b>98</b>

O grupo não conseguiu fechar uma proposta única sendo apresentada então duas sugestões.

Uma parte do grupo propõe o princípio da complexidade crescente, conforme apresentado pelo grupo de trabalho da oficina anterior, com estruturação em duas etapas para as áreas de Clínica Médica, Pediatria e Cirurgia e em uma etapa para Saúde Coletiva, Ginecologia e Obstetrícia.

O Internato I será dividido em 5 áreas. Pelo menos metade da carga horária será destinada ao nível de atenção básica e de média complexidade,

com aplicações básicas de Saúde Coletiva em cada área, aumentando a participação da Medicina Social e corrigindo a distorção do ensino centrado em hospital.

A carga horária semanal terá a duração de 40 horas; cada estágio contemplará dois turnos livres para que o aluno proceda às atividades de desenvolvimento pessoal, pesquisas, leituras, implementação de projetos. Os plantões curriculares deverão ser de, no máximo, 2 turnos de 12 horas.

Nenhum aluno iniciará o 11º semestre sem cumprir aprovação nas disciplinas do primeiro período.



**Quadro II.** Distribuição proposta da carga horária do internato.

PERÍODO / DISCIPLINA	DURAÇÃO	
	Carga Horária	Em Semanas
<b>INTERNATO I (5º ano: 9º e 10º semestres)</b>		
Clínica Médica I (MED-229) *	440	11
Ginecologia (MED-230)*	440	11
Pediatria I (MED-231)*	440	11
Cirurgia I (MED-232)*	440	11
Medicina Social (MED-242)**	440	11
<b>INTERNATO II (6º ano: 11º e 12º semestres)</b>		
<b>Ajustes /Avaliações</b>	40	01
<b>Seminário de Orientação Discente</b>	40	01
Clínica Médica II (MED-243)	440	11
Obstetrícia (MED-246)	440	11
Pediatria II (MED-245)	440	11
Cirurgia II (MED 244)	440	11
<b>CARGA HORÁRIA TOTAL</b>	3960 + 40 + 40	
<b>NÚMERO DE SEMANAS</b>	<b>4080 horas</b>	<b>102</b>
<b>FÉRIAS</b>	80	<b>02</b>

A Medicina Social norteará as atividades de modo transversal, garantindo a atenção de baixa complexidade nos moldes do PSF, além de organizar e supervisionar o internato rural. A experiência no campo da Medicina Social deve ser abordada pelo aluno no 1º ano de internato, com o Estágio Rural. Isto permitirá contato com os diversos níveis de gestão e gerência em Saúde Coletiva, além de atividades em equipe de PSF e

Policlínica fora da capital, com exercício real de atividade-fim em todo o Sistema Público de Saúde.

Os rodízios de Cirurgia, Pediatria e Medicina Interna serão de 11 semanas com atividades básicas de saúde, em nível de centro de saúde ou policlínica, nos 9º e 10º semestres. Durante este período, o aluno deverá frequentar um dos serviços de urgência/emergência, credenciados pela Comissão de Internato.

**Quadro III.** Carga horária e rodízios do modelo proposto de Internato.

<b>RODÍZIO</b>	<b>NÚMERO DE SEMANAS</b> (carga horária total, em horas)	<b>RODÍZIOS PARALELOS</b> (sob a forma de plantão de 12 ou 24 horas, conforme o serviço)
Cirurgia	22 (1.144 a 1.320)	Emergência/Urgência
Clínica Médica	22 (1.144 a 1.320)	Emergência/Urgência e UTI
Pediatria	22 (1.144 a 1.320)	Emergência/Urgência e UTI (pediátrica e neonatal)
Ginecologia-obstetrícia	22 (1.144 a 1.320)	Serviços de Ginecologia e de obstetrícia
Medicina Social	22 (1.144 a 1.320)	Medicina Preventiva e Social, Saúde da Família, Estágio Rural e Sala de Vacinas

Propõe-se um período de 15 dias de intervalo entre os internatos I e II, quando será feita uma análise de desempenho desta etapa do curso, buscando corrigir as dificuldades dos alunos em decidir seus rumos de opção de especialidade, residência médica, sistema privado de saúde, perfis de especialidade e buscando orientar o fim do curso do discente. Neste período, iriam completar-se as avaliações e seriam realizadas as pré-matrículas pelo Colegiado. Nos últimos 7 dias, seria organizado pela Comissão de Internato um seminário ou uma série de seminários com a participação de docentes das diversas especialidades, permitindo ao discente conhecer mais profundamente o universo da atuação médica e a diversidade das áreas de atuação.

