

Organização:
Prof. Daniel Pinheiro Hernandez

Narrativas da História da Medicina

VOLUME 1



 unifeso

ISBN 978-65-87357-59-1

Copyright© 2023
Direitos adquiridos para esta edição pela Editora UNIFESO

EDITORA UNIFESO
Comitê Executivo
Roberta Montelo Amaral (Presidente)
Anderson Marques Duarte (Coordenador Editorial)
Valter Luiz da Conceição Gonçalves

Conselho Editorial e Deliberativo
Anderson Marques Duarte
Roberta Montelo Amaral
Mariana Beatriz Arcuri
Verônica dos Santos Albuquerque
Vivian Telles Paim

Revisor
Anderson Marques Duarte
Formatação
Anderson Marques Duarte
Capa
Gerência de Comunicação Unifeso

N189 Narrativas da história da medicina : volume 1 / Organização:
Daniel Pinheiro Hernandez . Teresópolis: Editora UNIFESO,
2023.
169 f. : il. color

ISBN 978 65 87357 59 1

1. História da Medicina 2. Narrativas. 3. Grupo de
História da Medicina (GHM). I. Hernandez Daniel Pinheiro.
II. Título.

CDD 610.9



EDITORA UNIFESO
Avenida Alberto Torres, nº 111
Alto - Teresópolis - RJ - CEP: 25.964-004
Telefone: (21)2641-7184
E-mail: editora@unifeso.edu.br
Endereço Eletrônico: <http://www.unifeso.edu.br/editora/index.php>

CONSELHO DIRETOR

Antônio Luiz da Silva Laginestra
Presidente

Jorge Farah
Vice-Presidente

Luiz Fernando da Silva
Secretário

José Luiz da Rosa Ponte
Kival Simão Arbex
Paulo Cezar Wiertz Cordeiro
Wilson José Fernando Vianna Pedrosa
Vogais

Luis Eduardo Possidente Tostes
Diretor Geral

CENTRO UNIVERSITÁRIO SERRA DOS ÓRGÃOS – Unifeso

Antônio Luiz da Silva Laginestra
Chanceler

Verônica Santos Albuquerque
Reitora

Roberta Montelo Amaral
Diretora de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão

Marcelo Siqueira Maia Vinagre Mocarzel
Diretoria de Educação a Distância

Mariana Beatriz Arcuri
Direção Acadêmica das Ciências da Saúde

Vivian Telles Paim
Direção Acadêmica de Ciências Humanas e Tecnológicas

Michele Mendes Hiath Silva
Diretoria de Planejamento

Solange Soares Díaz Horta
Diretoria Administrativa

Rosane Rodrigues Costa
Diretoria Geral do Hospital das Clínicas de Teresópolis Costantino Ottaviano

Roberta Franco de Moura Monteiro
Diretoria do Centro Educacional Serra dos Órgãos

Este volume é dedicado a todos que, ao longo dos séculos, escreveram, com suas vidas, os fatos que nos mostram a evolução da Medicina, e a todos que estudaram e aqui narram essas histórias, alicerçados na dedicação, perseverança e sacrifício de grandes mestres da Humanidade.

INTRODUÇÃO

O GRUPO DE HISTÓRIA DA MEDICINA (GHM)

Meu interesse pela História vem desde os tempos de Ginásio, graças à professora Daphne Cesar Ghidella que, com sua dedicação, em aulas brilhantes, no Colégio Estadual e Escola Normal Ministro José de Moura Resende, em Caçapava-SP, despertou-me a curiosidade pelos acontecimentos que nos trouxeram até os dias de hoje. E, desde os tempos acadêmicos, queria realizar alguma atividade, com meus pares, sobre História da Medicina. Isso porque, durante o curso, muitos professores recorriam a História para iniciar determinados assuntos ou para explicar certos tópicos. Além disso, sempre considerei a História importante, já que ela representa a memória de um povo, registrando seu legado, suas conquistas, dificuldades, aspectos culturais e outros. Em suma, algo só existiu, realmente, se deixou um registro histórico da sua passagem neste mundo. Isso certamente se aplica à Medicina. Mais ainda, a História da Medicina nos mostra como determinadas pessoas, imbuídas da vontade de conhecer e de aprender, colaboraram para a evolução médica, tanto nos níveis de conhecimento quanto nas conquistas tecnológicas.

Daí, quando surgiu o momento para construir um grupo dedicado ao estudo e à pesquisa da História da Medicina, aproveitei a oportunidade. Tal momento aconteceu no dia 2 de setembro de 2011 quando, a convite da Professora Adriana Chaves, fui falar, para a turma do então 1º período, sobre o conhecimento científico. Ao término da atividade, expliquei aos estudantes presentes a minha intenção de construir um Grupo de História da Medicina – denominação que persiste até hoje – e, então, marquei uma reunião para o dia 14 daquele mês, convidando os interessados a comparecer.

Na data marcada compareceram 11 alunos à reunião, realizada no antigo Laboratório de Histologia, situado no campus sede do UNIFESO. Foi a reunião número 1 e a data – 14 de setembro de 2011 – a de fundação do Grupo, que passou a se encontrar periodicamente. Aos poucos, o número de participantes foi aumentando, e a metodologia das reuniões foi se organizando, até atingir a conformação atual, cujo ponto alto está na apresentação de trabalhos pelos membros.

Hoje o Grupo está perfeitamente consolidado, e reconhecido nacionalmente como estudioso e pesquisador da História da Medicina. Atualmente, contamos com uma média de participação de 90 a 100 alunos por semestre, oriundos de todos os períodos. São mais de 270 reuniões realizadas e mais de 300 trabalhos apresentados, além de participação em inúmeros eventos regionais e nacionais, com destaque para o Congresso Brasileiro de História da Medicina, onze prêmios Carlos da Silva Lacaz – entregue anualmente às melhores monografias na área de História da Medicina, a alunos da graduação, em âmbito nacional –, sendo quatro primeiros lugares, quatro segundos lugares e três terceiros lugares.

O Grupo dispõe de uma comissão organizadora e tem, como sede e ponto de referência para os estudantes a sala do Eixo de Literatura e Memória do Programa de Literatura, Artes, Memória e Cinema (PLAMC), localizada no campus sede da Instituição, no 4º andar do Prédio Afif Georges Farah.

O GHM constitui-se numa atividade de iniciação à pesquisa, de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (Subseção III - Da Ação-chave Promoção do Pensamento Científico e Crítico e Apoio à Produção de Novos Conhecimentos), e em consonância com a Política de Extensão prevista no Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina. O Grupo, além dos trabalhos realizados, representa e divulga o UNIFESO, e cuida da memória da FESO, do UNIFESO, da Medicina e dos demais cursos da Direção Acadêmica das Ciências da Saúde, além de estar apto a contribuir para o registro da memória dos demais cursos da Instituição.

O Grupo de História da Medicina foi fundado sobre objetivos bem definidos, já estruturados desde sua primeira reunião, os quais vêm sendo cumpridos rigorosamente desde então:

1) Estudar e realizar pesquisas sobre a História da Medicina – Neste aspecto o GHM tem um campo infindável para estudar e produzir, realizando atividades voltadas para a memória da Medicina brasileira e mundial.

2) Praticar a aplicação das normas para elaboração de trabalhos científicos – Os trabalhos apresentados no Grupo devem seguir, rigorosamente, as normas para elaboração de trabalhos acadêmicos, para que seus autores estejam sempre preparados para atividades de tal natureza, que são bastante comuns na área da Saúde.

3) Apresentar trabalhos em eventos internos externos, nacionais e internacionais – Este, como os demais objetivos estabelecidos para o GHM, está sendo seguido à risca! O Grupo tem se apresentado em diversos eventos, regionais e nacionais, pavimentando seu caminho com trabalhos e apresentações de alta qualidade, reconhecidos pelos nossos pares em diversos estados, e tem representado o UNIFESO com destaque e brilhantismo.

4) Pesquisar, organizar e documentar a história da Faculdade de Medicina de Teresópolis (FMT) – Objetivo primordial para o Grupo, uma vez que a FMT constitui sua alma mater, sua origem, sua razão e sua base.

5) Conhecer e divulgar a vida e a obra dos pioneiros da FMT – Outro objetivo muito importante para o GHM, uma vez que tais pioneiros não só inspiraram, com suas histórias, a criação do Grupo, como colocaram, em nosso conhecimento, o valor de se conhecer o caminho que nos trouxe o que sabemos e o que aprendemos. Além disso, é primordial lembrar-se daqueles que tornaram a FESO, e a FMT, instituições de renome e qualidade reconhecidas e difundidas.

6) Contribuir para a formação ética e humanizada dos estudantes de Medicina – Todos devemos contribuir, com dedicação e persistência, para essa formação. E, nesse aspecto, é, também, um campo infindável, de temas e oportunidades destinados a abordagem sistemática de exemplos e procedimentos que falam de trabalhos e comportamentos éticos e humanizados.

Quanto aos conteúdos abordados e desenvolvidos, eles podem apresentados da seguinte forma:

a) História da Medicina Universal: Pré-História, Antiguidade, Idade Média, Idade Moderna e Idade Contemporânea; b) Fatos e personagens da Medicina Brasileira; c) Fatos e personagens da Medicina Fluminense; d) Fatos e personagens da Medicina em Teresópolis; e) Fatos e personagens da FESO e da FMT; f) Grandes descobertas da Medicina; g) História de procedimentos e manobras; h) Fatos correlatos à História da Medicina; i) Ética e Bioética.

As abordagens de temas, inseridos nos itens relacionados, acontecem de acordo com o andamento de cada semestre, uma vez que alguns fatores podem servir como orientadores, tais como assuntos sugeridos pelo coordenador do GHM, e/ou escolhidos pelos estudantes, e/ou provocados, por exemplo, por situações do momento, como as divulgadas pela mídia.

A prática das reuniões está, hoje, estruturada basicamente em seções, tais como:

- Abertura do encontro;
- Informações do coordenador, que podem ser apresentadas neste momento ou noutra, considerado mais oportuno. Nesta etapa são noticiados eventos e atividades, como Jornadas, Congressos, Reuniões de Ligas, e outras, de interesse do Grupo;
- Apresentação do Coordenador: a cada reunião trago uma pequena apresentação, sobre tema que pode interessar a todos;
- Quiz: uma brincadeira para conhecer o que os estudantes sabem sobre determinados fatos da História da Medicina;
- Datas na História: são relacionadas em cada reunião, salientando o fato acontecido e sua importância na História da Medicina;
- Para refletir... Nesta etapa, é apresentada ao Grupo, uma frase, ou imagem, ou situação, que provoque reflexão sobre ética, comportamento, atuação médica e um sem número de aspectos relacionados à vida pessoal, social, acadêmica e profissional;
- Curiosidade. Aqui apresentamos algo de curioso na Medicina, também no sentido de provocar os membros do Grupo para a realização de trabalhos;
- Noticiando: divulgação de eventos diversos;
- Arquivo fotográfico do GHM: apresentação das fotografias de apresentadores, ganhadores nos sorteios, participantes, etc, registrados na reunião – ou evento – anterior;
- Arte, História, Semiologia e Diagnóstico. Utilizando pinturas, esculturas, fotografias e outros registros artísticos; buscamos, na imagem, um sinal, ou sinais, indicativos de uma patologia, ou algo correlato, de modo a evidenciar a importância da Arte no registro e documentação de uma época e de aspectos de interesse para a História da Medicina,
- Mensagem final: é apresentada mais uma frase, imagem, ou situação, que provoque reflexão sobre ética, comportamento, atuação médica ou sobre os aspectos relacionados à vida pessoal, social, acadêmica e profissional;
- Apresentação do 1º e dos 2º trabalhos pelos alunos. Neste momento, são apresentados dois trabalhos, previamente agendados. Tais trabalhos são construídos individualmente e orientados pelo coordenador do GHM. Cada expositor tem 15 minutos para concluir sua fala e, logo após, responde as perguntas feitas pela plateia, recebendo, após um certificado pelo trabalho exposto. Além disso, todos os trabalhos são avaliados por uma comissão do Grupo. Os cinco mais bem avaliados no semestre recebem certificados de 1º lugar, 2º lugar, 3º lugar, 4º lugar (menção honrosa) e 5º lugar (menção honrosa), isso porque, em muitos eventos, os trabalhos apresentados são avaliados e premiados, preparando os alunos para eventos que tenham essa conformação;
- Sorteio(s). Geralmente, ao final de cada reunião, são sorteados dois livros, comprados pelo coordenador, para estímulo à leitura, à busca por conhecimento e ao desenvolvimento do português e da gramática;

- Encerramento. Toda reunião se encerra com um tradicional convite para a próxima reunião.

São planejadas 11 reuniões a cada semestre, realizadas às quartas-feiras, com início às 18h30minh e duração de, aproximadamente, duas horas. Todos os encontros são realizados presencialmente, num auditório multimídia, utilizando os recursos de áudio e projeção disponíveis. Os apresentadores de trabalhos podem trazer convidados e/ou familiares às suas apresentações.

Além disso, a Jornada de História da Medicina do GHM é realizada todos os anos no segundo semestre, no dia 14 de setembro, ou em data próxima, com os objetivos de comemorar o aniversário do Grupo e, também, divulgar os trabalhos realizados pelos seus membros.

Em termos de metodologia, procedemos de acordo com as formas frequentemente observadas em eventos científicos, como jornadas, simpósios, mesas redondas e similares, de modo que os estudantes, no GHM, também treinam para participar e expor em eventos dessa natureza.

É fundamental ressaltar a qualidade dos trabalhos apresentados no GHM. Os estudantes tem desenvolvido trabalhos extremamente interessantes, bem pesquisados e apresentados, o que tem sido um significativo diferencial nas reuniões e nos eventos em que participam. Muitos desses trabalhos, mostrados em eventos, foram incluídos em publicações, como na obra Fatos da História da Medicina, organizada pelos professores Maria Helena Itaquí Lopes e Fábio Eduardo Camazzola, ambos da Faculdade de Medicina da Universidade de Caxias do Sul, no Rio Grande do Sul.

Além disso, pelo número de estudantes que frequentam semestralmente o GHM, pelo número de trabalhos já apresentados e pelo número de prêmios Lacaz conquistados por membros do GHM, e pela longevidade do Grupo, é preciso reconhecer, e sublinhar, seu valor criativo – observado pelo número de trabalhos já desenvolvidos –, sua capacidade de inovar a cada novo período de atividades, bem como registrar seu êxito, pleno e sustentável, desde sua fundação até os dias de hoje. Somente um Grupo que consegue despertar o interesse e a participação dos estudantes, de forma optativa, a cada semestre, é capaz de manter-se ativo e atuante. Esse é, sem dúvida, o caso do GHM!

Ademais, é notável observar o compromisso e a responsabilidade que os participantes do GHM demonstram, tanto nos trabalhos que produzem, como no comportamento durante as reuniões, sempre de forma educada, polida e interessada. Isso, é claro, nos inspira e nos motiva a continuar trilhando esse caminho, de pesquisa e de proximidade com os discentes.

O GHM é, hoje, a constatação de que, recorrendo à História, deixaremos, como legado, pessoal e institucional, a memória de todos que por aqui passaram, e que fizeram desta uma grande Instituição, e também deixaremos, para as futuras gerações, as recordações daqueles que nos permitiram chegar ao patamar onde estamos, que na Medicina, que como Instituição!

Por tudo isso, estamos colocando em prática a ideia, surgida há algum tempo, de apresentar, em livro, os trabalhos apresentados em cada semestre. Dessa forma, o título "Narrativas da História da Medicina" passa a constituir-se em mais uma série da Editora UNIFESO.

Para todas as atividades apresentadas, contamos com duas comissões:

- Comissão Organizadora: Prof. Daniel Pinheiro Hernandez e os acadêmicos Lígia Aurelio Vieira Pianta Tavares; Gabriela Cascardo C. Azeredo; Mônica Fernandes da Silva; João Pedro de Oliveira Daflon; Vitória de Oliveira Faria; Helena Medeiros L. Ribeiro e Eduardo Gonçalves Miranda Filho.

- Comissão Editorial: Prof. Daniel Pinheiro Hernandez (organizador); Jornalista Anderson Duarte (Editora UNIFESO) e acadêmicos Ana Cássia Gonzales dos Santos Estrela, Lígia Aurelio V. Pianta Tavares e João Pedro de Oliveira Daflon.

Por fim, registramos nosso agradecimento, pelo apoio e atenção que nos dispensam, à Coordenadora do Curso de Medicina, professora Simone Rodrigues, à Diretora Acadêmica de Ciências da Saúde, professora Mariana Beatriz Arcuri, à Reitora do UNIFESO, professora Verônica Santos Albuquerque, e à todos os estudantes que participam do GHM, e apresentam seus trabalhos, razão de ser desse Grupo tão especial.

Prof. Daniel Pinheiro Hernandez
Fundador e Coordenador do Grupo de História da Medicina
UNIFESO – Teresópolis - RJ

NARRATIVAS DA HISTÓRIA DA
MEDICINA - VOLUME 1

2ª GUERRA MUNDIAL: O HORROR DO CONFLITO E AS DESCOBERTAS DA MEDICINA DE GUERRA

Ligia Aurelio Vieira Pianta Tavares, discente do curso de Medicina do UNIFESO, ligiaavpt10@gmail.com
Ana Cássia Gonzalez dos Santos Estrela, discente do curso de Medicina do UNIFESO
Daniel Pinheiro Hernandez, docente do curso de Medicina do UNIFESO

“Apesar de tudo, ainda acredito na bondade humana” Anne Frank

A 2ª Guerra Mundial teve início dia 1/9/1939, com a invasão alemã na Polônia. E dois dias em que foi encerrada. Término na Europa no dia 8/5/1945, com a morte de Adolf Hitler e a rendição da Alemanha; e o término no Pacífico no dia 2/9/1945, com a rendição do Japão. Esta guerra foi dividida em dois grandes lados: os Aliados versus Eixo. Onde os países do lado dos Aliados eram o Reino Unido, França, União Soviética, Estados Unidos e mais 21 países; contra os países do Eixo, composto por Alemanha, Itália, Japão e mais 9 países. O conflito levou a morte de 60 a 70 milhões de soldados e civis. Guerra fortemente marcada por movimentos e acontecimentos, como o Nazismo e o Holocausto; e as Bombas Atômicas. Esta foi uma guerra marcada por mais acesso a tecnologias armamentistas (NATIONAL D-DAY MEMORIAL, s.d.).

Assim como na 1ª Guerra Mundial, a segunda foi marcada por diversos avanços na área médica. Um dos exemplos, que veremos a seguir, a descoberta dos antibióticos. Durante a 1ª Guerra Mundial, começa-se a experimentar substâncias antibacterianas e, em 1921, descobre-se a enzima antibiótica que atacava vários tipos de bactérias.

Os antibióticos só seriam descobertos em 1928, por Alexandre Fleming (1881-1955), microbiologista, farmacologista e médico britânico. Fleming, enquanto estudava sobre algumas bactérias do gênero *Staphylococcus*, descobriu uma contaminação em uma de suas amostras, um fungo do gênero *Penicillium*, estudo que levou à Penicilina como conhecemos hoje (DOSSIÊ COMCIÊNCIA, 2022).

O 1º tipo isolado do fungo foi a benzilpenicilina, ou penicilina G. Sem produção em massa na época de sua descoberta, ela ficou como curiosidade científica. Só em 1941 Ernst Boris Chain e Howard Walter Florey voltariam a com produção em massa, que resultou em um Prêmio Nobel de Medicina em 1945, pela descoberta do fungo e de sua aplicação. Fleming alertava, porém, para o uso equivocado do medicamento, podendo tornar os micróbios mais fortes (DOSSIÊ COMCIÊNCIA, 2022).



Figura 1: Frasco de Penicilina, 2ª Guerra Mundial

Fonte: <http://www.distrimed.com.br/site/voce-sabia-que-a-penicilina-foi-descoberta-por-acaso/>.



Figura 2: Sobre o uso da Penicilina durante a 2ª Guerra Mundial.

Fonte: <https://torredeabel.blogspot.com/2011/04/a-importancia-da-penicilina-durante-a-2a-guerra-mundial.html>



Figura 3: Material utilizado na 2ª Guerra Mundial para aplicação da Penicilina.

Fonte: <https://history.framar.bg/развитие-на-медицината-по-време-на-втора-световна-война>

No Brasil, em 1942, chegava a notícia dos “milagres” curativos conseguidos com a penicilina. Nessa época, a exportação do antibiótico era proibida, por ele ser considerado uma droga de interesse militar e estratégico, ainda, com produção reduzida. O diretor do Instituto Oswaldo Cruz, Henrique Aragão, resolveu instalar em Manguinhos uma fábrica-piloto de penicilina. Resultado: no primeiro semestre de 1943, o antibiótico já estava sendo produzido no Brasil, em estado bruto, e foi empregado com êxito em várias infecções bacterianas. Foi tão bem-sucedido que o Brasil exportou para outros países, como a Espanha (CARDOSO, 1943). Outro grande achado desta guerra foi a Transfusão de Sangue, os Bancos de Sangue e o uso da Água de Coco. Estudos provenientes da Primeira Guerra aperfeiçoaram a técnica e aparelhos de transfusão sanguínea. Já havia estudos sobre os diferentes tipos sanguíneos e a possível incompatibilidade entre eles. Campanhas de Doação de Sangue foram feitas, junto com a criação de vários Bancos de Sangue e espaços de coleta.

Água de Coco: não é o substituto ideal para o plasma, tem alguns elementos como eletrólitos também tem potássio demais e sódio de menos. Mas era um substituto por vezes necessário (SARAIVA, 2010).

O Holocausto, também conhecido como Shoá, foi o Genocídio de judeus. Movimento contra ciganos, negros, homossexuais, também eram perseguidos. Procuravam mostrar a superioridade da raça ariana. Ocorreu de 1941 a 1945, com o fim da guerra. Nazistas culpavam os judeus pela Alemanha pós Primeira Guerra Mundial, e pelos Tratados de Paz firmados após a Grande Guerra. Adolf Hitler implantava sua ideia de purificação de raça. Chamada de a “Solução Final” o plano nazista para diminuição de judeus e minorias da Europa. Campos de Concentração: o primeiro campo foi inaugurado em Warthegau, na Polônia, em 1941. Cerca de três milhões de judeus foram mortos. Experiências Médicas Nazistas. Em 27 de janeiro de 1945 os campos foram libertados pelas tropas soviéticas – Dia Internacional da Lembrança do Holocausto, instituída em 2005 pela ONU (ENCICLOPÉDIA DO HOLOCAUSTO, 2021; HOFMANN, 2015).

A 2ª Guerra Mundial foi marcada por inúmeras experiências médicas. Alguns tipos de experiências promovidas pelos Médicos Nazistas foram: experiências para facilitar a sobrevivência dos militares do Eixo; experiências desenvolvendo e testando medicamentos; experiências para afirmar os princípios nazistas; e experiências em esterilização.



Figura 4: Experiências por médicos nazistas na 2ª Guerra Mundial.

Fonte: <https://www.terra.com.br/byte/ciencia/e-certo-usar-a-ciencia-nazista-para-salvar-vidas,771aa87060df01fdb0b6b4f98f28991fd3dxzpt.html>

As experiências para facilitar a sobrevivência dos militares do Eixo, provinham de médicos da força aérea alemã e da Instituição Experimental Alemã da Aviação, que realizavam experimentos sobre reações à alta altitude, usando câmaras de baixa pressurização, para determinar a altitude máxima da qual as equipes de aeronaves danificadas poderiam saltar de paraquedas, em segurança. Bem como haviam as experiências de congelamento: tentavam descobrir um método eficaz de tratamento para a hipotermia. As “cobaias” eram usadas para testar vários métodos de transformação da água marinha em água potável (FERNANDES, 2015).

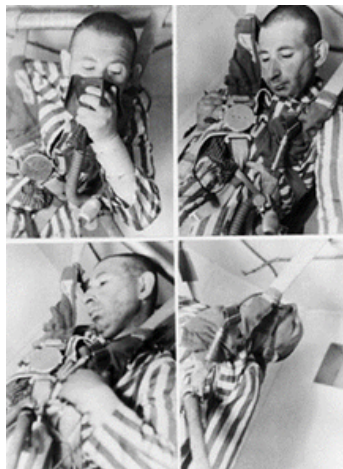


Figura 5: Experimentos nazistas na 2ª Guerra Mundial.

Fonte: <https://chavedosmistérios.com/doutores-da-morte-o-julgamento/>

As experiências desenvolvendo e testando medicamentos e tratamentos foram realizadas nos campos de concentração, onde testavam agentes imunizantes e soros para prevenir e tratar doenças contagiosas, como: malária, tifo, tuberculose, febre tifoide, febre amarela e hepatite infecciosa), inoculando os prisioneiros com tais doenças. O Campo de Ravensbrueck foi um local de experiências cruéis com enxertos ósseos, e onde testaram a eficácia de um novo medicamento desenvolvido, a sulfa (sulfanilamida), às custas das vidas dos prisioneiros. Em Natzweiler e Sachsenhausen os prisioneiros eram sujeitos aos perigosos gases fosgênio e mostarda, com o objetivo de testar possíveis antídotos.

Ao longo da guerra, outras experiências ganhavam forma. Como as experiências para afirmar os princípios nazistas. Josef Mengele (1911-1979), em Auschwitz, utilizou gêmeos, crianças e adultos, de maneira inumana. Coordenou experiências sorológicas em ciganos, tal como fez Werner Fischer. Werner Fischer (em Sachsenhausen) realizou experiências sorológicas em ciganos, para determinar como as diferentes "raças" resistiam às diversas doenças contagiosas. August Hirt (1898-1945), na Universidade de Strasbour afluía tentativas de confirmar a inferioridade racial judaica em suas cobaias.



Figura 6: Josef Mengele, 2ª Guerra Mundial.

Fonte: <https://tribunadejundiai.com.br/mais/sextou-com-s-de-saudade/anojo-da-morte-nazista-esteve-em-jundiai-para-fazer-uma-cirurgia/>

Devido as experiências de esterilização feitas pelos médicos nazistas, no 14 de julho de 1933 é promulgada a “Lei para prevenir doenças hereditárias”. Tinham como objetivo desenvolver um método adequado para esterilizar milhões de pessoas no menor tempo e com menos esforço. Experimentos empregaram raios-X, cirurgias e diversas drogas. Injeções intravenosas foram utilizadas - iodo e nitrato de prata - e ficava a pergunta, foram bem-sucedidas? Estas experiências tinham preocupantes efeitos colaterais, como: sangramento vaginal, dor abdominal grave e câncer do colo uterino; além da exposição de pessoas à radiação, que destruía sua capacidade para produzir óvulos ou espermatozoides; muitas das cobaias deste experimento não tinham conhecimento do propósito desses “tratamentos” aos quais eram submetidos.



Figura 7: Projeto Aktion T4, 2ª Guerra Mundial.

Fonte: <https://www.gazetadopovo.com.br/ideias/o-que-foi-o-projeto-aktion-t4-que-matou-300-mil-criancas-e-adolescentes/>

Uma das formas de tortura no Holocausto, ocorria por meio de asfixia por emissão de gases: trancando os prisioneiros em veículos e os inundando com monóxido de carbono; aperfeiçoaram e baratearam, partindo para o uso de pesticida e construção das câmeras de gás. Um dos gases mais utilizados foi o Zyklon-B, em Auschwitz. Os que não encontravam a morte por ele, enfrentavam suas consequências e complicações que eram desencadeadas em seus corpos; um grande sofrimento. Os médicos Nazistas, a fim de eliminar esse problema, mandavam os prisioneiros para a fila de fuzilamento (ENCICLOPÉDIA DO HOLOCAUSTO, 2021; HOFMANN, 2015).

Outra experiência realizada pelos médicos nazistas, foi quanto os experimentos feitos com eutanásia. Chamado de Programa de Assassinato Clandestino ou Programa de Eutanásia, envolvia pessoas com deficiência, doentes e membros de diversas minorias, com intuito de levar morte ao “improdutivo” e ao “inferior”, trazia como justificativa do programa preservar a pureza da raça ariana. Atribuíram, à morte, um caráter laboratorial. Inauguraram dependências sanitárias públicas encarregadas do “cuidado racial e da herança genética”. Criaram centros para os alojamentos e o posterior assassinato dos “socialmente desnecessários”. Primeira etapa: morte por inalação de monóxido de carbono. Campanhas contra esta prática e a alta visibilidade fizeram com que “encerrassem” o Programa. Segunda etapa: morte por overdose de drogas e injeções letais - já usadas com sucesso na eutanásia de crianças. Estima-se que mais de 250 mil pessoas morreram por causa deste programa. Os locais da primeira etapa foram muito utilizados depois como Campos de Concentração (ENCICLOPÉDIA DO HOLOCAUSTO, 2021; HOFMANN, 2015).

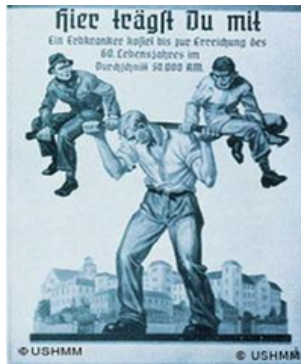


Figura 8: Cartaz de propaganda, 2ª Guerra Mundial.

Fonte: <https://www.dw.com/pt-br/exposiçao-aborda-programas-nazistas-de-eutanasia-e-esterilizacao/a-4059302>



Figura 9: Tradução do cartaz de propaganda da eutanásia: "... Deus não há de querer que os doentes se reproduzam."

Fonte: <https://encyclopedia.ushmm.org/content/pt-br/article/euthanasia-program>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CARDOSO, H. T. et al. **Produção de penicilina terapêutica**. 1943 Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/51447>>.
- DOSSIÊ COMCIÊNCIA. **Descobertas científicas para salvar feridos de guerra**. 2022. Disponível em: <https://comciencia.br/dossies-1-72/reportagens/guerra/liliane_popup.htm>. Acesso em: 20 fev. 2023.
- ENCICLOPÉDIA DO HOLOCAUSTO. **O Programa de Eutanásia**. 2021. Disponível em: <<https://encyclopedia.ushmm.org/content/pt-br/article/euthanasia-program>>. Acesso em: 19 fev. 2021.
- FERNANDES, T. **Como era a morte nas câmaras de gás nazistas?** 2015. Disponível em: <<https://segredosdomundo.r7.com/como-era-a-morte-nas-camaras-de-gas-nazistas/>>. Acesso em: 20 fev. 2023.
- HOFMANN, S. J. **Auschwitz sintetiza horror do Holocausto em uma palavra** – DW – 27/01/2015. Disponível em: <<https://www.dw.com/pt-br/auschwitz-sintetiza-horror-do-holocausto-em-uma-palavra/a-18217169>>. Acesso em: 20 fev. 2023.
- NATIONAL D-DAY MEMORIAL. **Combat Medics of WWII - National D-Day Memorial**. Disponível em: <<https://artsandculture.google.com/exhibit/combat-medics-of-wwii/qALSyyD-LpymLg>>. Acesso em: 20 fev. 2021.
- SARAIVA, J. C. P. **História da Transusão Sanguinea**. Disponível em: <<https://purosangue.wordpress.com/category/historia-da-transfusao-sanguinea/>>. Acesso em: 20 fev. 2023.

A ÉTICA NAS PESQUISAS MÉDICAS, APÓS A SEGUNDA GUERRA MUNDIAL: A DECLARAÇÃO DE HELSINQUE

Ligia Aurelio Vieira Pianta Tavares, discente do curso de Medicina do UNIFESO, ligiaavpt10@gmail.com
Ana Cássia Gonzalez dos Santos Estrela, discente do curso de Medicina do UNIFESO
Daniel Pinheiro Hernandez, docente do curso de Medicina do UNIFESO

A Declaração de Helsinque bem como inúmeros fatos que ocorreram na história e na história da medicina acarretam desde dobramentos para além do ato. associação médica mundial foi fundada em 1947 a partir de uma ideia da associação médica britânica realizada no encontro de 1945. a associação médica mundial veio para substituir a associação profissional Internacional dos médicos, "Association Professionnelle Internationale des Médecins". onde colocou a Confederação Internacional em independente de associações médicas profissionais representando os médicos numa escala global, buscando representar a educação, a ciência, as artes e a ética relacionadas com a medicina. inicialmente a associação contava com 27 países participantes, e atualmente já são 122 países que seguem a associação (ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL, s.d.).

O Código de Nuremberg foi um código realizado no Tribunal Internacional de Nuremberg a partir de julgamentos de criminosos de guerra perante os tribunais militares de Nuremberg, realizados em 1947 (CÓDIGO, 1947). O código apontava 10 parâmetros que deveriam ser seguidos, tais quais:

1. o consentimento voluntário do ser humano é absolutamente essencial.
2. o experimento deve ser tal que produz resultados vantajosos para a sociedade, que não possam ser buscados por outros métodos de estudo, mas não podem ser feitos de maneira casuística ou desnecessariamente.
3. o experimento deve ser baseado em resultados de experimentação em animais e ao conhecimento da evolução da doença ou outros problemas em estudo; dessa maneira, os resultados já conhecidos justificam a condição do experimento.
4. o experimento deve ser conduzido de maneira a evitar todo o sofrimento e danos desnecessários, quer físicos, quer materiais.
5. não deve ser conduzido qualquer experimento quando existirem razões para acreditar que pode ocorrer morte ou invalidez permanente; exceto, talvez, quando o próprio médico pesquisador se submeter ao experimento.
6. o grau de risco aceitável deve ser limitado pela importância do problema que o pesquisador se propõe resolver.
7. devem ser tomados cuidados especiais para proteger o paciente do experimento de qualquer possibilidade de dano, invalidez ou morte, mesmo que remota.
8. o experimento deve ser conduzido apenas por pessoas cientificamente qualificadas.
9. o participante do experimento deve ter a Liberdade de se retirar no decorrer do experimento.
10. o pesquisador deve estar preparado para suspender os procedimentos experimentais em qualquer estágio, se ele tiver motivos razoáveis para acreditar que a continuação do experimento provavelmente causará dano, invalidez ou morte para os participantes.



Figura 1: Tribunal Internacional de Nuremberg.

Fonte: <https://theconversation.com/el-codigo-de-nuremberg-el-amanecer-de-la-bioetica-tras-los-crimenes-del-nazismo-137492>

Em 1948 foi realizada a Declaração de Genebra, em suma coube a ela a revisão dos preceitos morais presentes no Juramento de Hipócrates original, feita em Louisiana, Suíça em 1771. Uma cópia do manuscrito Bizantino do século 11 onde o Juramento de Hipócrates está escrito em forma de Cruz encontra-se na biblioteca do Vaticano.

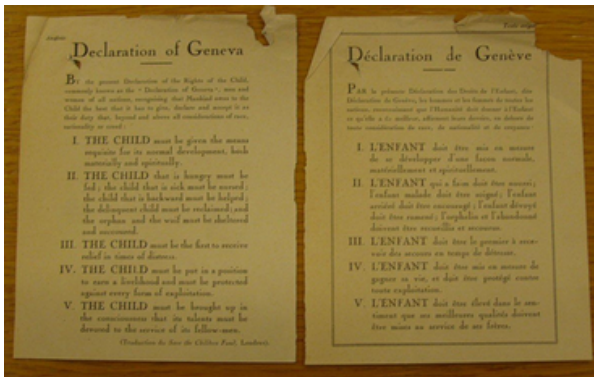


Figura 2: Declaração de Genebra.

Fonte: <http://descobricante.blogspot.com/2021/04/declaracao-de-genebra-dos-direitos-da.html>



Figura 3: Juramento de Hipócrates.

Fonte: https://pt.wikipedia.org/wiki/Juramento_de_Hipócrates

Em 1949 foi realizado o Código Internacional de Ética Médica hoje procurava estabelecer deveres e obrigações dos médicos em todo o mundo.

Em 1964 foi realizada a Declaração de Helsinque uma declaração de princípios éticos para fornecer orientações aos médicos e outros participantes em pesquisas clínicas envolvendo seres humanos.

A Declaração de Helsinque passou por diversas reformas. Em sua redação, através das emendas, pela primeira vez que ela foi alterada na 29ª assembleia ocorrida em Tóquio no Japão em 1975, a segunda vez na 35ª Assembléia ocorrido em Veneza na Itália em 1983, na 41ª assembleia em Hong Kong em 1989, na 48ª Assembléia ocorrida em Somerset-West na África do Sul em 1996, na 52ª assembleia ocorrido Edimburgo na Escócia no ano 2000, na 59ª Assembléia ocorrido em Seul na Coreia do Sul em 2008 e sua última modificação ocorreu em 2013 na 64ª assembleia ocorrida em Fortaleza no Brasil (ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL, s.d.).

Até 1947 não existia um código ético para pesquisas e condutas na medicina, embora alguns países possuíssem isoladamente os seus próprios códigos de ética, portanto após a Segunda Guerra Mundial e visando melhorar as falhas do código de Nuremberg, foi-se criada a Declaração de Helsinque, um documento de referência em diretrizes nacionais e internacionais, que alinha seus princípios com a declaração de Genebra.

A Declaração de Helsinque declarava nitidamente seu propósito, fazer com que as pesquisas envolvendo seres humanos dessem ser para melhorar e nunca lesar o paciente, devendo ser destinado a "melhorar os procedimentos diagnósticos, terapêuticos e profiláticos, e a compreensão de etiologia e patogênese da doença". e para um melhor entendimento do que a declaração buscava trazer foi-se dividida entre os princípios básicos e adicionais (ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL, s.d.).

Os princípios básicos se dividem em 12 tópicos, buscando ressaltar que as pesquisas envolvendo seres humanos devem obedecer princípios científicos, que toda realização de um procedimento experimental deve ser anunciado claramente em meio protocolar para um comitê especialmente nomeado e que esteja de acordo com as leis e regulamentos do país onde a pesquisa será realizada, ressaltando que somente pessoas cientificamente qualificadas com supervisão de profissional médico competente clinicamente podem realizar pesquisas envolvendo seres humanos. destaca ainda que essa pesquisa ou experimento deve ser feita de modo a ter sua importância proporcional ao risco inerente para o participante da mesma, deixando sempre a disposição do participante poder retirar-se do procedimento ou experimento a qualquer hora, respeitando a privacidade, a integridade física e mental e possíveis impactos que tenham sobre o mesmo (ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL, s.d.).

Ao solicitar a feitura da pesquisa e ao publicar os seus resultados, o médico pesquisador deve orientar para a exatidão dos resultados de acordo com o esperado e com o que foi realizado e encontrado na pesquisa, importante ressaltar ainda que os médicos ao passar pelo comitê de ética devem realizar um pré-projeto evidenciando a importância de sua pesquisa, o porquê ela deve ser aceita e feita quando concomitantemente ao comitê e preparando assim o termo de consentimento que futuramente os participantes deverão assinar para poder participar da pesquisa ou experimento em andamento (ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL, s.d.).

Os princípios adicionais, em vista das pesquisas médicas combinadas com cuidados profissionais, em uma pesquisa clínica, e orientado em 6 tópicos na declaração. O documento específica que ao realizar tratamento em pessoa doente, o médico deve possuir liberdade para julgar se é necessário uma nova medida terapêutica ou se necessário novo diagnóstico para que possa ser oferecido ao paciente restabelecer sua saúde ou ainda o alívio de seu sofrimento, sempre deixando claro para o paciente os benefícios, perigos ou até desconforto potenciais que um novo método pode gerar a ele, deixando sempre a cargo do paciente se ele deseja sair ou não do projeto ou experimento, não afetando a relação médico paciente (ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL, s.d.).

Torna-se imprescindível destacar que a Declaração de Helsinque visa orientar médicos, biomédicos, pesquisadores no geral envolvendo seres humanos, e salvaguardar tanto o pesquisador quanto o objeto da pesquisa.

A missão da medicina deve ser certificar-se de prestar o melhor atendimento possível, resguardando a saúde das pessoas, pois aos profissionais da saúde, aqui destacando o médico, está o poder de enfraquecer ou melhorar a condição física e mental do paciente. A todo médico cabe a obrigação de colocar a saúde do seu paciente em primeiro lugar (Declaração de Genebra, 1948; WORLD MEDICAL ASSOCIATION, 2017).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL. **Declaração de Helsinque**. Disponível em: <<http://www.cometica.ufpr.br/Helsinque.htm>>. Visto em 23/01/2023.

CÓDIGO de Nuremberg Tribunal Internacional de Nuremberg -1947. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<https://www.ghc.com.br/files/CODIGO%20DE%20NEURENBERG.pdf>>. Visto em 23/01/2023.

DECLARAÇÃO de Helsinki. 1964. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/helsin1.htm>. Visto em 23/01/2023.

LÓPEZ-MUÑOZ, F. **El Código de Núremberg: el amanecer de la bioética tras los crímenes del nazismo**. Disponível em: <<https://theconversation.com/el-codigo-de-nuremberg-el-amanecer-de-la-bioetica-tras-los-crimenes-del-nazismo-137492>>. Visto em 23/01/2023.

WORLD MEDICAL ASSOCIATION. **Declaração de Genebra da Associação Médica Mundial**. 2017. Disponível em: <<https://www.ghc.com.br/files/DeclaraçãodeGenebra2017.pdf>>. Visto em 23/01/2023.

A HISTÓRIA DA DOENÇA DE PARKINSON

João Pedro de Oliveira Daflon, discente do curso de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos,
jp.daflon@hotmail.com
Daniel Pinheiro Hernandez, docente do curso de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos

História

A doença de Parkinson (DP) é uma doença atemporal e que acompanha o ser humano ao longo da sua história, deixando marcas profundas nos mais distintos povos em que era percebida. Seus estudiosos, médicos, curandeiros, cientistas, indivíduos que se interessavam em compreender os mistérios do corpo humano, registraram suas descobertas e incertezas a respeito da enfermidade.

A história da doença de Parkinson tem início, convencionalmente, a partir da monografia publicada em 1817 por James Parkinson, denominada: “An Essay on the Shaking Palsy”. Apesar disso, diversos registros feitos ao longo dos milénios e em diferentes regiões do planeta citam sinais e sintomas referentes ao que foi consolidado por James Parkinson, na monografia, como “paralisia agitante”.

Na Índia Antiga, o sistema de medicina denominado Ayurveda, que traduzido do Sanscrito significa “A ciência da vida”, o qual teve início a mais de cinco mil anos, relata os sinais e sintomas da doença de Parkinson (DP). Um cirurgião chamado Susruta, por volta de 600 A.C, descreveu lentidão e acinesia pela primeira vez. Em 300 A.C, Charaka descreveu um tremor de cabeça, nomeando de sirakampa, além de relatar casos de tremor generalizado. No século XV, a obra da medicina Ayuverda, “Bhasava rajyam”, descreve a doença kampavata, cujos os sinais e sintomas clínicos representam os mesmos da doença de Parkinson (OVALLATH; DEEPA, 2013).

Na china, através da medicina tradicional chinesa originada a mais de 2.000 anos, sintomas da doença foram descritos inicialmente em 475 A.C, no livro intitulado “Perguntas Simples: Cânone Interno de Medicina do Imperador Amarelo”, o livro mais antigo disponível na China que relata uma discussão entre o Imperador Amarelo e seus seis ministros. A obra está dividida em 24 volumes e 81 capítulos, e reúne diversas informações médicas, como: anatomia, fisiologia, patologia, diagnóstico, prevenção e tratamento de diversas doenças (ZHENG, 2009) (PLAIN..., 2022).

A DP também é relatada na literatura brasileira. A obra árcade “Marília de Dirceu”, de Tomás Antônio Gonzaga, publicada em três partes, sendo a primeira em 1792, a segunda em 1799 e a terceira em 1812, carrega na Lira XVIII da primeira parte, versos que descrevem a moléstia (CARDOSO, 2022) (GONZAGA, 2012):

“Não vês aquele velho respeitável
Que à muleta encostado
Apenas mal se move, e mal se arrasta?
Oh! quanto estrago não lhe fez o tempo!
O tempo arrebatado,
Que o mesmo bronze gasta.

Enrugaram-se as faces, e perderam
Seus olhos a viveza;
Voltou-se o seu cabelo em branca neve:
Já lhe treme a cabeça, a mão, o queixo,
Não tem uma beleza
Das belezas, que teve”
[...]

James Parkinson

Nasceu em 11 de abril de 1755 em Shoreditch, Londres. Filho de um cirurgião, estudou medicina no London Hospital Medical College, além de filosofia, grego, latim e taquigrafia. Obteve o diploma pelo Royal College of Surgeons (A DOENÇA..., 2022).

Parkinson, além de médico, era geologista e paleontólogo, sendo homenageado com seu nome em alguns fósseis, como o *Apiocrinus parkinsoni*, um animal marinho. Como se já não fossem suficientes tantas atribuições, James foi um homem demasiadamente político. Preocupava-se constantemente com os menos favorecidos, com o bem estar e as condições de vida população em geral, mas principalmente daqueles que padeciam por doenças mentais (A DOENÇA..., 2022).

Durante os anos de 1793-1795, Parkinson escreveu uma série panfletos políticos, sob o pseudônimo "Old Hubert" (o velho Hubert), exigindo mudanças sociais e criticando sistema político e o governo. Dentre as pautas pelas quais lutava, estavam a reforma parlamentar e o melhor apoio social para pacientes com doenças mentais. Ademais, se envolvia em diversas sociedades políticas secretas e chegou a ser suspeito de atuar na conspiração conhecida como "Pop-Gun Plot", para assassinar o rei George III (TEIVE et.al, 2017) (A DOENÇA..., 2022).

Parkinson realizou diversas contribuições nas áreas em que atuava através de inúmeras produções científicas. Entre 1799 e 1800, fez uma série de publicações sobre os mais variados assuntos médicos, como: "Medical Admonitions to Families" (Advertências Médicas às Famílias), "The Villager's Friend & Physician" (O amigo e médico do aldeão), "Dangerous Sports" (Esportes Perigosos), "Observation on the Nature and Cure of Gout" (Observação sobre a natureza e cura da gota), e "The Hospital Pupil" (O Pupilo do Hospital). Em 1804, publicou "Organic Remians of a former World" (Remanescentes orgânicos do mundo antigo), em que abordava fósseis animais e minerais (TEIVE et.al, 2017) (A DOENÇA..., 2022).