O Internato II seria centrado nas atividades em atenção terciária, com atividades centradas em hospital (enfermarias, ambulatórios especializados, centro cirúrgico de especialidades, unidades de medicina intensiva e semi-intensivas).

A área de Ginecologia e Obstetrícia, por ter campos de prática distantes e disciplinas independentes, será separada nos dois anos, passando o aluno apenas uma vez em cada uma nos

dois anos. A Ginecologia, por ter conteúdos essenciais à prática obstétrica, seria feita sempre nos 9º e 10º semestres e a Obstetrícia, no 11º e 12º semestres, devendo ser garantido também o princípio, em cada estágio, da complexidade crescente e dedicação de pelo menos metade da carga horária em atividades de baixa e média complexidade em consultoria com a Saúde Coletiva. Essa proposta do internato é mostrada no Quadro II.

Uma outra parte do grupo propõe que o internato seja cumprido de forma contínua, conforme sugerido no projeto original (Quadro III).

Considerando que o ano tem 58 semanas, e os 4 semestres (ou nos 2 anos) têm 116 semanas, menos as 4 semanas de férias (nos 2 anos) restariam 112 semanas, que ficariam distribuídas no internato conforme assinala o quadro abaixo, sendo cada módulo (ou rodízio) oferecido de forma contínua e uma única vez (Quadro III). Dessa forma, acredita-se também que ocorra a melhoria do sistema de gestão do internato, evitando a multiplicidade de turmas do 5º e 6º anos. Nesse modelo, a turma ao chegar ao final do 8º semestre seria subdividida em 6 subturmas (5 áreas + Estágio Rural).

## Campos de Prática

Constata-se, nas condições atuais, a existência de condições peculiares na gestão da Rede SUS. A gestão parcial do sistema, com a maioria das unidades terceirizadas para organizações sociais tem mão-de-obra temporária, com grandes dificuldades de investimentos para educação permanente e implantação de rotinas e programas. O uso do distrito do Nordeste de Amaralina, como campo de prática, tem enfrentado resistências por docentes e alunos, pela insegurança no acesso a estas áreas. O Ambulatório Magalhães Netto, parte do Complexo HUPES, apresenta-se próximo à saturação, devendo privilegiar sua destinação a unidade de referência especializada da rede, para média e alta complexidade, por demanda de policlínicas das diversas regiões da Região Metropolitana e municípios sedes da Macro-região.

A situação ideal será a criação de um centro modelo, com administração e pessoal compartilhado entre UFBA e o gestor local do SUS, próxima ao Campus do Canela, onde concentram-se as unidades de saúde da UFBA. Deve-se contemplar a multi e interdisciplinaridade, sediando equipes de PSF e policlínica básica de especialidades de acordo com o comportamento epidemiológico mais próximo da população. A unidade seria campo de prática das diversas unidades da área de saúde, que proporcionasse atividades para alunos do fim do curso e da pós-graduação contatos desde a organização administrativa, planejamento de ações e intervenções nas várias reas básicas em contingente populacional de um distrito sanitário ou comunidade geograficamente determinada. A unidade modelo permitiria inclusive testes para novos modelos de intervenções, aperfeiçoamento de serviços prestados pelo sistema ou propostas inovadoras de gestão e intervenções que pudessem garantir a referência e contra referência, com unidades de atendimento terciário e de alta complexidade, como o Complexo HUPES. A unidade também seria utilizada como campo prático de atividades de educação permanente para as equipes das demais unidades do sistema e das novas equipes de PSF.

O Internato Rural tem como função permitir o contato com o sistema de saúde em cidades do interior. Será realizado em municípios da Região Metropolitana de Salvador e da área de abrangência do Campus Avançado de Vitória da Conquista. As atividades envolverão trabalho com equipes de Saúde da Família (PSF), policlínicas e centros de saúde, com atendimento clínico e supervisão de planejamento e administração em saúde.