A sua obra mais importante e cuja doença abordada, hoje, em sua homenagem, carrega seu nome "An Essay on The Shaking Palsy" (Um Ensaio sobre a Paralisia Agitante) foi publicada em 1817, poucos anos antes de sua morte. James Parkinson morreu em Londres, em 21 de dezembro de 1824, em decorrência de um acidente vascular cerebral (A DOENÇA..., 2022).

Consolidação da Paralisia Agitante

An Essay on the Shaking Palsy

Conhecida a época como Paralisia Agitante, a obra de James Parkinson foi a primeira a debater essa doença (A DOENÇA..., 2022). Tal texto aborda uma revisão de literatura de escritos elaborados por Cláudio Galeno (129-199), Sylvius de la Boë (1614-1672), Johann Juncker (1679-1759), François Boissier de Sauvages de Lacroix (1706-1767), Gerard van Swieten (1700-1772) e William Cullen (1710-1790), os quais descreviam ou relatavam os sinais e sintomas dessa patologia, porém sem defini-la. Concomitante a isso, Parkinson descreve 6 casos clínicos de pacientes homens com idades variando entre 50 a 72 anos, dentre os quais três já eram seus pacientes e os outros três ele observou pelas ruas e posteriormente passou a assistir dois deles. Além disso, aborda possíveis tratamentos (PARKINSON, 2002) (TEIVE et.al, 2017).

No capítulo I, Definição – História – Casos Ilustrativos Paralisia Agitante (Paralysis Agitans), o autor demonstra os princípios clínicos da doença, discutindo o início dos sintomas e a sua evolução ao longo do tempo, definindo, no primeiro parágrafo a Paralisia Agitante (PARKINSON, 2002):

“Movimentos trêmulos involuntários, que reduzem a potência muscular, em partes que não estão em ação e mesmo quando apoiadas; com a propensão para curvar o tronco à frente e de passar de um ritmo de caminhada a um ritmo de corrida: sem prejudicar os sentidos e o intelecto.”

Parkinson acusa alguns dos autores citados por ele de empregar errônea e indiscriminadamente o termo Paralisia Agitante (TEIVE et.al, 2017). Para Parkinson, a Paralisia se referia a incapacidade de exercer força muscular devido à rigidez. No século XVIII, o termo paralisia significava a perda ou o enfraquecimento do movimento voluntário e sensibilidade. Os médicos da época, ao lerem a proposta de Parkinson, interpretaram erroneamente a sua fala confundindo paralisia com paresia. Além disso, Parkinson ao citar “sentidos”, se referia a visão, audição e tato, e ao explicar “intelecto” se referia a cognição (BERRIOS, 2016).

No capítulo II, Sintomas Patognômicos examinados – Tremor Coactus – Scelotyrbe Festinans, ele discute que os dois principais componentes da enfermidade, tremor e festinação (aceleração da marcha típica), foram indevidamente, até aquele momento, discutidos como patologias separadas. (PARKINSON, 2002) (TEIVE et.al, 2017).

No capítulo III, Paralisia Agitante diferenciada de outras doenças com as quais pode ser confundida, cujo nome é bem sugestivo, Parkinson argumenta a diferença diagnóstica da doença para outras patologias, além de reforçar a importância do tremor em repouso. (PARKINSON, 2002) (TEIVE et.al, 2017)

No capítulo IV, Causa imediata – Causas remotas – Casos Ilustrativos, Parkinson tenta apontar as possíveis etiologias anatômicas e fisiológicas, afirmações essas que julga terem sido realizadas em ambiente desfavorável pela falta de investigação prévia, assumindo, sem total convicção, que a doença “depende de um estado desordenado da parte da medula que está contida na vertebra cervical” (PARKINSON, 2002).

No capítulo V, Considerações quanto aos meios de cura, Parkinson revisa as técnicas empregadas para o tratamento, questionando certas abordagens medicamentosas pela falta de conhecimento acerca da própria patologia, como quando era por vezes confundida com uma deficiência nutricional em decorrência da fraqueza apresentada, e não por uma “interrupção do fluxo da influência nervosa às partes afetadas”. Ele não considera a doença incurável, isso por conta de sua natureza incerta, e se demonstrava esperançoso quanto ao desenvolvimento de mais técnicas terapêuticas. Para isso, ele instiga em seu texto, que anatomistas busquem por alterações que pudessem ocasionar a Paralisia Agitante. (PARKINSON, 2002).

Contudo, apesar de bem concretizada, a interpretação exata da visão de Parkinson a cerca da doença carece de evidências históricas. Análises dos textos de Parkinson relevaram que ele supostamente dividiria a monografia em duas partes: a primeira, a única que completou, aborda o tremor e a festinação; a segunda, abordaria os “sentidos e intelecto” (BERRIOS, 2016).

Evolução do conhecimento acerca da doença de Parkinson

Charcot e a Paralisia Agitante

Jean-Martin Charcot (1825–1893), considerado o pai da neurologia, foi o neurologista mais célebre do século XIX e atuou principalmente no hospital Salpêtrière, em Paris (GOETZ, 2009). Suas enormes colaborações no entendimento da até então, Paralisia Agitante, foram cruciais para a definição da doença que conhecemos hoje. Foi ele quem sugeriu a mudança do nome da doença de Paralisia Agitante para Doença de Parkinson, em homenagem a obra de James (TEIVE, 1998).

O neurologista definiu os quatro sinais cardinais da doença, que são: acinesia, rigidez muscular (hipertonia), tremor e instabilidade postural. Charcot classificou o tremor Parkinsoniano como sendo do tipo lento, com 4-6 oscilações por segundo. Além disso, ele demonstrou que o acometimento de tremor na cabeça é muito raro e definiu as características da facies, postura, presença de disartria, disfagia, micrografia e alterações autonômicas na Doença de Parkinson (TEIVE,1998).

Charcot questionou e refutou algumas das proposições apresentadas por Parkinson, como as questões da fraqueza muscular, do tremor de repouso e da manutenção das funções corticais superiores. Segundo ele, a fraqueza aparente é, na verdade, uma lentidão na execução do movimento proveniente da rigidez da musculatura. Quanto as funções corticais, ele detectou a perda de memória, bem como a presença de disfunção cognitiva e no que tange ao tremor de repouso, constatou que ele nem sempre está presente (TEIVE et.al, 2017) (TEIVE,1998).

As expectativas de Parkinson para que novos tratamentos fossem desenvolvidos para o tratamento da doença, foram atendidas, primeiramente, por Charcot. Ele foi o primeiro neurologista a desenvolver abordagens terapêuticas para tratamento da Doença de Parkinson. Alguns dos métodos por ele desenvolvido fracassaram, como a cadeira vibratória e um aparelho que elevava o paciente no ar por meio de uma armadura. O sucesso veio com um tratamento medicamentoso a partir da administração da substância hioscinamida, a qual possui propriedades anticolinérgicas (TEIVE, 1998) (GOETZ, 2009).

A DOENÇA DE PARKINSON ATUALMENTE: SINTOMATOLOGIA, ETIOLOGIA E TRATAMENTO

Mais de 200 anos se passaram desde o manuscrito de James Parkinson. Desde então, diversos foram os médicos e cientistas que se lançaram em entender a enfermidade e a desenvolver técnicas e medicamentos para o tratamento da Doença de Parkinson.

A doença de Parkinson é uma doença neurológica de caráter crônico e progressivo que afeta o Sistema Nervoso Central, para a qual ainda não há cura. Ao redor do mundo, a sua prevalência está entre 100 a 150 casos por 100.000 habitantes. O início da moléstia se dá por volta dos 60 anos de idade e acomete tanto homens quanto mulheres e diferentes raças. Casos nos quais a doença se desenvolve antes dos 40 anos, são chamados de DP de início precoce (NETO; TAKAYANAGUI, 2013).

A etiologia da doença ainda é incerta. Assume-se que diversos fatores como os genéticos, ambientais, estresse oxidativo, anormalidades mitocondriais e excitotoxicidade estejam entre os fatores desencadeantes. No que tange as manifestações motoras, elas ocorrem em decorrência da perda irreversível e progressiva de neurônios que compõem a substância negra. Por conseguinte, ocorre a diminuição da produção de dopamina, neurotransmissor, gerando alteração nos circuitos nervosos dos núcleos da base (NETO; TAKAYANAGUI, 2013).

Os sintomas da síndrome parkinsoniana manifestam-se lenta e progressivamente o que dificulta um diagnóstico precoce. A percepção acontece majoritariamente pelo início de tremores nas porções distais dos membros, como nas mãos (A DOENÇA..., 2022). Para ser diagnosticado com DP, o paciente precisa, inicialmente, apresentar lentidão para executar movimentos (bradicinesia), acompanhada de rigidez muscular (hipertonia) e/ou tremor de repouso. (CABREIRA; MASSANO, 2019)

O diagnóstico da doença de Parkinson só é possível a partir da avaliação dos sinais, sintomas, do histórico familiar e da realização da semiologia neurológica, pois não há exames laboratoriais para determinar a doença (A DOENÇA..., 2022). A acinesia é a dificuldade para realizar movimentos e a lentidão na iniciação e na execução de ações motoras voluntárias ou involuntárias.

Pode estar associada a fadiga anormal, dificuldade de realizar movimentos simultâneos e a incapacidade de repetir movimentos seguidamente (NETO; TAKAYANAGUI, 2013). Uma característica da acinesia anteriormente descrita por James Parkinson, é o aumento da velocidade involuntária do movimento, sendo a alteração mais comum a aceleração no movimento de marcha. (PARKINSON, 2002)

Na doença de Parkinson a escrita tende a ilegibilidade (micrografia), a marcha, classificada como festina, ocorre em pequenos passos, as vezes com os pés arrastados, há o comprometimento da fonação e articulação de palavras. Ocorrem também sintomas não motores os quais antecedem os motores e que são normalmente negligenciados pelo indivíduo, como a hiposmia (perda de olfato), constipação intestinal, depressão e transtorno comportamental do sono. A partir dos 10 anos de doença, o indivíduo possui alto risco de desenvolver demência e declínio motor, o que pode incapacita-lo e torna-lo dependente de cuidadores (A DOENÇA..., 2022) (NETO; TAKAYANAGUI, 2013).

Apesar de incurável, existem diversas opções para tratamento da doença como fisioterapia, fonoaudiologia, apoio psicológico, os quais visam o atraso no desenvolvimento da DP, o controle dos sintomas e a melhora da qualidade de vida do indivíduo (A DOENÇA..., 2022). O principal tratamento, porém, é o medicamentoso, através do uso contínuo de levodopa, que desde o lançamento nos anos 1960 é a principal droga para a doença de Parkinson. Ela atua na deficiência da produção de dopamina, amenizando os sinais e sintomas motores da moléstia (NETO; TAKAYANAGUI, 2013).

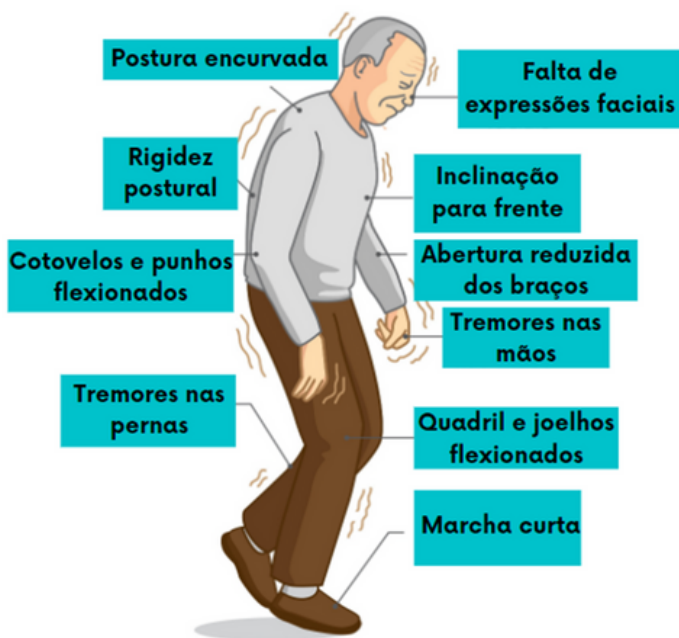


Figura 1: Sintomas da doença da Parkinson.

Fonte: <https://anatomiaefisioterapia.com/24-doenca-de-parkinson/>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERRIOS, German E. **Introdução à “paralisia agitante”, de James Parkinson (1817)**. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, v. 19, p. 114-121, 2016.
- CABREIRA, Verónica; MASSANO, João. **Doença de Parkinson: revisão clínica e atualização**. Acta Médica Portuguesa, v. 32, n. 10, p. 661-670, 2019.
- CARDOSO, Francisco; DE SOUZA, Leonardo Cruz; LEES, Andrew J. **Parkinsonism before James Parkinson: The “Marília de Dirceu” Case**. Movement Disorders Clinical Practice, v. 9, n. 6, p. 741-743, 2022.
- FERREIRA, Joaquim. **A doença de Parkinson**. Faculdade de Medicina de Lisboa, 2022. Disponível em: <https://www.medicina.ulisboa.pt/newsfmul-artigo/111/doenca-de-parkinson>. Acesso em: 10 de set. de 2022.
- GOETZ, Christopher G. Jean-Martin **Charcot and his vibratory chair for Parkinson disease**. Neurology, v. 73, n. 6, p. 475-478, 2009.
- GONZAGA, Tomaz A. **Marília de Dirceu**. 5ª edição. Martin Claret, 2012.
- OVALLATH, Sujith; DEEPA, P. **The history of parkinsonism: descriptions in ancient Indian medical literature**. Movement Disorders, v. 28, n. 5, p. 566-568, 2013.
- NETO, Joaquim P.B. TAKAYANAGUI, Osvaldo M. **Tratado de Neurologia da Academia Brasileira de Neurologia**. 1ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
- PARKINSON, James. An essay on the shaking palsy**. The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences, v. 14, n. 2, p. 223-236, 2002.
- PLAIN Questions: **Yellow Emperors Internal Canon of Medicine**. Chinese culture.org, 2022. Disponível em: http://en.chinaculture.org/library/2008-01/31/content_26849.htm. Acesso em: 10 de set. de 2022.
- TEIVE, HÉLIO AG. **O papel de Charcot na doença de Parkinson**. Arq Neuropsiquiatr, v. 56, n. 1, p. 141-5, 1998.
- TEIVE, Hélio AG; MUNHOZ, Renato P.; LEES, Andrew J. **Parkinson's disease-200 years: the outstanding contribution of “Old Hubert”**. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, v. 75, p. 192-194, 2017.
- ZHENG, Guo-Qing. **Therapeutic history of Parkinson's disease in Chinese medical treatises**. The Journal of Alternative and Complementary Medicine, v. 15, n. 11, p. 1223-1230, 2009.

A IMPORTÂNCIA DO ENSINO DA HISTÓRIA DA MEDICINA NA GRADUAÇÃO

Cristina Espindola Sedlmaier, discente do curso de Medicina do UNIFESO, crisedlmaier@hotmail.com
Daniel Pinheiro Hernandez, docente do curso de Medicina do UNIFESO

1 INTRODUÇÃO

A medicina é tão antiga quanto o Homem, que, quando afligido pelas dores e sofrimentos do corpo, procurou utilizar-se de atitudes que permitiram o alívio à carne ou até protelar a morte. Com isso, deu-se início à relação da humanidade com a Medicina, ciência surgida, então, nos primórdios do ser e da relação homem/meio/processos. Disto origina-se, portanto, a História da Medicina. (1) Destaque deve ser dado para o entendimento de que, em seus primeiros passos, a Medicina não tenha se iniciado como ciência, mas como arte. E, junto da História e da Filosofia, constitui parte das Humanidades Médicas. (2)

A História é um processo contínuo de interações e que tem dois sentidos. Um é o próprio processo histórico e o outro é a narração e o debate deste processo, que surge em paralelo com o aparecimento da Cultura, quando há o início da transmissão, adiante, das condutas aprendidas. (3) Já o início da História da Medicina, como ciência documentada, se dá na Paleopatologia, passando pela Medicina Arcaica até chegar na Medicina Hipocrática. Na obra Da medicina antiga, integrante do Corpus Hippocraticum, observa-se a reverência ao processo histórico no relato de que à medicina é fundamental embasar as investigações do presente no princípio das conquistas, invocando o chamado patrimônio do passado. (1,3)

Porém, mais do que apenas saber a história de grandes vultos e seu legado, a História da Medicina é entendida assim (3):

(...) A reconstituição histórica das transformações que ocorreram na teoria e na prática médica baseia-se nas relações que unem os conhecimentos médicos à filosofia, à ciência e à técnica. Ele dá à História da Medicina caráter utilitário e filosófico. Utilitário no sentido de ajudar a compreensão do presente e filosófico no sentido de demonstrar que em medicina o progresso é uma necessidade interna e que a evolução histórica tem um sentido. (GUSMÃO, 2003, p. 148)

A História da Medicina, como disciplina, teve sua gênese na segunda metade do século XIX, quando possuía forte relação com historiadores, filologistas, filósofos e médicos, tendo, como primeira diretriz, estudar o início e evolução das doutrinas médicas e as relações humanas envolvidas. (3). Essa relação da filosofia com a medicina remete a tempos passados, tendo como exemplos as figuras de Hipócrates, Aristóteles e Avicena. (4)

Já na primeira metade do século XX, o alemão Karl Sudhoff (1853-1938) legitimou a História da Medicina como disciplina no ensino médico, quando criou a Cátedra de História da Medicina na Universidade de Leipzig, na Alemanha, e fundou o primeiro Instituto de História da Medicina, dando-lhe, consequentemente, importância ímpar no processo da História da Medicina mundial, estruturando-a e deixando discípulos que deram continuidade aos trabalhos. (5,6,7)

No Brasil, em 1832, com a criação da Cadeira de Higiene e História da Medicina, nas faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, teve início a historiografia médica em nosso país. Infelizmente, com a reforma do ensino na Primeira República, em 1891, tal disciplina foi desativada. (8) Ela só retornou à grade curricular anos mais tarde, pela ação de Ivolino de Vasconcellos (1917-1995) que, em 1947, foi o responsável pela Cátedra de História da Medicina da Faculdade Nacional de Medicina. Tendo um papel de destaque neste tema, Ivolino foi pioneiro e defendia seu ensino:

A História da Medicina constitui, em verdade, uma das vigas mestras do correto aprendizado científico desta magna ciência. Parafraçando Cícero, que definiu “A História é a mestra da vida”, poderemos afirmar que a História da Medicina é a Mestra das Artes Sanitárias... Qual a finalidade suprema dos estudos históricos, senão a aspiração em prol do contínuo aperfeiçoamento, e, nesse sentido, através da história das idéias e das grandes figuras que a ilustraram, pelo saber e pela ética, a consagração dos superiores modelos da deontologia médica? (AMOROSO, 2005, p. 7) (9)

Mais recentemente, nomes como os de Carlos da Silva Lacaz, Ivolino de Vasconcellos e Lycurgo Santos Filho, são reverenciados como pioneiros e grandes incentivadores dos estudos de História da Medicina no Brasil. (3,10)

Estudar História da Medicina é utilizar os métodos generalistas da pesquisa, tendo em mente que, sendo algo tão específico, também possui seus problemas e métodos diferenciados de análise. Tem, como pano de fundo, os processos de saúde e doença através dos tempos, os diversos eventos que impactam de forma direta e indireta esse processo, além de inserir o Homem num contexto histórico determinado. (3) Portanto, quer fosse uma doença, atribuída a uma possessão demoníaca ou a um castigo divino, ou a desequilíbrio dos humores, ou a distúrbios físicos, mentais e sociais, o olhar, e o tratamento destes, estavam de acordo com o momento histórico daquele indivíduo doente, e com suas relações, tecnologias disponíveis e crenças. Logo, é necessário entender todo o cenário vivido pelo objeto de estudo, incluindo a filosofia, a literatura, a arte e a música. (3,11)

Muito embora seja reconhecida como uma disciplina indispensável para a formação plena do médico humanista, a História da Medicina foi sendo retirada, sistematicamente, das grades curriculares. Gusmão (3) defende ser ela mais do que uma matéria, mas uma ferramenta para o profissional que almeja a dupla perfeição – homem culto e técnico intelectualmente ambicioso. Este componente humanístico, que a História da Medicina fornece, traz um sentido de dignidade profissional, muito embora não faça nenhum médico curar com mais proficiência. (3,12,13,14)

As grandes tecnologias, valorização da técnica e pensamento científico colaboraram para que, na segunda metade do século XX, sobressaísse a medicina técnica, como ciência biológica, não havendo a valorização adequada da História da Medicina. Essa medicina somática, em que o ser humano e seu corpo pertencem ao mundo animal, distancia o médico de suas raízes espirituais e humanistas e, por conseguinte, distancia-o do paciente. (2,3,12,13,14,15,16)

A imagem que o médico tem, do passado de sua profissão, influencia seu pensamento e, portanto, sua ação. E traz o entendimento que “(...) a importância da História da Medicina é afirmar a importância da própria medicina”. (GUSMÃO, 2003, p. 151) (3) Portanto, a formação ética e humanística deve ser preservadas pois, como reforça o professor Carlos da Silva Lacaz:

Mudam os tempos e as doutrinas, mas não muda a natureza e a Medicina é, em essência, sempre a mesma e Hipócrates o mestre de todas as épocas. Felizes os que escolheram a Medicina para servi-la e amá-la. (LACAZ, 1997, p. 48) (14)

Indo nessa linha, existe, no Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO), em Teresópolis, região serrana do Rio de Janeiro, o Grupo de História da Medicina (GHM). Sendo uma atividade de extensão, o Grupo reúne acadêmicos de medicina, do primeiro ao décimo segundo períodos, que partilham de um interesse único: a História da Medicina. Os alunos são estimulados a produzirem trabalhos referentes ao tema, com apresentações e discussões semanais. São oito anos de existência e mais de 200 trabalhos apresentados. Tal atividade permite aproximar os acadêmicos da sua própria História e das Humanidades Médicas, imprescindíveis ao médico, em qualquer tempo da História Humana.

Tendo em vista tais ações para que a História da Medicina seja pesquisada, estudada e debatida na Faculdade de Medicina de Teresópolis, é elementar a pergunta: qual a importância deste ensino para o estudante da graduação?

2 OBJETIVO

Compreender a importância do ensino da História da Medicina na graduação do estudante de Medicina, levando em conta o seu valor para a formação dos futuros médicos, bem como proporcionar reflexões e discussões no campo das humanidades médicas.

3 MÉTODOS

Realizada revisão bibliográfica de modo descritivo, sobre a importância do ensino da História da Medicina na graduação médica. Consultada a base de dados eletrônica PubMed, utilizando os descritores: History of Medicine e Teaching, com a utilização do operador booleano AND, para formar a chave de pesquisa. Tais descritores estão cadastradas no MeSH (Medical Subject Headings).

Os critérios de inclusão para os estudos encontrados foram artigos, publicados nos últimos 50 anos (1968 a 2018) e foco no ensino da disciplina na graduação de estudantes de Medicina. O período, de 50 anos, foi assim delimitado para possibilitar uma avaliação de como este ensino se comportou durante essas cinco décadas. Foram excluídos artigos bibliográficos.

Além desta base de dados, foi utilizado o Jornal Brasileiro de História da Medicina e livros que trazem discussões sobre o tema proposto.

Buscaram-se artigos e discussões que versavam sobre o ensino da História da Medicina na graduação dos estudantes de Medicina, que possibilitassem construir um entendimento sobre a importância desta disciplina para o estudante, futuro médico.

4 O ENSINO DA HISTÓRIA DA MEDICINA

Discussões sobre o mérito em ensinar e estudar História da Medicina vem sendo travadas extensivamente, ao longo dos tempos. Muito embora muitos falem a favor do seu ensino, como meio de instrumentalizar o estudante com o conhecimento necessário para seu crescimento humanístico, outros rebatem tal necessidade, com o argumento de que, o currículo médico já se encontra completo, não existindo meios de inserção do tema dentro da carga horária. (17,18,19) Outro argumento, neste sentido, é o de que os alunos já dispõem muito tempo e concentração para o aprendizado das matérias, com suas complexidades crescentes, e para a produção de pesquisas. (17,18)

Quando analisamos a importância do ensino da História da Medicina para os graduandos, fica evidente que esta fornece, a esses futuros médicos, o pensamento crítico e o olhar humanístico que necessitam para uma formação integral. Então, com uma tríade formada pela História, Filosofia e Ética, a disciplina é um requisito mister para a cultura e completa formação do pensamento médico.(3,12,13,14,15,16) Isso incentiva ao aluno observar e refletir sobre as mudanças ocorridas dentro dos diversos contextos históricos, da epistemologia e das compreensões morais da época. (20)

Sheard (2006) e Wijesinha e Dammery (2008) ratificam o entendimento de que o ensino da História da Medicina promove o pensamento crítico. Somado a isso, ressaltam que tal estudo estimula os alunos a explorar outros assuntos fora da medicina clínica, promovendo ideias e opiniões de variados temas, além de instrumentaliza-los para discutir e escrever sobre estes, permitindo entender e lidar com as várias mudanças, sendo uma importante habilidade desenvolvida pela História da Medicina. (18,21)

Serpa-Flores (1983) lembra que, para a formação do futuro médico, é necessário leva-lo a adquirir atitudes que promovam uma construção dos valores culturais e de concepção de mundo. Este sugere que o estudo da História da Medicina, através das humanidades médicas, é um dos meios mais apropriados para esta construção. (22) É a cultura como terapia e a terapia como cultura sendo um dos grandes desafios para uma medicina que vem, a passos largos, para um tecnicismo desenfreado. (23)

História da Medicina é a área do conhecimento médico que mune o aluno sobre informações do passado da ciência médica e da sua arte, permitindo-lhe a compreensão dos acontecimentos do presente, cada vez mais em constante evolução. Possibilita, também, que sejam feitas análises dos erros cometidos, interpretando-os, estudando as ações e medidas tomadas, bem como oportuniza evitar que novos episódios ocorram. Com isso, se torna importante ferramenta na formação médica, e, conseqüentemente, na formação integral do graduando. (12,13)

Hernandez (2017) lista alguns dos motivos que tornam relevante o ensino da História da Medicina, tais como o conhecimento do passado, atitudes de reverência, identificação de exemplos aos mais novos, incremento da cultura geral e médica, valorização de vultos nacionais e inter-relação com áreas como literatura, artes, filosofia, ética e sociologia. (13)

Para Bryan e Longo (2013), o estudo da História da Medicina permite a construção de uma postura profissional ao futuro médico. No artigo, os autores afirmam que a profissão médica, diferentemente de um comércio, deve saber honrar sua herança histórica. E é neste contexto que é levantada a situação da medicina atual, em que o tecnicismo excessivo não dá espaço para seu passado. (24)

Tecnicismo este criticado por Lacaz (1997) (14) e Ivamoto (2003) (15), uma vez que, constantemente, se exige uma postura médica pautada na humanização, contudo, deliberadamente, há a retirada das matérias que discutem as humanidades médicas do currículo, deixando apenas a parte técnica para ser aprendida.

Neste contexto, Hafferty e Castellani (2010) apresenta sete tipos de perfis profissionais: o nostálgico, empreendedor, acadêmico, estilo de vida, empírico, irrefletido e o ativista. Com base nestes perfis, o ensino de história da medicina promove o surgimento de, pelo menos, dois tipos específicos, o nostálgico e o ativista. No primeiro – tendo como qualidades a autonomia, o altruísmo, a competência interpessoal, o domínio profissional e a competência técnica – a história permite desenvolver o sentimento de pertencimento e solidariedade dentro da profissão médica, além de um apreço aos antecessores, distanciando da visão de comércio. Para o profissional ativista – que possui qualidades como justiça social, contrato social, altruísmo e moralidade pessoal – há a promoção da responsabilidade cívica. (25)

O desenvolvimento do profissional nostálgico trabalha, nos alunos, princípios, virtudes e traços de caráter – que são considerados desejáveis – para que o aluno não seja apenas um técnico de saúde, mas um humanista. E mais, a história permite que, principalmente, o graduando entenda o significado de ser médico. (24,25) Neste aspecto, há a visão dos heróis, da necessidade das pessoas de os tê-los, e de como as gerações X (nascidos entre 1965 e 1979) e Y (nascidos entre 1980 e 1994) são carentes destes. Sobre isso, há a seguinte referência:

Sem heróis, muitas vezes as pessoas se contentam com quem elas são, em vez de aspirar a que eles podem se tornar. Um dos lamentos daqueles que estudam Gerações X e Y é que, como uma geração, eles não têm heróis... A identificação dos heróis, a alegria em suas realizações, e o compromisso de mantê-los sempre visíveis em nossos ambientes de aprendizagem estão entre os grandes desafios para a educação médica. Heróis formam a imagem final que cada pessoa deve se esforçar para tornar-se. (BRYAN e LONGO, 2013, p. 98) (24)

Já o ativismo social é estimulado pela História da Medicina quando permite que profissionais questionem o status quo do cenário atual, tendo o acesso aos serviços de saúde de forma difícil e demorada, mesmo que este seja um direito do usuário. É a ênfase em melhorar a vida dos outros. E, munindo o estudante de medicina com um olhar crítico, este pode ser um promotor da mudança ou, ao menos, promover discussões neste sentido. (24)

Lerner (2000) explica que, muito embora médicos que não tiveram contato com a História da Medicina não estejam fadados a repetir os erros do passado, estes não possuem o conteúdo das lições informativas que a história proporciona. A natureza mutável da medicina demonstra que, ao longo dos anos, entendimentos vigentes do processo saúde e doença podem mudar, tanto quanto as teorias e tratamentos, e esta compreensão, a história proporciona. (26) Sobre os ensinamentos que a História da Medicina proporciona, Smith (1996) (27) refere que:

Um homem sem um sentido da história pode ser comparado a um viajante no espaço; suas reações estão aptas a tornar-se desproporcionais e distorcidas. O rebocador suave da história é tão necessário como o de gravidade para conter o exagero e excesso. (SMITH, 1996, p. 530) (27)

A antiga União Soviética, na década de 50, já entendia o ensino de História da Medicina como uma ferramenta importante para fortalecer seu nacionalismo. Este era visto como uma das principais disciplinas ideológicas das ciências médicas, e tais ensinamentos foram utilizados para manipular um país. Utilizando a justificativa da luta contra o cosmopolitismo, as faculdades passaram a lecionar a história da medicina russa, exclusivamente. Esta objetivava reforçar os sentimentos patrióticos existentes nos futuros médicos russos, salvaguardando as prioridades nacionais soviéticas. Era o orgulho nacional e a luta pela ideologia burguesa. (28) Podemos citar, como exemplos desse nacionalismo, a afirmação de que a descoberta da penicilina não caberia a Alexander Fleming, em 1928, mas, sim, a dois cientistas russos, Manassein e Polotebnov, em 1871, ou seja, 57 anos antes. Além disso, segundo o entendimento da fonte, a anestesia e seus estudos foram, sim, conduzidos de maneira séria, metódica e científica, mas por estudiosos russos. E a insulina não foi descoberta em 1921 e, sim, em 1901, também por russos. Tampouco ficou restrito ao campo da medicina, uma vez que a invenção da lâmpada partiu de um soviético. (28,29)

5 CONCLUSÃO

Muito embora existam discussões sobre a importância do ensino da História da Medicina dentro da graduação, é inegável o entendimento de que este tema proporciona, ao estudante, instrumentos para seu crescimento dentro do campo das humanidades médicas. Fato este de extrema importância, uma vez que as tecnologias atuais distanciam o médico da sua característica humanística, tão necessária para a compreensão do paciente de forma ampliada. Quer seja dando-lhe um pensamento crítico rico, quer seja dando subsídio a perfis profissionais para direcionar o médico, ou como estratégia ideológica para mobilizar pessoas em prol de um ideal, a História da Medicina apresenta seus valores, mostrando-se necessária para afastar, o médico e o estudante, do tecnicismo puro e extremo.

Atualmente, a exigência por um perfil médico mais humanístico, em detrimento a um tecnicismo extremado, produz grandes reflexões sobre a desvalorização das humanidades médicas, uma vez que tais disciplinas podem construir o profissional desejado, dando-lhes o conhecimento humanístico para um cuidado de saúde digno. Portanto, urge o resgate do ensino da História da Medicina, dentro do currículo médico, num momento em que há a necessidade de elevar a chama da nobre e sagrada arte hipocrática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vieira RM. **Raízes históricas da medicina ocidental**. São Paulo: Editora Fap-Unifesp, 2012.
2. Azevedo VF. Uma breve história da arte na formação de médicos. *Iátrico*, Curitiba, n. 35, pp. 40-48, 2015.
3. Gusmão S. **História da Medicina. Evolução e Importância**. *Rev Med Minas Gerais* 2003; 13(2):146-52.
4. Rodrigues IT, Fiolhais C. **O ensino da medicina na Universidade de Coimbra no século XVI**. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.20, n.2, abr.-jun. 2013, 435-456.
5. Kästner I. **The Karl-Sudhoff-Institute in Leipzig and the academic discipline history of medicine in the GDR**. *Medizinhistorisches J.*, 2014; 49(1-2):118-58.
6. Stein C. **"Divining and Knowing: Karl Sudhoff's Historical Method."** *Bulletin of the History of Medicine*. 2013; 87(2): 198-224.
7. Caramiciu J, Arcella D, Desai MS. **History of Medicine in US Medical School Curricula**. *Journal of Anesthesia History*. 2015; 1(4): 111-114.
8. Silva RO. **Sair curado para a vida e para o bem. Diagramas, linhas e dispersão de forças no complexus nosoespacial do Hospital de Caridade Juvino Barreto (1909-1927)**. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós-graduação em História, Natal, 2012.
9. Amoroso MHB. **A importância de Ivolino de Vasconcellos e do IBHM na consolidação da historiografia médica brasileira**. *Revista Cantareira*. 6ª edição on-line. Disponível em <<http://www.historia.uff.br/cantareira/v3/wp-content/uploads/2013/05/e06a03.pdf>>. Acesso em 07 de fevereiro de 2019.
10. Rezende JM. **À Sombra do Plátano: Crônicas de História da Medicina**. São Paulo: Editora Unifesp, 2009.
11. Segre M, Ferraz FC. **O conceito de saúde**. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, Oct. 1997.
12. Chaple ERB. **La docencia de la historia de la Medicina en Cuba**. *Educación Médica Superior*. 2014; 28(2):216-228.
13. Hernandez DP. **A relevância da História da Medicina na formação integral do graduando**. *Jornal Brasileiro de História da Medicina*. v. 17, n 1, p. 58-60, out/nov/dez 2017. Disponível em <https://docs.wixstatic.com/ugd/be8daf_a53f872bc33e45a4bf3b7ad74e35d749.pdf>. Acesso em 22 jan. 2019.
14. Lacaz CS. **Temas de Medicina. Biografias, Doenças e Problemas Sociais**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
15. Iwamoto HS. **Lacaz, Ciência e Humanismo na Casa de Arnaldo**. São Paulo: Lemos Editorial, 2003.
16. Oliveira AB. **A evolução da medicina: até o início do século XX**. São Paulo: Pioneira e Secretaria de Estado de Cultura. 1981.
17. Metcalfe NH, Brown AK. **History of Medicine student selected components at UK medical schools: a questionnaire-based study**. *JRSM Short Reports*, 2(10):1-6.
18. Sheard S. **Developing history of medicine in the University of Liverpool medical curriculum 1995-2005**. *Med Educ*. 2006 Oct;40(10):1045-52.
19. Neale AV. **Diploma in the history of medicine**. *Lancet*. 1969 Feb 22;1(7591):422-3.
20. Schulz S, Woestmann B, Huenges B, Schweikardt C, Schäfer T. **How Important is Medical Ethics and History of Medicine Teaching in the Medical Curriculum? An Empirical Approach towards Students' Views**. *GMS Z Med Ausbild*. 2012; 29(1): 1-18.
21. Wijesinha SS, Dammery D. **Teaching medical history to medical students - the Monash experience**. *Aust Fam Physician*. 2008 Dec;37(12):1028-9.
22. Serpa-Flores R. **The teaching of the history of medicine in the training of the physician**. *Educ Med Salud*. 1983;17(4):423-32.
23. von Engelhardt D. **Teaching history of medicine in the perspective of "medical humanities"**. *Croat Med J*. 1999 Mar;40(1):1-7.
24. Bryan CS, Longo LD. **Perspective: Teaching and mentoring the history of medicine: an Oslerian perspective**. *Acad Med*. 2013 Jan;88(1):97-101.
25. Hafferty FW, Castellani B. **The increasing complexities of professionalism**. *Acad Med*. 2010; 85:288-301.
26. Lerner BH. **From Laennec to lobotomy: teaching medical history at academic medical centers**. *Am J Med Sci*. 2000 May;319(5):279-84.
27. Smith M. **Medical students and history of medicine: shall the twain meet?** *J R Soc Med* 1996; 89:530.
28. Zhuravleva TV, Lichterman BL, Lisitsyn YP. **Teaching history of medicine at Russian medical schools: past, present, and future**. *Croat Med J*. 1999 Mar;40(1):25-8.
29. Priestland D. **The Red Flag: A History of Communism**. Nova York: Grove Press, 2009.

A INSERÇÃO DA ACUPUNTURA NA MEDICINA OCIDENTAL

Ana Cássia Gonzalez dos Santos Estrela, discente do Curso de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos, anagonzalezestrela@gmail.com

Ligia Aurelio Vieira Pianta Tavares, discente do Curso de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos

Daniel Pinheiro Hernandez, docente do Curso de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos

A acupuntura é o conjunto de conhecimentos teórico-empíricos da medicina chinesa tradicional que existe há mais de 2000 anos. Visa à terapia e à cura das doenças por meio da aplicação de agulhas em pontos específicos do corpo (WEN, 1985; WHITE e ERNST, 1999). De acordo com a Medicina Tradicional Chinesa (MTC), o tratamento por meio da Acupuntura visa normalizar os órgãos alterados por meio da estimulação de pontos reflexos que tenham a propriedade de restabelecer o equilíbrio do organismo, alcançando-se, assim, resultados terapêuticos (WEN, 1985).

Trata-se de uma terapia reflexa na qual um estímulo nociceptivo aplicado sobre uma área age sobre outras áreas do corpo (SCOGNAMILLO - SZABÓ e BECHARA, 2001). Sendo uma tecnologia de intervenção em saúde que aborda de modo integral e dinâmico o processo saúde-doença no ser humano, podendo ser usada isolada ou de forma integrada com outros recursos terapêuticos (BRASIL, 2006).

A etimologia da palavra acupuntura deriva dos radicais latinos acus e pungere, que significam, respectivamente, agulha e puncionar. A acupuntura tem por objetivo tratar as doenças por meio de estimulação em pontos determinados, chamados acupontos (WEN, 1995)



Figura 1: Imagem rupestre da Medicina Oriental – História da acupuntura

Fonte: KAILI

A acupuntura representa uma arte ancestral de prática médica. No Oriente, a acupuntura vem sendo usada com finalidades preventiva e terapêutica há vários milênios (SCOGNAMILLO-SZABÓ e BECHARA, 2001). A China é reconhecida como o berço da acupuntura e o registro mais antigo que se tem da atividade humana na China veio da aldeia de Chou K'ou Tien, no período paleolítico inferior (400 a 200 mil a.C.) onde arqueólogos encontraram escavações de dentes, crânio e ossos do "Homem de Pequim" (Homo erectus) (RIZZO e BECHARA, 2009).

O primeiro registro que se tem escrito sobre acupuntura, por volta de 2200 anos atrás, é o Clássico de Medicina Interna do Imperador Amarelo (Huang-de-nei-jing), o qual é considerado um dos mais antigos livros de medicina em todo o mundo. Neste livro, o pai da medicina tradicional chinesa Shen Nung, descreve suas teorias sobre circulação, pulso e coração. Diversas formas de medicina são citadas, incluindo a moxabustão, a acupuntura e o tratamento com ervas (ROCHA, 2015).

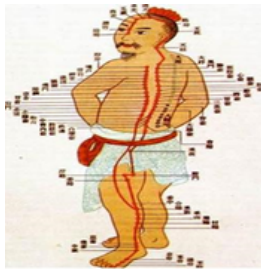


Figura 2: Utilização de Agulhas rudimentares.
Fonte: Livro Maciocia



Figura 3: Imperador Amarelo
Fonte: Livro Imperador Amarelo



Figura 4: A primeira parte, o Su Wen, conhecido como agrupar as questões básicas sobre a origem do mundo. Abrange as teorias fundamentais da medicina chinesa, incluindo a "Teoria Yin/Yang" e a "Teoria dos Cinco Elementos" e seus métodos de diagnóstico. A segunda parte, o Ling Shu O pivô espiritual).
Fonte: Livro Imperador Amarelo

TEORIAS QUE COMPÕEM A ACUPUNTURA:

Segundo Luz e Souza (2009), a Medicina Clássica Chinesa - MCC foi sistematizada durante a dinastia HÂN (206 a.C.-220 d.C.). Houve, nesse período, uma síntese das concepções da cosmologia e da sociologia dos chamados “filósofos” chineses com concepções específicas do saber médico, que formaram as dimensões da doutrina médica, morfologia, dinâmica vital, diagnose e terapêutica. Destaca-se, nesse modelo, o HUÁNG DÌ NÈI JING, o Livro do Imperador Amarelo, e NAN JING, O Clássico das Dificuldades, nos quais foram sistematizados, num modelo coerente, a teoria dos meridianos (JING MÀI) e dos órgãos e vísceras (ZÀNG FU) e a teoria dos fatores patogênicos, a qual passa a ser a principal forma de explicar o adoecimento na dimensão da doutrina médica - e a prática da acupuntura aparece integrada a este modelo (Luz, Souza, 2009).

A MTC tem por base a integração e interação entre o ser humano e a natureza, visando o equilíbrio geral das pessoas (Alvarenga et al., 2004). O organismo é visto como um sistema energético e funcional e as doenças vistas como desequilíbrios energéticos, ou “quebra” na harmonia das funções orgânicas. Os fenômenos que ocorrem nos órgãos são explicados por meio de síndromes (conjunto de fatores patológicos de origem interna ou externa ao organismo) que revelam como a base energética da existência e a expressão da matéria, a força vital (Qì), está circulando no sistema de órgãos e vísceras da pessoa (ZÀNG FU). Os indicadores das síndromes são verificados por oito critérios de diagnóstico: quanto à localização: (1) interno (profundo) ou (2) externo (superficial); quanto à natureza: (3) frio ou (4) calor; quanto à intensidade: (5) vazio (deficiência) ou (6) plenitude (excesso); quanto ao princípio: (7) yin ou (8) yang. Também importa, no diagnóstico, a análise do meio em que a pessoa se encontra e as condições de vida, sendo fundamentais, o aspecto emocional, os hábitos alimentares, os hábitos sexuais e a atividade física (Luz, 1993).

O “fluxo de energia” no corpo é analisado com base nos cinco elementos existentes na natureza: fogo, terra, metal, água e madeira. Esses cinco elementos são vistos como responsáveis por uma série de relações e ciclos entre si, que explicariam os fenômenos vitais do corpo humano (Luz, 2006). Sendo assim, a natureza e o homem fazem parte de uma ordem geral, um todo que se move sistematicamente e deve ser mantido em equilíbrio para preservar a harmonia do corpo e dos cosmos. Existem duas forças cósmicas os Yan e Yin que governam todos os aspectos da vida, são complementares e contrariamente positivo e negativo, masculino e feminino, sol e lua, verão e inverno, para cima – para baixo, objetivo – subjetivo, céu – terra, calor – frio, doença – morte; no corpo humano Yan é a parte de trás, a respiração, o positivo, ativo, leve e saúde, o dor aguda, pulso rápido e forte. Yin, órgãos internos, estômago, intestinos, bexiga, passivo, negativo, essas duas forças governam Todos os fenômenos, juntamente com os cinco elementos básicos: madeira, fogo, terra, metal e água, e a isso cinco elementos correspondem cinco órgãos: Centro de comando do coração do corpo, o baço regula a distribuição de nutrientes, metabolismo, dá força e resistência ao corpo, Pulmão regula as funções corporais e mantém o equilíbrio, o fígado regula atividade de vários órgãos, Rim regula as reservas de nutrientes e o uso de energia e força vital e estes correspondem a outros cinco vísceras, cinco outros tecidos, cinco outras secreções e até cinco emoções, alegria – raiva, tristeza – medo, surpresa, desde o taoísmo reconhece três almas: uma na cabeça, uma no abdômen e uma na pele. Por sua vez, tudo está relacionado com as estações do tempo e para isso criou uma quinta estação a Canícula, o número cinco exerceu um fascínio Especial para os chineses, as cinco cores, cinco são muito importantes, cinco sons e cinco sabores. Medicina analógica. A medicina reflete com grande precisão a filosofia chinesa. O equilíbrio universal entre as duas forças Yin e Yan são expostos com grande clareza, a doença não é mais do que a ruptura da harmonia, uma vez que o ser humano é um todo é um sintoma é um sinal de mau funcionamento de um órgão interno. (ROCHA, 2015).



Figura 5: YIN – YAN
Fonte: Livro Imperador Amarelo

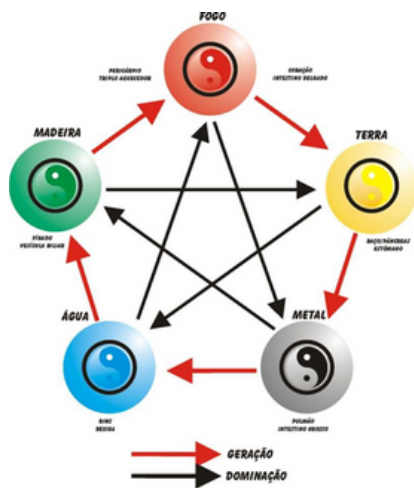


Figura 6 – Cinco elementos – FOGO, TERRA, METAL, ÁGUA E MADEIRA
Fonte: Livro Imperador Amarelo

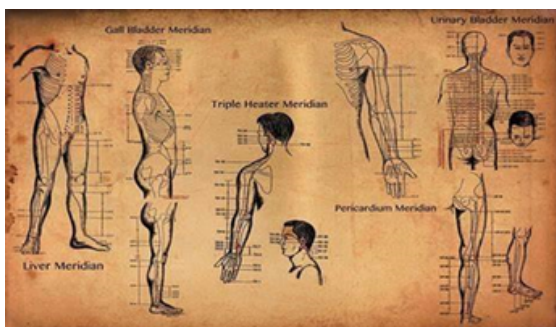


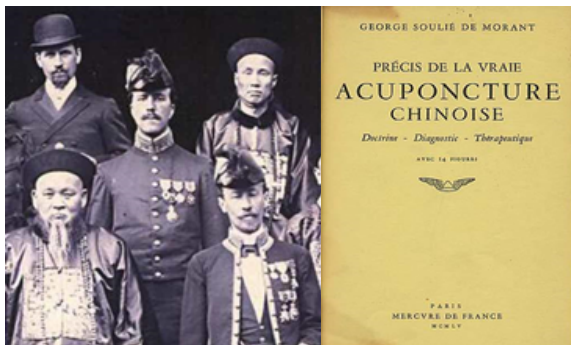
Figura 7: 12 MERIDIANOS
Fonte: Livro Imperador Amarelo

PRECURSORES DA ACUPUNTURA NA EUROPA

No Ocidente, as primeiras referências sobre a prática da acupuntura foram trazidas por Marco Polo (RIZZO e BECHARA, 2009). No século XVII, missionários jesuítas foram enviados para a China com a finalidade de introduzir as doutrinas básicas do cristianismo no Oriente. Embora a fracassada tentativa de converter os chineses, os jesuítas trouxeram inacreditáveis relatos mais detalhados de curas de doenças por meio de agulhas inseridas na pele (LUZ, 2007).

Portanto, até o século XX as notícias sobre acupuntura foram praticamente esquecidas na Europa. No supracitado século alguns pesquisadores franceses – médicos Berlioz e Cloquet – obtiveram resultados satisfatórios com a 23 aplicação de agulhas. Entretanto, foi após 1928 que a “verdadeira” acupuntura chinesa chegou a ser introduzida no Ocidente, isto se deveu ao renomado sinólogo e diplomata francês George Soulié de Morant (ROCHA, 2015).

Soulié de Morant, após morar na China por 20 anos a serviço do Ministério de Assuntos Estrangeiros de seu país, estudou profundamente a Medicina Tradicional Chinesa e se tornou médico oriental. Ao regressar à França escreveu sobre todos os aspectos da cultura chinesa, porém seu principal domínio foi acupuntura. Soulié publicou, no início da década de 1930, o Tratado de Acupuntura Chinesa (RIZZO e BECHARA, 2009).



Figuras 8 e 9: Diplomata e médico francês George Soulié de Morant e seu tratado de Acupuntura Chinesa

Em 1825, Sarlandiere adapta a técnica do Galvanismo, aplicando a corrente elétrica direta em agulhas de Acupuntura para tratamento de dores articulares, marcando o início precoce da eletroacupuntura (ROCHA, 2015).



Figura 10: Tratado da eletroacupuntura de Sarlandiere
Fonte: Chez les libraires de médecine, et chez l'auteur, 1829.

Gustav Landgren (1829), na Universidade de Uppsala, Suécia, faz observações interessantes sobre a relação dos pontos de Acupuntura com estruturas nervosas. Em sua tese de doutorado, conclui que “As agulhas devem ser colocadas o mais próximo possível do nervo sobre o local doente ou na origem deste nervo, quando então o efeito será mais notado”. (ROCHA,2015)



Figura 11:Gustav Landauer (1870 – 1919)
Fonte: Wikipedia

Nos Estados Unidos, o médico canadense Sir William Osler, considerado “Pai da Medicina Moderna” inclui o tratamento com Acupuntura para lombalgia e dor ciática no livro “Princípios e Prática da Medicina”, em 1892 (SCOGNAMILLO – SZABÓ e BECHARA, 2001).



Figura 12: William Osler (1849-1919)
Fonte: livro The Quotable Osler: revised paperback edition

Estes trabalhos precedem o grande interesse pela Acupuntura, ocorrido no início da década de 1970, momento de intensificação do pensamento holístico em decorrência do fenômeno da contracultura. A descrição do sucesso de um tratamento de emergência com Acupuntura recebido por um jornalista membro da comitiva do presidente Norte Americano Nixon em sua visita à China em 1971 foi publicada no jornal The New York Times, estimulando uma verdadeira explosão no interesse pela técnica chinesa (SCOGNAMILLO – SZABÓ e BECHARA, 2001).



Figura 13:Presidente Nixon e Mao Tsé-Tung
Fonte: Revista New Times

A história da acupuntura no Brasil está associada à chegada dos imigrantes chineses (1812), japoneses (1908) e outros povos orientais ao nosso país. A técnica passou a ser mais difundida na sociedade a partir da década de 1950 quando foi fundada a Sociedade Brasileira de Acupuntura e Medicina Oriental (1958). (SCOGNAMILLO – SZABÓ e BECHARA, 2001).



Figura 14: Imigrantes chineses (1812)
Fonte: Livro Maciocio

A difusão da acupuntura na sociedade brasileira é incrementada na década de 1950 quando o fisioterapeuta Friedrich Johann Spaeth, nascido em Luxemburgo e naturalizado Brasileiro, funda a Sociedade Brasileira de Acupuntura e Medicina Oriental (1958). Em 1961, juntamente com os médicos Ermelino Pugliesi e Ary Telles Cordeiro, Spaeth funda o Instituto Brasileiro de Acupuntura (IBRA), primeira clínica institucional de Acupuntura do Brasil. (ROCHA,2015). No mesmo ano, chega ao Brasil o médico Wu Tou Kwang, que se tornou um dos nomes de destaque no campo de ensino das técnicas médicas chinesas no país (ARAÚJO,2012).



Figura 12: Médico Wu Tou Kwang
Fonte:ROCHA,2015

Em 1972 foi fundada a ABA (Associação Brasileira de Acupuntura), pelo médico Dr. Evaldo Martins, sendo escolhida, pelo presidente, Frederico Spaeth, para a direção da Sociedade Internacional de Acupuntura, com sede em Paris. A partir da sua criação, a ABA, dinamizou os seus objetivos, organizando e ministrando os primeiros cursos sistematizados de ensino da acupuntura, para profissionais da área da saúde. O Ministério do Trabalho, em 1977, em convênio com a OIT (Organização Internacional do Trabalho) e a UNESCO (Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura), definiu a profissão de acupunturista. (ROCHA,2015).

Em 1979 a Organização Mundial de Saúde, órgão da ONU para a área, já reconhecia o uso da acupuntura como terapêutica eficaz para mais de 40 doenças (WHO, "Viewpoint on Acupuncture"). A partir de 1995 os Conselhos Federais de Biomedicina, Enfermagem, Fisioterapia, Medicina e Medicina Veterinária reconhecem a Acupuntura como uma especialidade. (RIZZO E BECHARA, 2009).



Figura 13: O médico Evaldo Leite fundou a Associação Brasileira de Acupuntura
Fonte: foto Camila Lima do Diário de notícias Nordeste



Figura 14: Acupuntura ministrada como Especialização ABACO
Fonte: Colégio Brasileiro de Acupuntura e Medicina Chinesa (ABACO)



Figura 15: Acupuntura ofertada no Sistema único de saúde (SUS)
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde Maricá

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVARENGA, A.T. et al. **Acupuntura no currículo médico: visão de estudantes de graduação em Medicina**. Rev. Bras. Educ. Med., v.28, n.3.2004.

ARAÚJO, J.E. **About the rights of practicing acupuncture in Brazil**. Rev. bras. Fisioterapia. São Carlos. 2012

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares**. Brasília: Ministério da Saúde. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares**. Brasília. 2006. [acessado 2023 jan 10]. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/pnpc.pdf>>.

CORDEIRO, M. **Medicina Oriental- história entre a acupuntura Chinesa e Japonesa – Kaili**. Rio de Janeiro. 2015

LOUREIRO, R. L. B. **Avaliação da Acupuntura sobre o Sistema Imunitário**. Faculdade de Medicina de Coimbra. 2014.

LUZ, M.T. et al. **I seminário do projeto racionalidades médicas**. Rio de Janeiro:UERJ, 1992.

LUZ, M.T.; SOUZA, E.F.A.A. **Medical rationality contributions to research design in Chinese Medicine**. Rio de Janeiro. 2009.

LUZ, D. **Medicina tradicional chinesa, racionalidade médica**. In: NASCIMENTO, M.C. (Org.). As duas faces da montanha: estudos sobre medicina chinesa e Acupuntura. São Paulo: Hucitec, 2006.

LUZ, M.T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MACIOCIA G. **Os Fundamentos da Medicina Chinesa**. São Paulo: Editora Roca; 1996.

RIZZO, M.V.S. e BECHARA, H. **Acupuntura: histórico, bases teóricas e sua aplicação em Medicina Veterinária**. Ciência Rural, Santa Maria, 2010.

ROCHA, P.R. et al. **A trajetória da introdução e regulamentação da acupuntura no Brasil: memórias de desafios e lutas**. Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, 2015.

SCOGNAMILLO-SZABÓ, M.V.R.; BECHARA, G.H. **Acupuntura: bases científicas e aplicações**. Ciência Rural, Santa Maria. v. 31. 2001.

UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION (UNESCO). Declaração de Veneza, 1986. **Comunicado final do colóquio: A ciência diante das fronteiras do conhecimento**. Veneza - Itália, 1986. [acessado 2023 jan 21]. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0006/000685/068502por.pdf>.

WANG, S.M. et al. **Acupuncture Analgesia: I. The Scientific Basis**. International Anesthesia. Research Society. v. 106.2008.

WEN, T.S. **Acupuntura clássica chinesa**. 2.ed. São Paulo: Cultrix, 1985. 225p.

WHITE, A., ERNST, E. **Acupuncture: a scientific appraisal**. 1.ed. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1999.

A REFORMA DA CIRURGIA E A FÍSTULA ANAL DE LUÍS XIV

Ligja Aurelio Vieira Pianta Tavares, discente do curso de Medicina do UNIFESO, ligiaavpt10@gmail.com
Ana Cássia Gonzalez dos Santos Estrela, discente do curso de Medicina do UNIFESO
Daniel Pinheiro Hernandez, docente do curso de Medicina do UNIFESO

“A ciência da medicina, se não quiser ser rebaixada à categoria de emprego, deve cuidar de sua história e tomar conta dos velhos monumentos que os tempos pretéritos lhe deixaram como legado.” Émile Littré, 1829.

No século XVII, a medicina possuía um grande prestígio social, entretanto, aqueles que se dedicavam à cirurgia, conhecidos como cirurgiões-barbeiros, eram desvalorizados, apesar de dominarem diferentes práticas: cortavam a pele, realizavam sangria (retirada de sangue como forma de tratamento de doenças) e ainda faziam cabelo e barba (FABIANI, 2019).



Figura 1: The Surgeon, pintura de David Teniers the Younger, 1670.

Fonte: <https://opiniaoze.blogspot.com/2018/07/a-volta-dos-barbeiros-cirurgioes.html>

Charles François “Félix de Tassy” (1635-1703) foi um dos principais responsáveis pela aceitação social e real da profissão de cirurgião, sendo precursor da especialidade. Félix de Tassy era primeiro-cirurgião do rei Luís XIV (1638-1715), e ficou famoso por ter operado o rei de fístula anal, em 18 de novembro de 1686. A operação ocorreu sem anestesia, uma vez que esta foi demonstrada apenas em 1846, por Thomas Green Morton. Então, sem anestésico, em seu lugar foram utilizados emplastos, ervas e bebidas para amenizar a dor que o procedimento iria causar ao rei, que, aliás, teve a duração de três horas e foi um sucesso (FABIANI, 2019).



Figura 2: Retrato de Félix de Tassy.

Fonte: https://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Charles-Francois_Félix_de_Tassy.jpg

Para tal êxito, Félix de Tassy estudou e inventou instrumentos e técnicas específicas para garantir que tivesse as habilidades e destrezas necessárias à cirurgia levassem ao esperado resultado positivo. Anteriormente à realização da cirurgia, Félix de Tassy treinou em mais de 70 pessoas, sendo elas pacientes fistulosos dos hospitais de Paris e Versailles, incluindo pobres, mendigos e pacientes abandonados nos hospitais. No decorrer do processo, o mesmo inventou dois instrumentos: o bisturi curvo à real e o afastador, os quais se encontram em exposição no Museu Chateau de Versailles (FABIANI, 2019; PALACE OF VERSAILLES, s.d.). A seguir, as imagens dos instrumentos inventados por Félix de Tassy, especificamente para a realização da cirurgia de fístula anal do rei:



Figura 3: Material bisturi curvo "à real", fotografia em Ciências de Versailles.
Fonte: <https://artsandculture.google.com/story/pwXBUrLu24XTIq?hl=pt-BR>



Figura 4: Material Afastador, fotografia em Ciências de Versailles.
Fonte: <https://www.conexaooparis.com.br/historia-da-fistula-anal-de-louis-xiv-e-o-hino-da-inglaterra/>

Deve-se ressaltar que Félix de Tassy só teve a oportunidade de realizar esta proeza porque Antoine D'Aquin (1629-1696), um dos médicos do rei, tinha esgotado as técnicas conhecidas por ele, para tratar as enfermidades do rei, como o uso de emplastos ou "espremer a bolha", e, portanto, nenhum mal poderia vir de tentar outra técnica (FABIANI, 2019).



Figura 5: Antoine D'Aquin (1629-1696).

Fonte: https://www.hyacinthe-rigaud.com/media/djcatalog2/images/item/1/aquin-antoine-d-2_m.jpg

Os médicos do rei não conseguiam curá-lo, pois a fístula é uma infecção de pequenas glândulas localizadas próximas ao ânus, que acumulam pus, levando à criação de um abscesso entre os dois esfíncteres do canal anal (interior e exterior), causando, externamente, um inchaço avermelhado, pustuloso e que provoca imensa dor ao paciente. Um dos métodos que deram mais alívio à dor que o rei sentia foi “espremer a bolha” formada externamente ao ânus, desencadeando um alívio momentâneo, mas fadada ao reaparecimento futuro, pois não foi retirado completamente o abscesso (FABIANI, 2019).

A façanha de Félix de Tassy foi eternizada no livro “Journal of the Kings Health”, escrito pelos três médicos do rei, Antoine D'Aquin (1626-1696), Antoine Vallot (1594-1671) e Guy-Crescente Fagon (1638-1718). Tal livro se encontra exposto no mesmo lugar dos instrumentos criados por Félix (CHÂTEAU DE VERSAILLES, 2010).

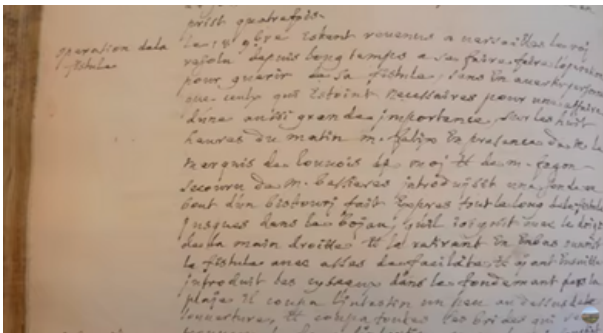


Figura 6: fotografia em Chateau de Versailles¹.

Fonte: <https://youtu.be/bp4wbuZBNdI>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CHÂTEAU DE VERSAILLES. **Web série Episode 4 : Le scalpel de Louis XIV**. 2010. Disponível em: <<https://youtu.be/bp4wbuZBNdI>>. Acesso em: 20 fev. 2023.

PALACE OF VERSAILLES. **Ciências em Versailles capítulo 6: a saúde dos reis, medicina e cirurgia**. s.d. Disponível em: <<https://artsandculture.google.com/exhibit/ci%C3%A4ncias-em-versailles-cap%C3%ADtulo-6-a-sa%C3%BAde-dos-reis-medicina-e-cirurgia-palace-of-versailles/3gLCUrLu24XTIg?hl=pt-BR>>. Acesso em: 20 fev. 2023.

FABIANI, JEAN-NOEL. **30 histórias insólitas que fizeram a medicina**. 1. ed. São Paulo: Editora Vestígio, 2019.

PAVESI, T. **História da relação entre a fístula anal de Louis XIV e o hino da Inglaterra**. 2013. Disponível em: <<https://www.conexaoparis.com.br/historia-da-fistula-anal-de-louis-xiv-e-o-hino-da-inglaterra/>>. Acesso em: 20 fev. 2023.

A REGENERAÇÃO DO FÍGADO E A HISTÓRIA DE PROMETEU

Ligia Aurelio Vieira Pianta Tavares, discente do curso de Medicina do UNIFESO, ligiaavpt10@gmail.com

Ana Cássia Gonzalez dos Santos Estrela, discente do curso de Medicina do UNIFESO

Daniel Pinheiro Hernandez, docente do curso de Medicina do UNIFESO

A medicina e a arte se fundem de diversas formas ao longo da história, conheceremos a história do fígado e do quadro de Prometeu.

Cada órgão do corpo humano tem ações e funções específicas. O fígado tem como função a regulação do metabolismo de vários nutrientes, a síntese de proteínas e outras moléculas, a degradação de hormônios, o armazenamento de substâncias e a excreção de substâncias tóxicas. Ocupando no abdômen os locais do hipocôndrio direito, região epigástrica e hipocôndrio esquerdo.



Figura 1 – O fígado

Fonte: <https://www.minhavidacom.br/saude/temas/pancreatite>

Então por que falar de fígado? Qual a importância do fígado e sua retratação na história?

As células hepáticas estão arrumadas em aglomerados, denominados lóbulos hepáticos. Essas células passam pelo ciclo de criação de células mais de uma vez.

Retirar metade do fígado de uma pessoa saudável, como ocorre no transplante intervivos, o órgão se regenera quase completamente em 6 meses, não havendo prejuízo no seu funcionamento. No corpo do receptor, a metade do fígado doado também se regenera, assumindo o tamanho normal em 2 a 3 meses (RAMALHO, 2000).

Ao longo da história científica, as origens das lesões hepáticas culminaram em dificuldades na análise do processo de regeneração hepática.

Modelos de estudo hepático desenvolvido por Higgins e Anderson em 1931: sobre o processo de hepatectomia parcial de ratos e as sucessivas análises anatômicas e fisiológicas. Além disso, a partir de estudos ao longo do séc. XX e XXI, foi possível identificar uma variedade de mediadores químicos e receptores hepáticos que desencadeiam essa regeneração expressiva. Sendo válido destacar as funções das cininas, da bradicinina, da ECA e entre outros mediadores (TANNURI, 2007).

É imprescindível destacar que há casos em que a regeneração não ocorre, por exemplo, dependendo da rapidez com que se instala a agressão ao fígado em uma hepatite fulminante. Ou ainda quando a agressão ao fígado ocorre de forma contínua e por muitos anos, como no caso do uso abusivo de álcool ou hepatite B e C crônicas, geram cicatrizes fibrosas que interferem neste processo, que passa a não ser mais possível, como ocorre na cirrose hepática do destacar as funções das cininas, da bradicinina, da ECA e entre outros mediadores (TANNURI, 2007).

Segundo a Medicina Tradicional Chinesa algumas plantas auxiliam na regeneração do fígado como a Cardo mariano (*Sylibum marianum*), Folhas de alcachofra (*Cynara scolymus*), Boldo (*Plectranthus barbatus*), Suco de limão e maçã e Magnésio Dimalato, bem como o uso correto do Relógio Circadiano (SPAÇO ALTERNATIVO, s.d.).



Figura 2: Cardo mariano (*Sylibum marianum*)

Fonte: <https://www.peterliu.com.br/site/blog/8/2020/07/seu-figado-se-regenera--saiba-a-alimentacao-ideal-e-praticas-saudaveis/>



Figura 3: Boldo (*Plectranthus barbatus*)

Fonte: <https://sabordefazenda.com.br/raio-x-hortela-pimenta/>



Figura 4: Folhas de alcachofra (*Cynara scolymus*)

Fonte: <https://vit4ever.pt/pt/produtos/alcachofras-1800-600mg-2-5-percentagem-cinarina-150-capsulas-76>

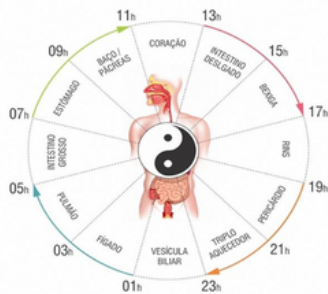


Figura 5: Relógio Circadiano

Fonte: <https://www.peterliu.com.br/site/blog/8/2020/07/seu-figado-se-regenera---saiba-a-alimentacao-ideal-e-praticas-saudaveis/>

O primeiro transplante de fígado do mundo ocorreu em 10 de março de 1963, por Starzl e equipe. No Brasil, os primeiros transplantes foram realizados no Hospital de Clínicas da Universidade de São Paulo (USP), em 1968 (MEIRELLES, 2015).

Nos primeiros cinco transplantes de fígado, nenhum paciente sobreviveu mais que 23 dias. Até 1977, aproximadamente 200 transplantes de fígado tinham sido realizados no mundo (MEIRELLES, 2015).



Figura 6: Transplante de fígado intervivo pediátrico na UFMG (Universidade Federal de Minas Gerais).

Fonte: <https://ufmg.br/comunicacao/noticias/hc-e-pioneiro-em-minas-no-transplante-de-figado-intervivos-pediatrico>

A regeneração do fígado é retratada na obra Prometeu, uma escultura feita por Nicolas-Sébastien Adam, 1762, exposta no Museu do Louvre, representando a punição de Prometeu (BOTELHO, 2019).

Hesíodo, obra Teogonia, fim do século VIII a.C. Os irmãos Epimeteu e Prometeu ficaram responsáveis por criar o homem e os animais, por sua obra e supervisão, respectivamente. Existem diversas versões do mito. Prometeu rouba o fogo dos deuses e entrega aos humanos. A captura do fogo é vista como a busca do conhecimento pela ciência. Zeus o pune e o sentencia a ser acorrentado ao cume do monte Cáucaso onde uma águia cotidianamente dilacerava seu fígado e o mesmo se regenerava todos os dias. Prometeu é condenado a 30.000 mil anos de punição. Prometeu Acorrentado (Prometheus desmotes), tradicionalmente atribuída ao dramaturgo grego Ésquilo, do século V a.C (BOTELHO, 2019).



Figura 7: Prometeu.

Fonte: <https://panacea.med.br/2021/04/04/o-figado-doi-e-verdade-que-ele-se-regenera/>



Figura 8: Mito de Prometeu.

Fonte: Piero di Cosimo, Antiga Pinacoteca, Munique.



Figura 9: Prometeu cria o ser humano.

Fonte: Sarcófago romano, ca 240 a.C., Louvre.



Figura 10: Hefesto acorrentando Prometeu.

Fonte: Piero di Cosimo, Antiga Pinacoteca, Munique.



Figura 11: Prometeu leva o fogo à humanidade.
Fonte: Por Heinrich Friedrich Füger, 1817

Além de existir mais de uma forma do mito de Prometeu, ele ainda foi a lira utilizada na criação do personagem Frankenstein (ou Prometeu Moderno). Johann Wolfgang von Goethe, poeta alemão, escreveu um pequeno poema, escrito entre 1772 e 1774 e publicado pela primeira vez em 1789 após uma publicação anônima e não autorizada em 1785 por Friedrich Heinrich Jacobi, Prometheus, lê-se (MACIEIRA, 2015; RAMALHO, 2000; SPARTACUS BRASIL, 2020):

“Encobre o teu Céu ó Zeus
com nebuloso véu e,
semelhante ao jovem que gosta
de recolher cardos
retira-te para os altos do carvalho ereto
Mas deixa que eu desfrute a Terra,
que é minha, tanto quanto esta cabana
que habito e que não é obra tua
e também minha lareira que,
quando arde, sua labareda me doura.
Tu me invejas!
(...)
Eu honrar a ti? Por quê?
Livraste a carga do abatido?
Enxugaste por acaso a lágrima do triste?
(...)
Por acaso imaginaste, num delírio,
que eu iria odiar a vida e retirar-me para o ermo
por alguns dos meus sonhos se haverem
frustrado?
Pois não: aqui me tens
e homens farei segundo minha própria imagem:
homens que logo serão meus iguais
que irão padecer e chorar, gozar e sofrer
e, mesmo que sejam parias,
não se renderão a ti como eu fiz” (SPARTACUS
BRASIL, 2020)

CARLOS DA SILVA LACAZ E A MEDICINA TROPICAL BRASILEIRA

Cristina Espindola Sedlmaier, discente do curso de Medicina do UNIFESO, crisedlmaier@hotmail.com
Daniel Pinheiro Hernandez, docente do curso de Medicina do UNIFESO

1 INTRODUÇÃO

A edição de maio-junho de 1953 de O Bisturi, jornal de estudantes feito pelo Centro Acadêmico “Oswaldo Cruz”, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, anuncia, de forma efusiva, a conquista da Cátedra de Microbiologia e Imunologia pelo Professor Carlos da Silva Lacaz (1,2). Esta foi uma das muitas manifestações de apreço, respeito e admiração que Lacaz receberia no decurso da sua vida. Neste recorte vê-se o encantamento dos alunos pelo seu mais novo professor. Tais sentimentos de admiração e respeito foram construídos pela sua gentileza, profissionalismo e exemplo de amor à Medicina. (1,3)

Lacaz, juntamente com Ivolino de Vasconcellos e Lycurgo Santos Filho, é citado no grupo de “pioneiros e incentivadores dos estudos de história da Medicina no Brasil” (Rezende, 2009, p. 6) (4,5) e, quer seja como pesquisador, professor ou escritor, ou estando à frente do Museu Histórico da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (6), o fez de forma vigorosa, carismática e responsável. (2,7) Sua luta contra o desmonte da educação médica e pela humanização da Medicina é, também, outra marca indivisível (2,8), dentre tantas outras, que fizeram de Carlos da Silva Lacaz, como bem descreve Ivamoto (2003, p. 123) (2), “uma lenda da Medicina paulista e nacional”.

O grande mestre tinha sua atenção voltada para inúmeros aspectos da arte médica. Medicina como sacerdócio era um deles. Lacaz (9), no seu livro Temas de Medicina, demonstra claramente isso:

A Medicina, como sacerdócio, é profissão que exige uma acentuada vocação. (...) Vocação significa a voz interior que solicita, imantiza e dirige os indivíduos para o exercício de um determinado mister, como se fossem atraídos pela luz. É bem verdade que a chama que seduz também pode queimar e destruir os próprios seres atraídos. Mas, quando existe uma autêntica vocação, na qual se aliam o sentimento, a inteligência e a razão, aquela mesma luz emprestará ainda, maior brilho à carreira profissional.

E foi pela vocação que sua contribuição à Medicina se equipara a de grandes nomes como Oswaldo Cruz, Adolfo Lutz e Miguel Couto. (2) Logo, imbuídos de grande respeito e sensibilizados pelas palavras de Almeida (1954) (10) “(...) O culto aos grandes vultos do passado não apenas enobrece como representa a melhor forma de incentivo aos novos (...)” além de incentivar práticas e comportamentos dignos do exercício da Medicina, “presentemente cada vez mais escassos” (11), escrevemos em sua memória, para reverenciar as grandes conquistas do extraordinário médico, professor e pesquisador. (12)

Seu percurso foi marcado pelo humanismo médico. E, com a realização do XXIII Congresso Brasileiro de História da Medicina, concomitante ao III Encontro Luso-Brasileiro de História da Medicina Tropical, na cidade de Manaus, e às vésperas do Instituto de Medicina Tropical completar 60 anos, juntamente com a revista do mesmo instituto, consideramos imperativo que sejam lembradas as ações do professor Carlos da Silva Lacaz no âmbito da Medicina Tropical. Tal homenagem não só o celebra, como também lembra, aos mais novos, que temos – como Lacaz – figuras extraordinárias, dentro da Medicina Brasileira, que devemos conhecer, admirar, respeitar e tê-las como exemplo a seguir.

2 SINOPSE BIOGRÁFICA DE CARLOS DA SILVA LACAZ

Carlos da Silva Lacaz nasceu na cidade de Guaratinguetá, localizada na parte paulista do Vale do Paraíba, no dia 19 de setembro de 1915. Foi o quinto dos seis filhos de Judith Limongi (1883-1976) e Rogério da Silva Lacaz (1880-1951), sendo que todos foram alunos do pai, matemático, que lhes ensinou valores como honestidade e desprendimento às coisas materiais. Foi dele que herdaram a afinidade pelo ensino e pelo humanismo. (2,13,14)

A Medicina o seduziu desde cedo, influenciado pelos médicos humanistas Benedicto Meirelles Freire (1897-1937) e Antonio da Gama Rodrigues (1876-1955). Logo, em 1934, ingressou na Faculdade de Medicina de São Paulo (FMUSP), mesmo ano de criação e implantação da USP (Universidade de São Paulo). Concluiu sua graduação com distinção, em 1940, sendo classificado como primeiro de sua classe durante todo o curso. (2)

Em 1941, é convidado pelo professor Floriano Paulo de Almeida, para ingressar no quadro de assistentes do Departamento de Microbiologia e Imunologia da FMUSP. E, em 1953, assumiu a cátedra de Microbiologia e Imunologia, tornando-se professor titular do Departamento de Medicina Tropical e Dermatologia. (2) Dentre tantas atividades que exerceu, seus maiores campos de atuação foram a Micologia e a Microbiologia, tendo-se dedicado à docência de profissionais espalhados pelo Brasil e América Latina. (3)

Presidiu importantes entidades representativas, como a Academia de Medicina de São Paulo, a Sociedade Brasileira de Alergia e Imunopatologia, a Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, a Sociedade Brasileira de História da Medicina e a Sociedade Brasileira de Médicos Escritores. Recebeu diversos títulos e prêmios durante a sua vida, como o título de Doutor Honoris Causa da Universidade Federal do Ceará, da Universidade Federal da Bahia e da Universidade Nacional del Nordeste de la Argentina. (2,13) Como registra Ivamoto (2003, p. 99) (2) “Todos os títulos por ele acumulados revelam apenas a parte quantificável de sua envergadura”.

3 LACAZ E A MEDICINA TROPICAL BRASILEIRA

3.1 O Instituto de Medicina Tropical de São Paulo

Sua ideia de criar o Instituto de Medicina Tropical de São Paulo surgiu na viagem ao VI Congresso Internacional de Medicina Tropical e Paludismo, em Lisboa, no ano de 1958. Na oportunidade, conheceu o Instituto de Medicina Tropical de Lisboa e o Instituto de Medicina Tropical da Suíça, além de tomar conhecimento da existência de entidades semelhantes em Londres, Hamburgo, Porto Rico, Liverpool, Calcutá, Moscou, Antuérpia, Amsterdã e Roma. Lacaz entendeu a grande importância desses Institutos e, ato contínuo, iniciou uma rápida jornada até a criação do Instituto que se tornaria uma referência na pesquisa nacional e internacional, e de ensino, dentre as diversas ações executadas pela instituição. (2)

Para potencializar as chances de sucesso na empreitada, retornando ao Brasil, Lacaz conseguiu apoio dos professores Antônio Dácio Franco do Amaral (Parasitologia) e João Alves Meira (Clínica de Doenças Tropicais e Infecciosas) e, posteriormente, do diretor da FMUSP, João de Aguiar Pupo e de órgãos técnicos da faculdade. Assim, no dia 15 de janeiro de 1959, o governador de São Paulo, Jânio da Silva Quadros, assinou o decreto número 34510, criando o Instituto de Medicina Tropical de São Paulo (IMTSP). (2,15,16)

Com a instalação do Instituto, inicialmente vinculado à FMUSP, a Fundação Rockefeller colaborou na sua estruturação, uma vez que seu papel era de “financiamento para implantação de atividades científicas associadas à pesquisa biomédica e às práticas médicas de assistência à saúde” (MARINHO, 2016, p. 114). (15) Este envolvimento é indicado considerando que os pioneiros da estruturação do Instituto tinham vínculos com a Fundação e dela eram bolsistas. Estes iniciadores, posteriormente, formaram o primeiro Conselho Deliberativo do IMTSP, constituído por Carlos da Silva Lacaz, João Alves Meira e Antônio Dácio Franco do Amaral. (15)

Concomitante à pesquisa, o Instituto iniciou, desde seu ano de criação, cursos de especialização em Medicina Tropical. De 1959 a 1985, o professor Lacaz ministrou 26 cursos. Àquela época, os Cursos Regulares de Especialização eram anuais, sendo conhecidos como “cursos do Professor Lacaz”. (2) Foram diplomados 573 médicos naquele período, sendo 157 do exterior e 416 do Brasil, tornando o Instituto de Medicina Tropical de São Paulo, portanto, um pólo de atração para médicos e sanitaristas do continente sulamericano. Nos anos que Lacaz esteve à sua frente, todo concluinte em primeiro lugar, na classificação geral do curso, era laureado com uma medalha de ouro que trazia o emblema do Instituto. (2,15)

3.2 A revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo

Em 1959, ano de criação do Instituto, o professor Luís Rey procurou Lacaz com a proposta de produção de uma publicação científica do IMTSP, com o objetivo de ser um canal de informação e divulgação de estudos, para médicos e pesquisadores, no campo das doenças prevalentes nos países tropicais, sobretudo aos brasileiros. Tal conversa foi extremamente produtiva pois, com o aval de Lacaz, Luís Rey iniciou seus trabalhos de edição da Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo (18).

Inicialmente, a Revista era editada na língua portuguesa. Isto se deu porque a intenção era levar os conhecimentos construídos até os médicos brasileiros, auxiliando-os com informações e experiências técnicas, instrumentalizando-os para a atuação em prol da saúde do povo do Brasil, uma vez que tais informações eram de interesse regional. Muito embora houvesse muitos colegas que criticassem o professor Rey neste sentido, o mesmo mantinha tal opinião firmemente, como bem relata o Editorial Comemorativo pelos 40 anos da Revista (18):

“Publicar artigos de interesse regional em inglês ou outro idioma é preparar-se para dupla frustração, porque será muito pouco lido aqui e despertará pouco interesse alhures. Mesmo quando o trabalho a publicar for de interesse geral, mas estamos empenhados em que sirva à solução de nossos problemas ou à elevação da cultura de nossos médicos, manda o bom senso que se escreva em português.”

O professor Luís Rey ficou à frente da edição da Revista até 1964, quando o professor Lacaz assumiu. Em 1997, considerando a necessidade de se adaptar às determinações de comunicação das publicações do meio científico mundial, a Revista passa a ser publicada exclusivamente, em inglês. (2) Porém, em 1999, no número de aniversário dos 40 anos da Revista, o professor Luís Rey, seu primeiro editor, fez um Editorial que é mantido, atipicamente, em português, por solicitação do mesmo, contando os desafios enfrentados e celebrando a vitória de um trabalho sério. (18)

Logo após sua criação, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) começou a apoiar a edição dessa Revista, como fazia com outras três já existentes, a Acta Physiologica Latinoamericana, de Buenos Aires, editada por Bernard A. Houssay, Archivos Venezolanos de Nutrición, de Caracas, gerenciada por Werner G. Jaffe, e Boletín Chileno de Parasitología, com edição em Santiago do Chile, coordenada por Amador Neghme. (15)

A Revista do Instituto de Medicina Tropical, desde sua criação, é publicada ininterruptamente até os dias atuais. É considerada um dos grandes periódicos que tratam das doenças tropicais da América Latina, figurando entre as mais respeitadas do mundo científico. (2,3,7,11,13,14,15,16)

4 LACAZ E A TROPICOLOGIA MÉDICA

As criações do Instituto, e da Revista, possibilitaram a ascensão da pesquisa e do ensino da Tropicologia Médica, sendo parte importante da configuração dos estudos e ações voltadas às patologias tropicais. Em 1962, aconteceu a criação da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, que iniciou com os Congressos Brasileiros de Medicina Tropical. (15) O professor Lacaz esteve à frente do Instituto até 1985, quando da sua aposentadoria compulsória aos 70 anos, momento em que deixou a direção do IMTSP. (2,3,7,11,13,14,15,16)

Lacaz fez um extraordinário trabalho para que a pesquisa científica brasileira se tornasse efetiva no campo da Medicina Tropical, bem como seu ensino de qualidade pudesse ser mantido de forma sistemática. (2,13) Em sua honra, para homenageá-lo, Paulo R. Taborda, Valéria A. Taborda e Michael R. McGinnis, ao identificarem um novo gênero de fungos, em 1999, deram-lhe a denominação *Lacazia loboi* como proposta à comunidade científica internacional. (2,3,14,16,19)

Em 2001, o Instituto passou a ser denominado “Instituto de Medicina Tropical de São Paulo Carlos da Silva Lacaz”. A justa homenagem foi dada àquele que dedicou energia, entusiasmo e paixão para que a Instituição chegasse onde está. Atualmente, é um Centro de Referência da Organização Mundial da Saúde (OMS). (2,3,13)

Lacaz foi qualificado como paradigma, por ser um padrão a ser seguido e, mesmo após seu falecimento, no dia 23 de abril de 2002, mantém-se como grande exemplo. (2,3,11,13,14,20) Seu corpo foi cremado e suas cinzas foram divididas: parte foi depositada no jazigo de seus pais, em Guaratinguetá-SP, e parte foi depositada junto ao plátano, árvore-símbolo da Arte Médica, situado no jardim frontal da FMUSP. (2)

5 CONCLUSÃO

O professor Carlos da Silva Lacaz foi, indiscutivelmente, um homem extraordinário. Desde a infância trouxe consigo o selo de honestidade, honra e respeito ao ser humano. Em tudo que se propôs a fazer teve papel de destaque. Quando se lê sobre ele, sua paixão pela Medicina chega a ser palpável, e, certamente, vem à tona a necessidade de mostrar a vida deste médico que foi amado e aclamado, e que deve ser sempre honrado pelos seus feitos.

Deu início e contribuiu para a evolução dos estudos da Imunologia e da Micologia Médica do Brasil. Dentro do repertório de atividades realizadas por ele, nossa escolha em estudar a Medicina Tropical brasileira foi, notadamente, proposital, uma vez que a idealização do Instituto de Medicina Tropical, e sua Revista, proporcionou local de ciência de qualidade do mais alto nível e, portanto, elevou o nome do Brasil no campo da pesquisa internacional, além de levar aos médicos, informações relevantes das patologias tropicais.

Lacaz não se destaca apenas na História da Medicina, mas também como escritor, professor e pesquisador. É um exemplo a ser seguido por todos que se dedicam à Arte de Hipócrates, pelo que foi, pelo que representou e pelo que indicou ao futuro da Medicina Brasileira. Deveria ser mais conhecido dos brasileiros e, conseqüentemente, mais citado e reverenciado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Conquistou brilhantemente a sua Cátedra o Prof. Dr. Carlos da Silva Lacaz.** O Bisturi. São Paulo: Maio-Junho de 1953, ano XX, nº 65. Disponível em <http://www.obrasraras.usp.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/3006/O_Bisturi_1953_Ano_20_n_65.pdf?sequence=1>. Acesso em: 12 jan. 2018.
2. Ivamoto HS. **Lacaz, Ciência e Humanismo na Casa de Arnaldo.** São Paulo: Lemos Editorial, 2003.
3. Azulay RD. **Homenagem póstuma ao Prof. Carlos da Silva Lacaz.** An. Bras. Dermatol., Rio de Janeiro, v. 77, n. 6, p. 733-735, Dec. 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962002000600012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 nov. 2017.
4. Rezende JM. **À Sombra do Plátano: Crônicas de História da Medicina.** São Paulo: Editora Unifesp, 2009.
5. Gusmão S. **História da Medicina. Evolução e Importância.** Rev Med Minas Gerais 2003; 13(2):146-52.
6. Museu Carlos da Silva Lacaz. **Dr! Publicação bimestral do SIMESP Sindicato dos Médicos de São Paulo** São Paulo: março/abril 2010, nº 61.
7. Okay TS. **Tribute to prof. Carlos da Silva Lacaz.** Rev Inst Med Trop Sao Paulo. 2015 Sep; 57(Suppl 19): 1.
8. Paes VR. USP 75 anos. **A Universidade e seus dilemas em data comemorativa.** O Bisturi. São Paulo: São Paulo, Abril de 2009, ano LXXIX - Edição nº 03. Disponível em <http://www.obrasraras.usp.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/2939/O_Bisturi_2009_Ano_79_n_3.pdf?sequence=1>. Acesso em: 12 jan. 2018.
9. Lacaz CS. **Temas de Medicina. Biografias, Doenças e Problemas Sociais.** São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
10. Almeida MO. **A propósito do jubileu de Miguel Couto.** Revista Brasileira De Medicina [Rev Bras Med] 1954 May; Vol. 11 (5), pp. 375-7.
11. Neto VA, Pasternak J. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.** 36(2):309-310 [Necrológico], mar-abr, 2003.
12. Hernandez DP. **A relevância da História da Medicina na formação integral do graduando.** Jornal Brasileiro de História da Medicina. V. 17, n 1, p. 58-60, outubro/novembro/dezembro 2017. Disponível em <https://docs.wixstatic.com/ugd/be8daf_a53f872bc33e45a4bf3b7ad74e35d749.pdf>. Acesso em 22 jan. 2018.
13. Spina-França A. **Carlos da Silva Lacaz (1915-2002).** Arq Neuropsiquiatr 2002;60(3-A):689-690.
14. Arenas R. **In memoriam Professor Carlos da Silva Lacaz (1915-2002).** Dermatologia Cosmética, Médica y Quirúrgica. Año 1/ nº 3/julio-septiembre 2003.
15. Marinho MGSM. **A Fundação Rockefeller e a medicina tropical em São Paulo.** Circuitos, redes e personagens da parasitologia médica, microbiologia e anatomia patológica (1918-1969). An Inst Hig Med Trop 2016; 16:113-118.
16. Negroni R. **Centennial anniversary of Prof. Carlos da Silva Lacaz (1915-2015).** Rev. Inst. Med. Trop. Sao Paulo, 57(Suppl 19): 3-4, 2015.
17. Korndörfer AP. **A atuação da Fundação Rockefeller na formação de quadros em saúde pública através dos Fellowship Cards (Brasil, 1917-1951).** Revista Brasileira de História da Ciência, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 148-155, jan/jun 2016.
18. Rey L. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo: quarenta anos depois.** Rev. Inst. Med. Trop. S. Paulo, 41(2): 67-68, 1999.
19. ANM. **Academia Nacional de Medicina. Carlos da Silva Lacaz.** Disponível em: <http://www.anm.org.br/conteudo_view.asp?id=248&descricao=Carlos+da+Silva+Lacaz>. Acesso em: 01 nov. 2017.
20. Colombo A. **Em Memória. Boletim de informação e atualização da Sociedade Brasileira de Infectologia [Notas], Ano I/ nº 1/ dezembro 2002.**

CONSIDERAÇÕES SOBRE O INÍCIO DA MEDICINA LEGAL E SEUS DESDOBRAMENTOS ATUAIS

Maria Eduarda Cordeiro da Cunha, discente do curso de Medicina do Centro Universitário serra dos Órgãos.
mariaeduarda.cunha07@gmail.com

O primeiro registro de uma obra de medicina legal foi o Hsi Yuan Lu, um livro Chinês de 1240 a.C. Esse livro continha instruções acerca do exame pós morte e detalhes sobre anatomia e letalidade de lesões. Já o primeiro exame legal registrado foi o do imperador Júlio César, na Roma antiga, em 44 a.C. O imperador foi vítima de um homicídio por ter discordado de seus senadores. O médico do imperador, Antistius, examinou seu corpo e constatou que Júlio César levou 23 golpes de adaga, sendo apenas um fatal (RIVAS, 2017).



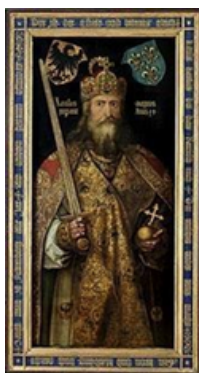
The death of Julius Caesar, de Vincenzo Camuccini - 1806.
FONTE: Museo Nazionale Di Capodimonte Italy

Em 1772 a.C, temos o código de Hamurabi, uma compilação com 282 leis da antiga babilônia talhadas em Rocha. O objetivo das leis era unificar o reino por meio de um código comum e unitário. Esse conjunto de leis estabelecia que todo criminoso deveria ser punido de forma proporcional ao crime que cometeu, o popularmente conhecido "olho por olho, dente por dente". Assim, exigia uma verificação da vítima para administrar a penalidade, o juiz deveria se pautar na observação do médico (SEEP, 2009).



Monumento original com suas leis, no Louvre.
FONTE: Guia do Louvre

Ainda em Roma, em 742, Carlos Magno criou um conjunto de leis escritas, conhecidas como Leis Capitulares. Uma das leis desse conjunto decretava que qualquer julgamento deveria se basear, antes de tudo, em um parecer médico. (REMADIH, 2019).



Imperador Carlos Magno, por Albrecht Durer (1511-13).
FONTE: Museu Nacional Germânico.

Em 1374, temos a fundação da faculdade de medicina de Montpellier na França. Lá, oficialmente, o Papa concedeu autorização para realizar necropsia e estudar peças anatômicas, visto que até então essa prática era proibida pela igreja. Tal proibição gerava casos muito comuns de roubo de corpos em cemitérios (RIVAS, 2017).



Entrada da faculdade.
FONTE: Universidades Francesas.

No período Canônico, temos um tempo marcado pela promulgação do código criminal de Carlos V, em 1532. O código impõe a perícia médica antes da decisão de juízes nos casos de ferimentos, assassinatos, abortos e partos clandestinos. É considerado o primeiro documento organizado de medicina forense (LANGBEIN, 1974).



Constitutio Criminalis Carolina.
FONTE: Google Fotos

Em 1575, Ambroise Paré publica seu primeiro livro de medicina legal no Ocidente, se tornando o pai da medicina legal.



Retrato do cirurgião francês Ambroise Paré, por George Bernard.
FONTE: Editora UNIFESP

A criação de um órgão específico para exercer funções de medicina legal e perícia foi instituída somente em 1907 com a finalidade de executar exames de corpo de delito, exumações, necropsias e análises toxicológicas, subordinadas à polícia civil. Existem três indicações para que um corpo vá para o Instituto Médico Legal: morte violenta, morte suspeita ou morte de pessoa não identificada. (IML, 1965).