Na atualidade, é impossível planejar o internato ou observar as diretrizes pedagógicas do Conselho Nacional de Educação, sem contar com as parcerias de prefeituras municipais e outros serviços fora da Universidade Federal da Bahia.

## Notas

- A) Versão preliminar impressa, Fevereiro de 2005, 36p, 2005<sup>(3)</sup>;  
B) Discentes: ÂNGELA GOMES VASCONCELOS, ANDRÉ LUIZ PITANGA BASTOS DE SOUZA, BRUNO MENDONÇA PROTÁSIO DA SILVA, JAN MENEZES LOPES, JULIO BERNARDO BARBOSA PEREIRA, MATEUS FREIRE DE LIMA E SOUZA, MURILO PEREIRA FLORES, RAFAELA OLIVEIRA MALTA; Docentes: ANTÔNIO CARLOS VIEIRA LOPES, CRISTIANAMARIA C. NASCIMENTO CARVALHO, GILBERTO CAFEZEIRO BONFIM, HELEMARIE SCHAER BARBOSA, JAMARY OLIVEIRA, MARCO ANTÔNIO VASCONCELOS REGO, MODESTO JACOBINO (PRESIDENTE), PAULO ANDRÉ JESUÍNO DOS SANTOS, TÂNIA MORAIS REGIS; Técnico-administrativos: MÁRCIA MAGALHÃES GUIMARÃES, SÔNIA MARIA MARTINS FELZEMBURG; e Assessores: ANDRÉ LUIZ PEIXINHO, JOSÉ TAVARES-NETO, LORENE L. SILVA PINTO, MÔNICA ANGELIN GOMES DE LIMA, SUMAIA BOAVENTURA ANDRÉ E VERA LÚCIA ALMEIDA FORMIGLI;  
C) Docentes do PAED: ALCINA MARIA VINHAES BITTENCOURT, ANDRÉ VILA SERRA, ANTONIO FERNANDODREYER, ANTONIO FRANCISCO JUNQUILHO VINHAES, ANTONIO GILSON LAPA GODINHO, ARLÚCIA DE ANDRADE FAUTH, CARLOS Augusto Santos DE MENEZES, CESAR AUGUSTO DE ARAÚJO NETO, CLOTÁRIO NEPTALI CARRASCO CUEVA, CÍCERO FIDELIS, DENISE DOS SANTOS BARATA, DOMINGOS COUTINHO, EDNA LÚCIA SANTOS DE SOUZA, EDSON O'Dwyer JÚNIOR, FERNANDO A. GLASNER DA ROCHA ARAÚJO, GERVÁSIO BATISTA CAMPOS, HEITOR CARVALHO GUIMARÃES, HUGO MAIA FILHO, ISABEL CARMEN FONSECA FREITAS, JORGE LUIZ SAPUCAIA CALABRICH, JOSÉ MARCOS PONDÉ FRAGA LIMA, JOSÉ

SIQUEIRA DE ARAÚJO FILHO, LUIS SCHIPER, MARGARIDA CÉLIA LIMA COSTA NEVES, MARIA DE LOURDES LIMA FALCÃO, MARIA DO SOCORRO FONTOURA, MARIA TERESA REBOUÇAS G DE AZEVEDO, MURILO PEDREIRA NEVES JÚNIOR, NÁDYA BUSTANI CARNEIRO, NILO LEÃO, NILSON FERREIRA GOMES, OCTÁVIO HENRIQUE COELHO MESSEDER, OSÓRIO JOSÉ DE OLIVEIRA FILHO, PAULO ANDRÉ JESUÍNO DOS SANTOS, RAUL COELHO BARRETO FILHO, ROBERTO MIGUEL SILVA, ROMÁRIO TEIXEIRA BRAGA FILHO, ROSA VIANA S. BRIM, SUMAIA BOAVENTURA ANDRÉ, VANDA MARIA MOTA DE MIRANDA, VENCESLAU DOS REIS SOUZA SILVA, VITOR LÚCIO DE OLIVEIRA ALVES, WALDECK BARRETO DE ALMEIDA, WELLINGTON ALVES CAVALCANTE; Revisão: LORENE L. SILVA PINTO; Coordenação: José Tavares-Neto.