A Lição de Anatomia de Dr. Tulp - Pintura a óleo feita por Rembrandt, 1632.
Fonte: Museu Mauritshuis

Hoje em dia, a medicina legal utiliza e necessita muito da tecnologia. Por meio das inovações presentes nesse cenário e dos avanços, temos resultados extraordinários. Alguns exemplos dessa interação entre a medicina legal e a tecnologia são:

- **Fonética forense:** A fonética forense trabalha analisando a voz, seja da vítima ou do infrator. A partir dos sons da fala, é possível obter informações valiosas sobre o falante, como o discurso, dialeto, gênero, etnia, sexo, idade, estado de saúde, estado emocional, traços de personalidade, grupo social, nível educacional e muitas outras informações. Na questão da saúde física, a fonética pode revelar muito sobre o estado do organismo, como a condição das cordas vocais, se há nódulos, cistos ou hemorragia. É importante essa avaliação para crimes que possuem interações pelo celular, por exemplo (IBPTECH, 2021).

● Tecnologia 3D: Com a tecnologia 3D, tanto impressão como programas, é possível reproduzir e reconstruir cenas do crime, armas, lesões, marcas, pegadas e mordidas, isso sem mexer ou retirar do local de crime. É possível também, reconstruir aparência provisória de desaparecidos ou envolvidos em crimes, ajudando na identificação (VARGAS et al, 2021).

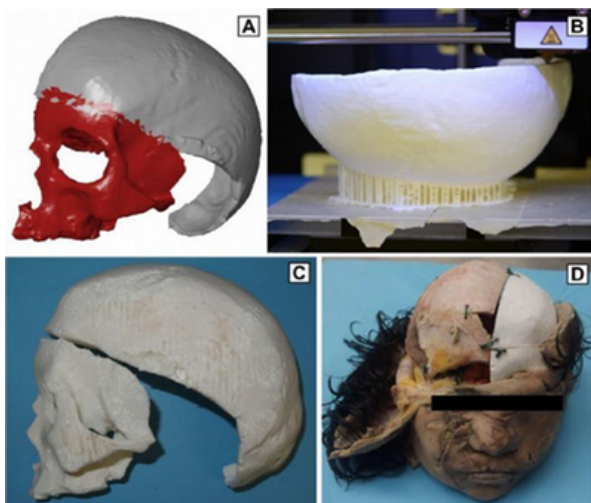


Figura 1 - Imagem reconstrutiva de objetos 3D utilizados na investigação criminal: A) Modelos poligonais do craniano. B) Processo de impressão 3D. C) Impressão 3D em duas partes. D) Reconstrução da cabeça da vítima. FONTE: Urbanová et. al

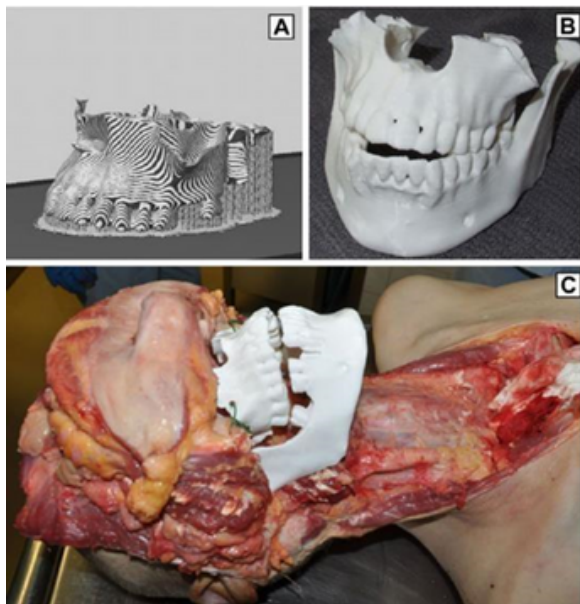


Figura 2 - Abordagem reconstrutiva de estrutura 3D. A) Modelo 3D da maxila ajustado à vítima. B) Impressões 3D preparadas para serem implementadas. C) Tratamento de tecidos duros e tecidos moles dentro da sala de autópsia. FONTE: Urbanová et. al

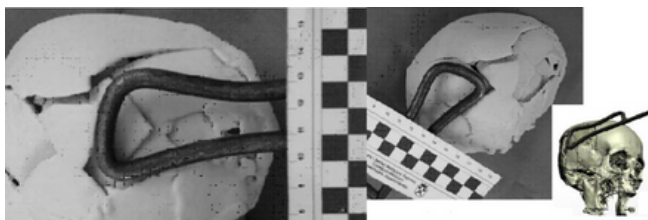


Figura 3 - Imagens do crânio 3D criado após dados clínicos de tomografia computadorizada e a comparação da área de fratura com a arma correspondente.

FONTE: Adaptado de Woźniak et al.

● Impressão papiloscópica: A papiloscopia é a área onde se realizam perícias para apurar fraudes em documentos, identificação de pessoas e de cadáveres através da coleta das impressões digitais. As impressões digitais são formadas pelas cristas papilares encontradas nos dedos dos pés e mãos.



Fixação das impressões digitais.

FONTE: Polícia Civil do Paraná

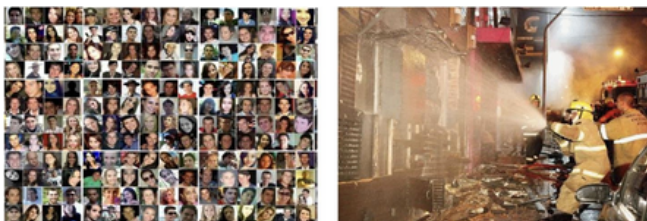
A necropapiloscopia é o método de identificação de cadáveres, independente do seu estado de decomposição ou condições de morte, por meio das digitais. Uma forma interessante de se recolher as papilas dérmicas de cadáveres é a luva cadavérica, uma técnica de retirar o tecido dos dedos do cadáver para levar à análise (JESUS E FERREIRA, 2006).



Luva cadavérica.

FONTE: Sindicato de peritos papiloscopistas.

Portanto, a medicina legal é essencial, principalmente em tragédias em massa como a ocorrida na boate Kiss, em Santa Maria no Rio Grande do Sul. Por meio da necropapiloscopia foi possível reconhecer os corpos de muitos carbonizados, proporcionando alguma paz às famílias. A tecnologia 3D ajudou a entender melhor, por meio de simulações, o que ocorreu dentro da boate. Sendo assim, fica claro a importância dessa especialização (FERREIRA, 2020).



Vítimas da tragédia e combate do fogo pelos bombeiros.
FONTE: Instituto-Geral de Perícias - IGP/RS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FERREIRA, Tatiana. **A identificação humana de vítimas de desastres em massa: a importância e o papel da Necropapiloscopia neste contexto.** FENAPPI, 2020. Disponível em: <https://www.fenappi.com.br/blog/noticias/a-identificacao-humana-de-vitimas-de-desastres-em-massa-a-importancia-e-o-papel-da-necropapiloscopia-neste-contexto/>. Acesso em: 02 abr. 2023.

IBPTECH. **FONÉTICA FORENSE,** 2021. Disponível em: <https://fonoaudiologiaforense.com.br/fonetica-forense/>. Acesso em: 02 abr. 2023
INSTITUTO MÉDICO LEGAL. Fundo IML, 1965. Arquivo Público. Disponível em: <http://base.aperj.rj.gov.br/index.php/instituto-medico->. Acesso em 2 de abril de 2023.
JESUS, Rogerio; FERREIRA, Glayson. **Papiloscopia, perícia papiloscópica e a importância da impressão digital.** Appes, 2006. Disponível em: <https://appes.com.br/v2/papiloscopia-pericia-papiloscopica-e-a-importancia-da-impressao-digital/>. Acesso em: 02 abr. 2023.

LANGBEIN, J.H. "**Constitutio Criminalis Universidade Pública do Oregon,** 1974. Disponível em: <https://pages.uoregon.edu/dluebke/Witches442/ConstitutioCriminalis.html>. Acesso em 4 de abril de 2023.

REMADIH. Revista Eletrônica de Medicina e Direito da Universidade Federal de Alfenas - . **Os Francos e o Império Carolíngio,** 2019. Disponível em: <https://www.unifal-mg.edu.br/remadih/os-francos-e-o-imperio-carolingio/>. Acesso em 17 de julho de 2023.

RIVAS, Caio. JUSBRASIL. **Elementos Históricos da Medicina Legal,** 2017. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/elementos-historicos-da-medicina-legal/529824770>. Acesso em: 4 de abril de 2023.

SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO DO PARANÁ. **Código de Hamurabi. História Seed** Paraná, 2009. Disponível em: http://www.historia.seed.pr.gov.br/arquivos/File/fontes%20historicas/codigo_hamurabi.pdf. Acesso em: 16 de julho de 2023.

VARGAS, Brizza; COUTINHO, Melina; COUTINHO, Flaviane. **Artigo de Revisão Impressão 3D na medicina legal e resolução de crimes: revisão integrativa da literatura.** USP, 2021. Acesso em: 02 abr. 2023.

DE HEINE-MEDIN A ALBERT SABIN: A HISTÓRIA DA PÓLIO NO BRASIL E NO MUNDO

Ligia Aurelio Vieira Pianta Tavares, UNIFESO, ligiaavpt10@gmail.com

Ana Cássia Gonzalez dos Santos Estrela, UNIFESO

Daniel Pinheiro Hernandez, UNIFESO

A pólio, do greco-latina pólíós (cinza) e myelós (medula), direta referência a uma inflamação na substância cinzenta presente na medula espinhal e encéfalo, também é chamada de poliomielite com o sufixo ite caracterizando que seria um processo inflamatório, paralisia infantil, "Moléstia de Heine-Medin" ou "doença do desenvolvimento".

É uma doença infectocontagiosa aguda, desencadeada pelo agente etiológico Poliovírus (I, II ou III), um enterovírus de ácido ribonucleico (RNA), ou seja, um vírus de pequena estrutura.

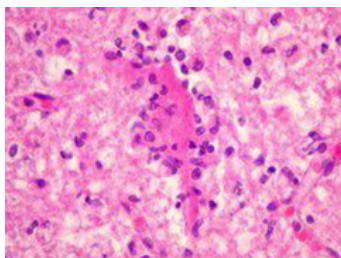


Figura 1: Imagem histológica da Poliomielite. Fonte: <http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/infantil/poliomielite.htm>

O desdobramento da infecção por poliovírus pode se dar de duas formas: por infecção inaparente que representa 90% dos casos ou poliomielite clínica que representam 10% dos casos. Nas inaparentes temos um quadro subclínico do paciente apresentando febril inespecífica ou nenhum sintoma, podendo facilmente se assemelhar a outras doenças virais, já na poliomielite clínica são casos mais graves que podem levar a meningite asséptica, paralisia e até levar ao óbito. Somente 1 a 2% dos casos de poliomielite clínica desenvolvem a paralisia, comumente encontrada nos membros inferiores, de forma assimétrica, em somente um membro. O paciente neste caso refere perda de força muscular em membro inferior bem como dos reflexos inerentes a ele, incluindo perda de sensibilidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Entre o 1º e 2º dia de infecção o paciente pode desenvolver febre, gastroenterite e infecção respiratória. Entre o 3º e 4º dias a doença pode acometer o Sistema Nervoso Central, podendo evoluir para uma meningite ou passados 7 ou 10 dias do início da doença uma paralisia, espinal, bulbar ou bulbo-espinal.

Sua transmissão se dá pela interação entre duas pessoas por via oral se uma delas estiver contaminada com material fecal, bem como por meio de alimentos ou água contaminada por fezes. O primeiro registro atribuído a pólio data de aproximadamente 1300-1400 A.C. no Antigo Egito por volta da XIX Dinastia, em uma estela de pedra, hoje em exposição na Ala Egípcia no museu de arte da Ny Carlsberg Glyptotek localizada na cidade de Copenhague na Dinamarca. Nessa estela temos um homem identificado como Roma, o porteiro do templo de um deus egípcio, segundo o próprio museu este homem apresenta sua perna esquerda com uma evidente anomalia em sua musculatura, seu pé esquerdo está em pé equino (atrofiado), referindo a uma consequência da poliomielite (SILVA, 1986).



Figura 2: Estela de Pedra, Egito Antigo, por volta de 1300-1400 A.C, XIX Dinastia, representação do Pé Equino.
Fonte: <http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1298916664>

Acredita-se que a pólio existia silenciosamente a milhares de anos como demonstrado através da arte no Egito Antigo, e sua descoberta, ao contrário do que se possa pensar, se deu devido aos sistemas de saneamento básico e esgoto sendo aprimorados, o risco de contrair pólio bem como o seu número de casos foi consideravelmente agravado. O fato da população agora estar mais protegida devido ao desenvolvimento de moradias que proporcionam maior higiene fez com que os adultos que tinham contato com o vírus tivessem maior sintomatologia apresentando agravamento desses, como a paralisia. Os casos que tiveram seu início no final do século XIX, início do século XX ocorreram primeiramente na Europa, se espalhando posteriormente para os países da América.

Em 1894 se instalava em Vermont, Estados Unidos, a primeira grande epidemia de pólio. Na época o tratamento consistia em colocar os pacientes em quarentena e uso do “pulmão de aço” ou ainda ventilador de pressão negativa, construído para auxiliar os mesmos na respiração, utilizado em casos de paralisia dos músculos respiratórios. O “pulmão de aço” foi criado por Philip Drinker na década de 1920, entre os anos de 1926-1928, a partir do incentivo da Campanha de Gás de Nova Iorque que criou um comitê com a finalidade de realizar pesquisas acerca da ressuscitação cardiopulmonar.

Jakob Heine reconhecera em 1840 a poliomielite como condição distinta de outras doenças, responsável por realizar uma das primeiras descrições dessa patologia, e em 1887, um professor de Estocolmo, o pediatra sueco Karl Oskar Medin, foi o primeiro a observar uma grande epidemia descrevendo as diferentes formas clínicas da doença causadora dessa epidemia (CAMPOS et al., 2003). Não sendo possível compreender todos os pormenores desta doença e da paralisia infantil, o médico sueco Ivar Wickman, denominou esta doença de “Moléstia de Heine-Medin”. Em 1905, Wickman apontava que a pólio era contagiosa e que haviam casos subclínicos da doença. Landstein e Popper, em 1908, descobriram que a pólio tinha um agente transmissor. Fazendo com que no mesmo ano, Karl Landsteiner descobrisse o agente etiológico da poliomielite, o Poliovírus.

A partir de 1910, o mundo foi agravado por um drástico aumento nos números de casos de poliomielite, deixando inúmeros adultos e crianças paralíticos. Em decorrência do avanço dessa epidemia, a “Grande Corrida” emergiu em busca de uma vacina contra a pólio. Resultando na descoberta de uma vacina em 1950 feita por Hilary Koprowski e de duas vacinas em 1952-1953, uma por Jonas Salk e outra por Albert Sabin.

Hilary Koprowski foi um virologista e imunologista polonês que desenvolveu a primeira vacina contra a pólio, de administração oral, a partir de um sorotipo de um vírus vivo, atenuado, do tipo 2. A primeira pessoa a receber a vacina foi um menino de oito anos no Congo Belga, hoje República Democrática do Congo, no dia 27 de fevereiro de 1950. Ao longo da década de 1950, Hilary continuou a aperfeiçoar a vacina para crianças, em ensaios clínicos no Congo Belga culminando na vacinação de mais de 7 milhões de crianças na Polônia contra dois sorotipos do vírus, o PV1 (poliovírus tipo 1) e PV3 (poliovírus tipo 3), no final da mesma década, entre os anos de 1958 e 1960.

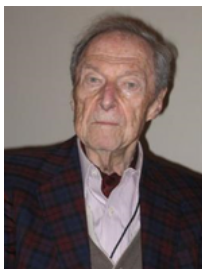


Figura 3: Hilary Koprowski (1916-2013)

Fonte: https://pt.wikipedia.org/wiki/Hilary_Koprowski

Em 1948, John Enders juntamente com sua equipe através de experiência com o poliovírus descobriu que a pólio atingia os tecidos nervosos só ocasionalmente, mudando a ideia de que a pólio era uma doença unicamente neurológica, podendo atingir aparelho respiratório, sistema imune e aparelho gastrointestinal. A descoberta de Enders auxiliou na “Grande Corrida” tornando possível a realização e descoberta da vacina contra a pólio.



Figura 4: John Enders (1897-1985).

Fonte: <https://www.nhregister.com/news/article/How-a-CT-man-who-majored-in-English-at-Yale-15550291.php>

A partir de 1948, Jonas Salk médico, virologista e epidemiologista, na Universidade de Pittsburgh, era o responsável pela subvenção dos estudos para a vacina contra a pólio, refazendo o procedimento tentado sem sucesso pelo Doutor Maurice Brodie na década de 1930. Em 1950 foi produzida uma versão experimental da vacina, mas só em 1952 a vacina foi finalizada, e em 1953 durante um programa de rádio no dia 25 de março, Salk compartilhou sua descoberta e dois dias depois foi publicado um artigo no Boletim da Associação Médica Americana sobre sua descoberta (ALTMAN, 2015). Conhecida como vacina de Salk ou vacina do poliovírus inativado (IPV), esta vacina se deu devido a observação do crescimento do vírus da pólio em cultura de células renais de macacos, com vírus inativado pelo químico formalina. Foram necessárias duas injeções do IPV para que mais de 90% dos pacientes produzissem anticorpos para os 3 tipos de poliovírus.



Figura 5: Jonas Salk (1914-1995).

Fonte: <https://uskudar.edu.tr/en/scientist/jonas-edward-salk>

Após essa descoberta, nos anos seguintes foram feitos ensaios clínicos para comprovar a eficácia e segurança da vacina, culminando em abril de 1955 com a confirmação da seguridade da mesma e iniciando a campanha de vacinação em esfera nacional americana, fazendo com que os números de casos de pólio comesçassem a diminuir. Mas foi só em 1957 que a vacina se tornou disponível para toda a população.

Ao mesmo tempo que Salk desenvolveu sua vacina, Albert Sabin, médico pesquisador, também estava em fase de pesquisa e desenvolvimento de sua própria vacina. Sabin, criou a vacina oral contra a pólio com vírus vivo, atenuado (VOP). Esta vacina foi produzida através da passagem do vírus por células não humanas em temperaturas subfisiológicas repetidas vezes. Uma única dose via oral dessa vacina era capaz de criar anticorpos nos pacientes para os 3 tipos de poliovírus em mais de 95% deles. Em 1957 começaram os ensaios clínicos para provar a eficácia da vacina OPV e em 1962 ela foi autorizada, se tornando a vacina mais distribuída no mundo por sua eficácia e baixo custo.

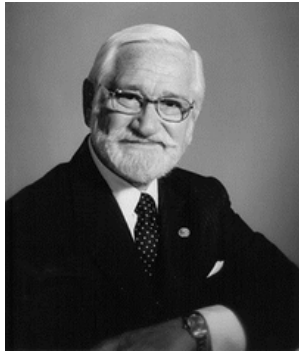


Figura 6: Albert Sabin (1906-1993)

Fonte: <http://www.mundoespirita.com.br/?materia=albert-sabin>

No Brasil os casos de pólio começam a ser relatados no início de 1911, na cidade de São Paulo pelo Doutor Luiza Hoppe e no Rio de Janeiro pelo Doutor Oswaldo Oliveira. A primeira descrição de um surto de pólio no Brasil foi feita pelo Doutor Fernandes Figueira no Rio de Janeiro. E o segundo registro foi feito em 1917 pelo Doutor Francisco de Salles Gomes na cidade de Americana em São Paulo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, s.d.).

Em 1953, no Rio de Janeiro, estudos apontavam para um número de 21,5 casos a cada 100 mil habitantes (Scorzelli, 1966). Em 1954 é criada a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR) e em 1957 o Presidente Juscelino Kubitschek inaugurou o Centro de Reabilitação da ABBR.



Figura 7: Capa de jornal anunciando o primeiro centro de reabilitação das vítimas de paralisia infantil.
 Fonte: https://www.abbr.org.br/abbr/historico/abbr_na_linha_do_tempo.html



Figura 8: Idealizadores da ABBR.
 Fonte: <https://www.abbr.org.br/abbr/historico/historico.html>

A Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), de 1960 a 1964, constituiu um grupo de estudo sobre enterovirose no Brasil, onde a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) por meio de um convênio com o FIOCRUZ, montou um laboratório no Pavilhão Rockefeller, localizado no campus de Manguinhos da instituição. Contribuindo na formulação final da vacina oral contra o poliovírus, uma vacina trivalente, distribuída até hoje a nível nacional. Em 1967, foi criado o Laboratório de Virologia no Departamento de Ciências Biológicas da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), para que desse continuidade aos trabalhos e pesquisas feitas entre 1960-1964 sobre os enterovírus em Manguinhos, voltando para a FIOCRUZ em 1977 como principal laboratório para esse estudo pelo Ministério da Saúde, se tornando credenciado em 1980 pela portaria N° 346 como o Centro Nacional de Referência para Enterovírus (CNRE) e mais à frente pela OPAS como Centro Colaborador para Enterovírus (MINISTÉRIO DA SAÚDE, s.d.) (SCHATZMAYR et al, 2002).

Em 1980, em colaboração, o Instituto Pasteur em Paris trouxe ao Brasil a técnica de diferenciação intratípica capaz de identificar os poliovírus em prováveis casos de poliomielite até 1988, sendo depois utilizado a hibridização molecular, que é ainda utilizada. Ainda em 1988, é criada e tem início a End Polio Run ou Corrida Contra o Pólio, pela Organização Mundial da Saúde, pela UNICEF e pela Fundação Rotary.



Figura 9: Corrida Contra a Pólio, 2017.

Fonte: https://map.rotary.org/en/project/pages/project_detail.aspx?guid=539108A6-0E00-4646-AA28-E9282B422B2C

Em 1991, a técnica da transcrição reversa da reação em cadeia da polimerase (RT-PCR) foi introduzida no Brasil, a mesma permitia a detecção do genoma viral mesmo se estivesse em pequenas quantidades, além de identificar qual dos três tipos era e se era de caráter vacinal ou selvagem.

Em 1971, o Plano Nacional de Controle da Poliomielite (PNCP) é instituído como estratégia de vacinação em massa, utilizando a vacina OPV criada por Albert Sabin em crianças de 3 a 4 anos de idade. Ainda em 1971, o Ministério da Saúde instituiu o Plano Nacional de Controle da Poliomielite foi a primeira tentativa governamental de controle da pólio no Brasil se estendendo até 1974. Em 1974 o PNCP é vinculado ao Programa Nacional de Imunização (PNI), tornando a vacinação contra a poliomielite de rotina a nível nacional e presente no Calendário Vacinal Infantil. Os dias de campanha nacional de vacinação, a adesão de artistas na campanha, conseguiram mobilizar a população para que vacinasse seus filhos, interrompendo a circulação do vírus que ocorria em todo âmbito nacional, pela imunidade de grupo. Em 1980, o então Ministro da Saúde, Waldir Arcoverde, instituiu dois dias anuais para o Dias Nacionais de Vacinação. E mesmo passando por protestos da resistência sanitária a campanha foi um sucesso e contribuiu para a adesão da população, verificando grande redução dos casos. Este ato de vacinação em massa teve tanto êxito que em 2021 ainda é utilizado, mas em 2016 temos um novo esquema vacinal indicando a vacina inativada da poliomielite (VIP) em três primeiras doses (2, 4 e 6 meses) e a VOP apenas sendo utilizada nos dois reforços (15 meses e 4 anos) e campanhas anuais de vacinação contra a pólio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).



Figura 10: Zé Gotinha, 1986, criado por Darlan Rosa, para campanha de vacinação em massa contra a poliomielite.

Fonte: <https://www.revistahcsm.coc.fiocruz.br/ze-gotinha-contr-a-covid/>



Figura 11: Cartaz para campanha de vacinação em massa contra a poliomielite.

Fonte: <http://quererepublicaessa.an.gov.br/temas/73-serie-especial-saude/262-paralisia-infantil.html>

Em 1975 a Lei N°. 6.229, de 17.07.75 que dispõe sobre o Sistema Nacional de Saúde e a Lei 6.259, de 31.10.75, que cria o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica para configurar normas técnicas no controle e investigação de casos de poliomielite. Destacando a importância da notificação da doença para conferir ciência do número de casos, dos tipos de sintomatologia desenvolvidas nos pacientes para poder posteriormente destinar cuidados e vacinas para esta população. Em 1989, os últimos casos da poliomielite no Brasil são registrados na cidade de Souza na Paraíba, recebendo em 1994 o certificado de "Certificado de Erradicação da Transmissão Autóctone do Poliovírus Selvagem nas Américas".

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALTMAN, Max. 1953- **É anunciada a descoberta da vacina contra a poliomielite**. Março, 2015. Disponível em: <<http://www.revistahcsm.coc.fiocruz.br/1953-e-anunciada-a-descoberta-da-vacina-contra-a-poliomielite/>>. Acesso em: 13 set. 2021.
- CAMPOS, A. L. V et al. **A história da poliomielite no Brasil e seu controle por imunização**. História Ciências e Saúde Manguinhos. 2003.
- MEDICINA INTENSIVA. **Philip Drinker- o pulmão de aço**. Disponível em: <<http://www.medicinaintensiva.com.br/pulmao-aco-historia-fotos.htm>>. Acesso em: 13 set. 2021.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. **Memória da Poliomielite: acervo de depoimentos orais**. Disponível em: <<http://www.bvspolio.coc.fiocruz.br/polio/brasil/acervo/memoriaPoliomielite/texto.htm>>. Acesso em: 11 set. 2021.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ. Poliomielite: sintomas, transmissão e prevenção**. 2018. <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/poliomielite-sintomas-transmissao-e-prevencao>. Acesso em: 11 set. 2021.
- SCHATZMAYR, H. G. et al. **Erradicação da poliomielite no Brasil: a contribuição da Fundação Oswaldo Cruz. História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1): 11-24, jan.-abr. 2002. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/7Y3DZHY5mKzLvVvbHqykRD/m/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 11 set. 2021.
- SILVA, Otto Marques da. **A Epopéia Ignorada: A Pessoa Deficiente na História do Mundo de Ontem e de Hoje**". Editora CEDAS, 1986.

DOENÇAS, MUDANÇAS E INOVAÇÕES NA MEDICINA, DURANTE A 1ª GUERRA MUNDIAL

Ligia Aurelio Vieira Pianta Tavares, discente do curso de Medicina do UNIFESO, ligiaavpt10@gmail.com
Ana Cássia Gonzalez dos Santos Estrela, discente do curso de Medicina do UNIFESO
Daniel Pinheiro Hernandez, docente do curso de Medicina do UNIFESO

“Não sei como será a 3ª Guerra Mundial, mas posso te dizer como será a 4ª: com paus e pedras”.

Albert Einstein

“O homem tem que estabelecer um final para a guerra, senão, a guerra estabelecerá um fim a humanidade”. John F. Kennedy

Antes de mais nada devemos entender o cenário que se desdobrou para o acontecimento da Primeira Guerra Mundial. Conhecida também como a Grande Guerra, ocorreu entre 1914 e 1918, como qualquer guerra, qualquer conflito ela ocorreu por territórios, por ideologias diferentes, pela conquista ao poder. Nesta guerra houveram principalmente os 2 lados: a Tríplice Aliança e a Tríplice Entente. Na Aliança lutavam: Alemanha, Áustria, Hungria; e na Entente tivemos: França, Inglaterra e Rússia. Saliendo que no decorrer da guerra, com seu avanço e maior proporção, outras nações também se juntavam a ambos os lados da guerra. Muito conhecida por ter sido uma guerra de trincheiras, começou a ser utilizado bombas de gás, uma guerra mais tecnológica, já sendo utilizados aviões, tanques, novas armas também foram já utilizadas e é previsto que tenham morrido no decorrer da guerra 18.000.000 milhões de pessoas, contando entre civis e militares.



Figura 1 - Hospital de campanha australiano instalado no Egito, com dezenas de baixas da Campanha de Gallipoli, em 1915.
Fonte: <https://www.awm.gov.au/collection/C256259>

O objetivo deste recorte é salientar o cenário da guerra para a medicina, o que ocorreu, quais foram os avanços, o que foi criado antes e foi aproveitado na guerra.

Primeiro sobre uma questão de semântica, é importante saber a diferença entre os raios x e os raio-x. Os raio-x querem dizer a radiografia, a tese e a técnica para ser vista na imagem; os raios x já querem dizer a radiação ionizante capaz de gerar essa imagem da radiografia. Os raios x eles foram descobertos em 1895 pelo físico alemão Wilhelm Conrad Rontgen, a primeira foto de raio-x só foi possível de ser tirada durante a primeira guerra mundial pela descoberta do alemão Wilhelm e por ele é utilizar os raios catódicos descobertos há 20 anos antes por Willian Cruz, físico inglês, não se tem uma data exata de quando esses raios foram realmente descobertos, acredita-se que foi mais ou menos por volta de 1869-1875 (FOGAÇA, s.d.).

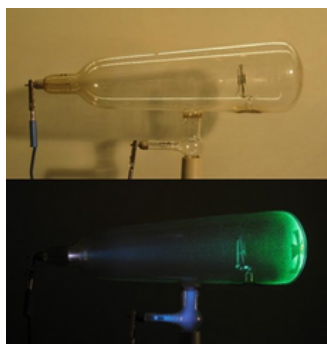


Figura 2 – Tubo ou ampola de Crookes.
Fonte: <https://tv.unesp.br/old/4155>

Foi graças ao início dessa história que Marie Curie pode adaptar o aparelho de raio-x da época, ela foi uma física polonesa, que pensou em adaptar o raio-x para automóveis, adaptando também quartos escuros para revelar as imagens do aparelho, voltado para facilitar o atendimento aos soldados que estavam no front. Foram feitos em médias 20 veículos com esse propósito, isso tudo pensando num exército francês.

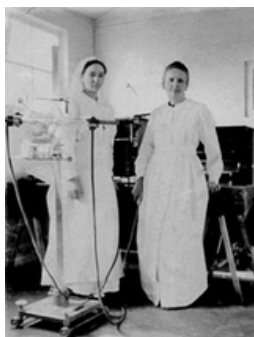


Figura 3 - Marie Curie (1867-1934), física polonesa, e uma enfermeira, ao lado de uma máquina de Raios-X na 1ª GM.
Fonte: https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/582271/2/Produto%20Educat%20PPGECMT_Karoline%20dos%20Santos%20Tarnowski.pdf



Figura 4 – Automóveis transformados em unidades com aparelhos de Raios-X e quartos escuros para revelação. Eram 20 veículos desses no Exército Francês.
Fonte: <https://blog.nuclearad.com.br/noticia/qual-a-contribuicao-da-marie-curie-para-o-radiodiagnostico-mdico/101>

As transfusões sanguíneas e o soro fisiológico também foram muito utilizados durante a guerra e em soldados feridos no que se deve transfusão sanguínea tiveram muitas dificuldades principalmente pelo armazenamento, tanto do sangue quanto do equipamento para fazer a transfusão, o transporte também era uma complicação, já que ainda na época o sangue coagulava muito rápido, e mesmo apesar destes percalços essa técnica salvou muitas vidas. E o mais incrível que sempre deve ser pontuado é como a história é um grande conglomerado de informações, futuras pesquisas sobre grupos sanguíneos foram desenvolvidas porque os médicos que realizavam as transfusões sanguíneas perceberam que certos soldados ficavam bem e outros tinham efeitos adversos. E o soro fisiológico acredita-se que era mais utilizado ainda do que a transfusão de sangue na primeira guerra, principalmente em soldados que estavam mais feridos e que tinham uma extensão de ferimento maior. As maletas com os equipamentos das transfusões sanguíneas que os médicos utilizavam nos campos eram bem pesadas e acompanhavam um manual de instrução para utilizar o equipamento (BBC, 2019).



Figura 5 - Maleta da 1ª GM para Transfusões Sanguíneas nos campos.

E acreditem: tudo escrito aqui tem um motivo.

Muito popular também se tornou uma maleta preta de metal que possuía 15 espaços, mas dito que só havia 3 tipos diferentes de medicamentos, servindo tanto nas enfermarias quanto para o front. A identificação da maleta era feita especificamente por números para evitar que os soldados se automedicassem. Algumas medicações que se encontravam nessa maleta eram a morfina ou a fenacetina que servia para dor e para a febre, epinefrina que era remédio contra tosse, dor de estômago.

Na maleta de medicamentos existia a pílula 9, que continha cloreto mercurioso, ruibarbo e *Citrullus colocynthis*. Usada na maioria dos casos para tratar os feridos, devido a dúvida que pairava nos profissionais de saúde – Esses soldados estão realmente feridos? -. Então a pílula 9 tinha o intuito de verificar se o soldado estava realmente doente ou só estava querendo ser mandado para casa ou ser retirado do front. Tal medicamento era um poderoso laxante, visto como um tratamento cruel. Usado como medida disciplinaria dos médicos para com as tropas (BBC, 2019; NOTÍCIAS DE SAÚDE, s.d.).



Figura 6 – Caixa feita de metal preta levando 13 tipos diferentes de medicamentos.
Fonte: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-49457082>

Mas o mais interessante foi a morfina, desenvolvida pela empresa Squibb durante a esta Guerra, pelo esse aplicador chamado Syrette, possui uma dose específica para ser injetada, para não ter o risco de superdosagem e evitar efeitos adversos que os médicos não queriam no soldado.



Figura 7 – “Syrette”: aplicador, utilizado nas guerras, produzido pela empresa Squibb, para injeção de dose precisa de morfina.
Fonte: <https://zhuanlan.zhuhu.com/p/43871610>

Dois outros produtos muito utilizados como medicamentos foram as garrafas de bebidas alcólicas e a cocaína. As bebidas alcólicas eram usadas devido as propriedades entorpecentes, suavizavam e limpavam as feridas dos soldados e quando ingeridas atenuavam as dores que os afligiam.



Figura 8 – Caixas com garrafas de bebidas alcólicas na 1ª GM. Rum: um dos medicamentos mais importantes
Fonte: <https://www.thedrinksbusiness.com/2017/03/british-wwi-spirits-bottles-found-in-israel/>



Figura 9 – “Medicamento” à base de Cocaína (gotas para dor de dente)
Fonte: https://brasil.elpais.com/brasil/2018/09/21/cultura/1537550168_306224.html

Criado por enfermeiras francesas que trabalhavam no front, surgem os absorventes internos. Desenvolvidos a partir da adaptação das faixas (que continham celulose) utilizadas para fazer curativos. A celulose era mais absorvente que o algodão. Um protótipo então foi criado: retalhos de algodão, celulose, gaze e algo para fixá-lo à calcinha. Como exemplo dos primeiros absorventes externos, o Kotex, rapidamente se tornou popular e comercializado (SATURNINO, L).



Figura 10 – Kotex, produzido pela Kimberly-Clark
Fonte: <https://www.timetoast.com/timelines/beneficios-da-segunda-guerra-mundial-dd2cd118-0bf9-45aa-8a64-8f6a46adc2d0>

Esta guerra, de trincheiras, era permeada de impasses, batalhas que duravam meses e, em sua maioria, não levava um desfecho para nenhum dos lados da guerra. Era uma guerra de muitas guerras. Com o intuito de acelerar a guerra das trincheiras, uma guerra química se iniciava. Instalava-se uma guerra química. Por meio dos crescentes ataques de bombas de gás como armas químicas, a maioria com efeitos dolosos e até fatais, houve a necessidade da criação de proteção contra elas, para diminuir as baixas causadas pelo uso das bombas, foi-se então criado as máscaras de gás.



Figura 11 – Máscara contra gases.

Fonte: <https://aventurasnahistoria.uol.com.br/noticias/reportagem/verdadeira-historia-por-tras-da-foto-de-um-soldado-carregando-um-burro-nas-costas.phtml>

Para combater parte dos horrores, consequências da 1ª guerra, surge a cirurgia plástica. Harold Gillies (1882-1960), realizou a primeira cirurgia plástica, feita em 1916. O estudo de Gillies foi publicado em 1917, no jornal *The Lancet*. A partir desse evento houve o estabelecimento das práticas e a posterior criação da Cirurgia Plástica. Escreveu o “*Plastic Surgery of the Face*”. Criou o “*Masks for Facial Disfigurement Department*”. Os soldados que passaram por este procedimento ficaram conhecidos como “*Broken Faces*” (BEZERRA, 2013).

Gillies utilizou um grande retalho de pele, proveniente do peito do paciente, confeccionando-o como um tubo (“pedículo com câmara de ar”), o que assegurou o fornecimento natural de sangue, reduzindo as chances de infecção e rejeição.



Figura 12 – Willie Vicarage, marinheiro britânico ferido na Batalha de Jutlândia, durante a 1ª GM.

Fonte: <https://www.historyplay.tv/culturas-y-comidas/las-primeras-cirugias-esteticas-de-la-historia>

Seguindo a ideia da reconstrução facial, Anna Coleman Ladd (1878-1939), escultora, inspirada em um estúdio de fabricação de máscaras em Londres, para soldados britânicos, resolve criar seu próprio estúdio em Paris. A partir de fotografias antigas de cada soldado e moldes de gesso dos rostos dos feridos. O projeto foi financiado pela Cruz Vermelha, o que permitiu acesso a mais soldados (SATURNINO, 2014).



Figura 13 – Anna Coleman Ladd e alguns soldados com suas máscaras.

Fonte: <https://9gag.com/gag/a9RVm8W>

Outra guerra que se instalou dentro da 1ª guerra, foi a guerra das infecções. Começa a construção do medo do invisível: os microrganismos. A questão sanitária e a falta de antibióticos se tornando. Soldados morriam mais por complicações de suas feridas do que pela gravidade ou extensão delas. Enfermeiras na linha de frente. A pesquisa de antibióticos começou no final da 1ª GM, com Alexandre Fleming, mas só seriam descobertos e desenvolvidos, por ele, em 1928 (DOSSIÊ COMCIÊNCIA, s.d.).



Figura 14 – Enfermeiras no internato Jean-Baptiste de la Salle, em Rouen, França.

Fonte: <https://aventurasnahistoria.uol.com.br/tags/trincheiras>

Algumas das doenças mais enfrentadas pelos soldados foram a Trench Foot, Trench Fever, Choque de Casca e Tétano. Com a Trench Foot, os pés dos soldados ficavam vermelhos ou azuis, devido ao ambiente úmido, frio e insalubre. Podia levar à gangrena e à amputação. A solução encontrada consistia em enxaguar as feridas com água morna e secá-las, trocando de meias, e o uso de botas mais resistentes. Com a Trench Fever, de etiologia da bactéria *Bartonella quintana*, do *Pediculus humanus corporis* = piolho do corpo. Extremamente transmissível e como solução procuraram queimar as costuras das roupas. O Choque de Casca causava aos soldados estresse pós-traumático, os sintomas incluíam insônia, incapacidade de andar ou falar e ataques de pânico. O número de casos foi progredindo conforme a guerra avançava. Especulações acerca das possíveis causas cercavam as explosões de bombas que causaram ondas de choque nos cérebros dos soldados, outra era que o monóxido de carbono das explosões danificava o tecido cerebral. E a solução para tal enfermidade era o descanso e conversas sobre a guerra e família (HISTÓRIA ANTIGA, 2022).

O tétano foi um dos grandes vilões da 1ª guerra. No primeiro ano de combate, oito em cada 1000 mortes eram por tétano. Doença infecciosa, não contagiosa! Causada pela neurotoxina tetanosspasmina, produzida pela bactéria anaeróbica *Clostridium tetani*.



Figura 15 – Espasmos musculares de um paciente que sofre de tétano (opisthótono).
Pintura por Sir Charles Bell, 1809.

Fonte: <https://igorthiriez.com/2011/11/28/les-effets-extrapyramidaux/>

Usavam soro de cavalo: produzido através da inserção do *Clostridium tetani* na corrente sanguínea do animal, o que gerava anticorpos, depois retirados e injetados em humanos. Método sem grande eficácia. A vacina contra o tétano seria inventada só em 1924, pelas pesquisas de Emil von Behring e Edmond Nocard, sendo utilizada na imunização dos soldados na 2ª Guerra Mundial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALEXANDER, C. **Faces of War**. Disponível em: <<https://www.smithsonianmag.com/arts-culture/faces-of-war-145799854/>>. Acesso em: 15 mar. 2021.
- BBC News Mundo. **La píldora número 9, la pastilla "curalotodo" que recibían los soldados durante la I Guerra Mundial**. 2019. Disponível em: <<https://elcomercio.pe/tecnologia/ciencias/pildora-numero-9-pastilla-curalotodo-recibian-soldados-i-guerra-mundial-mexico-colombia-argentina-noticia-668988-noticia/>>. Acesso em 16 mar. 2021.
- BEZERRA, E. **Cirurgia plástica nasce na Primeira Guerra Mundial**. 2013. Disponível em: <<https://incrivehistoria.com.br/cirurgia-plastica-primeira-guerra/>> Acesso em: 16 mar. 2021.
- DARÓZ, C. História Militar - Carlos Daroz: **SERVIÇOS DE SAÚDE NA 1ª GUERRA MUNDIAL**. Disponível em: <<http://darozhistoriamilitar.blogspot.com/2011/07/servicos-de-saude-na-1-guerra-mundial.html>>. Acesso em: 13 fev. 2023.
- DOSSIÊ COMCIÊNCIA. **Descobertas científicas para salvar feridos de guerra**. Acesso em: 18 mar. 2021.
- HISTÓRIA ANTIGA. **As 10 principais doenças que eram comuns na Primeira Guerra Mundial**. 2022. Disponível em: <<https://www.historiaantiga.com/doencas-comuns-primeira-guerra-mundial/>>. Acesso em: 13 fev. 2023.
- NOTÍCIAS DE SAÚDE. **O que era a pílula número 9, comprimido "cura tudo" dado a soldados da 1ª Guerra Mundial**. Acesso em: 16 mar. 2021.
- FOGAÇA, J. Raios X. **Origem, constituição e aplicações dos Raios X**. Disponível em: <<https://mundoeducacao.uol.com.br/quimica/raios-x.htm>>. Acesso em: 15 mar. 2021.
- REVISTA DA NATO. **A Primeira Guerra Mundial foi positiva para a medicina**. Acesso em: 16 mar. 2021.
- SATURNINO, L. **100 anos da 1ª Guerra Mundial: legado tecnológico inclui raio-x, absorventes e cirurgia plástica**. 2014. Disponível em: <<https://m.blogs.ne10.uol.com.br/mundobit/2014/08/04/100-anos-da-1a-guerra-mundial-legado-tecnologico-inclui-raio-x-absorventes-e-cirurgia-plastica/>>. Acesso em: 13 fev. 2023.

EXTIRPAÇÃO DA PEDRA DA LOUCURA: REPRESENTAÇÃO ICONOGRÁFICA DA TREPANAÇÃO E A CONSTRUÇÃO DA NEUROCIRURGIA MODERNA

Juliana Coutinho Paternostro, discente do Curso de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos,
julianapaternostro5@gmail.com.

Daniel Pinheiro Hernandez, docente do Curso de Medicina, Centro Universitário Serra dos Órgãos.

INTRODUÇÃO

A trepanação é uma palavra proveniente do grego, *trupanon* que significa broca (GAVANCHO, 2018). É definida como uma intervenção cirúrgica, que consiste em realizar um ou mais orifícios na calota craniana. Estudos sugerem que o homem primitivo já relacionava a cabeça com funções importantes desempenhadas pelo ser humano, que variam desde a manutenção da vida até fatores de ordem mística (RIBAS, 2006). O documento mais antigo sobre este procedimento é do período paleolítico, sendo considerado um dos atos neurocirúrgicos mais antigos da humanidade (GUSMÃO, 2004) (COSTANDI, 2007).

Desde a pré-história, as teorias e tentativas de aplicação prática acerca do papel das estruturas que compõem o encéfalo como estratégia terapêutica, variaram de trepanações primitivas à técnicas minimamente invasivas na neurocirurgia. A Revolução Industrial, em consonância com a Revolução Burguesa foram os grandes marcos que proporcionaram as bases para o avanço tecnológico do século XX, e assim a ciência passou por uma nova fase, baseada na metodologia e no empirismo (ROMERO, 2015). A Medicina desenvolveu-se, com a instauração de técnicas de assepsia, anestesia e cirurgia. O conhecimento sobre a Neuroanatomia humana e a Fisiologia do sistema nervoso, tornou-se ampliado e descrito minuciosamente, ao longo dos séculos XVII, XVIII e XIX, juntamente com a teoria das localizações cerebrais, possibilitando o nascimento da Neurocirurgia como especialidade.

Os neurocirurgiões de maior destaque foram Paul Broca responsável por introduzir o conceito de localização da área cerebral, inaugurando a neurocirurgia moderna (GUSMÃO et al., 2000); Víctor Horsley considerado o pai da neurocirurgia, haja vista ter sido o primeiro cirurgião a remover um tumor intramedular com sucesso; e Harvey Cushing, neurocirurgião de maior destaque reconhecido por desenvolver os pilares práticos da neurocirurgia no Estados Unidos. Com isso, conforme o conhecimento foi se ampliando, a necessidade por tecnologias mais sofisticadas foram surgindo como a estereotaxia, pneumoencefalografia, angiografia, microscópio cirúrgico e sistema de neuronavegação (RIBAS, 2006).

BREVE HISTÓRIA DA TREPANAÇÃO

A trepanação esteve presente desde o período mesolítico e na maioria das culturas antigas. A civilização pré-histórica que realizou mais perfurações cranianas foram as andinas pré-colombianas, com o índice estimado de sobrevivência entre 60% a 80%. Este procedimento era realizado por abrasão de osso, usando uma pedra ou caco de vidro, ou serrando, usando trépanos semicirculares que cortavam por meio de um movimento circular (COSTANDI, 2007). Durava cerca de 50 minutos e podia ser feito em uma única sessão, ou em várias sessões que levavam dias ou meses. O crânio podia ser trepanado quantas vezes fosse necessárias. Já na Medicina atual, a trepanação ocorre com uma broca cirúrgica movida a eletricidade.

O índice de sobrevivência do procedimento sem anestésicos, antibióticos ou assepsia era de 65 a 70%. Durante os séculos XIV a XVIII regrediu-se a quase 0%, devido a causas que incluíam infecção das meninges e hemorragia. Esta alta taxa de mortalidade fez a Medicina rever a prática e inovar na metodologia. Na atualidade, é um método cirúrgico comum, utilizado para aliviar a pressão intracraniana. Entretanto, antigamente era uma forma de extirpar a loucura e liberar espíritos ruins que habitavam no corpo do paciente.

É importante ressaltar, que a trepanação é o orifício no crânio, a craniotomia é o nome do processo incisional e a craniotomia é a extração de parte do osso trepanado, isto é, são procedimentos diferentes que envolvem o cérebro.

REPRESENTAÇÃO ICONOGRÁFICA: EXTIRPAÇÃO DA PEDRA DA LOUCURA

A trepanação é representada em diferentes formas, dentre elas em pinturas. Um dos quadros que ganhou mais destaque foi pintado por Hieronymus Bosch, entre 1475-1480, denominado "A extração da pedra da loucura".



Figura 1 Mostra o quadro pintado por Hieronymus Bosch, denominado "A extração da pedra da loucura".

Fonte: A obra se encontra no Museu do Prado, em Madrid, Espanha

Bosch foi um pintor holandês que viveu no fim da Idade Média e o auge do Renascimento, período de efervescência cultural, científica e artística que iniciou-se na Itália e se espalhou pela Europa (ROSSI, 2010). Na figura 1, a pintura revela o método cirúrgico utilizado para curar de forma sobrenatural os problemas mentais da época. Por isso a tal pedra deveria ser retirada do doente antes que contaminasse o cérebro inteiro.

A tela apresenta uma cena central e ao redor tem uma caligrafia talhada em dourado, Meester snijit die Keije ras Mijne name is Lubbert Das, que traduzido para o português, significa: "Mestre, tira-me depressa essa pedra, meu nome é Lubber Das". Nota-se quatro personagens, o cirurgião com o funil azul na cabeça que é considerado um charlatão por muitos críticos, fazendo uma denúncia aqueles que se aproveitam da inocência alheia; o padre que parece confirmar o procedimento, sugerindo também uma crítica à igreja; Lubber Das, personagem satírico da literatura holandesa que remete a estupidez; e a freira com o livro na cabeça satirizando a superstição e a ignorância do clero.

A trepanação foi praticada em diferentes regiões do continente e ainda é realizada por algumas tribos nas ilhas do Pacífico Sul no tratamento de fraturas, cefaléia, epilepsia e dores de cabeça (CASTRO, 2010). Existem muitas razões para explicar o motivo de trepanar um indivíduo, sobretudo na ausência de traumatismo craniano (principal razão do tratamento terapêutico). Com isso, pode-se inferir diante do exposto, que a relação entre a figura 1 e a história da trepanação, apresenta detalhes em comum. No processo de evolução da técnica, a trepanação utilizou a ingenuidade dos indivíduos, mesmo sem fundamento científico para realizar o procedimento e a igreja também teve papel importante, já que era imposta como uma forma de libertar o doente de espíritos demoníacos que habitavam no corpo dele.

CONSTRUÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DA NEUROCIRURGIA

A consolidação da Neurocirurgia é marcada por 3 grandes cirurgiões: Paul Pierre Broca, introdutor do conceito de localização da área cerebral responsável pela articulação da linguagem e aplicação cirúrgica do conhecimento topográfico craneioencefálico, inaugurando a Neurocirurgia moderna (GUSMÃO et al., 2000); Victor Horsley, primeiro neurocirurgião a remover um tumor intramedular com sucesso, pioneiro em estimulação cortical transoperatória dos giros pré e pós-central em humanos, portanto sendo considerado o pai da neurocirurgia; e Harvey Cushing, que desenvolveu os pilares da prática neurocirúrgica nos EUA, propondo diferentes técnicas e desenvolvimento de vasta casuística nas áreas neurocirúrgicas.

Durante o decorrer dos anos, a necessidade por técnicas mais elaboradas foi requerido, pois era preciso reduzir o número de óbitos, identificar mais áreas cerebrais que tivessem sido acometidas, estudar e entender a topografia do cérebro em seus detalhes, entre outros, e para isso foi necessário ocorrer mudanças na área neurocirúrgica e invenções de novas técnicas. Por isso, além dos personagens mencionados anteriormente, outras figuras ganharam destaque no campo neurocirúrgico como R. H. Clark por desenvolver o sistema de estereotaxia junto com Victor Horsley, base para a neuronavegação; Walter Dandy criando a pneumoencefalografia, responsável por analisar em exames de imagem do encéfalo e seus ventrículos por meio de uma injeção de ar no espaço subaracnóideo; Egas Moniz por introduzir o conceito de angiografia cerebral por cateterismo e posteriormente em 1927, juntamente com Almeida Lima, conseguir visualizar a primeira angiografia cerebral com objetivo de identificar lesões vasculares intracranianas (GUSMÃO, 2002); e Watanabe e Cols por darem origem ao neuronavegador cirúrgico, que passa as coordenadas precisas durante a operação reduzindo o índice de lesões, tornando a neurocirurgia mais segura e menos lesiva, a morbidade menor e a recuperação maior. Todos esses artifícios, nas últimas décadas, resultaram em muitos benefícios para os pacientes, o que reflete no quanto a neurocirurgia enquanto especialidade médica, conseguiu evoluir rápido e contribuir para o avanço da ciência.

CONCLUSÃO

O século XIX foi marcado por mudanças que possibilitaram o desenvolvimento de subsídios que sustentassem o nascimento da Neurocirurgia moderna. O histórico das contribuições da Neuroanatomia e dos métodos de neuroimagem aplicados à prática neurocirúrgica, permite compreender os avanços no campo da neurocirurgia. O rompimento com estigmas religiosos abriu espaço para o empirismo, possibilitando o surgimento de técnicas de assepsia e anestesia. Este ambiente resultou em grandes transformações tecnológicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CASTRO FS, LANDEIRA-FERNANDEZ J. **Alma, mente e cérebro na pré-história e nas primeiras civilizações humanas**. *Psicol. Reflex. Crit.* 2010;23(1):141-152.

COSTANDI, Mo. **An illustrated history of trepanation** [Internet]. [place unknown]; 2007 [cited 2021 May 4]. Available from: <https://neurophilosophy.wordpress.com/2007/06/13/an-illustrated-history-of-trepanation/>.

FULTONJ; Harvey Cushing : **A Biography. Springfield, Charles C Thomas**, 1946.

GAVANCHO, C. **Trepanação, ou a arte de fazer buracos na cabeça das pessoas** [Internet]. *Revista Frontal*; 2018 [cited 2021 May 4]. Available from: <https://revistafrontal.com/cultura/trep01/>.

GUSMÃO SS, SILVEIRA RL, FILHO GC. **Broca e o nascimento da moderna neurocirurgia**. *Arquivo Brasileiro de Neuropsiquiatria*. 2000;58(3-B):1149-1152.

GUSMÃO SS. **História da medicina: evolução e importância**. *Jornal Brasileiro de Neurocirurgia*. 2004;15(1), 5-10.

GUSMÃO SS. **História da neurocirurgia no Rio de Janeiro**. *Arquivo Brasileiro de Neuropsiquiatria*. 2002; 60(2-A):333-337.

Hieronymus Bosch [Internet]. **Portal das Artes; 2020** [cited 2021 May 4]. Available from: <https://portalartes.com.br/historia/biografias/pintores-classicos/hieronymus-bosch.html>

RIBAS, G. C. **Das trepanações pré-históricas à neuronavegação: evolução histórica das contribuições da neuroanatomia e das técnicas de neuroimagem à prática neurocirúrgica**. *Arquivo Brasileiro de Neurocirurgia*. 2018;25(4): 166-175.

ROMERO, F. R. **Neurocirurgia e filosofia no século XIX: como o pensamento da época influenciou o desenvolvimento da neurocirurgia moderna**. *Arquivo Brasileiro de Neurocirurgia*. 2015;34: 258-262.

ROSSI, E. A. **Hieronymus Bosch** [Internet]. *HACER*; 2010 [cited 2021 May 4]. Available from: <https://www.hacer.com.br/hieronymus-bosch/>.

HISTÓRIA DA MEDICINA VETERINÁRIA

Janaina Oliveira de Mello; Médica Veterinária, Patologista Clínica

Janainatere@yahoo.com.br

Daniel Pinheiro Hernandez, docente do curso de Medicina da UNIFESO

André Viana Martins, docente do curso de Medicina Veterinária do UNIFESO

Alcides Pissinatti, docente do curso de Medicina Veterinária do UNIFESO

A Medicina Veterinária é uma das profissões mais importantes para o mercado brasileiro, tendo em vista que o país é de fundo agrário a maior parte do Produto Interno Bruto provém da agropecuária, na qual ainda mantêm a economia estável em períodos de crise. Além disso, o exercício da Medicina Veterinária está totalmente relacionada a saúde humana, pois já se sabe que 70% das doenças transmitidas para os humanos são zoonoses.

No Brasil, ela foi regulamentada em 1968 pela Lei Decreto N.º 5.517/68. Hoje, esta profissão abrange várias áreas, desde a Clínica e Cirurgia até a Inspeção e Higiene de produtos de origem animal.

No entanto, por mais que seja uma profissão “nova”, ela surgiu a muitos anos. Desde que o ser humano começou a ter contato com os animais, ela começou a ser desenvolvida e exercida, é claro de acordo com os recursos de cada época e possuindo outros nomes.

O objetivo deste trabalho é realizar uma revisão de literatura sobre os principais aspectos históricos da Medicina Veterinária, desde a Pré História aos dias atuais, abordando os principais pontos cruciais para o seu desenvolvimento e importância na sociedade.

O presente estudo teve como delineamento abordar a história da Medicina Veterinária desde a pré história aos dias atuais. Foram selecionados nove artigos, sem exclusões, durante setembro a novembro do ano de 2017. Os artigos foram os seguintes: BIRGEL (1995) Veterinária tem lugar de destaque entre escolas do país, BIRGEL (2006) Medicina veterinária: uma profissão moderna e abrangente, DRESSEL (2010) Medicina Veterinária na história da humanidade: a ciência dos animais na base das civilizações, SOUZA (2012) Histórico do ensino da Medicina Veterinária no Brasil, LEAL (2009) História da Medicina Veterinária, LEAL (2017) História da Veterinária do exército brasileiro, GERMINIANI (1995) A história da medicina veterinária no Brasil e SAMAD & AHMED (2003) History and Scope of Veterinary Medicine.

A palavra “Veterinária” é originada do termo “Veterina” do Latim, que significa “bestas de carga”, como também o termo “Medicus Veterinarius” seria quem cuidava destas bestas de carga (1, 3, 4, 5).

Os primórdios da Medicina Veterinária começam quando o ser humano começa a interagir com os animais. Na idade da pedra, durante o médio paleolítico, o homem inicia o processo de caça e estabulação dos animais, e durante o neolítico dá partida para a domesticação para fins de exploração de suas capacidades. Na idade dos metais, o homem deixa de ser nômade e inicia a exploração da agricultura e por fim utiliza animais como bovinos, ovinos, equinos e caninos para realizar suas atividades no campo (1, 4, 5).

O Antigo Egito, que já foi considerado celeiro do mundo e grande produtor de grãos, utilizava bovinos para transporte de carga e arado da terra para o cultivo agrícola, sendo assim ficaram conhecidos na época por serem grande manejadores de ruminantes (Figura 1) e desenvolveram o chamado Papiro de Kahoun, no qual estava descrito a chamada “Ars Veterinaria”, que continha referência às drogas utilizadas no tratamento dos animais (2, 3, 4, 5).



Figura 1- Manejadores de ruminantes no Egito Antigo.
Fonte: Minha Ciência, 2015

No antigo Reino da Babilônia também houveram escritos relacionados ao exercício de Veterinária, os chamados Códigos de Eshn Unna e Hamurabi, que assim como os papiros de Kahoun, descreviam práticas para tratar doenças em ruminantes e quem os tratavam, os chamados “Médicos de bovinos” (2, 3, 4, 5).

Na Grécia antiga, os Veterinários eram conhecidos como “hipiátrica”, além de que foi um grego que hoje é considerado pai da Medicina Veterinária ocidental chamado Apsirtos. Este foi responsável por 121 dos 420 tratados de Hippiatrica (3, 4, 5, 6). Em Roma, personalidades como Catão e Columela escreveram tratados com tratamentos voltados para os animais. É bom frisar que o Império Romano foi um dos grandes pioneiros na reprodução animal, já que os centuriões colocavam as éguas para cruzar com os melhores garanhões em batalha para gerar potros com alta performance (6).

Diante disso percebe-se que mesmo com poucos recursos, as sociedades antigas desenvolveram atividades médicas para tratar seus animais, já que eram muito dependentes destes para realizar suas atividades tanto na agricultura quanto na guerra.

O período entre a idade média e a idade moderna ainda é muito obscuro no que se diz a respeito da história da Medicina Veterinária e há poucos fatos que possam ser considerados marcantes para tal. Um fato é que durante a idade média todos os estudos voltados para o tratamento de animais enfermos diminuíram, já que todo o conhecimento se voltou ao teocentrismo (1, 2, 3, 4, 5). O tratamento dos animais era feito com as castas inferiores da sociedade de forma empírica e ainda foram descritas as chamadas “pestes” como Peste Bovina, Febre Aftosa, Carbúnculo e a Pneumonia (1, 3).

Com isso, pode-se dizer que a falta de recursos da época em conjunto com a visão mais religiosa sobre a vida e os costumes estagnaram novas descobertas e o desenvolvimento de estudos para o tratamento dos animais, o que por consequência pode ser considerado como um dos fatores para o surgimento de surtos de doenças como peste negra.

Um fato importante é que esta estagnação ainda trouxe consequências sérias no que se trata da produção de alimentos, pois os animais cada vez mais ficavam doentes e com isso havia menos proteína para se consumir.

Após a Guerra dos 30 anos (1618-1648) entre vários países contra o Sacro Império Romano Germânico houve um grande aperfeiçoamento tanto da medicina humana quanto da veterinária, já que ensinar os serviços a tratarem dos animais feridos ou enfermos se tornou uma grande necessidade (1, 3, 4). Pode-se então considerar que esse momento da história constituiu o primórdio do ensino formal da Veterinária. Adiante, surgiram os primeiros profissionais veterinários, chamados Alveiteiros. Esta palavra provém de “alveitaria”, que era como os médicos e ferreiros que cuidavam de cavalos eram chamados tanto em Portugal quanto na Espanha (1, 3, 4, 5). No caso, este fato ocorreu durante o reinado de Fernando e Isabel, com a implementação do Real Tribunal do Protoalbeiterato de Castela (Figura 2) (decreto de 1500) (1, 3, 5, 7).

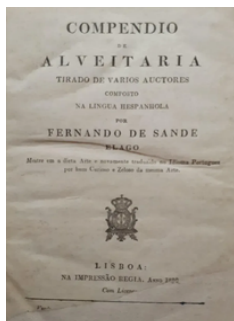


Figura 2- Copendio de Alveitaria.
Fonte: Blognoms, 2010

Em outras regiões o mesmo profissional levava outros nomes como écuyer (escudeiro) na França, Rossarzt (atualmente hipiatra) ou Stallmeister (cavalição atualmente técnico em criação e manejo de equínos) respectivamente, na Áustria e Alemanha, marescalci ou marechalcho (marechal) nas regiões que hoje compõem a Itália e shepherd (pastor) nos países de língua inglesa (1, 3).

Com o passar do tempo, os profissionais foram se aprimorando e começaram a surgir as primeiras escolas veterinárias. Estas surgiram primeiramente na região ocidental do hemisfério norte e depois partiu para outras regiões e também o hemisfério sul (3, 5, 7).

Com isso, é notável que a maior parte do que se conhece sobre o surgimento da Medicina Veterinária está completamente fechada a Europa Ocidental e ignora-se se tal profissão também se desenvolvia no oriente. Mais uma vez é notório o quanto a Europa tem fundamental soberania na formação de profissões hoje conhecidas no mundo todo e quanto o ocidente teve influência na formação cultural mundial.

A duas primeiras escolas de Medicina Veterinária registradas foram a de Lyon (1762) e Alfort (1765) na França. Foi na Escola de Lyon que a Medicina Veterinária moderna começou a se desenvolver. Ela foi fundada pelo advogado e hipologista Claude Bourgelat (Figura 3) a partir do Édito Real assinado pelo Rei Luiz XV de Bourbon. A primeira turma possuía oito alunos, sendo então considerada o primeiro curso formal de Medicina Veterinária (3, 4, 5, 7).

A Escola de Alfort também foi fundada por Claude Bourgelat em Paris. Esta recebeu grandes colaborações de importantes nomes como Louis Pasteur, Camille Guérin, Albert Calmette e Gaston Ramon. Estes, como outros, eram biólogos e médicos dos quais também eram considerados Médicos Veterinários devido as suas contribuições científicas (1, 3, 4, 5). A figura 4 apresenta a primeira turma de Médicos Veterinários da Escola de Alfort.



Figura 3- Claude Bourgelat (Selo comemorativo dos 250 anos da Escola de Lyon)
Fonte: Timbre, 2011



Figura 4- Primeira turma de Médicos Veterinários da Escola de Alfort
Fonte: Stravaganza, 2015

A partir daí, surgiram outras escolas na Europa Ocidental como Curso de Veterinária de Viena na Áustria, em 1768, a Escola de Veterinária de Turim na Itália, em 1769, Ensino de Veterinária em Skara, na Suécia em 1775, Escola Superior de Veterinária de Hannover, na Alemanha, em 1778, Curso de Veterinária em Budapeste, Hungria em 178, Royal Veterinary College em Londres na Gran Bretanha e, em 1791 na Espanha, região de Aragón, em 1792, instalou-se a Escola de Veterinária com professores os "mariscalis"- veterinários do Exército. Em 1830, instalou-se, em Lisboa, a Real Escola de Veterinária, por decisão do Rei Dom Miguel (1, 5).

Pode-se dizer que a Medicina Veterinária teve início então durante a idade moderna, o que foi muito vantajoso para os anos seguintes, sendo que ainda foi concomitante com grandes eventos históricos como a Revolução Francesa e o advento da burguesia no poder e o início da revolução industrial.

Partindo para o Brasil, o surgimento das faculdades começa quando a Família Real Portuguesa chega em 1808. Quanto ao ensino das ciências agrárias, considera-se o início quando é fundada o Curso de Alveitaria no 1º Regimento de Cavalaria do Exército. Este foi criado pelo súdito nomeado pelo rei Dom João VI João Baptista Mancouet (1, 3, 5, 6, 8).

O imperador D. Pedro II foi um grande entusiasta quanto ao ensino das ciências agrárias, tanto que fundou o Imperial Instituto de Agricultura Baiano (Decreto 2.500 de 1º de janeiro de 1859) e por seguinte no Rio de Janeiro e no Rio Grande do Sul para sanar a carência de mão de obra. Mas seu interesse veio quando visitou a Escola de Alfort na França, no entanto quando retornou ao Brasil, D. Pedro II seus objetivos quanto a criação de escolas de veterinária não foram bem sucedidas (3, 5, 6, 8).

Pode-se então considerar que a não fundação de escolas de medicina veterinária durante o império se deve ao fato de que o final do reinado de D. Pedro II havia muita instabilidade econômica e social devido aos movimentos republicanos e anti escravocratas, fora o domínio dos barões do café na economia brasileira (8).

Com a queda do Império e a ascensão da república é que surgiram as primeiras escolas de veterinária no Brasil. As duas primeiras instituições foram Escola de Veterinária do Exército, pelo Dec. no 2.232, de 06 de janeiro de 1910 e a Escola Superior de Agricultura e Medicina Veterinária, através do Dec. n° 8.919 de 20/10/1910 (implantada em 04/07/1913), ambas na cidade do Rio de Janeiro (1, 3, 5, 6, 8).

Atualmente a Medicina Veterinária possui um mercado extenso, que abrange desde a clínica dos animais domésticos até a zootecnia e tecnologia de alimentos.

Com os avanços tecnológicos os Médicos Veterinários hoje gozam de técnicas de ponta para o diagnóstico de enfermidades nos animais, bem como no controle dos animais usados para a produção de alimentos, a chamada zootecnia de precisão. Além disso, o Médico Veterinário tem grande importância no desenvolvimento da sustentabilidade e da proteção ambiental, como também na saúde pública e controle de zoonoses (6, 8).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) é necessário que se concilie os preceitos de saúde humana e animal. Por isso, no ano de 1946, este mesmo órgão criou a chamada saúde pública veterinária, com o intuito de se controlar e prevenir a disseminação de zoonoses (8).

Dado o exposto, a Medicina Veterinária é uma profissão antiga, assim como a Medicina humana, já que desde que os animais começaram a ser utilizados na agricultura, eles se tornaram fundamentais para sobrevivência humana.

A Medicina Veterinária e a Medicina humana são duas profissões fundamentais para o homem, e por isso os profissionais de ambas devem trabalhar juntos para a manutenção da saúde pública e bem estar social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BIRGEL E.H. **Veterinária tem lugar de destaque entre escolas do país.** Rev. Cons. Fed. Med. Vet. 1995 Janeiro;2(1):31-34.
2. GERMIANI, C.L.B. **A história da medicina veterinária no Brasil.** Arch. Vet. Scienc. 1998 Janeiro;3(1):1-8.
3. BIRGEL E.H. DEVELY A. **Medicina veterinária: uma profissão moderna e abrangente.** Medicina veterinária: uma profissão moderna e abrangente [Internet]. 2006 Janeiro [cited 2017 May 11]; Available from: <http://www.apamvet.com/boletim02.pdf>
4. De Sena Dressel T. **A MEDICINA VETERINÁRIA NA HISTÓRIA DA HUMANIDADE: A CIÊNCIA DOS ANIMAIS NA BASE DAS CIVILIZAÇÕES.** SC [Internet]. 24º de agosto de 2015 [citado 20º de julho de 2023];1(1). Disponível em: <https://www.publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaocognhecimento/article/view/4904>
5. LEAL L. O. P. **História da Medicina Veterinária.** Academia Brasileira de Medicina Veterinária 2009; 163 p.
6. LEAL L. O. P. **História da Veterinária no Exército Brasileiro.** Academia Brasileira de Medicina Veterinária 2017; 138 p.
7. SAMAD M. A. AHMED M. U. **History and Scope of Veterinary Medicine.** Bangl. J. Vet. Med. 2003 Jan;1(1):1-8.
8. SOUZA M. M. S. **Histórico do Ensino da Medicina Veterinária do Brasil.** Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro [dissertation]. Seropédica, RJ: Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro; 2012. 30 p.

HISTÓRIA DA RAIVA

Janaina Oliveira de Mello, Médica Veterinária, Patologista Clínica

janainatere@yahoo.com.br

Daniel Pinheiro Hernandez, docente do curso de medicina do UNIFESO

A raiva é uma doença viral de caráter zoonótico com distribuição mundial. Ela é transmitida pela inoculação do vírus através de mordeduras de mamíferos infectados em mucosas ou feridas abertas. Ela ainda não possui cura através de medicamentos e apenas pode ser controlada através de medidas profiláticas, no caso vacinação.

Devido a tal fato, é sempre importante abordar todos os aspectos que envolvem a raiva, não só referente a tratamentos, mas também sua história, já que ela é uma doença sem cura, e por isso todos devem conhecê-la.

O objetivo deste trabalho é abordar os principais aspectos históricos da raiva, incluindo como foi desenvolvida a vacina antirrábica, os protocolos terapêuticos experimentais que estão sendo desenvolvidos e sua importância na saúde pública.

A raiva é uma doença 100% letal, de distribuição mundial e de caráter zoonótico. Ela é considerada a zoonose mais antiga registrada, com relatos que datam mais de 4 mil anos. É uma enfermidade causada por um vírus chamado Lyssavirus (Figura 1) que acomete tanto mamíferos domésticos quanto selvagens [4]; [9].

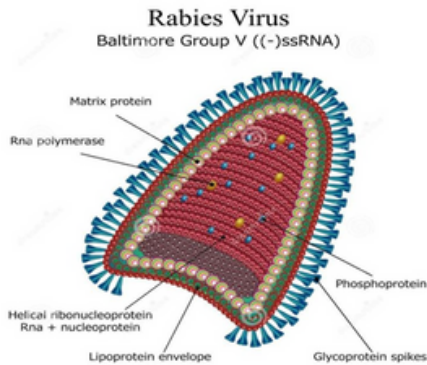


Figura 1- Vírus da Raiva
Fonte: Dreamstime, 2018

Este vírus tem como predileção o sistema nervoso central, causando um quadro grave de encefalite levando a convulsões, paresia, paralisia e agressividade. De forma resumida, o vírus penetra no tecido através da mordida, onde passa por uma fase de replicação e se locomove para o sistema nervoso central através do sistema nervoso periférico. Ele chega na medula espinhal e percorre-a até chegar ao cérebro e causar encefalite. Após isso, o vírus se desloca novamente até chegar nas glândulas salivares e outros órgãos [4]; [12]. A raiva apresenta diversos ciclos epidemiológicos que estão esquematizados na figura 2.

Ciclos Epidemiológicos



Figura 2- Ciclo Epidemiológico da Raiva
Fonte: Amaral, 2017

Durante a antiguidade, a raiva recebeu várias interpretações. Os egípcios e hebreus tratavam como um caráter religioso, enquanto que chineses e hindus deduziam que seria um desequilíbrio entre os elementos que compunham o corpo humano [2];[12]

Quanto a Grécia antiga, cita-se em *Iliada* de Homero a constelação do cão de Orion “Sirius”, que pode ser interpretada como influência maligna sobre a humanidade, o que quando comparado era parecido com os cães raivosos do mediterrâneo. Na mitologia grega, a Deusa Ártemis era considerada a curadora da raiva e o Deus Aristeo aquele que combatia os sintomas da raiva [2]; [12]

Alguns filósofos gregos também descreveram em suas obras sobre a raiva. Hipócrates em sua obra “Ares, água e Lugares” descreveu a sintomatologia e, inclusive, destacou a influência do meio ambiente na enfermidade. Para os gregos era comum esta relação [2]; [12]

Demócrito (Figura 3) foi o primeiro filósofo grego que relatou a raiva como um todo. Este dizia que a raiva era *mitenimhydrophobiam esse incendiumnervorum*, que traduzido significa para um hidrófobo é como mil nervos disparando [2];[12].

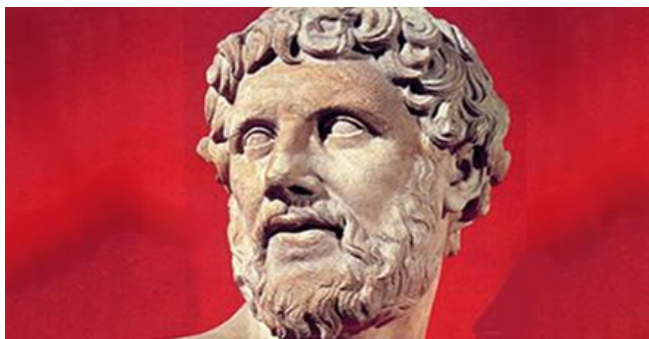


Figura 3- Demócrito
Fonte: Mensagens com amor, 2018

Aristóteles, Luciano e outros filósofos descreveram o mecanismo de transmissão da raiva através da mordedura dos cães. Inclusive o surgimento do termo hidrofobia ocorreu na Grécia, derivado de “hydrophobia”, que significa medo da água, já que o enfermo tinha sede e não conseguia beber água devido à paralisia dos músculos do pescoço. O que eles tinham costume de fazer era jogar o enfermo em uma piscina. Outro aspecto histórico deste mesmo período era que no antigo código de Eshunna todos aqueles que eram donos de animais raivosos eram penalizados caso estes mordessem as pessoas [2]; [12]

Os egípcios atribuíam a raiva a incorporação de uma entidade na pessoa que apresentava os sintomas e como forma de cura eles invocavam uma entidade San Taraba para que a pessoa fosse curada [12].

Quanto ao tratamento da raiva neste período, os gregos, romanos e chineses utilizavam ferro quente para cauterizar a ferida causada pela mordedura do animal raivoso. Este tipo de tratamento foi utilizado até a descoberta da vacina. Outra medida que era comumente feita pelos romanos era retirar uma parte do freio da língua, pois considerava-se que a doença poderia ser causada por um verme presente na boca do cão, descrito pelo filósofo romano Plínio [12].

Passando para a idade média, houve um grande crescimento populacional concomitante as grandes peste e guerras, fora que não havia medidas sanitárias eficazes. Com isso, também houveram as primeiras epidemias de raiva registradas [2]; [12].

O primeiro grande surto foi na França em 1271, onde trinta pessoas morreram após serem mordidas por um grupo de lobos raivosos que atacaram a vila da qual viviam. Depois foram registrados surtos na Espanha em 1500 e em Paris em 1614. Houve também um surto em Londres no qual durou dez anos (1752-1762), onde foi ordenado que aqueles que caçassem animais raivosos iriam receber recompensa [12].

A descoberta dos microrganismos no século XIX foi um divisor de águas no tratamento e descoberta da fisiopatologia da raiva. Foi com a vacina desenvolvida por Louis Pasteur (Figura 4) que se possibilitou controlar a transmissão da doença [1]; [2]; [4]; [5]; [9].



Figura 4-Louis Pasteur
Fonte: Blog do Professor Rafael, 2010

Os experimentos de Louis Pasteur começaram quando ele tentou inocular o vírus, através de saliva extraída de uma criança com a doença, em um coelho. No entanto não obteve êxito neste caso. Quando Pasteur se juntou com outros pesquisadores, neste caso Thuillier, Roux e Chamberland, ele conseguiu engatar as suas pesquisas sobre a raiva. Com estes cientistas ele isolou um microrganismo semelhante a um “8”, cujo diâmetro não excedia de meio a um micrômetro, rodeado por uma auréola ou cápsula. Este tinha predileção pelo sistema nervoso central e que sua inoculação diretamente no cérebro era a forma mais eficaz de transmissão. [1]; [2]; [4]; [5]; [9]; [10]; [12].

Depois disso, Pasteur realizou outro experimento em 1881, onde inoculou três cães. Dois deles morreram e o terceiro sobreviveu. Este apresentou os sintomas primários e curou-se. Um ano depois ele foi inoculado novamente pelo vírus e não manifestou a doença. Em 1884 Pasteur encontrou o vírus nas glândulas salivares e no sistema nervoso [1]; [2]; [4]; [5]; [9]; [10]; [12].

Com isso, Pasteur conseguiu atenuar o vírus, permitindo realizar o tratamento preventivo da raiva. Ele inoculou o material em coelhos, proveniente de vacas infectadas pelo vírus e e usou suspensões aquosas da medula espinhal seca desses coelhos para reinocular um novo grupo de coelhos. Depois de várias repetições, os resultados foram coelhos imunizados contra a raiva [1]; [2]; [4]; [5]; [9]; [10]; [12].

Em 1885, Pasteur tratou pela primeira vez um humano com raiva. Este se chamava Joseph Meister, no qual contraiu a doença após ser mordido por cão raivoso. O tratamento tinha mortalidade de 1 a 2% quando o tratamento era feito na hora certa. Mas sua melhoria e mais métodos para produzir maior quantidade dessa vacina só foi obtido quando vírus como entidades biológicas e como parasitas das células hospedeiras. Em 1921, essa vacina foi adaptada para o uso em cães domésticos como parte do controle de raiva no Japão [1]; [2]; [4]; [5]; [9]; [10]; [12].

Neste novo século, um novo protocolo de tratamento para raiva, ainda experimental, foi desenvolvido, o chamado Protocolo Milwaukee. Este consiste em induzir o paciente com a doença a um coma induzido e administrar medicamentos antivirais. Este tratamento foi criado pelo médico Rodney Willoughby Jr, e o primeiro paciente a ser submetido foi Jeanna Giese, que apresentou cura da doença [3]. Ambos estão presentes na figura 5.



Figura 5-Rodney Willoughby Jr e Jeanna Giese
Fonte: Salvalbet, 2018.

Nestes últimos vinte anos, os casos de raiva urbana em humanos no Brasil diminuíram, já que o controle através da vacinação de cães e gatos reduziu a incidência da doença. Outro ponto é que a procura por atendimento pós exposição aumentou, enquanto que a procura para pré exposição diminuiu. O gráfico 1 apresenta os casos de raiva humana entre os anos de 1990 e 2009. O primeiro caso de cura da raiva no Brasil ocorreu no ano de 2008, em Recife. Marciano Menezes da Silva foi mordido por um morcego, contraiu a doença e ficou internado no Hospital do Recife durante 11 meses na Unidade de Terapia Intensiva. Ele foi submetido ao protocolo experimental Milwaukee e apresentou cura, porém adquiriu muitas sequelas e até os dias atuais faz tratamentos para controlar as mesmas [7]

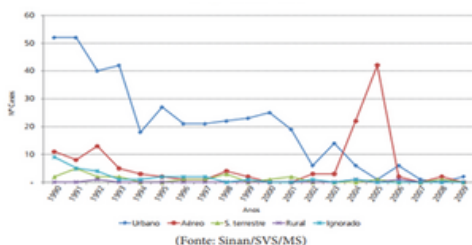


Gráfico 1-Raiva humana entre 1990 e 2000
Fonte: Ministério da Saúde, 2014

No ano de 2005, houve um surto no município de Augusto Correia no Pará onde onze pessoas foram a óbito ao contraírem raiva proveniente de mordida de morcegos hematófagos. No ano de 2017, novos casos foram notificados na Amazônia de raiva proveniente do ciclo aéreo. Dois irmãos foram atacados por morcegos na comunidade Tapira, no rio Unini, zona rural de Barcelos, onde moravam. Ambos foram tratados com o protocolo experimental Milwaukee [8]

Diante destes fatos, vê-se que a raiva é uma enfermidade grave, e que grande parte da população sempre procura os postos para tratamento pós exposição. No entanto, muitos ainda não tem ciência do que a raiva pode causar e por isso a população sempre deve ser informada pelos órgãos de saúde sobre a doença, bem como é dever dos profissionais de saúde alertarem seus pacientes do risco que raiva apresenta e, especificamente os médicos veterinários, incentivarem os tutores a vacinar seus animais.

A raiva é uma doença que deve receber atenção maciça dos órgãos de saúde, bem como dos profissionais, sejam eles médicos ou médicos veterinários. Por isso, ambos os profissionais devem trabalhar juntos, de forma ética e com respeito entre si, para garantir tanto a sanidade dos humanos quanto dos animais.

Outro ponto é que muitas vezes não há vacinas nem soro antirrábico nos postos de saúde, o que mais uma vez reflete a situação calamitosa em que está o Sistema Único de Saúde. Isto, é claro, não deveria acontecer, já que é claro que a raiva não tem cura. No entanto, as secretarias municipais de saúde ainda realizam campanhas de vacinação gratuitas para os animais, principalmente de tutores que não possuem muitos recursos, o que por um lado ajuda no controle da doença em meio urbano.

Outra questão é que o atendimento de pré exposição para profissionais de saúde também não está sendo feito já que não há vacinas suficientes para atender tanto os grupos de risco quanto o grupo de expostos ao vírus. Isso é um fato inadmissível, pois é direto destes profissionais, principalmente médicos veterinários e biólogos terem acesso ao tratamento de pré exposição.

Diante do exposto, a raiva é uma doença muito grave e letal, da qual ainda necessita de estudos para tratamentos eficazes além do protocolo Milwaukee, por mais que este esteja sendo eficaz para tal. Mas o mais importante ainda é a melhoria do sistema único de saúde para maior prevenção da raiva, principalmente em regiões em que há presença de morcegos hematófagos e no meio rural.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguiar E. **A história das ciências da saúde**. Brasília med. 2001 Jan;38(1):47-51.
2. Baer GM. **História natural de la rabia**. Mexico: La Prensa Médica Mexicana; 1975..
3. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Protocolo para Tratamento de Raiva Humana no Brasil**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Brasília-DF, 2009.
4. Ettinger SJ. **Tratado de medicina interna veterinária**. São Paulo: Manole; 1992.
5. Ferreira Aj. **Doenças infecto-contagiosas dos animais domésticos**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1968. 194 p.
6. Flint SJ, Enquist LW, Rancaniello VR, Skalka AM. **Principles of virology, molecular biology, pathogenesis and control animal viruses**.USA: ASM; 2004.
7. G1 **Lauda confirma diagnóstico de Raiva Humana em jovem morto no Amazonas**. Jornal globo G1. 2005 Jul 24;Notícias:1.
8. G1 **'Tenho esperança de andar', diz 1º a ser curado de raiva humana no país**. Jovem sertanejo supera vírus mortal e faz fisioterapia em Floresta, PE. : Contrações dos músculos são sequelas que estão diminuindo. Jornal globo G1. 2014 Jul 24;Notícias:1.
9. Vacinação contra a raiva de cães e gatos: **Manual Técnico do Instituto Pasteur** [Internet]. São Paulo: Instituto Pasteur; 1999 [cited 2018 Feb 21]. Available from: https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pasteur03.pdf
10. Koprowski H. **Lectures on rabies the occasion of "The year of Louis Pasteur"**. Res Virology 1996;147:381-7.
11. Nogueira S. **Médicos do Recife conseguem curar raiva em paciente pela primeira vez no Brasil**. Jornal Globo G1. 2023 Jul 20;Notícias:1.
12. Babboni S. D. Modolo J. **Raiva: Origem, Importância e Aspectos Históricos**. Cient Ciência Biologia Saúde. 2011 julho;13(1):349-356.

HISTÓRIA DO HOSPITAL ESTADUAL TEIXEIRA BRANDÃO E OS IMPACTOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO MUNICÍPIO DE CARMO/RJ

Fabio Ferreira Bustamante, Discente do Curso de Graduação em Medicina do Centro Universitário Serra dos
Órgãos. fabio_f90@hotmail.com

Olinda Cizoski França, Discente do Curso de Graduação em Medicina do Centro
Universitário Serra dos Órgãos.

Daniel Pinheiro Hernandez. Docente do Curso de Graduação em Medicina do Centro Universitário Serra dos
Órgãos

INTRODUÇÃO

O pequeno município de Carmo, com cerca de 18 mil habitantes, localizado na região central do Estado do Rio de Janeiro, tornou-se conhecido por sua íntima relação com o desenvolvimento da Saúde Mental e da assistência psiquiátrica no país.

O panorama histórico da Psiquiatria em Carmo, que em parte se confunde com a história da própria cidade, teve início no dia 16 de novembro de 1947, quando uma comissão formada pelo então governador do Estado, o Coronel Edmundo de Macedo Soares e Silva (1901-1989)¹, pelo secretário de saúde e assistência, o sanitarista Vasco de Freitas Barcelos (1906-1955) (Soares EM 1994 apud Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro)², e pelo chefe do serviço de assistência aos psicopatas, o psiquiatra Luiz Manoel Teixeira Brandão (1910-1990)³ inaugurou oficialmente a “Colônia de Psicopatas do Carmo” (Figura 1), fato que deu início ao longo e traumático processo de institucionalização dos pacientes considerados “loucos”, vindos principalmente de outros municípios fluminenses e cidades mineiras próximas da divisa com o Rio de Janeiro.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

O local onde foi instalada a Colônia, a Fazenda do Livramento, apresenta uma expressiva trajetória, marcada pelas diferentes formas de uso de sua estrutura, que acompanharam importantes períodos da história nacional. De acordo com o relato de Rocha (2016)⁴, tudo começou durante o ciclo do café, ainda na República Velha (1889-1930). Já nesse momento, o arranjo da fazenda representava a predominância do poder sobre o trabalho assalariado – o barão habitava a sede, e os trabalhadores das colheitas sobreviviam em estruturas próximas, periféricas em relação ao centro de poder do baronato local.

Entre o final da década de 1920 e o início dos anos 1930, o ciclo do café teve seu fim no Brasil, motivado pela grave crise econômica de 1929. Após o enfraquecimento da atividade cafeeira, o governo do Estado do Rio de Janeiro passou a ser o responsável pela administração da Fazenda do Livramento. Pouco tempo depois, eclodiu no país o movimento denominado Revolução de 1930, que levou Getúlio Vargas (1883-1954) ao poder. Nesse período, uma divisão de cavalaria da Força Pública do Rio de Janeiro se estabeleceu na localidade⁴.

COLÔNIA DE PSICOPATAS DO CARMO

Fundada em 1947, a Colônia de Psicopatas retomou a utilização do espaço da Fazenda do Livramento, criando no município uma realidade nunca antes presenciada em Carmo. Como diz Rocha (2016)⁴, em seu relato sobre o histórico e o impacto da implantação da colônia, os novos “barões” eram os médicos, que ocupavam a sede do local (Figura 2), enquanto as baias, anteriormente utilizadas para a guarda de cavalos, foram improvisadas e usadas para habitação de pacientes.

Com a proposta de ser distante de qualquer centro urbano, a colônia era um lugar desconhecido, inclusive para a própria população carmense, que não tinha acesso a nenhum tipo de informação sobre o que acontecia atrás de seus muros. Relatos de pessoas que viveram no local apontam para um ambiente extremamente hostil, sem infraestrutura e sem recursos humanos capacitados para proporcionar tratamento com um mínimo de dignidade.

Paulin e Turato (2004)⁵ explicam que, durante a década de 1940, a Psiquiatria buscava se estabelecer de fato como uma especialidade médica reconhecida no Brasil, enquanto as instituições psiquiátricas deveriam deixar de exercer apenas custódia e passar a oferecer modalidades de tratamento inovadoras. Embora essa nova mentalidade estivesse começando a surgir em nosso país, no mesmo período da criação da Colônia de Psicopatas, a instituição situada em Carmo utilizava, desde o seu princípio, métodos que já estavam sendo considerados arcaicos, e que recebiam críticas por serem altamente desumanos – os pacientes eram simplesmente deixados na colônia, com objetivo de retirar, do convívio social, pessoas consideradas “loucas”, “alienadas”, “psicopatas” ou “viciadas”, baseando-se no conceito burguês de “higienização” das cidades⁴.

Também segundo Rocha (2016)⁴, a laborterapia, terapia por meio do trabalho, praticada em determinadas colônias agrícolas para pacientes psiquiátricos, era algo distante da realidade dentro da Colônia de Psicopatas do Carmo, em seus primeiros anos de existência. Mesmo numa época em que o termo “hospício” caía em desuso oficial, de acordo com Paulin e Turato (2004)⁵, por determinação do Código Brasileiro de Saúde de 1945 (sendo chamados a partir de então simplesmente de “hospitais”), as práticas na colônia de Carmo continuavam baseando-se no isolamento dos pacientes como meio de retirá-los das ruas, sem pretensões terapêuticas.

Eram comuns relatos de agressões e abusos físicos e morais, e também punições para pacientes que se apresentassem exaltados (isolamento em cubículos), fatos que deixaram cicatrizes na história da cidade, da instituição e principalmente dos pacientes que estiveram internados na colônia⁴.

HOSPITAL ESTADUAL TEIXEIRA BRANDÃO E AS CONTESTAÇÕES ÀS PRÁTICAS ATÉ ENTÃO VIGENTES

Em 1968, o psiquiatra Osmar Malvezzi passa a ser diretor da instituição, agora já denominada Hospital Estadual Teixeira Brandão. Malvezzi, buscando modernizar e humanizar o atendimento aos pacientes, foi surpreendido por um fato curioso e decisivo para a abertura do hospital aos novos ideais psiquiátricos: após uma tempestade, um muro desabou, o que serviu de motivação para que os muros remanescentes fossem demolidos e os pacientes tivessem o direito de ir e vir dentro da instituição. Após as intervenções do Dr. Osmar Malvezzi, a laborterapia passou a ser realizada dentro das instalações do hospital, depois de mais de 20 anos de atraso⁴.

Os anos 1970 foram cruciais para a definição das mudanças que estariam por vir na Psiquiatria em todo o mundo. As contestações ao modelo psiquiátrico vigente deram origem ao movimento que ficou conhecido como “reforma psiquiátrica”⁵. A inspiração veio das ações do psiquiatra italiano Franco Basaglia (1924-1980), que buscou criar ambientes que proporcionassem, aos pacientes, um acolhimento digno, além da inserção na sociedade e no convívio comunitário⁶. Basaglia defendia a participação de equipes multidisciplinares e a participação dos pacientes na elaboração dos planos de cuidado – o conceito de protagonismo do paciente passa a ser visto como necessário e indispensável para o seu bem-estar.

Em visita ao Hospital Colônia de Barbacena, um dos mais conhecidos manicômios do país, no ano de 1979, Franco Basaglia notou semelhança entre o local e os campos de concentração nazistas, o que evidenciou a necessidade de mudanças profundas na estrutura da Saúde Mental brasileira⁷. Durante toda a década de 1970, as discussões sobre a criação de um modelo psiquiátrico ancorado na prevenção, na terapêutica e nas práticas extra-hospitalares, como pontuam Paulin e Turato (2004)⁵, foram intensas, e, em conjunto com os bons resultados obtidos pela psiquiatria comunitária de Franco Basaglia, na Europa, resultaram no projeto de lei nº 3657/1989, que visava à proteção dos pacientes de Saúde Mental contra abusos e explorações, além de garantir métodos terapêuticos humanizados e com o mínimo potencial invasivo⁸.

No período em que se ampliava o diálogo sobre a desinstitucionalização, o Hospital Estadual Teixeira Brandão passava pela maior lotação em toda sua história: 460 homens dividiam os espaços precários e rudimentares da estrutura, em meados dos anos 1970⁴.

FECHAMENTO DO HOSPITAL ESTADUAL TEIXEIRA BRANDÃO

Após mais de cinquenta anos de existência e inúmeros casos de desrespeito aos direitos básicos dos pacientes, a possibilidade de encerramento das atividades da instituição passa a ser real, em decorrência da lei nº 10.216/2001, que assegurou os direitos das pessoas acometidas por transtornos mentais, garantindo métodos terapêuticos humanizados e a inserção plena na comunidade⁹.

Também em 2001, técnicos da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, após visita ao hospital, consideraram as instalações precárias e desqualificadas para o atendimento aos pacientes, o que acarretou no impedimento de novas internações⁴. No ano de 2002, após intervenção do Ministério Público, é imposta, ao Município de Carmo e ao Estado do Rio de Janeiro, a elaboração da reorientação da assistência aos até então internos, a primeira ação sólida visando à desinstitucionalização e reinserção desses pacientes na sociedade⁴.

No dia 18 de junho de 2003, o Hospital Estadual Teixeira Brandão foi descredenciado do Sistema Único de Saúde (SUS), após avaliação negativa, de acordo com o Plano Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH)⁴. Ainda segundo Rocha (2016)⁴, à época do descredenciamento, 176 pacientes ainda estavam no Teixeira Brandão.

REESTRUTURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PSQUIÁTRICA EM CARMO

Em 2001, antes mesmo do fechamento do antigo hospital-colônia, foi inaugurado o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), marco inicial da nova era da Saúde Mental em Carmo. As primeiras residências terapêuticas na área urbana foram criadas em 2004, num total de sete. Em 2015 já eram contabilizadas 21 residências terapêuticas, de acordo com Gualberto (2015)¹⁰, com mais de 100 moradores, além de ex-internos que vivem em outras casas, juntos de parentes⁴. Nas residências terapêuticas, os usuários recebem atenção de cuidadores em tempo integral, em um ambiente no qual a interação entre eles é incentivada e valorizada. Em alusão à liberdade conquistada pelos antigos internos após anos de privações, as residências terapêuticas receberam o nome de pássaros, como rouxinol, gaivota e jandaia, por sugestão dos próprios usuários.

Devido ao passado recente de hospitalizações psiquiátricas forçadas, muitos dos antigos internos ainda mantêm hábitos comuns da época de custódia – os pertences são nomeados e guardados com bastante segurança e cuidado, para evitar que sejam subtraídos, mesmo dentro das residências terapêuticas. É comum encontrar ex-pacientes que não guardam memórias anteriores à institucionalização, pelo fato de terem chegado muito jovens ao Teixeira Brandão.

Apesar de passados quinze anos do término das atividades do hospital-colônia, alguns dos antigos custodiados dizem sentir saudades da prática laboral rural dos tempos de internação, em contraposição ao ressentimento gerado pela privação da liberdade, o que evidencia uma multiplicidade e desalinho de sentimentos e emoções gerados pela institucionalização.

Com o objetivo de acolher de forma integral, auxiliar no enfrentamento aos traumas causados pela hospitalização e permitir uma integração plena dos ex-internos à comunidade, o CAPS da cidade foi elevado à categoria de CAPS II, em 2012. Dessa forma, a equipe técnica, atualmente, é constituída por assistente social, auxiliar administrativo, auxiliar de enfermagem, auxiliar de serviços gerais, cozinheira, auxiliar de cozinha, guarda municipal, motorista, oficinista e recepcionista, além de outros profissionais das áreas de clínica médica, nutrição, psicologia, psiquiatria e terapia ocupacional¹¹. No CAPS, são desenvolvidas atividades lúdicas e educacionais, como oficinas de artesanato e tecelagem; também são realizados passeios e eventos de divulgação sobre o trabalho realizado com os usuários, visando à integração cada vez maior dos ex-internos com a cidade de Carmo⁴.

Outros serviços que integram a Rede de Apoio Psicossocial de Carmo (RAPS) incluem o Serviço de Atenção à Infância e Juventude (SAIJ); as unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF), que garantem atendimento clínico aos usuários da rede de Saúde Mental e estão presentes em todas as regiões do município; o Programa de Volta Para Casa (PVC), do Ministério da Saúde, que provê auxílio-reabilitação psicossocial aos ex-internos de instituições de custódia psiquiátrica e visa à participação social e autonomia destes¹²; o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), responsável pelo resgate de usuários em caso de crise, integrado com o hospital geral da cidade, que possui leitos psiquiátricos e substituiu o antigo modelo de internação prolongada em instituições psiquiátricas⁴.

Essa integração de cuidados oferecidos aos usuários da rede de Saúde Mental e presenciados pela população, em um município marcado pela existência de um hospital-colônia psiquiátrico e que ainda lida com o passado cruel e não muito distante, faz parte de uma história que está sendo escrita a cada dia, mostrando que a desinstitucionalização se faz não somente pelo fechamento da antiga unidade, mas principalmente pela atuação dos ex-internos na vida social, na economia e em todos os demais âmbitos da cidadania.



Figura 1 - Placa de inauguração da Colônia de Psicopatas do Carmo (BUSTAMANTE, 2017).

Fonte: Imagem JPEG (.jpg)



Figura 2 - Sede do antigo Hospital Estadual Teixeira Brandão (FRANÇA, 2017).
Fonte: Imagem JPEG (.jpg)

CONCLUSÃO

Os relatos de desprezo aos direitos dos pacientes no antigo hospital-colônia seguirão na memória da cidade, como fato deplorável de sua história. Espera-se que, no futuro, Carmo seja lembrado, sobretudo, pelo êxito de seu programa humanizado e inovador de assistência psiquiátrica, que é o modelo vigente na atualidade e que tem feito o município se destacar por suas ações em Saúde Mental.

Em 2017, os graduandos do nono período do curso de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO) passaram a fazer parte da rede de cuidados, sendo importante fator de integração entre a comunidade acadêmica, os usuários e demais moradores de Carmo. O conhecimento difundido nas salas de aula é aplicado na prática, por meio de um método que promove verdadeira imersão dos estudantes nos serviços de Saúde Mental. A receita gerada pela reformulação dos cuidados psiquiátricos na cidade, incluindo o poder de consumo proporcionado aos usuários por auxílios financeiros e a presença de familiares e estudantes participando da economia local geram uma receita de aproximadamente sete milhões de reais anuais¹³.

A população carmensense não mais encara a “loucura” como algo digno de medo ou repulsa. Pelo contrário, acolheu de maneira humana e calorosa os usuários da rede de Saúde Mental, sendo agente ativo na busca por reabilitação, dignidade e cidadania de tais usuários. A Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, que outrora criticou as instalações do antigo Hospital Teixeira Brandão e foi decisiva para seu fechamento, hoje reconhece o êxito que a reorientação da assistência vem atingindo em Carmo, que se tornou referência nacional em cuidados psiquiátricos nos últimos anos. 10

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro**. Edmundo de Macedo Soares e Silva [Internet]. Acesso em: 3 de jul. 2018. Disponível em: <https://ihgb.org.br/perfil/userprofile/EMSSilva.html>
2. (2) Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. **Cadeira nº 16 – Vasco de Freitas Barcelos** [Internet]. Acesso em: 3 de jul. 2018. Disponível em: <http://acamerj.org/index.php?caminho=academico.php&id=249>
3. (3) Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. **Acad. Luiz Manoel Teixeira Brandão** [Internet]. Acesso em: 3 de jul. 2018. Disponível em: <http://www.acamerj.org/index.php?caminho=academico.php&id=398>
4. (4) Rocha ERV. **AUFASSAMC – Nosso Trabalho** [Internet]. Acesso em: 3 de jul. 2018. Disponível em: <https://www.aufassamc.org.br/>
5. (5) Paulin LF; Turato ER. **Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970**. Hist. cienc. saude-Manguinhos. 2004; 11(2): 241-58.
6. (6) Carniel IC; Junqueira, AMG. **Olhares sobre a loucura: os grupos na experiência de Gorizia**. Rev SPAGESP. 2012; 13(2): 12-22.
7. (7) Damasceno R. **Memórias de um holocausto à brasileira**. Estado de Minas [Internet]. Acesso em: 3 de jul. 2018, Disponível em: <https://www.em.com.br/app/noticia/especiais/alemdosmuros/2017/05/05/alem-dos-muros,867127/memorias-de-um-holocausto-a-brasileira.shtml>
8. (8) Câmara dos Deputados (BR). **Projeto de lei nº 3657/1989** [Internet]. Acesso em: 3 de jul. 2018. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>
9. (9) Subchefia para Assuntos Jurídicos da Casa Civil (BR). **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001** [Internet]. Acesso em: 3 de jul. 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10216.htm
10. (10) Gualberto P. **Residências Terapêuticas acolhe pacientes femininas**. SES/RJ [Internet]. Acesso em: 3 de jul. 2018. Disponível em: <http://rj.gov.br/web/ses/exibeconteudo?article-id=2541098>
11. (11) Ministério da Saúde (BR). **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002** [Internet]. Acesso em: 3 de jul. 2018. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
12. (12) Subchefia para Assuntos Jurídicos da Casa Civil (BR). **Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003** [Internet]. Acesso em: 3 de jul. 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/10.708.htm.
13. (13) Berta R.; Araújo, PR. **Ex-internos de hospital psiquiátrico dão fôlego à economia de Carmo, no interior do estado**. O Globo [Internet]. Acesso em: 3 de jul. 2018. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/rio/ex-internos-de-hospital-psiquiatrico-dao-folego-economia-de-carmo-no-interior-do-estado-13632326>

IVOLINO DE VASCONCELLOS E A HISTÓRIA DA MEDICINA NO BRASIL

Cristina Espindola Sedlmaier, discente do curso de Medicina do UNIFESO, crisedlmaier@hotmail.com
Daniel Pinheiro Hernandez, docente do curso de Medicina do UNIFESO

1 INTRODUÇÃO

De acordo com Scliar (1996), a História da Medicina é construída por várias vozes. As vozes do corpo, do paciente e do médico, além das diversas nuances que tais vozes podem expressar. Tais vozes falam da doença, por vezes calmas e noutras, revoltas. Vozes que querem e precisam se perpetuar em toda sorte de escritos, papéis, meios de comunicação. É um grande “vozerio, corrente ininterrupta de vozes que flui desde tempos imemoriais, e que continuará fluindo” (SCLIAR, 1996, p. 7-8).

Portanto, a História da Medicina não é apenas focada na ação dos médicos, mas também nas ideias que os guiam. Ela estuda as relações humanas e os diversos sistemas em que a Medicina se inseriu – mágico, religioso, filosófico, teológico e científico. Contudo, por representar, antes de tudo, um aspecto da civilização de determinado período, é necessário conhecer e compreender as demais manifestações dos seres humanos – filosofia, literatura, arte e música (GUSMÃO, 2003).

Dentro deste contexto humanístico da Medicina, bem como da sua história, é inegável a importância do médico Ivolino de Vasconcellos, ao falarmos de pioneirismo na História da Medicina no Brasil. O médico via a Medicina como arte, na qual a classe médica deveria procurar sempre a perfeição de suas ações dentro desta ciência. Para tanto, era mister “alicerçar a cultura médica nos ensinamentos da História da Medicina, que deveria ser progressivamente encarada como arte, escola de pesquisa e ciência encantadora (grifo do autor)” (AMOROSO, 2017, p. 14).

Uma das principais características do homem pioneiro é acreditar em suas ideias. E assim foi Ivolino de Vasconcellos, estruturando e disseminando as diversas formas de fazer a História da Medicina, quer seja no Instituto Brasileiro de História da Medicina (IBHM), na Revista Brasileira de História da Medicina (RBHM) ou na luta para a inserção deste conhecimento no ensino superior, tendo sido o precursor para a formação da Sociedade Brasileira de História da Medicina.

2 SINOPSE BIOGRÁFICA DE IVOLINO DE VASCONCELLOS

Nascido em 5 de junho de 1917, Ivolino de Vasconcellos graduou-se Doutor em Medicina pela Faculdade Fluminense de Medicina, em 1939. Dez anos depois, concluiu seu doutoramento em direito pela Faculdade de Direito do Rio de Janeiro (MENDONÇA; NICOLINI, 2007).

De acordo com Amoroso (2007), em 1949, ingressou como docente-livre de Clínica Médica, na Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil, com a tese Síndrome de Korsakoff. Ministrou cursos de História da Medicina, como extensão universitária, na mesma instituição, criando por fim, a cátedra de História da Medicina, exercendo papel de excepcional destaque. Foi galardoado, em 1941, pela Academia Nacional de Medicina (ANM) e, em 1951, pela Academia Brasileira de Letras.

Fundador do Instituto Brasileiro de História da Medicina (IBHM), Ivolino foi presidente dessa instituição até seu falecimento. Participou dos Institutos de História da Medicina do Pará, Maranhão, Pernambuco, Bahia, Minas Gerais, São Paulo, Paraná, Rio Grande do Norte, além das Sociedades de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro e São Paulo, Sociedade Brasileira de Medicina Social e do Trabalho, Associação Brasileira de Imprensa e do Instituto Histórico Geográfico Brasileiro.

Neste último, em 1953, foi eleito sócio efetivo, e em 1988, passa a benemérito. Também foi membro das Sociedades de História da Medicina da Alemanha, Argentina, México, Peru e Roma, e sócio correspondente dos Institutos Históricos e Geográficos do Pará, Maranhão, São Paulo e Bahia, e das Academias Fluminense de Letras e Pernambucana de Letras (AMOROSO, 2007).

Tuoto (2006) refere que Ivolino foi muito profícuo, com uma produção de mais de 200 artigos, entre periódicos nacionais e estrangeiros, com temas sobre Medicina Clínica, História da Medicina e Medicina Social, tornando-se personalidade de grande relevância para que o Brasil se tornasse conhecido internacionalmente pelos estudos de História da Medicina, além de ter sido grande incentivador para o estudo nesta área. Fundou a Revista Médica Brasileira e a Revista Brasileira de História da Medicina (RBHM) e, em 1964, lançou coletânea dos artigos de sua autoria, publicados na RBHM entre 1949 e 1964, com o título *Asclépio Historiador*. Em 1951, lançou o livro *Francisco de Castro*, que é premiado pela ABL (AMOROSO, 2007).

3 O INSTITUTO BRASILEIRO DE HISTÓRIA DA MEDICINA

Ivolino dizia que "(...) a Medicina sem História – fugindo ao próprio passado e negando, portanto, as suas origens, seria a mais fantástica e inconcebível de todas as ficções..." (AMOROSO, 2007, p. 266). Portanto, baseando-se neste preceito, fundou, em 30 de novembro de 1945, o Instituto Brasileiro de História da Medicina (IBHM), que, posteriormente, tornou-se sede da Federação Nacional de História da Medicina e Ciências Afins, ambas criadas logo após a Segunda Guerra Mundial, colocando Ivolino de Vasconcellos como personagem principal deste trabalho (AMOROSO, 2007).

Amoroso (2007) conta que Ivolino, nos editoriais dos eventos organizados pelo Instituto, sempre apontava a importância do IBHM para o campo da História da Medicina e seu papel pioneiro, consagrando a data de fundação do Instituto como o "Dia da História da Medicina". Eventos, desde congressos nacionais a pan-americanos, palestras e visitas a monumentos de médicos ilustres, além de diversas outras ações, elevaram o nome do Instituto, como as que mencionamos nos dois parágrafos seguintes:

- Solenidade do plantio de dois exemplares da "Árvore de Hipócrates" no Brasil, em 13 de junho de 1954, quando da comemoração da fundação do Jardim Botânico do Rio de Janeiro, há 146 anos (BRASIL, 1954). Os espécimes foram oferecidos pelo Governo Grego ao IBHM. Ivolino, como presidente, cede "(...) um deles ao Jardim, para o enriquecimento das coleções de plantas vivas, confiando ainda, à guarda dessa Instituição, o outro exemplar, até que possa transplantá-lo para lugar definitivo" (BRASIL, 1954, p. 222).

- Tentativa de instituir o "Dia do Médico" no dia cinco de agosto, data de aniversário de Oswaldo Cruz, maior sanitarista e fundador da Medicina Experimental no Brasil. Ideia e moção foram apresentadas ao IBHM por Ivolino de Vasconcellos, em 30 de julho de 1957. Tal ideia foi transformada em Projeto de Lei 3512 de 1957, aclamada e acolhida por todos os setores da opinião pública nacional (BRASIL, 1957). Mas, tal ideia não vingou, já que a data dedicada aos médicos é comemorada no dia 18 de outubro.

O Instituto era formado por médicos que entendiam a História da Medicina como elemento principal de uma Medicina que é arte, que sempre tenta atingir a perfeição. Seguindo este pensamento, a História da Medicina também possuía papel de extrema importância na formação médica. Essa importância residia nas proposições éticas fundamentais para a construção de um médico e foi nelas que as ações do Instituto se fundamentaram em todas as vertentes de trabalho (AMOROSO, 2017).

Segundo Amoroso (2007), as atividades do Instituto perduraram até a década de 1970, contudo, houve progressivo declínio nos anos 80 até o falecimento de Ivolino de Vasconcelos, em 28 de janeiro de 1995.

4 A REVISTA BRASILEIRA DE HISTÓRIA DA MEDICINA

A Revista Brasileira de História da Medicina (RBHM) foi lançada, em 1949, pelo IBHM e objetivava impulsionar a produção na área da História da Medicina, bem como o crescimento e consolidação do campo no Brasil, além de registros históricos sobre o Instituto e a Federação. O primeiro número foi considerado um 'experimento' por seus editores, mas, desde então, já atraiu a atenção de personalidades dos estudos sobre História da Medicina (AMOROSO, 2017).

Em artigo dos autores Mendonça e Nicolini (2007), a Revista foi a precursora na disseminação de artigos sobre História da Medicina no Brasil. Importante destacar sua produção historiográfica que, ao longo de 15 anos de existência, publicou 103 artigos, além da edição especial referente ao biênio 1969-1970. Muitos dos artigos derivavam das palestras e debates ocorridos nas seções do Instituto, que ocorriam mensalmente, quase sempre no salão nobre da Policlínica do Rio de Janeiro. Sua periodicidade teve grande variação durante os anos: trimestral até julho de 1956; mensal até 1958; bimestral, com pequenas variações, de 1959 até 1963 e, por fim, uma única edição no biênio 1969-1970.

Segundo Amoroso (2007), Ivolino escreveu e publicou, no período de vigência da RBHM, 53 artigos, correspondendo a 52% da produção total da Revista. Nos seus textos, observa-se uma veia biográfica de exaltação dos vultos da Medicina, brasileira e mundial. Para seus trabalhos, o médico utilizava fontes primárias como "arquivos de família, livros de ordens régias, teses médicas, relatórios, coleções de jornais, monografias, nada desprezando" (AMOROSO, 2017, p. 15).

Para envio dos artigos para publicação, a RBHM possuía orientações de padronização que denotada, já àquela época, o cuidado com a produção científica que a Revista divulgava. Por exemplo, os artigos originais deveriam ser datilografados em espaço duplo, resumo em português e, se possível, em outras línguas vivas. Deveriam estar acompanhados pelo autógrafo do autor, em tinta preta e papel branco, porque havia a confecção de clichê. Trabalhos publicados na revista poderiam ser transcritos desde que indicada a fonte seguindo a norma do Index Medicus (autor, título, nome abreviado da publicação, volume, página, mês, se possível o dia, e ano). Era exigido que o título da revista fosse citado da seguinte forma: Rev. Bras. Hist. (MENDONÇA; NICOLINI, 2007).

Amoroso (2007) relata que a RBHM se destinava a publicação de artigos em História da Medicina, mas também divulgava suas reuniões, solenidades, palestras realizadas pelo IBHM, além dos outros institutos da Federação. Sua temática principal eram os nomes e fatos marcantes da Medicina no Brasil.

5 A CÁTEDRA DE HISTÓRIA DA MEDICINA

Gusmão (2003) conta que a grande relevância e importância da Medicina aguçou o interesse de Heródoto (485 a.C.-425 a.C.), historiador grego conhecido como Pai da História, e de Hipócrates (460 a.C.-377 a.C.), médico grego conhecido como Pai da Medicina. Portanto, a História da Medicina é tão antiga quanto as artes de Asclépio, deus da Medicina, e de Clío, musa da História. A História da Medicina é, portanto, a reconstrução do passado da ciência médica:

Na Coleção Hipocrática, uma das raras obras científicas do período pré-socrático conservadas, consta a primeira obra escrita sobre História da Medicina, intitulada Da medicina antiga, na qual afirma: "na arte médica é fundamental o princípio de que as conquistas, que constituem o patrimônio do passado, devem servir de base às investigações do presente" (GUSMÃO, 2003, p. 146).

Com a fala de Hipócrates na sua obra *Da medicina antiga* e baseado na tríade conceitual da Medicina - histórica, filosófica e ética -, a História da Medicina integra disciplina indispensável à cultura e completa a formação da mentalidade médica. Gusmão (2003) diz que a História da Medicina é indispensável para aquele que deseja a dupla perfeição: do homem culto e do técnico intelectualmente ambicioso. Logo, é instrumento vital para a formação ética e humanista do profissional da área médica, celebrando os grandes nomes e realizações do passado.

Tendo como base este entendimento, o IBHM possuía em seu quadro de componentes, o médico Mário Pinotti e o ex-deputado federal Jaeder Albergaria, dando-lhe atuação no campo político de apoio à História da Medicina, inclusive com o movimento na luta para tentar criar a cátedra em História da Medicina na Faculdade Nacional de Medicina (AMOROSO, 2007).

A historiografia médica teve seu início com a criação, em 1832, da Cadeira de Higiene e História da Medicina, nas duas Escolas Médicas do Império, as faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro. Contudo, a disciplina durou até o ano de 1891, quando foi desativada devido a uma reforma do ensino na Primeira República (SILVA, 2012).

Nesse contexto, Silva (2012) relata que a luta de Ivolino pela inclusão da cátedra de História da Medicina na grade curricular da Faculdade Nacional de Medicina, tem sucesso em 1947, quando a disciplina é inaugurada e da qual foi livre-docente. Aliás, sobre a História da Medicina, Ivolino defendia que:

A História da Medicina constitui, em verdade, uma das vigas mestras do correto aprendizado científico desta magna ciência. Parafrazeando Cícero, que definiu "A História é a mestra da vida", poderemos afirmar que a História da Medicina é a Mestra das Artes Sanitárias... Qual a finalidade suprema dos estudos históricos, senão a aspiração em prol do contínuo aperfeiçoamento, e, nesse sentido, através da história das idéias e das grandes figuras que a ilustraram, pelo saber e pela ética, a consagração dos superiores modelos da deontologia médica? (AMOROSO, 2005, p. 7).

Mendonça e Nicolini (2007) relatam que Ivolino chegou a ministrar um curso de extensão nesta mesma faculdade, tendo sua aula inaugural no dia 18 de março de 1947, versando sobre "A evolução dos estudos de história da medicina no Brasil".

6 CONGRESSOS BRASILEIROS DE HISTÓRIA DA MEDICINA

O IBHM, tendo Ivolino de Vasconcellos como presidente, foi responsável pela realização dos três primeiros Congressos Brasileiros de História da Medicina, em 1951, 1953 e 1958 (TUOTO, 2006). Porém, com a sua morte, os Congressos foram interrompidos.

Portanto, foram realizados o primeiro, o segundo e o terceiro congressos e, graças à fundação da Sociedade Brasileira de História da Medicina (SBHM), em 1997, tais eventos foram retomados. Respeitando a numeração já existente, o quarto congresso aconteceu em 1999, na cidade de São Paulo, tendo sido organizado pela SBHM, com apoio da Associação Paulista de Medicina.

Desde então, os congressos da SBHM vêm acontecendo anualmente, em vários estados do Brasil, como Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Minas Gerais, São Paulo, Piauí, Maranhão, Tocantins e Amazonas. Neste ano, de 2017, acontecerá o XXII Congresso Brasileiro de História da Medicina, na cidade de Caxias do Sul, no Rio Grande do Sul.

7 CONCLUSÃO

Os caminhos de Ivolino de Vasconcellos se confundem com a estruturação da História da Medicina no Brasil. Com dedicação e responsabilidade, vendo a Medicina como arte, foi trilhando essa construção com a fundação do Instituto Brasileiro de História da Medicina, da Revista Brasileira de História da Medicina e com a sua luta para instituir a cátedra de História da Medicina.

Pelos seus feitos, o colocou em evidência no campo da História da Medicina. Ele entendia que deveríamos falar dos grandes nomes do passado, pois era nossa responsabilidade manter vivas tais histórias. E, como nas palavras de Almeida (1954), que diz "(...) O culto aos grandes vultos do passado não apenas enobrecer como representa a melhor forma de incentivo aos novos (...)", construir um percurso histórico sobre as ações de Ivolino de Vasconcellos, é, antes de tudo, um dever de exaltação ao Homem que foi e ao que representa para a História da Medicina Brasileira.

Graças a Ivolino de Vasconcellos existe, hoje, uma Sociedade Brasileira de História da Medicina estruturada e atuante. Graças ao seu pioneirismo, são realizados, anualmente, congressos que reúnem estudiosos e estudantes que buscam a História da Medicina como forma de exaltar a arte médica e humanizar a vivência no campo da Medicina. Graças ao seu incansável trabalho temos, hoje, em inúmeras instituições de ensino médico, a História da Medicina como disciplina, ou como foco de trabalhos, ou como tema central de pesquisas e estudos em diversos grupos e fóruns.

Certamente, se vivo fosse, Ivolino de Vasconcellos teria motivos para se orgulhar do seu legado e para celebrar seu pioneirismo, que tantos frutos gerou – e continuará gerando – ao longo dos anos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) SCLIAR, M. **A paixão transformada: história da medicina na literatura**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- (2) GUSMÃO, S. **História da Medicina. Evolução e Importância**. Rev Med Minas Gerais 2003; 13(2):146-52. Disponível em <file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/vq13n2a17.pdf>. Acessado em 2 de junho de 2017.
- (3) AMOROSO, M. H. B. **A importância de Ivolino de Vasconcellos e do IBHM na consolidação da historiografia médica brasileira**. Revista Cantareira. 6ª edição on-line. Disponível em <http://www.historia.uff.br/cantareira/v3/wp-content/uploads/2013/05/e06a03.pdf>. Acessado em 18 de junho de 2017.
- (4) MENDONÇA, A; NICOLINI, G. B. **Revista Brasileira de História da Medicina, pioneira da historiografia médica. História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.269-284, jan.-mar. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v14n1/13.pdf>. Acessado em 2 de junho de 2017.
- (5) AMOROSO, M. H. B. **Diálogos entre Clío e Asclépio: Ivolino de Vasconcellos e a Revista Brasileira de História da Medicina**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.259-268, jan.-mar. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v14n1/12.pdf>. Acessado em 18 de junho de 2017.
- (6) TUOTO, E. A. **Ivolino de Vasconcelos (Biografia)**. In: **Biografias Médicas by Dr Elvio A. Tuoto** (Internet). Brasil, 2006. Disponível em <http://medbiography.blogspot.com.br/2006/12/ivolino-de-vasconcelos-incl-selo-stamp.html>. Acessado em 2 de junho de 2017.
- (7) BRASIL. Ministério da Agricultura. **A “Árvore de Hipócrates”**. Rodriguésia. Revista do Jardim Botânico - fundada em 1935. Anos XVI e XVII, números 28 e 29, p. 222, dez. 1954. Disponível em <http://rodriguesia.jbrj.gov.br/FASCICULOS/Revistas%20escaneadas%20pela%20Biblioteca/per144398_1954_016_17_028_29.pdf>. Acessado em 10 de junho de 2017.
- (8) BRASIL. Ministério da Agricultura. **Projeto de Lei, número 3512, 21 de novembro de 1957**. Institui o “Dia do Médico” a celebrar-se anualmente a 5 de agosto, data natalícia de Oswaldo Cruz. Disponível em <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=F54CD87D507A27FEE9EFEC8773A89804.node2?codteor=1210470&filename=Avulso+PL+3512/1957>. Acessado em 07 de julho de 2017.
- (9) SILVA, R. O. **Sair curado para a vida e para o bem. Diagramas, linhas e dispersão de forças no complexo nosoespacial do Hospital de Caridade Juvino Barreto (1909-1927)**. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós-graduação em História, Natal, 2012. Disponível em <https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/16971/1/RodrigoOS DISSERT.pdf>. Acessado em 15 de junho de 2017.
- (10) AMOROSO, M. H. B. **Ivolino de Vasconcellos e a Revista Brasileira de História da Medicina: um estudo de caso sobre a historiografia da medicina no Brasil (1949-1970)**. ANPUH – XXIII Simpósio Nacional de História. Londrina, 2005. Disponível em <http://anais.anpuh.org/wp-content/uploads/mp/pdf/ANPUH.S23.0757.pdf>. Acessado em 20 de junho de 2017.
- (11) ALMEIDA, M. O. **A propósito do jubileu de Miguel Couto**. Revista Brasileira De Medicina [Rev Bras Med] 1954 May; Vol. 11 (5), pp. 375-7.

MEDICINA LEGAL: DESVENDANDO CRIMES

Ana Cássia Gonzalez dos Santos Estrela, discente do curso de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos, anagonzalezestrela@gmail.com.
Lígia Aurelio Vieira Pianta Tavares, discente do curso de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos.
Daniel Pinheiro Hernandez, docente do curso de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos.

Medicina Legal: "É o conjunto de conhecimentos médicos e para médicos, destinados a servir ao direito e cooperando na elaboração, auxiliando na interpretação e colaborando na execução dos dispositivos legais no seu campo de ação de medicina aplicada."¹



Figura 1: Ambroise Paré, Pai da Medicina Legal. Nasceu em 1510 e faleceu em 1590 na França.

Fonte: Professor Reginaldo Franklin – Medicina Legal

A história da Medicina Legal por períodos:

Período Antigo: Os povos não possuíam laços sociais e tinham uma legislação que se inspirava na barbárie das primeiras idades. A lei participava da religião.²



Figura 2: "A morte de César", óleo de Vincenzo Camuccini, 1798.

Fonte: Museo Nazionale Di Capodimonte Italy

Período Romano: Os imperadores julgavam muitas coisas relativas ao estado civil e aos problemas de ordem moral. Antístio, médico, examinou as muitas feridas do cadáver de Júlio César e declarou apenas uma delas mortal. As necropsias, por respeito ao cadáver, eram proscritas.²



Figura 3: A Lição de Anatomia do Dr. Tulp foi pintada em 1632 por Rembrandt Harmenszoon Van Rijn
 FONTE: Museu Maurithshuis

Idade Média: Nesse período houve uma contribuição mais direta do médico ao Direito. Carlos Magno, que estabelece que os julgamentos devem apoiar-se no parecer dos médicos.²



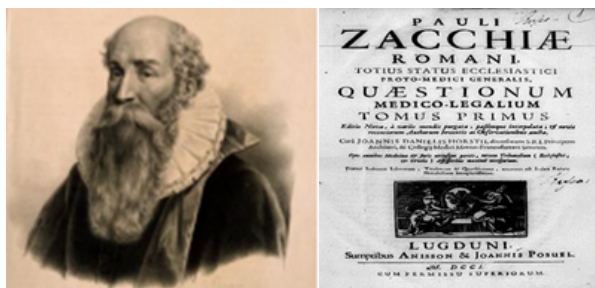
Figura 4: "Imperador Carlos Magno", por Albrecht Durer (1511-1513)
 Fonte: Museu Nacional Germânico

Período Canônico: Em 1521 foi necropsiado o cadáver do Papa Leão X por suspeita de envenenamento. Finalmente, em 1575 surge o primeiro livro de Medicina Legal de Ambrósio Paré e a França aclama o autor como o pai da Medicina Legal.²



Figuras 5 e 6: "Jean-Baptiste Bertrand" - Ambroise Paré atendendo a un enfermo (s. XIX) e seu Livro de Medicina Legal
 Fonte: Museo Nazionale Di Capodimonte Italy

Período Moderno: Em 1621, Paulo Zacchias publica o verdadeiro tratado da disciplina: "Questiones Médico Legales". Desde então a Medicina Legal foi evoluindo em todos os países até atingir a especialização que hoje apresenta apoiando juízes e legisladores sempre que necessário se faça.2



Figuras 7 e 8: - Paulo Zacchias e seu Livro: Quaestiones médico-legales, tome I, édition du 1701
Fonte: Wikipedia

A HISTÓRIA DA MEDICINA LEGAL NO BRASIL:

1ª Fase: Estrangeira: Na época colonial, a Medicina Legal Nacional foi decisivamente influenciada pelos franceses e, em menor escala, pelos italianos e alemães. A base primordial nesta fase era a Toxicologia. **2ª Fase:** Agostinho de Souza Lima: 1877 começa o ensino prático da Medicina Legal, havendo tentativas de interpretação dos fatos à luz das leis brasileiras. **3ª Fase** de Nacionalização: Começa com Nina Rodrigues que criou uma escola original na Bahia e que se seguiram outras escolas no Rio de Janeiro, São Paulo etc., onde surgiram vários nomes entre os quais destacamos Afrânio Peixoto, Flaminio Fávero, Hilário Veiga de Carvalho, Hélio Gomes, Sampaio Dória etc.3



Figura 9: Retrata as fases da Medicina Legal no Brasil
FONTE: CROCE,20127

MEDICINA LEGAL EXERCE SUA INFLUÊNCIA DIRETA:

Medicina Legal Judiciária: concentra-se nos assuntos gerais relacionados ao Direito Penal, ao Direito Civil e ao Direito Processual Civil e Penal; Medicina Legal Profissional: relacionada com os direitos e deveres dos médicos; Medicina Legal Social: na hipótese, a Medicina Legal Trabalhista, a Medicina Legal Securitária e a Medicina Legal Preventiva. Na criminologia, a Medicina Legal é uma ciência auxiliar do Direito Penal e Processual Penal, de grande importância na investigação dos mais variados delitos, sobretudo aqueles contra a vida, a integridade física, a liberdade sexual e tantos outros crimes. No tocante ao Processo Penal, nas infrações que deixam vestígios a Medicina Legal figura como de fundamental importância para o esclarecimento do fato, sendo que sem uma perícia não há como se chegar a uma certeza absoluta ou relativa da verdade real. GRECO (2017), em "Medicina Legal à Luz do Direito Penal e do Direito Processual Penal", é com a Medicina Legal que o Processo Penal consegue desvendar mais de 90% (noventa por cento) dos casos criminais.⁴

IMPORTÂNCIA DO MEDICINA LEGAL: DESVENDANDO CRIME:

A importância da medicina legal resulta da própria gravidade dos interesses que lhe são conferidos; não é exagero dizer que a honra e a liberdade e até a vida dos cidadãos pode depender de suas decisões. Contribui do ponto de vista médico para a elaboração, interpretação e aplicação das leis. O estudo da Medicina Legal é de real importância tanto para os operadores do direito quanto para os médicos. Os primeiros devem ter conhecimento da matéria para principalmente, saberem pedir, formular os quesitos duvidosos e, muito mais, saberem interpretar os laudos periciais, isto é, aquilo que o médico respondeu. Para os médicos bastam conhecimentos mínimos básicos, doutrinários, não necessitam saber técnicas e métodos complicados que só interessam aos peritos, analistas, tecnólogos, sexologistas etc.² A Medicina Legal se ocupa de todas as questões relacionadas com as leis penais, civis e trabalhistas, para cujas soluções sejam necessários conhecimentos das ciências médicas. Esta ciência pode decidir questões sobre a honra, a liberdade e até a vida dos cidadãos, questões que afetam o homem desde sua concepção até depois de sua morte. Estuda ainda a capacidade, a responsabilidade, os crimes, os defeitos do depoimento, a identidade, a natureza jurídica da morte etc.⁶

Sendo assim, a Medicina Legal estabelece o vínculo entre o fato biológico e as consequências jurídicas resultadas por ele, sendo considerada uma relação de causa e efeito, pois cronologicamente a causa sempre antecede ao efeito. A designação legal desta ciência indica que, além de cumprir sua nobre missão, também auxilia e complementa as ciências jurídicas e sociais.⁷ Os primeiros indícios sobre o exame pericial em locais de crime foram constatados na China, como também as primeiras distinções de lesões em vida e post mortem.⁸ Ainda conforme o mesmo autor, no período romano, há relatos da identificação de ferimento letal na necropsia de Júlio César, o qual foi utilizado o exame necroscópico para a identificação da causa da morte. Sua aplicação é ampla nos ramos do Direito Penal e Processual Penal, produzindo laudos periciais para os crimes que deixam vestígios, e utilizada em menor escala, mas não menos importante, no Direito Civil e Processual Civil.

TANATOLOGIA FORENSE

Tanatologia Forense é a parte da Medicina Legal que se ocupa da morte e dos problemas médico-legais com ela relacionados, naquilo que possa interessar ao Direito.⁶

Conforme a própria etimologia que seu nome indica – tanathos, morte, e logos, estudo, ou seja, esta ciência aborda o diagnóstico da realidade da morte, a causa da morte (causa mortis médica), a maneira da morte (causa mortis jurídica), o mecanismo da morte, o momento em que ocorreu, assim como outros elementos relacionados ao óbito, restos mortais, e as evidências que transmitem.³

Bina (2014)⁸ define Tanatologia Forense como “a ciência que estuda a morte e os efeitos desta, destacando-se o estudo das fases da putrefação e decomposição do corpo”. E é por meio dela que o investigador perito médico poderá identificar informações relevantes como o local e data, precisamente, da morte de um indivíduo. O objeto de estudo da tanatologia não se restringe apenas à morte, mas sim à sua solução, dos efeitos imediatos aos mais tardios. O médico legista apresentará informações importantes na investigação criminal, como há quanto tempo se deu a morte, em quais condições, onde o corpo se encontrava, dentre outras particularidades.⁸ Concomitantemente a ela, a Antropologia Forense é aplicada para auxiliar na identificação humana, e nesta pesquisa foi relacionada à identificação de cadáveres em estado avançado de decomposição, segmentados, carbonizados e esqueletizados.⁹

Quanto à perícia criminal, por se tratar de prova técnico-científica, constitui a modalidade de prova mais próxima à verdade real. O laudo pericial do médico legista possui extenso valor probatório perante o juiz e seu convencimento, portanto, faz-se necessário que o perito possua amplo conhecimento acerca da Medicina Legal, bem como, os aspectos jurídicos que a ela concerne.¹⁰

O manual criado pela FBI (Federal Bureau of Investigation), padroniza as práticas adotadas para uma investigação, tornando-se referência mundial, dividindo tais práticas em cinco padrões distintos:

- 1) Chegada à cena do crime;
- 2) Documentação preliminar;
- 3) Avaliação da cena;
- 4) Processamento da cena;
- 5) Finalização da investigação da cena do crime.¹¹



Figura 10: Investigação de crime - Série CSI 2017
Fonte: Reprodução da TV.

CENA DO CRIME

1) LOCALIZAÇÃO DA CENA: (a) Primária - origem da primeira atividade relacionada ao crime; (b) Secundária - outros locais relacionados ao crime.

(2) TAMANHO DA CENA: (a) Macroscópica: todos os elementos que são visualizados na cena do crime sem auxílio de equipamentos específicos. Ex: o corpo, o esqueleto, o carro, o ambiente, etc.; (b) Microscópica: evidências físicas microscópicas encontradas na cena macroscópica. Por exemplo: resíduos de pólvora, traços de pelos e fibras, impressões digitais, etc.

(3) TIPO DE CENA. Ex: homicídio, roubo, agressão sexual, etc.;

(4) CONDIÇÃO DA CENA: organizada ou desorganizada. Tudo isso corresponde à integração da investigação da cena do crime com o exame e a coleta dos vestígios encontrados na forma e na base da investigação científica, correspondendo, por consequência, a uma Anatomia do Crime. Em “Investigação Criminal”¹¹, a palavra investigação deriva do latim ‘vestigare’, que significa perseguir ou descobrir. Em suma, uma investigação resume-se, então, na resolução dos casos em análise. Por fim, colhe-se em “Princípios e Prática em Criminalística”, de Inman e Rudin, que “uma cena de crime é um ambiente dinâmico. Quanto mais tempo passar, mais distante será a cena do crime da cena original. Não existe nada que possa ser feito para prevenir estas mudanças inevitáveis; porém, pode-se tentar minimizar a contribuição humana para essas alterações.



Figura 11: Atentado terrorista na Maratona de Boston 2019
Fonte: Fotos periciais – reprodução na TV

CASOS EM QUE A PERÍCIA FOI ESSENCIAL PARA SOLUCIONAR OS CRIMES

Foi o que aconteceu em casos famosos no Brasil, como o das mortes de Paulo César Farias e Suzana Marcolino. Graças à perícia, o caso não foi encerrado como crime passionnal seguido de suicídio. Diante da ausência de testemunhas, a morte da menina Isabella Nardoni não teria solução se não fossem as provas técnicas. Dizendo-se inocentes até o fim do julgamento, Alexandre Nardoni e Anna Carolina Jatobá, pai e madrastra, respectivamente, tiveram sua versão derrubada e foram condenados.

CASO PAULO CÉSAR FARIAS



Figura 12: Os corpos de Paulo César Farias e sua namorada, Suzana Marcolino da Silva, são encontrados na casa de praia de PC, em Maceió (AL) – 1996
Fonte: Fotos periciais – reprodução na TV

Em 23 de junho de 1996, o empresário e ex-tesoureiro da campanha de Fernando Collor de Mello à presidência da república, Paulo César Farias, conhecido como PC Farias, e sua namorada Suzana Marcolino foram encontrados mortos na casa de praia de PC, em Maceió. A primeira versão, dada pela polícia e corroborada pelo perito Fortunato Badan Palhares, era de que Suzana havia matado PC Farias e, em seguida, se suicidado. O motivo? Crime passionnal. O empresário estaria saindo com outra mulher, Cláudia Dantas. Em 1998, a equipe dos peritos Daniel Munhoz, da Universidade de São Paulo (USP), e Genival Veloso de França, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), contestou o laudo de Badan Palhares. De acordo com a nova perícia, tanto PC quanto Suzana teriam sido assassinados. Uma divergência crucial entre as perícias se refere à altura de Suzana. Enquanto a primeira afirmava que ela tinha 1,67 m; a segunda, 1,57 m. Não é preciosismo. A altura é essencial para saber se o tiro que matou o empresário poderia ter partido de Suzana ou não. Mas havia outras inconsistências. O revólver encontrado na cena do crime não tinha digitais. Se Suzana tivesse matado PC Farias e, depois, se matado, ela deveria estar com luvas nas mãos, o que não aconteceu. O perito Ricardo Molina, ao analisar as gravações das ligações do celular de Suzana, constatou a presença de uma terceira pessoa no local do crime. Fatos como a família Farias ter queimado o colchão e os lençóis onde estavam os corpos menos de 72h após o crime e os seguranças de PC não terem ouvido os tiros também provocaram dúvidas a respeito da versão de assassinato seguido de suicídio. Em 18 de novembro de 1999, a polícia encerrou o inquérito sobre a morte de PC e iniciou os então seguranças e o irmão do empresário, o ex-deputado Augusto Farias. Quase 16 anos depois, o caso ainda não foi julgado.¹²

Caso Isabella de Oliveira Nardoni, de 5 anos, foi morta na noite de 29 de março de 2008.



Figura 13: Tela de proteção do quarto da Isabella cortada.
Fonte: Fotos periciais – reprodução na TV.

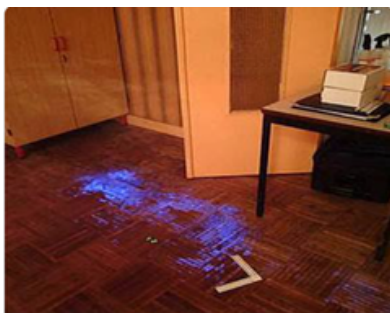


Figura 14: Marcas de sangue no quarto da Isabella.
Fonte: Fotos periciais – reprodução na TV



Figura 15: Marcas da tela de proteção na camisa do pai da Isabella
Fonte: Fotos periciais – reprodução na TV.

Isabella de Oliveira Nardoni, de 5 anos, foi morta na noite de 29 de março de 2008. A perícia concluiu que a menina foi atirada do sexto andar do prédio onde moravam o pai, Alexandre Nardoni, e a madrasta, Anna Carolina Jatobá, na Zona Norte de São Paulo. A versão do pai e da madrasta afirmava que alguém teria entrado no apartamento e jogado a menina pela janela. Segundo o casal, eles teriam chegado ao prédio naquela noite com Isabella e os dois filhos, Pietro e Cauã. Alexandre Nardoni teria subido primeiro apenas com Isabella, que estaria dormindo. Depois de deixar a filha na cama, ele teria voltado até a garagem para ajudar Anna Carolina com os dois meninos. Ao voltar para o apartamento, Alexandre teria encontrado a porta aberta, a tela de proteção cortada e a menina caída no jardim do prédio. Mas a perícia desmentiu tal versão: rastros de sangue foram encontrados na porta de entrada do apartamento do casal, na sala, no corredor e no quarto dos irmãos da menina. Havia sangue, também, na maçaneta, no carro da família, na tela de proteção e no parapeito da janela do quarto das crianças. A tela de proteção da janela estava cortada. Os laudos mostram que havia indícios de que Isabella havia sido espancada antes da queda. Não havia sinal de arrombamento do apartamento e nem de furto. A perícia revelou, também, que a menina não foi jogada pela janela agressivamente, mas de forma delicada, pelos pulsos. Havia marcas da mão e dos joelhos de Isabella logo abaixo da janela. A defesa dos Nardoni não contestou as provas técnicas, mas sustentou que elas não comprovaram a culpa do pai e da madrasta de Isabella. Após cinco dias de julgamento, o júri condenou o casal. Alexandre Nardoni foi condenado a 31 anos e Anna Carolina Jatobá, a 26 anos, em regime fechado.¹²

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. (GOMES, H. Medicina Legal. **Atualizador Hygino Hercules**. 33. ed. rev. e atual., Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 2004.
2. FRANÇA, G.V de. **Medicina Legal**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
3. VANRÉLL, J.P. **Manual de Medicina Legal (Tanatologia)**. 2. ed. Leme, SP: Editora de Direito Ltda, 2004.
4. GRECO, R.; DOUGLAS, W. **Medicina Legal – À luz do direito penal e do direito processual penal**. 13. ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2017.
5. BENFICA, F.S; VAZ, M. **Medicina legal aplicada ao Direito**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008.
6. CROCE, D.; CROCE J.R., D. **Manual de Medicina Legal**. 8. ed. SP: Saraiva, 2012.
7. BINA, R.A.F. **Medicina Legal**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.
8. ADEGAS, N. et al. **Tanatologia forense: a importância desta ciência como meio de prova pericial no âmbito jurídico**. Revista Matiz Matão (SP): Instituto Matonense Municipal de Ensino Superior. 2018.
9. HESS, K. et al. **Criminal Investigation**. Cengage Learning. 2016.
10. **GLOBOUNIVERSIDADE**. Disponível em: <globouniversidade/noticia/2012/03/relembre-casos-em-que-pericia-foi-essencial-para-solucionar-os-crimes.html>. Acesso em 14 nov. 2022.

MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: UM DOS PILARES DO SUS

Ana Cássia Gonzalez dos Santos Estrela, discente do curso de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos, anagonzalezestrela@gmail.com

Ligia Aurelio Vieira Pianta Tavares, discente do curso de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos.