### Referências Bibliográficas

1. Brasil. Conselho nacional de Educação do Ministério da Educação. Parecer nº 329 de 11/11/2004. Brasília. Extraído de <http://www.mec.gov.br/cne/parecer3.shtm>, em 20 de Dezembro de 2004.
2. CINAEM (III Fase). Relatório 1999 – 2000. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, 300p., 2004.
3. Faculdade de Medicina da Bahia. Projeto de Transformação Curricular para o Curso de Medicina de Graduação da FAMEB (proposta preliminar). Salvador: Faculdade de Medicina da Bahia, 36p., 2005 [impresso: tiragem de 1.800 exemplares].
4. Gonçalves EL. Pedagogia e Didática: Relações e Aplicações no Ensino Médico. *Rev bras educ méd* 25, n. 01, Jan/Abril, 2001.

## A Informação Científica na Prática Médica: Estudo do Comportamento Informacional do Médico-Residente\*

Scientific Information in Clinical Practice: Information Behavior Study of Medical-Residents

Martha Silvia Martinez-Silveira

Os médicos, em sua prática clínica, vivenciam necessidades de informação muito específicas em relação às quais características como exatidão, confiabilidade e presteza são fundamentais. Face ao crescente volume da literatura médica, esses profissionais têm encontrado dificuldade em obter acesso a informações que facilitarão o atendimento dos seus pacientes. Com o objetivo de investigar o comportamento informacional do médico, decorrente das necessidades surgidas durante o atendimento ao paciente, realizou-se uma pesquisa com 73 médicos-residentes no Complexo Hospital Universitário Prof. Edgar Santos da Universidade Federal da Bahia. A população foi examinada utilizando-se a técnica do *survey* e do incidente crítico através da aplicação de um questionário. Os resultados mostram que o grupo de médicos-residentes tem necessidades de informação científica para sua prática clínica, especialmente sobre o tratamento medicamentoso e o diagnóstico e que, devido às características específicas do grupo, essas necessidades se fundem com uma necessidade de informação básica. E, nesse sentido, eles priorizam informações que são encontradas através da consulta com o médico-supervisor ou mais experiente, ou através dos livros da sua coleção particular. Os recursos tecnológicos disponíveis ainda são pouco utilizados devido à falta de tempo, às dificuldades com o manejo ou ao desconhecimento dos mesmos. A biblioteca é pouco freqüentada, porque os acervos são escassos e desatualizados. Conclui-se que os profissionais da informação especializados na área médica podem desempenhar um papel importante nesse cenário, não somente criando serviços informacionais eficientes e facilitando o acesso à informação, mas também treinando os médicos no manejo de recursos e realização de suas pesquisas informacionais.

**Palavras-chave:** comportamento informacional, necessidades informacionais, prática médica, médicos.

*Physicians have specific information needs for clinical practice, which are characterized by the condition of be exact, trustworthy and useful. Given the enormous increase in the medical literature, these professionals have encountered great difficulty in finding the information that could help them treat their patients. In the University Hospital Prof. Edgar Santos, which belongs to the Universidade Federal da Bahia, a survey was conducted with 73 medical residents, trying to assess their information behavior. The population was analyzed using regular survey technique and the critical incident technique through a questionnaire. The results show that the studied group has a need of scientific information; especially in the matters related to drug therapy and diagnosis, and that the need extends to more basic fields. Their preferred approach is to consult the supervisor physician, or another more experienced physician, and maybe some books in their personal collection. The technological information resources available to them are underutilized due in part to lack of time, knowledge about how the technology works, and even total ignorance about the existence of such means. The library is almost not visited, and appears to be of no importance to this population. They considered the collections to be scarce and outdated, and they didn't know what was the role of the librarians. The conclusion is that information professionals have a great opportunity to act in this scenery, as long as they develop their abilities and invest in specific knowledge in this area. The intervention of medical information services has to be directed to the specificities of the medical resident, which are a category in between professionals and students that is not yet well studied.*