Daniel Pinheiro Hernandez, docente do curso de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos

Como definir a Medicina de Família e Comunidade. Dada a organização ainda hegemônica, tanto dos sistemas de saúde quanto da subespecialização na área médica – ambas centradas na doença e com base hospitalocêntrica - sua definição ainda não se consolidou no senso comum, mas algumas versões inspiradas no chamado bom senso têm se destacado: “o médico de família e comunidade é aquele clínico geral antigo que ia na casa das pessoas” ou “o médico de família e comunidade é aquele que não se especializou em nada” ou ainda “é uma nova especialidade no Brasil”. Essas explicações, no entanto, são cercadas de ambigüidades e incorreções com as quais temos procurado interagir para reconstruí-las, buscando uma reflexão no rumo da experiência bem-sucedida de Medicina de Família e Comunidade em várias regiões do Brasil e em várias nações.¹

O século passado foi marcado pelo avanço da ciência e do crescimento de especialidades focais na prática médica. As análises que buscam explicar a crise da medicina e dos sistemas de saúde evidenciam que este crescimento exponencial da especialização focal não trouxe os benefícios esperados, apontando para a necessidade de redirecionar este modelo. A histórica Conferência de Alma Ata realizada pela OMS em 1978, é um marco em tal processo. A conferência definiu a Atenção Primária à Saúde – APS como estratégia para se atingir a equidade e a universalidade no âmbito dos sistemas de saúde. A APS e sua conceituação, ainda que suscitam discussões, trazem consigo quatro princípios fundamentais: primeiro contato/acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação.¹

Diversos autores apontam que a organização do primeiro nível dos sistemas de saúde, aqui denominada Atenção Primária, é de fundamental importância para o bom funcionamento do sistema de saúde como um todo.^{3,4} Em decorrência disso, a discussão sobre os mecanismos para formação e certificação dos médicos que atuarão nesse nível toma importância. É nesse cenário que a discussão de uma especialidade voltada para a formação de médicos de família se insere.

A MFC tem potencial transformador tanto no âmbito da prática médica quanto na formação de recursos humanos e no desenvolvimento de pesquisas, contribuindo para uma maior efetividade dessas áreas, inspiradas em bases mais humanas e comunitárias. Ela tem, também, assumido papel relevante principalmente na promoção da Atenção Integral à Saúde. Seus preceitos, conceitos e direcionamentos relacionam-se aos da Atenção Primária à Saúde (APS), de tal modo que é reconhecida internacionalmente como a especialidade médica de excelência da APS, sendo estratégica para o pleno desenvolvimento da mesma. Por isso, tem sido considerada, assim como a APS, uma especialidade médica com potencial estruturante para os Sistemas Nacionais de Saúde.¹

O CAMPO DE ATUAÇÃO DA MEDICINA FAMILIAR: A ATENÇÃO PRIMÁRIA

Apesar do termo médico geral ser secular, relacionado à prática médica realizada na Inglaterra, somente após a Segunda Guerra tornou-se a pedra angular do Sistema Nacional de Saúde naquele país, no início dos anos cinquenta do século passado.

Suas características básicas estavam relacionadas à ideia de se alcançar os pacientes precocemente no ambiente domiciliar, provendo cuidados contínuos, incluindo a prevenção das doenças, fossem elas de natureza mental ou física.

Nos EUA, a Medicina Geral alcançou o seu apogeu no início dos anos 40. À época, os médicos gerais representavam oitenta por cento de todos os profissionais em atividade. O declínio da prática geral está relacionado ao avanço científico da prática médica e à mudança do ensino médico proposto pelo relatório Flexner.

A origem das discussões e críticas sobre o declínio acentuado desta especialidade reportou-se ao movimento da Medicina Comunitária, que se insurge contra a hiperespecialização e como uma forma de resistência à ênfase dada ao modelo Flexneriano, que preconizava o estudo científico e parcializado do paciente estritamente no ambiente dos hospitais universitários. Aquele movimento, ao contrário, tinha uma preocupação com as demandas psicossociais dos pacientes e se constituiu em um movimento dentro das escolas médicas. Pressupunha-se que a prestação de cuidados de saúde aos indivíduos se desse em seu contexto epidemiológico e social. Assim se impunha o conhecimento das condições e necessidades de saúde e o seu manejo por meio de métodos e intervenções apropriadas sobre populações definidas e conhecidas.

O termo medicina familiar irá se fortalecer nos EUA, neste movimento de estruturação de uma nova especialidade, em oposição, e como uma reação à fragmentação gerada pelo incremento no número de especialidades e sub-especialidades médicas.⁵

As discussões sobre este tema têm enfatizado a necessidade de que todos os países adotem programas de pós-graduação, na modalidade de residência médica, em medicina de família. Sobre este assunto, o Grupo de Leeuwenhorst, reunido em 1979, faz a seguinte afirmação: todos os países deveriam produzir generalistas nos quais o povo possa ter completa confiança e isto não poderia ser alcançado sem que a qualidade e a duração do treinamento sejam comparadas com outros clínicos.

Uma nova vertente técnica e política para motivar o crescimento do interesse por esta especialidade foi o movimento da Atenção Primária à Saúde. Tanto é assim que, atualmente, existe um consenso, reconhecido mundialmente, tanto entre as corporações nacionais quanto as internacionais, que a Atenção Primária é o campo específico do trabalho a ser desenvolvido por este especialista. Contribuíram, ainda, para a ampliação do conceito de Atenção Primária e, por conseguinte, para a ampliação do papel do médico de família e comunidade dois movimentos históricos: a reformulação do sistema de saúde canadense, implantado a partir do informe Lalonde, de 1974, e as discussões de representantes de vários países no âmbito da Organização Mundial da Saúde, que gerou o movimento da Atenção Primária à Saúde (APS), e que culminou com a realização da Conferência de Alma Ata, em 1978.³

A OMS, a partir de Alma Ata, definiu a Atenção Primária como assistência essencial, baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, postos ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação, a um custo que a comunidade e o país possam suportar em todas e cada uma das etapas de seu desenvolvimento com um espírito de auto-responsabilidade e auto-determinação. A APS é parte integrante do Sistema Nacional de Saúde, que constitui a função central e o núcleo principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o Sistema Nacional de Saúde, levando o mais próximo possível a atenção à saúde no lugar onde residem e trabalham as pessoas, constituindo o primeiro elemento de um processo permanente de assistência à saúde.⁶

Conseqüentemente, novas definições e abordagens conceituais foram sendo agregadas ao longo da história, sem uma oposição entre elas, como por exemplo: tipo de cuidado prestado por determinados médicos (médico de família, médico internista, médico generalista, pediatra, gineco-obstetra); conjunto específico de ações relacionadas à assistência de doenças ou afecções mais comuns; nível de assistência do sistema de saúde, considerada de primeiro nível; porta de entrada ou primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde; estratégia de reorganizar o sistema de saúde por meio do enfoque comunitário, com prioridade de alocação de recursos na comunidade em lugar de hospitais; conjunto de atributos gerenciais que garantem a acessibilidade, a integralidade, a coordenação, a continuidade e a responsabilização do cuidado à saúde.⁴

Sob a denominação de Atenção Básica, setores do Ministério da Saúde do Brasil estiveram também empenhados em definir a Atenção Primária no contexto da reformulação do Sistema Único de Saúde. Sua definição é a mais abrangente possível, situando-a como reestruturante do sistema de saúde e locus privilegiado para a garantia da integralidade da assistência. Esta foi definida como um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação.⁷



Figura 1: Puérpera recebendo orientações em sua residência, pela Médica.
Fonte: Ministério da Saúde. Memórias da saúde da família no Brasil.



Figura 2: Médico e enfermeira em atendimento domiciliar, população ribeirinha
Fonte: Ministério da Saúde. Memórias da saúde da família no Brasil.

CARACTERÍSTICAS DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

“Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde com base em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Esses cuidados são parte integrante tanto do sistema de saúde do país, no qual ocupam a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.”³

As atribuições e os objetivos da prática de todo médico de família e comunidade envolvem dois elementos conflitantes, porém essenciais: identificar e resolver os problemas de saúde de cada pessoa individualmente e prestar um cuidado médico efetivo para a comunidade como um todo. A MFC tem-se desenvolvido, no mundo todo, como a opção mais eficaz para promover a mudança na abordagem aos problemas de saúde das pessoas (nível individual), das famílias (nível familiar), em grupos, em instituições e nas comunidades (nível coletivo). É um campo do conhecimento médico comprometido e orientado por princípios de atuação que rompem com a prática médica tradicional, centrada na doença, enfrentando efetivamente as dificuldades na prestação do cuidado à saúde dispensado hoje. O médico de família e comunidade é o profissional médico com vocação e formação específica para prestar cuidados na APS, ou seja, é especialista em manejar os problemas de saúde mais frequentes que acometem a população sob sua responsabilidade.⁸

O médico de família e comunidade age como defensor dos direitos, dos interesses e das necessidades das pessoas que atende e da população pela qual é responsável. Isso exige aspectos característicos em sua prática que o diferenciam dos demais especialistas no que se refere à relação clínica e à abordagem diagnóstica, que facilitam o desenvolvimento e fortalecem o vínculo com as pessoas. A primeira característica refere-se ao foco na prática, que, para o médico de família e comunidade, é na pessoa em sua integralidade, e não apenas na doença que ela traz. Soma-se a isso o atendimento às pessoas em vários cenários, incluindo o domicílio. A segunda característica está relacionada com a continuidade dos cuidados que o médico de família e comunidade presta às pessoas ao longo da vida, que são sustentados ao longo do tempo mediante repetidos contatos, caracterizando o que se chama de longitudinalidade, levando à construção de um conhecimento particular sobre as pessoas, sem deixar de ver os aspectos de seu universo. A terceira e a quarta características se relacionam com o estilo diagnóstico e a classificação diagnóstica dos problemas de saúde, pois a demanda do médico de família e comunidade apresenta-se em seus formatos iniciais por meio de queixas ou problemas de saúde na maioria das vezes inespecíficos, caracterizando sua atuação pela geração e pelo teste de hipóteses diagnóstica, classificando-as de modo pouco específico, o que faz a pessoa necessitar de repetidos contatos.⁹

A quinta característica tem relação com o momento da história natural das doenças, em que o médico de família entra em contato com as pessoas, vendo os problemas em seu início e ainda pouco definidos, o que exige raciocínio clínico apurado e estratégias de abordagem diferentes dos demais especialistas, que em geral recebem as pessoas com quadros mais definidos ou mesmo já diagnosticadas.

É importante o uso do tempo como elemento diagnóstico. Aqui também surge um novo fator, pois o médico de família e comunidade deve estar alerta e ser capaz de identificar precocemente sinais daquelas situações que exigem intervenção imediata ou que trazem risco de morte. Tais características da prática do médico de família e comunidade só terão validade se não estiverem dissociadas de princípios de atuação, por meio dos quais ele conseguirá contemplar todos esses aspectos da abordagem aos cuidados de saúde de uma pessoa.⁸



Figura 3: "The Doctor", de Sir Samuel Luke Fields, 1891.
Fonte: Fields.

OS PRINCÍPIOS DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Princípios são igualmente importantes na formação e na prática do médico de família e comunidade, servindo de base para o desenvolvimento de outras características de atuação mais específicas. Para que tais princípios sejam efetivamente empregados, ações devem ser realizadas em conjunto com sua equipe e a comunidade. Tais ações representam a MFC como área do conhecimento e como especialidade médica, possibilitando uma abordagem individual, familiar e comunitária com prestação do cuidado à saúde de forma integral, contextualizada e resolutive. Princípio I: O médico de família e comunidade deve ser competente no método clínico centrado na pessoa ao receber aqueles que buscam ajuda, devendo investigar suas queixas de maneira integrada, sensível e apropriada, demonstrando empatia e harmonizando a relação clínica. É essencial ser um especialista em conhecer profundamente os problemas de saúde que mais frequentemente acometem as pessoas no cenário da APS. Devendo ter um conhecimento especial da grande variedade de problemas das pessoas na comunidade, incluindo os menos frequentes, mas que ameaçam a vida, e as emergências tratáveis, em pessoas de todos os grupos etários. Sua prática clínica baseada no melhor conhecimento científico existente, mas saber adaptar esse conhecimento à sua realidade de atuação e às necessidades e condições de cada uma das pessoas que atende.¹⁰

Princípio II: A prática do médico de família e comunidade é influenciada significativamente por fatores da comunidade em que atua, o que determina que deva ser capaz de responder às necessidades das pessoas, corresponder às mudanças nessas necessidades, adaptando-se rapidamente às alterações na situação de saúde, e referenciá-las para os recursos apropriados às suas condições de saúde. Estando habilitado para lidar com a ambiguidade e a incerteza, em geral tendo de tomar decisões, realizar manejos e tratamentos sem ter a certeza diagnóstica. Atendendo pessoas com doenças crônicas, problemas emocionais, distúrbios agudos, sinalizando os menos graves e autolimitados até os que trazem risco à vida, contextos pessoais e familiares com problemas biopsicossociais complexos, estando inserido como parte de uma rede de prestadores de cuidados à saúde da população, habilitado para colaborar como membro ou coordenador de equipe.

Ele utiliza os recursos desta e da comunidade e referência para outros especialistas criteriosamente. O uso adequado do referenciamento é essencial para integralidade da assistência. Também trabalha na construção da rede social mediante participação intersetorial como forma de promover cidadania. Para tanto, deve conhecer o território no qual está inserido, os recursos e as instituições da comunidade, bem como saber utilizar as referências do sistema de saúde e os benefícios sociais. Esse compromisso do médico de família com as pessoas e a população sob seus cuidados não tem um ponto final determinado, independe da situação de doença e não cessa pela cura ou resolução do problema, em geral sendo definido em termos de relação interpessoal pelo indivíduo que busca ajuda. Ou seja, pode ser uma relação que não está condicionada a uma situação específica de saúde ou doença.⁹

Princípio III: O médico de família e comunidade é o recurso de uma população definida: A forma como o médico de família e comunidade se organiza para cuidar de sua população requer habilidade para avaliar novas informações e sua relevância para sua atuação no dia a dia, conhecimento e capacidade para examinar a eficácia do cuidado prestado às pessoas, aptidão para planejar e programar políticas que melhorem a saúde das pessoas e responsabilidade ao recomendar e defender políticas públicas de promoção da saúde para as pessoas e a comunidade; exige ainda condições para aceitar sua responsabilidade no sistema de saúde no uso sensato dos recursos, considerando as necessidades individuais e coletivas. O médico de família e comunidade deve ter postura crítica, cuidadosa e individualizada ao indicar ou adotar procedimentos curativos ou preventivos, evitando submeter as pessoas a riscos decorrentes de recomendações inadequadas (prevenção quaternária), devendo aproveitar todos os contatos com elas para promoção e prevenção à saúde. Uma sugestão é a de que se aproveite ao máximo cada consulta com a pessoa e se busque resolver tudo o que for possível, evitando retornos para procedimentos específicos, como renovar receitas, fornecer requisições de exames de controle etc.²

Princípio IV: A relação médico-pessoa é fundamental para o desempenho do médico de família e comunidade. autonomia das pessoas por ele atendidas. O médico de família e comunidade deve prestar cuidado continuado às pessoas, usando os contatos repetidos para construir seu relacionamento ao longo do tempo e para promover o poder curador de suas interações. A continuidade é fundamental e pode ser descrita em diversas dimensões: interpessoal, cronológica, demográfica (casa, hospital, trabalho), interdisciplinar (clínica, obstétrica, cirúrgica, psiquiátrica etc.) e informativa (registro). Contudo, na MFC, todas essas dimensões da continuidade podem ser traduzidas por “responsabilidade” do médico de família e comunidade para com as pessoas de sua população. “Essa relação longitudinal evolui para um forte vínculo entre médico e paciente e caracteriza-se pela lealdade, confiança e sentido de responsabilidade.” O relacionamento sempre adquire uma importância especial para as pessoas, suas famílias e o médico. Como resultado, o médico de família e comunidade torna-se um defensor da pessoa, de sua família e da comunidade.¹¹



Figura 4: Médica e enfermeira em atendimento domiciliar.
Fonte: Ministério da Saúde. Memórias da saúde da família no Brasil.

CONCLUSÃO:

Quando se recorda o marco histórico do médico de família e comunidade, é inevitável pensar neste profissional do século XIX que atendia a toda a família e que, por seu espectro de atenção cumpria um papel social e familiar que transcendia a medicina em si mesma. A Medicina de Família e Comunidade é a continuação e atualização desse histórico “médico de cabeceira”. Mas à diferença daquele, o profissional de hoje tem uma formação específica, renovada e fortalecida de acordo com as necessidades das famílias adscritas, que se desenvolve nos programas de residência e não somente nas experiências profissionais e da própria vida.

Para caminhar de forma consistente e qualificada para a consolidação da Atenção Primária no Brasil, é necessário incrementar e valorizar a formação de recursos humanos, com ênfase para o Médico de Família e Comunidade; disponibilizar recursos diagnósticos e terapêuticos adequados à prática resolutiva da APS; adequar a infra-estrutura físico-funcional das unidades; estabelecer mecanismos eficientes de referência e contra-referência e investir na educação permanente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.(ANDERSON, M.I.P. et al. **A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção primária à Saúde e o Ensino de Graduação: recomendações e potencialidades.** Revista Brasileira Medicina Família e Comunidade, v.3, nº 11. Rio de Janeiro. 2007
- 1.2.ANDERSON, M.I.P. et al. **Medicina de Família e Comunidade: especialistas em integralidade.** Revista APS, v.8, n.1. Rio de Janeiro. 2005.
- 1.3.OMS. WONCA. Fazer que a **Prática Médica e a Educação Médica sejam mais adequadas às necessidades das pessoas: a contribuição do Médico de Família.** In: CONFERÊNCIA CONJUNTA OMS-WONCA.Canadá.1994.
- 1.4.STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde.2002.
- 1.5.CAMPOS, C.E.A. **Os Princípios Da Medicina De Família E Comunidade.** Revista APS, v.8, n.2.Rio de Janeiro. 2005.
- 1.6.ZURRO, A. et al. **Compendio de atención primaria.** Madrid: Editora Haucourt, 2000.
- 1.7.BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para a organização da Atenção Básica.** Brasília, 1999.
- 1.8.LOPES, J.M.C.; DIAS, L.C. **Princípios da medicina de família e comunidade.** Fundamentos Medicina de Família e Comunidade. 2015.
- 1.9.OLIVEIRA, V.A. **Medicina De Família E Comunidade: Discussões Sobre Uma Especialidade Médica.** Universidade Federal de Belo Horizonte. Minas Gerais. 2007.
- 1.10.JANAUDIS, M.A. **Princípios da Medicina de Família: quatro pilares que definem sua identidade.** O Mundo da Saúde, São Paulo: 2010.
- 1.11.LOPES, J.M.C. et al. **Manual da oficina para capacitar preceptores em medicina de família e comunidade.** Florianópolis: SBMFC; 2009

MIGUEL COUTO, EXEMPLO DE COMPETÊNCIA E DEDICAÇÃO À MEDICINA

Cristina Espindola Sedlmaier, discente do curso de Medicina do UNIFESO, crisedlmaier@hotmail.com
Daniel Pinheiro Hernandez, docente do curso de Medicina do UNIFESO

1 INTRODUÇÃO

No campus Antonio Paulo Capanema de Souza, do Centro Universitário Serra dos Órgãos – UNIFESO, localizado no Alto de Teresópolis-RJ, encontra-se a Biblioteca do médico Miguel de Oliveira Couto, que foi cedida à Faculdade de Medicina de Teresópolis (FMT), em 1972. Ao entrar, pela primeira vez, naquele recinto, impressionam as enormes estantes que cobrem as paredes, com seu ar severo, guardando obras que são como joias raras e antigas. A mesa e a cadeira, que pertenceram ao grande médico, em local central, coroam o ar nobre e valoroso do ambiente. É impressionante imaginar! Nessa cadeira sentou-se Miguel Couto, onde realizava seus estudos e confeccionava seus trabalhos.

Os livros, em várias línguas e de diferentes anos, mostram seu refinado gosto pelas artes, pela literatura, e seu amor pela “segunda mãe da humanidade” como Miguel Couto definia a Medicina (NAVARRO, 1947, p. 12).

Para quem adentra aquela biblioteca, em meio aos livros e móveis que acompanharam uma vida dedicada à Medicina, se torna fácil entender a grande relevância dos trabalhos do médico Miguel Couto. Dotado de um indelével selo de bondade, amor à medicina e de “uma antevisão de vários problemas brasileiros de maior importância” (BARBOSA, 1968, p. 63), Miguel Couto possuía um espírito à frente do seu tempo.

Praças, ruas, bairros e hospitais receberam seu nome, após sua morte. Com isso, é inevitável a pergunta: quem foi Miguel Couto?

2 INFÂNCIA

Nascido em 1º de maio de 1865, no bairro da Saúde, na cidade do Rio de Janeiro, filho de Francisco de Oliveira Couto e de Maria Rosa do Espírito Santo, era o caçula de quatro irmãos. Aos cinco anos, perdeu o pai e sua mãe tornou-se seu grande esteio, trabalhando com sua máquina de costura, em Niterói, para sustentar a família (ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS, 2015).

Nessa época começou sua admiração pela Medicina, quando observava o médico Paulo Cesar de Andrade percorrendo o bairro pobre onde morava, exercendo sua arte e socorrendo quem necessitasse (NAVARRO, 1947). Barbosa (1968) afirma que, desde pequeno, e tendo como inspiração aquele dedicado profissional, Miguel Couto gostava de brincar de médico.

3 O CAMINHO À MEDICINA

Em 1883, graduou-se pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, segunda escola de Medicina do Brasil, fundada em 5 de novembro de 1808, e que hoje integra a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Nos dois últimos anos do curso médico, foi interno da Santa Casa de Misericórdia (ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS, 2015). Sua tese de doutoramento foi sobre A etiologia parasitária em relação às moléstias infecciosas (PUCCININI, 2004).

Concomitante com suas atividades clínicas iniciou sua carreira docente na FMRJ, em 1891, ao substituir, na cátedra de Clínica Propedêutica, o professor Francisco de Castro. Em 1896, ingressou na Academia Nacional de Medicina, como membro-titular, com o trabalho Desordens funcionais do pneumogástrico na influenza. Em 1914, foi eleito presidente da Academia Nacional de Medicina, cargo que ocuparia durante 20 anos, até a sua morte.

Em 1912, caracterizou, a partir de meticulosa observação de sopros cardíacos, a Síndrome de Miguel Couto. Iniciou, também, o tratamento do impaludismo com azul de metileno e fez pesquisas sobre o câncer e o beribéri (ENCARTA, 2002).

Em 1916, tornou-se membro da Academia Brasileira de Letras, ocupando a Cadeira número 40, quando sucedeu Afonso Arinos. Sua posse deu-se em 1919, tendo sido recebido pelo Acadêmico Mário de Alencar (ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS, 2015).

4 MIGUEL COUTO, O MÉDICO

Como médico, atendia tanto pobres quanto ricos – e da mesma forma –, muitas vezes fechando seu consultório, à Rua do Hospício, apenas à meia-noite (BARBOSA, 1968). Dedicou 49 anos à atividade clínica continuada, sempre atento às necessidades dos pacientes, mesmo os mais pobres. Sobre exercer a medicina nos bairros pobres, dizia que foi o período mais feliz da sua vida:

(...) durante os dez anos em que exerci a profissão em bairro pobre, entrando de casebre em casebre, de estalagem em estalagem, passando de morro a morro, apreciando o asseio que encobre a miséria, e o bom gosto que dissimula a nudez do abrigo, respirando o ar nobre, puro e santo da pobreza superior e digna. (...) (NAVARRO, 1947, p. 27).

Segundo Barbosa (1968), Miguel Couto deixou importantes trabalhos em diversas áreas da Medicina, contribuindo fortemente, desse modo, para o crescimento científico brasileiro, como se pode observar no Tratado sobre a Febre Amarela, escrito em parceria com Azevedo Sodré, e com sua posterior inclusão na Enciclopédia Médica de Nothnagel, obra alemã de 1901.

Couto afirmava que o médico entrava em uma família, para atendê-la, no primeiro dia, como um desconhecido. No segundo dia já se tornava um amigo e, no terceiro, já era o irmão mais velho, que aconselha nas horas amargas. Como características da profissão médica, ele relacionava qualidades, como a fé, a bondade, a ternura, o compadecimento, a simplicidade e a tolerância. “E como [o médico] conhece melhor do que ninguém a natureza do homem, a sua força moral nas sociedades não se mede, quando é para o semear de ideias, o cultivar de ideais e o fazer do bem” (COUTO, 1937, vol. 3, p. 147).

Dalmaso (2015), em biografia escrita para a Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (ACAMERJ) diz que, numa época em que a medicina possuía pobre arsenal científico e que havia muito empirismo, Miguel Couto começou a utilizar-se de acompanhamento anatomopatológico nos seus diagnósticos, marcando sua presença em âmbito nacional e internacional.

5 MIGUEL COUTO, O PROFESSOR

Sobre as lições de Couto, como professor no anfiteatro da Santa Casa de Misericórdia, Almeida (1954) diz que “(...) mereciam ser todas recolhidas, redigidas e publicadas. Os seus volumes, de lições de Clínica Médica, estão longe de representar o que ensina (...)”, isso devido à facilidade com que discutia sobre determinada patologia, a clareza e a fluidez com que ministrava suas aulas.

Miguel Couto entendia a propedêutica como a introdução à clínica médica. E, seguia dizendo que todas as outras matérias, que seriam aprendidas pelos alunos, apesar de preciosas e indispensáveis, não eram mais importantes que a propedêutica. “Em suma, propedêutica é a arte de examinar os doentes” (COUTO, 1917, p. 2).

Dizia que o aprendizado da Medicina pode ser comparado à entrada numa sala escura após estarmos ao sol. No início, tudo é incerto, escuro e nebuloso. Mas, com o tempo e treinando a visão, começamos a enxergar de forma mais clara e nítida, atentando aos detalhes (NAVARRO, 1947).

Na leitura de seus livros, de clínica médica, descobrem-se verdadeiras obras literárias. O professor Miguel Couto vai descrevendo os casos e doenças de uma forma elegante e clara. A sensação do leitor é de ouvi-lo nitidamente. Um exemplo é transcrito sobre o ateroma em pacientes com câncer: “Meus senhores, não há caso banal em clínica do qual se não extraia uma nota interessante (...)” (COUTO, 1917, p. 71).

Entendia o estudo como algo constante e diário, porque “(...) nossa sina é estudar, marchemos para o estudo (...). Ensinar é árduo, aprender não o é menos, mas a volúpia intelectual é a mesma de quem ensina e de quem aprende. Tudo enfim, é trabalho e o prazer que ele deixa não consente a fadiga.” (COUTO, 1938, vol. 2, p. 131).

Como docente, modernizou o ensino médico na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, trazendo, à Santa Casa de Misericórdia, mais precisamente à 7ª enfermaria, os exames laboratoriais, o exame radiográfico e o eletrocardiograma. Desta feita, dizia:

Não discuto se a medicina atingirá um dia o seu ideal de perfeição, de certeza e de verdade, e se o problema do diagnóstico, múltiplo e aleatório como é, chegará a receber em todos os casos uma solução matemática; mas, o que vos assevero é que todos os dias esse problema se simplifica à custa da multiplicidade, da complexidade e da variedade dos processos de exame (NAVARRO, 1947, p. 43).

6 MIGUEL COUTO, O CONSTITUINTE

Miguel Couto foi eleito deputado federal, pelo Rio de Janeiro, na Constituinte que elaboraria a Constituição de 16 de julho de 1933 (ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS, 2015).

Em relação à atividade de constituinte, que também exerceu com brilhantismo, dizia: “Jamais serei político, não vou ser deputado. Serei apenas constituinte, para procurar defender as minhas emendazinhas (...)” (NAVARRO, 1947, p. 133). Neste campo, destacou os riscos da colonização japonesa, presidindo, inclusive, em 1929, o 1º Congresso Brasileiro de Eugenia. No evento, promoveu discussões sobre os problemas dos imigrantes, passando pelos problemas inerentes à educação do povo brasileiro, até à defesa do Brasil sob o regime da instrução militar obrigatória (CONGRESSO BRASILEIRO DE EUGENIA, 1929). O congresso fez parte das comemorações do centenário da Academia Nacional de Medicina.

Na campanha antinipônica – que nada tinha de racismo, mas, sim, de nacionalismo – Miguel Couto alertava sobre o propósito, do governo japonês, de criar, no Brasil, o que ele chamava de “Shin-Nihon” – o novo Japão. Entre 1924-25, escreveu vários artigos que denunciavam esta pretensão, que foram publicados no noticiário O Jornal.

Sobre as questões contra a imigração nipônica em massa, Miguel Couto possuía, em sua biblioteca, vasto material que estudava, fazia anotações, assimilava e meditava. Suas preocupações, neste assunto, perpassavam as questões sobre a nacionalidade brasileira. Na epígrafe do livro Seleção Social, ilustra esse receio, da niponização brasileira:

Ainda não penetrou bem em todas as consciências, e torna-se necessário repetir monotonamente a cada hora, que a primeira riqueza de uma nação é o homem, o seu sangue, o seu cérebro, os seus músculos, e que ella está fatalmente condenada á decadência, quaesquer que sejam os tesouros que encerre, quando o homem que a habita não os merece (COUTO, 1942, epígrafe).

Em 1933, Couto apresentou projeto de emenda constitucional definindo, em 5%, a imigração anual possível dos asiáticos. Semanas mais tarde, ainda no mesmo ano, esse número – de imigração japonesa ao Brasil – teve o limite fixado em 2%, vedando, ainda, sua concentração em qualquer ponto do território nacional (OKAMOTO, 2010). Na Assembleia Nacional Constituinte, desenvolveu, portanto, sua campanha antinipônica. Não era contra a qualidade dos imigrantes japoneses, mas contra a quantidade. Temia tal imigração como uma invasão, como sendo uma expansão de territórios japoneses.

Nos seus livros *As Allocuções* (COUTO, 1923) e *A medicina e a cultura* (COUTO, 1932), – coletâneas de seus discursos na Academia Nacional de Medicina, proferidos entre 1913 a 1931 –, conseguimos entender a visão versátil de Couto sobre os diversos problemas nacionais, tanto que, para cada entrave apontado, propunha a solução, correspondente e plausível.

Sobre a defesa nacional, preconizava que o Brasil se armasse para poder se defender. Dizia que existiam dois tipos de serviço militar: durante a guerra e durante a paz. Com isso, defendia o serviço militar obrigatório, sobre o qual apresentou emenda, para a Constituição de 1934: serviço militar obrigatório, em tempo de guerra, e instrução militar durante a paz (NAVARRO, 1947).

Nesta mesma época, apresentou emendas importantes, tais como concurso para os cargos públicos civis e manutenção da Capital da República na cidade do Rio de Janeiro.

Após a morte de Miguel Couto, seu filho, Miguel Couto Filho (BARBOSA, 1968), relata que encontrou um projeto de lei, sobre a mesa do pai, que sugeria, ao governo brasileiro, comprar mil aviões e criar a reserva aérea brasileira. Enfatizava, também, a necessidade de os pilotos possuírem o devido brevê de aviador.

No campo da educação, Miguel Couto a apontava como um problema nacional e defendia sua reforma (JESUS, 2007). Também foi um tenaz defensor da Medicina Preventiva, afirmando que era necessário educar a população nas questões – que eram várias – de ordem preventiva, e que, para tanto, dever-se-ia ter o mínimo de instrução (COUTO, 1927). Sobre seus planos, neste campo, dizia que “Sem educação não há superioridade moral, e sem superioridade moral não há Pátria (...). Quanto mais os governos gastarem com os futuros pais, menos empregos terão que inventar para os filhos” (NAVARRO, 1947, p. 141).

Rocha (1997) relata que Miguel Couto colocou em evidência essa necessidade, de se pensar a questão educacional, que possibilitaria a prevenção dos problemas sociais. E, assim, seguia dizendo que “(...) a maior riqueza de uma Nação é o homem, o seu sangue, os seus músculos, o seu cérebro. E, se esse homem uma nação não o merece pela sua incultura, ela está fatalmente, destinada à ruína, destinada à destruição (...)” (COUTO, 1937, vol. 1, p. 238).

7 MIGUEL COUTO, PAI E ESPOSO

Era casado com Maria Barroso Jales Couto, conhecida como Dona Cotinha, com quem teve dois filhos (ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS, 2015). Sua esposa foi a sua grande colaboradora. Era ela quem fazia os cortes histológicos, de fígado ou do coração, para posterior análise na microscopia, cujas observações seriam, depois, incluídas no Tratado sobre a Febre Amarela.

Miguel Couto Filho relata que seu pai era extremamente carinhoso com os doentes. Contudo, maior carinho ainda ele tinha pela esposa e filhos. Homem simples, não gostava de dar trabalho a ninguém, mas contava com Dona Cotinha em tudo que fazia. Pela manhã, enquanto lia os jornais, era ela quem lhe fazia a barba. Quando das bodas de 25 anos de casamento, ao ganhar um colar de pérolas do esposo, Dona Cotinha o questionou sobre o valor dispendido, julgando-o muito caro. Couto, com carinho, respondeu; “Não é não. Eu contei todas as barbas que você fez: dá mais ou menos isso” (BARBOSA, 1968, p. 63). Assim era o Couto, que, infelizmente, muitos – inclusive médicos – até hoje desconhecem!

Pouco antes do seu falecimento, Miguel Couto comprou um terreno onde pretendia, posteriormente, construir apartamentos para ele e seus filhos. A ideia era construir o Edifício Miguel Couto. Ansiava morar junto dos filhos e não gostava da grande casa da Praia de Botafogo. Faleceu no dia 6 de junho de 1934, no Rio de Janeiro, porém, antes de concluir este projeto (BARBOSA, 1968).

Narrou-nos, há poucos dias, – precisamente na data de 31 de agosto de 2016 – nosso amigo Tito de Abreu Fialho, médico oftalmologista, membro da Academia Brasileira de Médicos Escritores (ABRAMES) e vice-presidente da Academia Brasileira de Medalhística Militar (ABRAMMIL), que, quando ainda menino, conheceu Miguel Couto. Fialho conta que Couto passou por ele e não parecia muito bem. Momentos depois, soube que aquele, que sabia apenas ser um médico, morreu em casa. Talvez Fialho tenha sido uma das últimas pessoas a olhar para Miguel Couto ainda vivo.

8 CONCLUSÃO

Devido aos seus feitos, Miguel de Oliveira Couto, recebeu o título de paraninfo da classe médica. A antonomásia se justifica, pois Couto estava sempre atento aos atos importantes da vida da classe, acompanhando e dirigindo o seu desenvolvimento. Sempre com discrição, modo reservado e sem rispidez.

Os caminhos de Miguel Couto foram construídos com muita dedicação, responsabilidade e amor ao que fazia. O seu entendimento, sobre o que era fazer Medicina, e, conseqüentemente, o que era ser médico, assim como sua empatia em relação aos pacientes, alunos e colegas, o colocou em evidência no campo do ensino da Medicina.

Apesar da origem pobre, e das grandes dificuldades pelas quais passou, utilizou seu contato com o sofrimento e a pobreza para entender o ser humano e o aplicou para tratá-lo de maneira digna e responsável, construindo uma forma de exercer a Medicina que pudesse chegar a todos. Em todos os textos lidos – para este breve relato –, sua marca sempre foi a bondade.

Construiu seu conhecimento nas bibliotecas a que tinha acesso e nas longas noites em claro. Das suas observações, na clínica, escreveu trabalhos e livros que foram utilizados por estudantes de medicina da época e reverenciados pelos seus pares, inclusive no exterior.

Em função disso, associado aos seus trabalhos e ações, Miguel de Oliveira Couto é considerado o maior clínico do Brasil. E deve ser lembrado como tal. A história nos remete a tais referências e nós, por nossa parte, temos a obrigação de citar e, principalmente, reverenciar pessoas como Miguel Couto.

Assim, com as palavras de Almeida (1954) que diz "(...) O culto aos grandes vultos do passado não apenas enobrece como representa a melhor forma de incentivo aos novos (...)", construir um percurso histórico sobre a vida de Miguel Couto, menino pobre, médico, professor e político, até chegar ao grande clínico brasileiro, é, antes de tudo, um dever de exaltação ao Homem que foi. Fonte de inspiração, deve ser lembrado como o médico que amava a profissão que escolheu, imprimindo sua marca de bondade e compaixão, e exemplo para as gerações de médicos e estudantes de Medicina.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. (1) NAVARRO, M. **Miguel Couto Vivo**. Rio de Janeiro: Editôra A Noite, 1947.
2. (2) BARBOSA, F. A. **Retratos de família**. 2. ed. Rio de Janeiro: Livraria José Olympio Editôra, 1968.
3. (3) ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS. **Miguel Couto. Biografia**. Disponível em <<http://www.academica.org.br/academicos/miguel-couto/biografia/>>. Acesso em: 21 dez. 2015.
4. (4) PUCCININI, W. J. **História da Psiquiatria. Higiene Mental e Imigração**. Psychiatry on line Brasil. Dezembro de 2004 - vol. 9 - nº 12. Disponível em <<http://www.polbr.med.br/ano04/wal1204.php>>. Acesso em: 21 dez. 2015.
5. (5) ENCARTA Encyplodedia 2002. **Miguel Couto**. Disponível em <<https://rogsil.wordpress.com/2009/06/12/miguel-couto/>>. Acesso em: 22 dez. 2015.
6. (6) COUTO, M. **Medicina e cultura. vol. 3. Rio de Janeiro**: Osmar Mano & Cia Editores, 1937.
7. (7) DALMASSO, A. **Biografia escrita pelo Acadêmico Arthur Dalmasso, da Cadeira nº 06, da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro**. Disponível em <<http://acamerj.org/index.php?caminho=academico.php&id=132>>. Acesso em: 22 dez. 2015.
8. (8) ALMEIDA, M. O. **A propósito do jubileu de Miguel Couto**. Revista Brasileira De Medicina [Rev Bras Med] 1954 May; Vol. 11 (5), pp. 375-7.
9. (9) COUTO, M. **Lições de Clínica Médica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Jacinto Ribeiro dos Santos Editor, 1917.
10. (10) COUTO, M. **Medicina e cultura. vol. 2**. Rio de Janeiro: Osmar Mano & Cia Editores, 1938.
11. (11) CONGRESSO BRASILEIRO DE EUGENIA. Rio de Janeiro, 1929. **Actas e trabalhos**. Rio de Janeiro: s. n., 1929. v.1. 342 p. 613.94 C76. reg. 8328/06 ex.3. Disponível em <http://docvirt.com/docreader.net/docreader.aspx?bib=AceBibCOC_R&pasta=Actas%20e%20trabalhos%20do%20Congresso%20de%20Eugenia&pesq=>. Acesso em: 21 dez. 2015.
12. (12) COUTO, M. **Seleção Social. Campanha Antinipônica. Rio de Janeiro**: Irmãos Pongetti Editores, 1942.
13. (13) OKAMOTO, M. S. **O discurso brasileiro sobre o Japão via França: imigração, identidade e preconceito racial (1860-1945)**. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Estudos Linguísticos, Literários e Tradutológicos em Francês, do Departamento de Letras Modernas, da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Letras. Disponível em <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8146/tde-21092011-154233/pt-br.php>>. Acesso em: 28 jun. 2016.
14. (14) COUTO, M. **As allocuções**. Rio de Janeiro: Tp. Besnard Frères, 1923.
15. (15) COUTO, M. **A Medicina e a Cultura**. Rio de Janeiro: Typ. do Jornal do Commercio Rodrigues & C., 1932.
16. (16) JESUS, W. F. O **"problema nacional": a história de uma emenda que transformou o financiamento da educação no Brasil**. Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos, Brasília, v. 88, n. 220, p. 477-495, set./dez. 2007. Disponível em <<http://rbep.inep.gov.br/index.php/rbep/article/viewFile/735/711>>. Acesso em: 27 jun. 2016.
17. (17) COUTO, M. **No Brasil só há um problema nacional: a educação do povo**. Rio de Janeiro: Editora Rodrigues & C., 1927.
18. (18) ROCHA, H. H. P. **Professora primária: uma missionária?** Revista de Educação. vol. 1, nº 2, 15-21. Disponível em <<http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/reveducacao/article/view/454>>. Acesso em: 27 jun. 2016.
19. (19) COUTO, M. **Medicina e cultura. vol. 1**. Rio de Janeiro: Osmar Mano & Cia Editores, 1937.
20. (20) COUTO FILHO, M. **Discurso de Agradecimento: pronunciado na Academia Nacional de Medicina**, na sessão conjunta das Sociedades sábias em homenagem à memória do Professor Miguel Couto. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1934.

NISE DA SILVEIRA E SUA INFLUÊNCIA NA PSIQUIATRIA BRASILEIRA

Daniel Tavares dos Santos, dtavares40@yahoo.com.br, discente, Medicina, Centro Universitário Serra dos Órgãos.

Camila Fernanda de Araújo Santos, discente, Medicina, Centro Universitário Serra dos Órgãos.

Raphaela Valente de Almeida Ito, discente, Medicina, Centro Universitário Serra dos Órgãos.

Willilayne Joyce de Oliveira Sousa, discente, Medicina, Centro Universitário Serra dos Órgãos.

Daniel Pinheiro Hernandez, docente, Medicina, Centro Universitário Serra dos Órgãos.

O período entre o final do século XVIII e início do século XIX foi marcado com um primeiro passo de extrema importância para o progresso científico da saúde mental. Nesse contexto, o médico francês Philippe Pinel considerava a alienação mental como um distúrbio das funções intelectuais e, a partir disso, surge uma nova especialidade médica, o alienismo.¹ Ademais, foram criados hospitais destinados a essa população, os hospícios, onde os loucos eram admitidos e recebiam os cuidados necessários, além de funcionar como o principal ambiente de pesquisa.²

Por outro lado, no Brasil, os loucos eram abrigados nos porões das Santas Casas de Misericórdia a fim de serem retirados do convívio social.³ Desse modo, a partir de 1830, com o avanço do conhecimento científico e da consciência social somado às ideias alienistas vindas da Europa, iniciou-se um movimento que defendia a criação de um lugar especializado para o tratamento dessas pessoas. Assim, em 1852 é inaugurado o Hospício de Pedro II.² Entretanto, em menos de 20 anos, a instituição destinada ao cuidado da saúde mental, tornou-se negligenciada, transformando-se em um local de maus-tratos e violência.⁴ Diante disso, em 1883, o primeiro professor psiquiatra do Brasil, Teixeira Brandão, assumiu o hospício, que até então era dirigido por Irmãs de Caridade e não contava com a atuação de psiquiatras, e recebia o nome de Hospital Nacional dos Alienados.⁵

Nesse contexto, após 20 anos, a autonomia da psiquiatria no Brasil conta com um pioneiro muito importante, Juliano Moreira, que assumiu a administração do Hospital Nacional de Alienados em 1903, onde atuou até 1930. Por conseguinte, além de reformas estruturais, ele investiu em outros recursos, visando promover um cuidado mais humanizado.⁶ A partir disso, três anos depois, a médica Nise da Silveira, que revolucionou a saúde mental no Brasil, é aprovada em um concurso para o Hospital Nacional de Alienados. Entretanto, devido a uma denúncia por ter envolvimento com o pensamento marxista, Nise é presa e afastada dos serviços públicos, retornando suas atividades médias apenas em 1944.⁷

Sob essa ótica, é importante entender que, a partir de 1920, por influência eugenista e higienista, o cérebro passou a ser considerado como campo oportuno de intervenção. Assim, passaram a ser adotadas técnicas como psicocirurgia, o eletrochoque e a insulinoterapia no tratamento de pacientes psiquiátricos.⁸ Contudo, Nise da Silveira rompeu com essa hegemonia metodológica, por meio do uso da arte como instrumento terapêutico e pesquisas realizadas debatendo as postulações alienistas.⁹ Além disso, notou-se que o padrão clínico niseanista era baseado no afeto e na liberdade, conjuntura vista na criação da Casa das Palmeiras – espaço intermediário entre o hospital e vida social destinado aos pacientes que tiveram alta hospitalar –, local que contrapôs-se aos hospícios aprisionando indivíduos.¹⁰

Ademais, é válido destacar que o entendimento niseano a respeito do processo de cura teve influência de Carl Gustav Jung, o qual deu suporte nos estudos de Nise em relação a arteterapia por intermédio do pensamento sobre o inconsciente e as mandalas.¹¹ Dessa forma, é importante refletir sobre a vida e a obra da médica Nise da Silveira como exemplo de transformação do cuidado com o paciente e que revolucionou a psiquiatria no Brasil.

Vida de Nise da Silveira

Nascida em 1905 na cidade de Maceió, capital alagoana, Nise da Silveira ingressou na Faculdade de Medicina da Bahia, onde concluiu o curso em 1926. Após isso, deslocou-se para o sudeste, especificamente o Rio de Janeiro, onde começou a frequentar lugares de cunho artístico e político esquerdista. Já no ano de 1933, a médica foi classificada e aprovada em um concurso público no Hospital Nacional de Alienados⁸. Todavia, Nise, em 1936, foi acusada de ter livros marxista, o que resultou em sua prisão com duração de aproximadamente 16 meses. Além disso, é importante contextualizar que, na década de 1930, a Era Vargas tinha se instaurado no Brasil. Após a soltura, a alagoana exilou-se no interior do país, interrompendo suas atividades médicas até 1944, ano o qual ela retornou para o Rio de Janeiro, com o fim do Governo Vargas¹².

Após 8 anos, Nise começou a trabalhar no hospital psiquiátrico do Engenho de Dentro – atualmente chamado Instituto Municipal Nise da Silveira (IMNS)¹³, no Rio de Janeiro. Nesse contexto, Nise observou a utilização de novos procedimentos, criados nos últimos anos, para o tratamento de doenças psiquiátricas. Diante disso, a insulinoterapia, a lobotomia e o eletrochoque foram exemplos das técnicas inaceitáveis pela médica, que se recusava a usá-las, uma vez que, além de serem agressivas, eram ineficazes⁸. Dentro dessa lógica, Nise criou o Setor de Terapia Ocupacional (STOR) e, 10 anos após, a Casa das Palmeiras – local com o objetivo de reabilitar os doentes e evitar as reinternações frequentes –, bem como o Museu do Inconsciente e o Grupo de Estudos Carl Gustav Jung. Ademais, Nise é a primeira médica nos estudos sobre a relação homem e animal no viés terapêutico, tendo como última obra sobre essa temática¹¹. Por fim, em 1975, Nise aposentou-se obrigatoriamente, até que, em 1999, ela faleceu, deixando um legado importante para a sociedade brasileira¹².