**Key words:** information behavior, information needs, clinical practice, physicians.

## Proposta de Prontuário para as Equipes de Saúde da Família\*

### Patient Medical Record Proposal to the Family Health Team

Marcelus Motta Negreiros

O Programa Saúde da Família (PSF) tem por meta cuidar das pessoas e de suas famílias de modo integrado e eficiente. Este projeto objetivou a sugestão de prontuário de saúde para os usuários do PSF no intuito de aumentar a qualidade do atendimento a esta população, observando as necessidades peculiares e o respeito ao direito de ter registro de informações corretos e voltados aos interesses da pessoa e da sua família. Além de discutir o atendimento médico, a partir da sugestão de prontuário proposta para o PSF, da população residente em distrito docente-assistencial do município de Rio Branco (Estado do Acre), buscou-se o intercâmbio de informações relacionadas ao tema com gestores públicos de saúde e preceptores e médicos de residência médica da FUNDHACRE e de outros programas do Brasil, da América Latina e do Canadá. **Objetivo:** propor prontuário para as equipes de saúde da família. **Tipo de Estudo:** análise secundária de dados. **Métodos:** foram levantados as características e os conteúdos de prontuários disponíveis do PSF no Brasil e em alguns países da América Latina e do Canadá, e discutidos com gestores estaduais e municipais, bem como com membros de Programas de Residência Médica (PRM) da FUNDHACRE, no intuito de propor um modelo de prontuário que atendesse aos interesses da pessoa e do conjunto de membros da família, bem como da equipe de saúde. O presente trabalho foi realizado no Centro Estadual de Formação de Pessoal em Saúde de Família Policlínica Tucumã (CEFPSF). **Resultados:** foram recebidos 7 modelos de prontuários de países das Américas e 3 de PRMs em MFC. **Conclusões:** apesar da limitação de prontuários recebidos, principalmente do Brasil, ficou evidente a importância de personalização de prontuários de família que atendam as necessidades regionais peculiares dos usuários que são atendidos pelo PSF.

**Palavras-chave:** prontuário, saúde, família, modelo-prontuário, Estado do Acre.

---

*The Family Health Program has the purpose to take full care of the person and its family. This study has the goal to suggest a patient medical record for those who attend the Family Health Program (FHP), to improve the quality of the health support received, by analyzing particular matters and showing the dignity to have the best collection of informations recorded in the patient and family's health document. Besides discussing the medical attention by proposing a new patient record suggestion to those who live and need the medical attention in the Assistencial District of Tucumã, in Rio Branco (Acre State), information and experiences were exchanged among health providers, Medicine Residency Program Medical Doctors from FUNDHACRE, public health and also from other brazilian health services as well as Family Health providers from Latin America and Canada. **Goal:** to propose a Family Health patient record to the Family Health Program. **Type of Study:** database secondary analysis. **Methods:** it was analyzed the major questions presented in patient records models, sent by Family Medicine Residency Programs from Brazil and from Ministries and Family Health Societies from Latin America and Canadá, also meetings with Medicine Residency Programs members from FUNDHACRE and Health Providers happened to discuss the proposal of the patient medical record to the Family Health Program, which could better assist patients from the FHP in Rio Branco, Acre State. The study was developed in CEFPSF Tucumã, Rio Branco City, Acre State. **Results:** 7 of 8 countries sent medical handbook samples and 3 of 31 Residency Programs sent their examples. **Conclusions:** even not receiving a good number of patient record models, mostly from Brazil, it is very clear that it is better, for the patients and the family, also for those who work in health matters, the need to make an information instrument that reflects the reality of the regions which the program is installed.*

**Key-words:** handbook, health, family, handbook-model, Acre state.

## Avaliação dos Modelos de Prontuário do Paciente nos Hospitais Universitários e de Ensino do Brasil\*

### Evaluation of the Models of Patient's Records in the Academical and Teaching Hospitals of Brazil

Fábia Gama Silva

Nas últimas décadas, a tecnologia da informação beneficiou a área médica proporcionando a formulação do Prontuário Eletrônico do Paciente, com objetivo de melhorar a qualidade da assistência à saúde. Não obstante toda evolução tecnológica, a maioria dos serviços de saúde no Brasil, especialmente da área hospitalar, encontra-se desatualizada. O prontuário do paciente geralmente é um dos últimos a ser informatizado, seja por problemas financeiros, culturais, como resistência à informática por parte dos possíveis usuários, ou até mesmo por questões legais e éticas. **Objetivo:** avaliar os modelos de prontuário do paciente existentes nos Hospitais filiados à Associação Brasileira de Hospitais Universitários e Entidades de Ensino. **Desenho do estudo:** estudo de série de casos. **Materiais e Métodos:** a amostra foi constituída por 105 modelos de prontuários, desses 28 foram perdidos (porque as instituições não enviaram os prontuários), restando para avaliação, 77 modelos, enviados por igual número de Hospitais filiados à ABRAHUE. Cada modelo de prontuário e seus respectivos formulários foram avaliados recebendo cada qual um escore diretamente proporcional à presença de informações completas nesses documentos. **Resultados:** as regiões Sul e Sudeste enviaram maior número de modelos de prontuários, 41 (53,3%) dos 77 recebidos. O tipo de prontuário predominante foi em papel, 71 (92,2%) e nenhum era eletrônico. Na análise dos escores do "Prontuário Consolidado", o máximo esperado era 20, a média foi de 10,9 ( $\pm 3,1$ ) com limites de 4 e 17 e mediana 11,0. O estado com melhor avaliação da qualidade de prontuários foi Goiás e com pior análise foi Sergipe. A média dos escores do Formulário de Medicina Interna do Adulto nos Hospitais Públicos foi de 25,02 ( $\pm 10,15$ ), enquanto nos filantrópicos foi de 18,5 ( $\pm 9,29$ )  $p < 0,038$ . **Conclusões:** O maior número de prontuários enviados da região Sul e Sudeste reflete a maior oferta de cursos de graduação em Medicina nas mesmas. A qualidade do formulário de Medicina Interna do Adulto foi melhor nos hospitais públicos que nos filantrópicos. Apesar de todas as vantagens do prontuário eletrônico, ainda não é uma realidade nesses hospitais brasileiros.

**Palavras-chave:** prontuário do paciente, hospitais universitários brasileiros, hospitais de ensino.

*In the last decades, the information technology improves the medical area providing the formulation of the Patient's Electronic Records, with purpose of improving the quality of the attendance to the health. In spite of all technological evolution, most of the health services in Brazil is outdated, in especial the hospital area. The patient's records are usually the last to be computerized, the reasons can be financial problems, cultural problems, resistance to use of the computer science by the possible users, or even legal and ethical subjects. **Objective:** to evaluate the existent patient's record models in the Academical and Teaching Hospitals, adopted by the Brazilian Association of Hospitals. **Study Design:** Case study, series of "cases." **Materials and Methods:** the sample was constituted by 105 models, from those 28 was lost (because the institutions did not send the records) remaining 77 models for evaluation, sent by an equal number of adopted ABRAHUE Hospitals. Each record model and their respective forms were appraised receiving each one directly a score proportional to the presence of complete information in those documents. **Results:** the South and Southeast areas sent larger number of records models, 41 (53.3%) of the 77 received. The predominant type of record was in paper, 71 (92.2%) and none of those are in electronic format. In the analysis of the scores of the "Consolidated Handbook" the expected maximum was 20, the average was 10.9 ( $\pm 3.1$ ) with limits of 4 and 17 and medium of 11. The state with better evaluation of the record's quality was Goiás and the worst analysis was found in Sergipe. The average of the scores of the Form of the Adult's Intern Medicine in the Public Hospitals was (25.02  $\pm 10.15$ ), while in the philanthropic hospitals was (18.5  $\pm 9.29$ )  $p < 0.038$ . **Conclusions:** the largest number of records sent from the South and Southeast states reflects the largest offer of degree courses in Medicine in the same areas. The quality of the form of Adult's Intern Medicine was better in the public hospitals than in the philanthropic ones. In spite of all of the advantages of the electronic records, it is not a reality in those Brazilian hospitals.*

**Key words:** patient's record, Brazilian academical hospitals, teaching hospitals.

# 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.<sup>(5)</sup> (no caso de três ou mais autores, sendo o <sup>(5)</sup> sobrescrito correspondente ao número da referência bibliográfica) e Bittencourt & Moreira<sup>(3)</sup> (no caso de dois autores, com o “&” comercial entre os mesmos, sendo o <sup>(3)</sup> 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<sup>(3,5)</sup>, foi assinalado a dispersão de pessoas com história da infecção, não obstante outros autores <sup>(2,4,11-16,25)</sup> 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 <sup>(1)</sup> ou <sup>(2 14 23)</sup>. 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](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<sup>®</sup> (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