Seção de Terapêutica Ocupacional

Em função das divergências de pensamento sobre a terapêutica adotada, Nise demarcou um posicionamento ousado, evidenciando sua quebra com as práticas psiquiátricas agressivas em voga⁹. Sob tal ótica, a médica inaugurou e coordenou a STOR no IMNS em 1946, setor no qual permaneceu até 1975. É importante perceber que, nesse espaço, Nise começou a trabalhar de modo a introduzir uma terapêutica efetiva no tratamento dos transtornos psíquicos. Dessa forma, havia o fomento de práticas expressivas, como a pintura e modelagem¹², que propiciou, em curto tempo, reconhecimento do atelier, em virtude da produção oriunda dos pacientes.

Foi nesse contexto que, em 1952, a psiquiatra criou o Museu do Inconsciente, visando a preservação e a pesquisa da criação artística. É interessante notar que Nise enxergava a terapia ocupacional como uma terapia não verbal, singular e adequada ao restabelecimento psíquico. Era por meio da não verbalização que a comunicação era estabelecida¹⁴, uma vez que pacientes encontram-se imersos no abismo do inconsciente. Assim, percebe-se que a entrada de Nise na psiquiatria pelo caminho da terapia ocupacional, parâmetro pouco relevante para o modelo hegemônico, uma vez que a médica tinha intenção de alcançar a reabilitação da pessoa em sofrimento psíquico.¹⁵

Arteterapia como terapêutica niseana

A arteterapia – ou terapia pela arte – fundamenta-se no uso de variadas estratégias vivas durante o processo terapêutico, sendo a pintura, modelagem e tecelagem alguns exemplos. Nesse sentido, observa-se o processo criativo como catalisador, por meio da arte, do ato de promover o reequilíbrio das auto-percepções e de refletir sobre os próprios embates. Dessa maneira, entende-se que o cuidado à saúde pode ser atingido por meio da arte, ao estimular o enfrentamento do estresse e das experiências emocionais desagradáveis¹⁶.

Seguindo essa lógica, Nise da Silveira foi uma das pioneiras ao usar a arteterapia no Brasil no século XX. Sob tal perspectiva, notou-se que o modelo terapêutico da médica mergulhou nos estudos de Jung e teve como pilar 3 características: a afetividade, a atividade e a liberdade. Tal tríade correlaciona-se com a função acolhedora que o ambiente proporciona, bem como o afeto na função de auxiliar na reestruturação psíquica do indivíduo, sendo condições importantes para o funcionamento do modelo niseano¹⁵. Nesse sentido, evidencia-se a formulação e expressão do sofrimento psíquico como objetivo principal na terapêutica pela arte de Nise, por meio da procura de estudo artístico que debatem as incompreensões da psicose⁹.

Assim, percebeu-se que Nise não oferecia apenas uma atividade expressiva com intuito recreativo. A partir de tal prática, notava-se a possibilidade da produção espontânea dentro de uma perspectiva de apreciação da convivência e do afeto catalisador, além de viabilizar a certa comunicação e tentativa de procurar a compreensão das experiências das doenças mentais. Dessa maneira, a introdução das imagens tornou-se um instrumento de acesso ao interior dos pacientes pela manifestação do inconsciente⁸.

Carl Gustav Jung e influência

Carl Gustav Jung (1875-1961), foi um médico suíço reconhecido como pai da Psicologia Analítica. Nesse contexto, entende-se tal termo como um método de entendimento da psique, ou seja, uma psicoterapia sob o olhar da teoria junguiana. Dessa forma, observa-se o estabelecimento de vivências simbólicas e espirituais na vida humana e na existência de um inconsciente coletivo¹⁷.

É importante pontuar a relação de Nise da Silveira com a teoria junguiana, levando em consideração o processo da loucura e saúde. A partir disso, nota-se o nascimento do conhecimento amparado na liberdade e nas forças criativas do inconsciente, de modo a procurar a reorganização psíquica do indivíduo¹¹. Nesse sentido, sabe-se que Nise reparou, durante suas reflexões empíricas no acervo artístico dos internados da STOR, recorrência de imagens circulares que remetiam a mandalas. Após esse fato, iniciou uma busca para entender mais sobre tal símbolo, encontrando na psicologia junguiana arcabouço para sua metodologia de investigação¹⁸.

Seguindo esse raciocínio, Nise vinculou-se com a obra de Jung, pela utilização da expressão visual, ao aprofundar-se em seus estudos e deparar-se com argumentos que amparam a criação de imagens como via de acesso ao inconsciente e, sobretudo, uma maneira fomentadora de efetividade na terapêutica⁸. Isso vai ao encontro da perspectiva junguiana sobre as mandalas, de maneira a caracterizá-las como produto de um estado psíquico de desorientação, manifestada na tentativa do indivíduo de restabelecer a ordem psíquica, por meio de desenhos circulares realizados inconscientemente em uma folha de papel¹⁹. Nesse contexto, as mandalas representadas pelos pacientes era uma resposta compensatória do inconsciente à confusão oriunda do transtorno psíquico na consciência, tentando equilibrar a psique. Assim, Nise começava a compreender que a linguagem plástica seria uma via para o entendimento da psicose, tendo embasamento da Psicologia Junguiana¹⁴.

Terapia pela arte - introdução no SUS

Frente ao seu tempo, Nise da Silveira revolucionou a terapêutica psiquiátrica, confrontando as práticas até então comuns e tornando-se referência no que diz respeito ao cuidado humanizado em saúde mental. Nesse contexto, recusou-se a utilizar terapia de eletrochoque em pacientes esquizofrênicos, rompendo os paradigmas do sistema psiquiátrico da época⁹.

Além disso, observa-se que a médica era contrária a outras tantas terapêuticas cruéis praticadas em seu tempo, e influenciada pelas obras de Carl Jung, Nise tinha o olhar ao paciente psiquiátrico sob a ótica do inconsciente coletivo e no estabelecimento de uma terapêutica voltada ao cuidado integral ao indivíduo, sendo esse um dos atuais pilares do sistema único de saúde brasileiro¹¹.

No Brasil, a arteterapia surge através das mãos de psiquiatras como Nise da Silveira e Osório César, ambos pioneiros da implantação da arte como terapêutica nas instituições de saúde mental, permitindo a expressão não verbalizada dos pacientes que estavam imersos no inconsciente. Nesse contexto, observou-se a diminuição de recaídas de condições psicóticas e reinternações, trazendo uma nova visão acerca da relação "arte e loucura" e na eficiência desse tratamento²⁰. Diante da implantação de um novo sistema de saúde no Brasil em 1988 e, posteriormente, a reforma psiquiátrica, cujo viés se baseia no cuidado biopsicossocial, o método de Nise fez-se cada vez mais presente^{11,20}. Apesar de não ter feito parte diretamente da implantação da arteterapia como prática integrativa pelo SUS, as obras e história de Nise permitiram maiores estudos na área e estabelecimento da arte como terapêutica para o cuidado na saúde mental²⁰.

Dessa maneira, a arteterapia foi reconhecida como prática integrativa e complementares (PICs) oferecido pelo SUS a partir de março de 2017, pela portaria nº 849, garantindo o acesso à arteterapia a todos, colocando em prática o legado de Nise da Silveira^{16,20}.

É notório que a trajetória de Nise da Silveira impactou significativamente a psiquiatria no Brasil. Essa mudança foi possível pela coragem, pela compreensão, pelo afeto e pelo cuidado que garantiram transformações às vidas dos pacientes acolhidos. Nesse sentido, o trabalho desenvolvido por ela na terapia ocupacional, na reabilitação psicossocial e na psicologia são de enorme importância, uma vez que propiciou o olhar humanizado sobre a loucura, de maneira a perceber a importância dos pacientes que estavam em uma linha tênue entre o existir e a dignidade. Dentro dessa perspectiva, a médica rebelou-se contra a psiquiatria que usava de técnicas violentas para adequar os pacientes ao convívio social. Analisar, portanto, a obra de Nise, bem como o contexto histórico em que estava inserida no qual precisou posicionar-se, influenciaram na psiquiatria brasileira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Teixeira MOL. **Pinel e o nascimento do alienismo**. *Estud Pesqui Psicol* [Internet]. 2019 [citado 16 Jul 2022];19(2):540-60. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812019000200012&lng=pt&nrm=iso
- 2.2. Ribeiro DC. **Os sentidos do Hospício de Pedro II: Dinâmicas sociais da constituição da psiquiatria brasileira (1841-1889)** [dissertação]. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz; 2016. 256 p.
3. Batista MDG. **Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil**. Política e Trabalho. [Internet]. 2014 [citado 18 Jul 2022];1(40):391-404. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/16690>.
4. Martins R de CA. **Reformas psiquiátricas e o processo de resignificação do trabalho de saúde mental**. *Rev Nufen* [Internet]. 2019 [citado 16 Jul 2022];11(2):96-116. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912019000200007&lng=pt&nrm=iso
5. Piccinini WJ. **Anotações para uma História da Psiquiatria Brasileira**. *Psychiatry on line Brazil* [Internet]. 2013 [citado 17 Jul 2022];18(3). Disponível em: <https://www.polbr.med.br/ano13/wal0313.php#cima>
6. Prestes CRS. **Não sou eu do campo PSI? Vozes de Juliano Moreira e outras figuras negras**. *Rev Associ Bras de Pesqui Negros - ABPN*. 2020 [citado 19 Jul 2022];12(3):52-77. Available from: <http://www.ammapsique.org.br/baixa/mao-sou-eu-do-campo-psi.pdf>. doi:10.31418/2177-2770
7. Castro ED de, Lima EMF de A. **Resistência, inovação e clínica no pensar e no agir de Nise da Silveira**. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. [Internet]. 2007 [citado 20 Jul 2022];11(22):365-376. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000200017>. doi: 10.1590/S1414-32832007000200017
8. Magaldi FS. **A psique ao encontro da matéria: corpo e pessoa no projeto médico-científico de Nise da Silveira**. *Hist Ciênc Saúde Manguinhos* [Internet]. 2018 [citado 16 Jul 2022]; 25(1):69-88. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000100005>
9. Melo W, Ferreira AP. **Clínica, pesquisa e ensino: Nise da Silveira e as mudanças na psiquiatria brasileira**. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam*. [Internet]. 2013 [citado 13 Jul 2022]; 16(4):555-569. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142013000400005>. doi: 10.1590/S1415-47142013000400005
10. Schleder KS, Holanda AF. **Nise da Silveira e o enfoque fenomenológico**. *Rev. abordagem gestalt*. [Internet]. 2015 [citado 16 Jul 2022]; 21(1):46-61. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672015000100006&lng=pt&nrm=iso
11. Júnior MD. **Fundamentos do método de Nise da Silveira: clínica, sociedade e criatividade**. *Junguiana*. [Internet]. 2021 [citado 13 Jul 2022];39(1):91-100. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-08252021000100007&lng=pt&nrm=iso
12. Magaldi F. **Das memórias de Nise da Silveira no hospital psiquiátrico do Engenho de Dentro**. *Mana*. [Internet]. 2019 [citado 13 Jul 2022]; 25(3):635-665. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-49442019v25n3p635>. doi: 10.1590/1678-49442019
13. Guimarães J, Saeki T. **Sobre o tempo da loucura em Nise da Silveira**. *Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2007 [citado 15 Jul 2022];12(2):531-538. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200029> doi:10.1590/S1413-81232007000200029
14. Câmara FP. **Vida e Obra de Nise da Silveira**. *Psychiatry on line Brazil* [Internet]. 2002 [citado 18 Jul 2022];7(2). Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano02/wal0902.php>
15. Oliveira PF de, Melo WJ, S MV. **Afetividade, liberdade e atividade: o tripé terapêutico de Nise da Silveira no Núcleo de Criação e Pesquisa Sapos e Afogados**. *Pesqui. práct. psicossociais*. [Internet]. 2017 [citado 20 Jul 2022];12(1):23-35. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082017000100003&lng=pt&nrm=iso.
16. Ministério da Saúde. **Portaria nº849, de 27 de março de 2017**. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. *Diário Oficial da República Federativa, Brasília (DF)*; 2017 [citado 16 Jul 2022]; Seção 1:68.
17. Instituto Junguiano do Rio de Janeiro. **JUNG e a Psicologia Analítica**. [citado 19 Jul 2022]. Disponível em: <http://institutojanguiano.rj.org.br/jung-e-a-psicologia-analitica/>.
18. Macedo V. **A importante contribuição da obra de Nise da Silveira para a Psicologia Analítica de Jung**. *Junguiana*. [Internet]. 2021 [citado 14 Jul 2022]; 39(2):29-42. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/jung/v39n2/04.pdf>.
19. Dibo M. **Mandala: Um estudo na obra de C. G. Útimo Andar**. [Internet]. 2006 [citado 14 Jul 2022];15:109-20. Disponível em: http://www4.pucsp.br/ultimoandar/download/UA_15_artigo_mandala.pdf.
20. Reis AC dos. **Arteterapia: a Arte como Instrumento no Trabalho do Psicólogo**. *Psicol Ciênc Prof* [Internet]. 2014 [citado 20 Jul 2022];34(1):142-157. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932014000100011>. doi:10.1590/S1414-98932014000100011.

O CASO BILLY MILLIGAN E SUA IMPORTÂNCIA PARA A PSIQUIATRIA

Gabriela Francisca Salvador, gabisalvador0407@gmail.com, discente, Medicina, Centro Universitário Serra dos Órgãos.

Daniel Pinheiro Hernandez, docente, Medicina, Centro Universitário Serra dos Órgãos.

Introdução

O Transtorno Dissociativo de Identidade (TDI) ou como muitas pessoas conhecem Transtorno de Múltiplas Personalidades, é uma patologia muito pouco falada e discutida desde a sua descoberta até os dias atuais. Paciente com esse diagnóstico muitas das vezes são tratados como loucos ou manipuladores mentirosos pois, segundo o senso comum, é muito difícil enxergar a veracidade nos múltiplos comportamentos e atitudes desse indivíduo e entender que é algo inconsciente para ele. Diante disso, esse trabalho tem por objetivo falar um pouco sobre o TDI e apresentar o caso Billy Milligan, uma das histórias de maior repercussão mundial de um paciente que foi diagnosticado e viveu muitos anos com esse transtorno gerando dúvidas e questionamentos até hoje (MARTINEZ, V.P, 2018).

Quem foi Billy Milligan

William Stanley Milligan, também conhecido como Billy Milligan, nascido em 14 de fevereiro de 1955 ficou conhecido nos EUA por ser o Estuprador do Campus tendo o seu processo judicial altamente divulgado em Ohio no final dos anos 1970. Depois de ter cometido vários crimes, incluindo assalto à mão armada e furtos ele foi preso, inicialmente, por três estupros no campus da Ohio State University e posteriormente foi acusado de mais crimes de violência sexual sendo assim, considerado por muitos, um serial killer. O principal motivo desse reconhecimento nacional e futuramente mundial, se deu pelo fato de Billy possuir um transtorno pouco conhecido e muito questionável na época o TDI (Transtorno Dissociativo de Identidade) ou como era comumente chamado Transtorno de Múltiplas Personalidades. Após a prisão de Milligan e efetivado o seu diagnóstico de paciente psiquiátrico portador do transtorno trazendo à tona que, possivelmente, ele não tinha consciência nem controle do seu próprio corpo e mente quando cometeu os crimes, muitos questionamentos e indignações foram levantadas por parte da população e dos profissionais de saúde e segurança envolvidos (BILLY MILLIGAN DOCUMENTARY, 2021).



<https://www.esquire.com/entertainment/tv/a37693537/billy-milligan-true-story-netflix-24-faces/>

O que é o TDI

Segundo o quinto Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), livro esse publicado pela Associação Americana de Psiquiatria, o Transtorno Dissociativo de Identidade é um tipo de transtorno de estresse pós-traumático, possivelmente iniciado na infância e agravado na vida adulta, mas também podendo ter início nessa fase da vida. Essa doença é caracterizada pela presença de dois ou mais estados distintos de personalidade ou uma experiência de posse em que geralmente não é de conhecimento de uma personalidade a existência das demais. Outros sintomas também presentes em um indivíduo com TDI são:

- Amnésia constante
- Fragmentação da identidade, nesse caso, sofrendo grande influência das circunstâncias vividas e / ou da cultura do indivíduo
- Mudança de voz
- Alteração repentina das ações, pensamentos e emoções
- Perturbação e / ou descontinuidade da integração normal de consciência, memória, identidade, emoção e percepção
- Mudança da representação corporal, controle motor e comportamento

No caso de Billy Milligan, o ponto inicial para o desenvolvimento do transtorno foi na infância, pois ele sofria inúmeros abusos físicos e psicológicos do padrasto alcoólatra, como torturas físicas e verbais, violência sexual, era espancado frequentemente junto com o irmão mais velho e de sua mãe. Dessa forma, diante do cotidiano da sua família disfuncional e o contexto agressivo em que viveu, Milligan desenvolveu, ainda quando criança segundo relatos da irmã mais nova e de sua psiquiatra na prisão, diversas personalidades para “fugir” da realidade dolorosa em que se encontrava com o objetivo de aprender a lidar e sobreviver ali, desenvolvendo mecanismos que expressavam o seu estado emocional no momento (personalidade com uma característica de insegurança e medo) ou para mostrar quem ele gostaria de ser diante do padrasto (alguém forte, inteligente, perspicaz).

Um pouco do caso

Quando Billy foi acusado e preso pelos crimes de violência sexual que cometeu nos anos 70, o Transtorno Dissociativo de Identidade não era uma doença muito conhecida entre os leigos e pouquíssimo falada e discutida na comunidade médica justamente por ser algo que gerava tanta polêmica quanto ao entendimento de até onde, na situação de determinado paciente, seria considerado o transtorno e a partir de qual momento era uma mentira ou manipulação do mesmo. Devido ao pouco conhecimento sobre o TDI, quando Milligan foi preso na Instituição Correcional de Lebanon, em Ohio e posteriormente submetido a uma avaliação psiquiátrica com diversos profissionais dentre eles a Dra. Cornélia Wilbur, cuja carreira renomada se deve pelo tratamento e cura da paciente protagonista do best-seller Sybil que possuía TDI, e após isso diagnosticado com o Transtorno Dissociativo de Identidade seu caso ganhou grande popularidade em todo os Estados Unidos, pois havia um grande embate sobre a sua inocência e justiça para com as vítimas entre a comunidade médica, jurídica e norte americana. Após algumas sessões realizadas com Billy, a Dra. Wilbur descobriu as primeiras 7 personalidades centrais das 24 personalidades descobertas posteriormente (BILLY MILLIGAN DOCUMENTARY, 2021).

Quem foi a Dra. Cornélia Wilbur

Cornélia Burwell Wilbur nasceu em Cleveland, Ohio em 26 de agosto de 1908 foi uma psiquiatra americana formada na universidade de Michigan em 1930, sendo uma das poucas mulheres formadas em Medicina na década de 30. Cornélia ficou conhecida pelo livro, escrito por Flora Rheta, e pelo filme intitulados "Sybil", cuja história retrata o diagnóstico de Transtorno Dissociativo de Identidade, tratamento, vida e cura de Shirley Ardell Manson, paciente da Dra. Wilbur que sofreu severos abusos durante a infância e desenvolveu, por conta disso, 16 personalidades alternativas e seu tratamento durou cerca de 11 anos começando em 1954 (QUEM FOI CORNÉLIA WILBUR).

Durante a sua vida acadêmica, Cornélia, em 1970, se deparou com o caso de Billy Milligan, o primeiro homem a ser absolvido dos seus crimes nos Estados Unidos por motivo de insanidade sendo ela a responsável pelo seu diagnóstico de TDI (Transtorno de Múltiplas Personalidade como era chamado na época) (NYTimes, 1981).



Fonte: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/ajp.155.9.1274>



Fonte: <https://www.amazon.com.br/Sybil-Flora-RhetaSchreiber/dp/0446794031>

As Personalidades de Billy (24 PERSONALIDADES HISTÓRIA REAL)

Allen

Jovem de 18 anos considerado o “Vampiro” dentre as personalidades pois seguia o lema “Tire o melhor da vida”. Allen era um manipulador nato, com isso, possui uma maior facilidade em se relacionar e conversar com estranhos. Dentre os hobbies e interesses dele estão: tocar tambor, desenhar retratos e fumar cigarro.

Tommy

Adolescente de 16 anos sendo visto, pelas outras personalidades e pelos médicos como o “Mestre das Fugas” pois era o responsável pelas fugas dos hospitais e clínicas e também por fugir de situação em que se sentisse coagido ou intimidado. Tommy é extremamente agressivo e antissocial, não gosta muito de conversar. Além disso, toca saxofone e pinta paisagens.

Arthur

Um inglês equilibrado e muito conservador de 22 anos que exerce enorme influência sobre as demais personalidades pois em situações perigosas e vulneráveis é ele quem decide qual “membro da família” (personalidade) irá aparecer. Arthur também é fluente em árabe e escrevia cartas nesse idioma, inclusive, quando estava presente.

Adalana

Com 19 anos, Adalana é homossexual e ela é a responsável por todos os estupros e crimes de cunho sexual cometidos. Extremamente tímida e egocêntrica adora escrever poesias, cozinhar e realizar tarefas domésticas.

Christine

Criança de 3 anos muito tímida, sempre fica no canto, sem conversar com as outras crianças na escola e sofre de um problema de fala. Christine gosta muito de desenhar e colorir.

Regan

É um Iugoslavo de 23 anos sendo a mais perigosa de todas as personalidades sendo considerado o “Guardião do Ódio”. Seu nome tem como origem na palavra “raiva” em inglês “rage” sendo o traço mais marcante dessa personalidade. Regan é o responsável crimes não sexual cometidos e é viciado em drogas.

Kevin

Jovem de 20 anos considerado um pequeno criminoso que planejava assaltos e furtos. Um dos seus hobbies favoritos é escrever textos.



Como esse caso contribuiu para a Psiquiatria e foi tão importante para a sua história

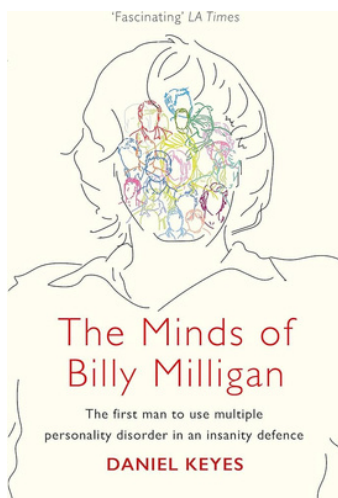
Esse caso repercutiu tanto e causou tanta controvérsia pois era uma doença pouco falada na época gerando muita curiosidade, mas também indignação na comunidade médica, jurídica e na população dos Estados Unidos e do mundo de uma forma geral. Inclusive, muitos dos próprios médicos de Billy não acreditavam no diagnóstico dado pela Dra. Wilbur, como por exemplo, o Dr. Lewis Lindner que foi médico de Milligan no Hospital Lima e tinha pura convicção de que tudo não se passava de mentira e manipulação. Sendo assim, durante todo o período em que Billy esteve sob seus cuidados, ele foi tratado e medicado como um paciente que possuía esquizofrenia, foi mantido enclausurado em sua cela e, por influência das medicações que tomava, dormia por dias piorando, dessa forma, o seu transtorno e o levando a se fragmentar em mais personalidades totalizando, após isso, as 24 personalidades.

Além disso, após Billy muitos casos de TDI surgiram se tornando uma “febre” na época servindo de estímulo para a comunidade médica investir nesse assunto. Em contrapartida, não só nos estudos se voltaram os esforços médicos, mas diante da fama do caso, Billy foi visto como uma fonte de lucro para alguns levando a produção de livros, documentários, filmes e artigos sobre ele entre outros. Assim, Billy ganhou muito dinheiro e tinha tratamento especial nas instituições por isso e muitos psiquiatras e jornalistas renomados se envolveram no caso nas diversas instituições em que ele passou.

Foram produzidos durante o tratamento de Billy:

- Livro “The Minds of Billy Milligan” escrito por Daniel Keys, autor que acompanhou todas as sessões de Billy com o Dr. David Caul no Hospital Psiquiátrico de Athens.
- Cogitou-se a possibilidade de produzir um filme em Hollywood sobre a sua vida.
- Billy possuía talento para pintura e muitos dos quadros pintados por ele durante sua estadia na instituição Athens foram vendidos.

Diante de toda a repercussão e euforia do caso, o público ficou enfurecido pois segundo ele a justiça estava tão focando em inocentar e dar uma boa vida a um estuproador que e se esqueceram das vítimas (AS 24 PERSONALIDADES DE BILLY MILLIGAN, 2021).



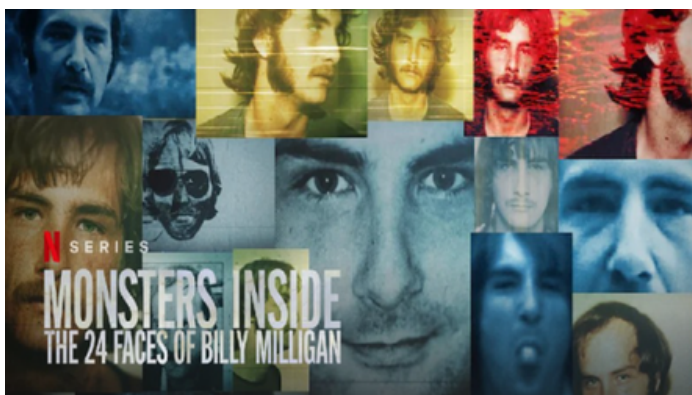
Fonte: <https://www.amazon.com.br/Minds-Billy-Milligan-Daniel-Keyes/dp/1409163903>

Alguns desenhos feitos por algumas das personalidades de Milligan. Em 2021 a Netflix produziu um documentário contando a história de Billy e as etapas e desdobramentos do seu caso. Depois de muitos anos trocando de instituições e, em alguns, foragido, Billy foi preso na Florida, em 1988 após ser acusado de um assassinato. Após isso, no mesmo ano, especialistas consideravam não haver mais evidências da troca de personalidades, com isso, Milligan recebeu permissão para realizar o tratamento laboratorial e posteriormente foi solto e absolvido em 1991.

No ano de 2014, Billy Milligan foi diagnosticado com câncer e faleceu em 12 de dezembro desse ano aos 59 anos.



Fonte: <https://shoptr3.educationnext.com/category?name=the%2024%20faces%20of%20billy%20milligan>



Fonte: <https://trilhadomedo.com/2021/08/as-24-personalidades-de-billy-milligandocumentario-da-netflix-explora-criminoso-com-multiplas-personalidades/>

Conclusão

Diante da história de Billy Milligan, é possível perceber o quanto as doenças mentais foram e ainda são questionadas ao longo da história e em muitos casos descredibilizadas frente ao senso comum. Mesmo que esse diagnóstico tenha sido descoberto sob circunstâncias terríveis, deve-se levar em consideração a sua importância para a Psiquiatria e o quanto é indiscutível a capacidade que a mente humana possui em realizar coisas muitas das vezes inimagináveis que acabam sendo vistas como loucura ou beirando o irreal. Diante disso, concluo esse trabalho salientando a importância da valorização na pesquisa sobre o Transtorno Dissociativo de Identidade e o tratamento digno dos pacientes diagnosticados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PERSONALIDADES HISTÓRIA REAL. IK-PTZ. Rússia. Disponível em <https://ik-ptz.ru/pt/dictations-on-the-russian-language-grade-4/24-lichnosti-realnaya-istoriya-zavershenie-zhiznennogo-puti-zhizn-posle-vyzdorovleniya.html>.

AS 24 PERSONALIDADES DE BILLY MILLIGAN. Direção: Olivier Megaton. Produção: Sébastien Deurdilly, Johan de Faria. Netflix. Minissérie. 2021.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** (DSM-5). 5.ed. Porto Alegre. Artmed. 2014. 265, 645, 292 p. Disponível em <http://www.institutopebioetica.com.br>.

BILLY MILLIGAN DOCUMENTARY. EUA. Jan 2021. Disponível em <http://billymilligandocumentary.com/>

MARTINEZ, V.P. **São: histórias da gente: narrativa interativa sobre o transtorno dissociativo de identidade.** 2018. 49 p. Narração. (Graduação em Comunicação Visual) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em <https://pantheon.ufrj.br/handle/11422/6881>

NYTimes - **The New York Times.** EUA. nov 1981. Disponível em <https://www.nytimes.com/1981/11/15/books/arthur-ragen-allen-et-al.html>

QUEM FOI CORNÉLIA WILBUR. CM-OB.PT. Disponível em <https://cm-ob.pt/who-was-billy-milligan-psycharistcorneliawilbur#:~:text=Quem%20foi%20Cornelia%20Wilbur%3F,faculdade%20de%20medicina%20em%201939>.

WIKIPEDIA **The Free Encyclopedia.** Disponível em https://en.wikipedia.org/wiki/Cornelia_B._Wilbur

O REGISTRO HISTÓRICO DAS EPIDEMIAS DO RIO DE JANEIRO ATRAVÉS DA ARTE

O Rio de Janeiro é a atual capital do estado do Rio de Janeiro e possui como alcunha de “Cidade Maravilhosa”. No entanto nem sempre foi assim, até um passado recente, mais precisamente durante os séculos XVIII e XIX. Ao longo desse período a capital Fluminense sofreu com diversas epidemias, dentre alguns exemplos temos as epidemias de tuberculose, cólera, peste, disenterias, febre amarela e varíola¹. Por conta da enorme quantidade de epidemias e vítimas, a cidade acabou ganhando o fama de “túmulo de estrangeiros” atribuído ao escritor suíço Ludwig Ferdinand Schmid².



Figura 1: O Carnaval de 1876
Fonte: O médico que derrotou Aedes.³

A charge acima, representa bem essa ideia onde pode-se observar a morte ao lado dos foliões³. Como na época a cidade do Rio de Janeiro era a capital do país, tal não era bem vista pelas autoridades. Com o intuito de mudar essa imagem, o então presidente Rodrigues Alves nomeou o engenheiro Francisco Pereira Passos em 1902 para que ele colocasse em prática o plano da reforma urbana. Durante essa reforma muitos cortiços foram demolidos por serem considerados focos de doenças, o que lhe rendeu o apelido de prefeito Bota-abaixo, além de outras obras, como a Avenida Central o Theatro Municipal⁴. Essas reformas, além da intensa transformação social e espacial, são creditadas como origem do termo de “Cidade Maravilhosa”. Após essa breve introdução, o presente trabalho abordará a representação das epidemias de febre amarela, Peste e Varíola através de charges e músicas da época.

FEBRE AMARELA:

A febre amarela é uma doença infecciosa causada pelo vírus da febre amarela. Os primeiros relatos da doença no país datam de 1849 e começaram em Salvador a bordo de um navio de bandeira Americana que fizera escala nas ilhas do Caribe. Devido a grande propagação da doença, a mesma chegou rapidamente no Rio em 1850 e ocasionando epidemias anuais durante décadas⁵.

Tendo em vista isso, Oswaldo Cruz criou o serviço de Profilaxia contra a Febre Amarela e aplicou as medidas baseando-se nas medidas adotadas em 1899 pelo médico cubano Carlos Finlay que conseguiu erradicar o vetor da ilha. Tal atitude não foi bem recebida, pois a visão dominante da época era que a doença era transmitida por vapores contaminantes³. Por isso a charge ao lado datada de 1903 retratada Oswaldo como mosquito e pode-se observar a bandeira de Cuba ao fundo.



Figura 2: Oswaldo Cruz: campanha contra a Febre Amarela em Cuba. "Culicídio". Rio de Janeiro. Semanário Tagarela 1903. Imprensa Brasileira⁶.
Fonte: Imprensa Brasileira.⁶

Além da intensa ridicularização pela imprensa na forma de charges, a febre amarela também deixou outras marcas nas manifestações cariocas da época. Na canção OS MOSQUITOS de autoria desconhecida gravada em 1912⁷, pode-se observar alguns detalhes de tal estratégia. Na canção a cima, logo no início há uma menção ao uso de querosene, substância esta que foi muito utilizada para o controle de focos do mosquito através do uso de fumasses. Interessantemente também há menção a Cuba, onde Oswaldo utilizou como referência para o seu programa utilizado no Rio de Janeiro e pôr fim a menção dos próprios mosquitos a perseguição sofrida pelos mesmos. Apesar do vetor já ser conhecido, uma das frentes do plano também foi a invasão e retirada dos moradores das casas consideradas insalubres e potenciais criadouros de mosquitos, além do isolamento dos doentes em hospitais até a plena recuperação. Essa situação não ficou restrito apenas as classes sociais mais baixas, o Senador Barata Ribeiro em discurso vetou a entrada dos mata-mosquitos em sua residência: "Selam-se todas as caixas d'água nas casas particulares, mas a minha faz exceção. Jamais consentirei que o pedantismo ignorante invada os limites da minha ação de chefe de família"³.

PESTE:

A peste é uma doença infectocontagiosa causada pela bactéria *Yersinia pestis*, cuja transmissão se dá através do contato com as pulgas contaminadas presentes nos ratos. Devido as condições sanitárias da época, os ratos eram um elemento muito presente na cidade, explicando o porque dos casos serem extremamente comuns na época.

A doença chegou na América do Sul, mais especificamente pelo Paraguai e Argentina, a partir da China. Após chegar na América do Sul, a peste adentrou no Brasil em 1899 a partir do porto de Santos. A patologia rapidamente se propagou, até chegar no Rio e ser declarada epidemia em 21/03/1900 com os primeiros casos ocorrendo em trabalhadores da zona portuária⁸.

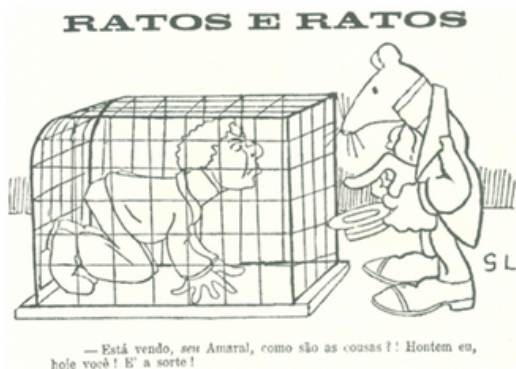


Figura 3: Ratos e ratos
Fonte: www.revistahcsm.coc.fiocruz.br/ha-115-anos-epidemia-de-pestes-no-rio/8

Inicialmente o governo federal incumbiu Oswaldo Cruz para verificar a etiologia da epidemia de Santos junto com Adolpho Lutz e Vital Brazil. Após a descoberta de que a epidemia se tratava da peste, Oswaldo a fim de diminuir o número de ratos e conseqüentemente os casos, ele estipulou um prêmio em dinheiro para cada rato capturado e apresentado as autoridades. O que ele não esperava é que os cariocas passaram a criar ratos para vendê-los⁸. A charge acima retrata bem essa situação, nela pode-se observar a retratação da prisão de "Seu Amaral", um dos comerciantes de ratos mais influentes da cidade.

A imprensa da época não perdeu a oportunidade de zombar dessa situação e rapidamente criou e popularizou o termo "Comércio Oswaldico", além de publicar diversas charges com Oswaldo cercado de ratos.⁸



Figura 4: "Novo Commercio Oswaldico"
Fonte: www.revistahcsm.coc.fiocruz.br/ha-115-anos-epidemia-de-pestes-no-rio/8

Por conta de toda essa exposição, tal o comércio dos ratos acabou sendo internalizado pela população e foi expresso na forma de marchinhas de carnaval, sendo a mais famosa, a “Rato Rato” de Casimiro da Rocha de 1904 que acabou se tornando o tema do carnaval do mesmo ano⁹. Na música observa-se que o cantor não quer que o rato escape apesar de odiá-lo porque ele garantirá o tostão do mesmo.

Varíola:

A varíola é uma doença infectocontagiosa causada pelo vírus da varíola e foi introduzida no país ainda na época da colonização portuguesa, sendo responsável por muitas mortes no país desde a sua instalação. Durante o inverno de 1904 ocorreu uma epidemia bastante violenta, a tal ponto que somente naquele ano, cerca de 3.500 pessoas morreriam na capital federal vitimadas pela doença¹⁰. Um ponto interessante que merece ser ressaltado é que ao contrário das doenças anteriormente referidas, a varíola já possui uma vacina específica nessa ocasião. Apesar da disponibilidade da vacina, a população de maneira geral apresentava muita resistência contra a mesma, apesar da obrigatoriedade da vacina desde o século XIX. O motivo pelo qual a vacinação não vingou era porque a sociedade era extremamente conservadora e não via com bons olhos a ideia de um estranho entrar em sua casa a força e levantar a roupa das mulheres. Além da crendice de que os vacinados desenvolveriam feições bovinas¹⁰.



Figura 5: A varíola.

Fonte: [Charge sobre a epidemia de varíola. Sob o título "A varíola". |Jornal do Brasil? - Base Arch \(fiocruz.br\).](#)¹¹

Por conta da resistência, Oswaldo Cruz propôs que o governo ratificasse a obrigatoriedade e aumentar os poderes das autoridades sanitárias afim de forçar as pessoas a se vacinarem para que pudessem matricular os filhos na escola, assumirem cargos públicos e até casarem¹⁰. Ao final, tal resolução foi aprovada, apesar das discussões calorosas nas câmaras legislativas. Esse debate político é muito bem demonstrado na charge ao lado, em que enquanto ao fundo pode-se observar os políticos debatendo sobre quais ações deveriam tomar, a varíola estava vitimando inúmeras vítimas.

Com a ratificação da necessidade de imunização forçada da população no dia 31/10/1904, conhecida como “Código de Torturas” pela população, foi criada a “Liga contra a vacina obrigatória”, movimento composto por militares, estudantes, monarquistas, positivistas e médicos e 9 dias depois da regulamentação da lei, eclodiu a Revolta da Vacina¹⁰.



Figura 6: Liga contra a vacina obrigatória

Fonte: [Charge sobre a lei de obrigatoriedade da vacina contra a varíola, sob o título: "Liga contra a vacina obrigatória"](#) - Base Arch (fiocruz.br)

A revolta foi um conflito intenso entre a população e as forças policiais iniciado no centro do Rio que foi se perpetuando pela cidade, em que houve depredação de patrimônio público, invasão de comércios, com muitos feridos e mortes ao final do mesmo. As principais reivindicações eram o fim da vacina obrigatória e a demissão de Oswaldo do cargo. Após o conflito Rodrigues Alves manteve Oswaldo no cargo, enviou os revoltosos para o Acre e encerrou a obrigatoriedade da imunização¹⁰.

Em 1906 o número de mortes já havia diminuído, no entanto em 1908, as mortes voltaram a aumentar e ao contrário do que se observou em 1904 a população procurou os serviços de saúde para se imunizar de forma voluntária, levando assim ao controle da doença¹⁰.



A Variola - Fia-te na virgem e não corras

Fonte: [Charge favorável à vacinação antivariólica, "A Variola - Fia-te na virgem e não corras"](#), Rio de Janeiro. O Malho - Base Arch (fiocruz.br)

A imprensa durante esse período de forma geral tomou uma posição de antagonista à vacinação contra a varíola publicando diversas charges com caráter jocoso contra a pessoas de Oswaldo, por isso a charge "A Varíola - Fia-te na virgem e não corras" merece destaque, pois é uma das poucas manifestações favoráveis a imunização. A charge separa as pessoas em 2 grupos: aqueles que não tomaram a vacina a esquerda morreram em decorrência da mesma, enquanto os indivíduos da direita se vacinaram e mantiveram-se saudáveis.

Na canção a cima intitulada "A vacina obrigatória de Autoria desconhecida" - Disco Emi/Odeon, Roche9 é ressaltado todo o descontentamento da população contra a vacina, a comparando com a palmatória (Castigo físico em que a palma da mão era golpeada), a imposição da vacinação e como a sociedade conservadora reagiu a tal ideia, representada pelo casal de namorados em que a moça perdera inocência com a vacina.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PIMENTA, TS; BARBOSA, K; KODAMA, K. **A província do Rio de Janeiro em tempos de epidemia**. Dimensões, [s. l.], v. 34, p. 145-183, 4 abr. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/dimensoes/article/view/11114/7761>. Acesso em: 18 dez. 2022.
2. **AS DOENÇAS do Rio de Janeiro no início do século XX e a Revolta da Vacina em 1904**. [S. l.], 5 abr. 2020. Disponível em: <https://brasilianafotografica.bn.gov.br/?tag=ludwig-ferdinand-schmid>. Acesso em: 18 dez. 2022.
3. **OSWALDO Cruz, o médico que derrotou o Aedes**. [S. l.], 4 mar. 2016. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2016/03/04/oswaldo-cruz-o-medico-que-derrotou-o-aedes#:~:text=%E2%80%94Oswaldo%20Cruz%20atuou%20com%20bastante,O%20sucesso%20foi%20inquestion%C3%A1vel>. Acesso em: 18 dez. 2022.
4. **FRANCISCO Pereira Passos**. [S. l.], 26 dez. 2019. Disponível em: <http://mapa.an.gov.br/index.php/publicacoes2/70-biografias/762-francisco-pereira-passos>. Acesso em: 18 dez. 2022.
5. **NO BRASIL Império, chegada de vírus mortal provocou negacionismo e crítica a quarentenas**. [S. l.], 1 jun. 2020. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/arquivo-s/no-brasil-imperio-chegada-de-virus-mortal-provocou-negacionismo-e-critica-a-quarentenas>. Acesso em: 18 dez. 2022.
6. **Oswaldo Cruz: campanha contra a Febre Amarela em Cuba**. "Culicídio". Rio de Janeiro. Semanário Tagarela. Imprensa Brasileira - Base Arch (fiocruz.br)
7. **Bahiano - OS MOSQUITOS - Cançoneta de autoria desconhecida - Gravação de 1912** - YouTube
8. www.revistahcsm.coc.fiocruz.br/ha-115-anos-epidemia-de- peste-no-rio/
9. [Músicas \(fiocruz.br\)](https://www.youtube.com/watch?v=...)
10. [Biblioteca Virtual Oswaldo Cruz - Luta contra a Varíola \(fiocruz.br\)](https://www.youtube.com/watch?v=...)
11. **Charge sobre a epidemia de varíola**. Sob o título "A varíola". [Jornal do Brasil?] - Base Arch (fiocruz.br)
12. **Charge sobre a lei de obrigatoriedade da vacina contra a varíola**, sob o título: "Liga contra a vacina obrigatória". Base Arch (fiocruz.br)
13. **Charge favorável à vacinação antivariolosa**. "A Varíola - Fia-te na virgem e não corras". Rio de Janeiro. O Malho - Base Arch (fiocruz.br)

PERSPECTIVA HISTÓRICA DAS ARMAS BIOLÓGICAS: UM OLHAR MÉDICO.

João Pedro de Oliveira Daflon - jp.daflon@hotmail.com, discente, Medicina, Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO).

Os avanços tecnológicos e científicos ao longo das revoluções industriais permitiram o desenvolvimento de mecanismos que melhoram a qualidade de vida do ser humano bem como a difusão de ferramentas cujo fim é debilitá-la ou destruí-la, como, por exemplo, as armas biológicas. Apesar dessa temática ser aparentemente moderna, principalmente no recente contexto de Covid-19, em que o bioterrorismo e as guerras biológicas foram considerados hipóteses para a ocorrência da pandemia, o uso de armas biológicas pode ser observado em diversos eventos ao longo de toda a história da humanidade.

As Diretrizes de Biossegurança, Bioproteção e Defesa Biológica do Ministério da Defesa, aprovadas por meio da Portaria Normativa nº 585/MD, de 7 de março de 2013, define Arma Biológica como agentes “causadores de doenças e toxinas que são utilizadas para finalidades incapacitantes ou morte de humanos, animais e plantas.”

As armas biológicas, quando utilizadas, podem se camuflar como causas naturais ou falha de serviços públicos. Isso se dá por seus efeitos serem muitos semelhantes aos de epidemias, intoxicações alimentares, falta de programas de vacinação e problemas socioeconômicos. Essa característica, juntamente com a falta de informações científicas que corroborem os acontecimentos, a manipulação política de documentos e a própria distância temporal dos eventos históricos tornam difícil a sua detecção, um verdadeiro empecilho para a distinção de episódios de utilização de armas biológicas ou ocorrências naturais, por parte de historiadores e autoridades, em casos como os citados anteriormente. (HUDSON e BARRAS- GRUB).

Desse modo, o atual trabalho cita alguns casos de utilização de armas biológicas ao longo da história humana, sejam em Guerras Biológicas ou em Bioterrorismo, destrinchando as consequências dos patógenos utilizados nas populações atingidas, bem como a etiologia e a sintomatologia das doenças causadas.

Durante a pandemia do COVID-19, o mundo experimentou a capacidade de um patógeno alterar em pouco tempo toda a vida humana dentro do globo. Tendo em vista que as armas biológicas são também patógenos, conclui-se que possuem o mesmo potencial destruidor, por vezes até maior do agente, podendo um ataque ser facilmente confundido com um evento natural. Portanto, importa compreender como as armas biológicas foram usadas ao longo da história e o potencial danoso desses patógenos.

O que é Guerra Biológica e Bioterrorismo?

Apesar de algumas vezes associados, os termos variam entre si. Guerra Biológica acontece a partir do uso de agentes biológicos com finalidades bélicas, seja numa ofensiva militar ou em um ataque em massa a populações, buscando principalmente a destruição das forças armadas e da indústria bélica. Pode-se compreender o Bioterrorismo pela definição atribuída pela Câmara de Relações Exteriores e Defesa Nacional (CREDEN) ao terrorismo: “ato premeditado, ou sua ameaça, por motivação política e/ou ideológica, visando a atingir, influenciar, intimidar ou coagir o Estado e/ou a sociedade, com o emprego de violência”. Desse modo, o bioterrorismo ocorre pela liberação de agentes biológicos sob tais contextos, visando atingir pessoas, animais e plantas. (XAVIER, 2014)

Os Hititas

O primeiro evento documentado que comprova a utilização de armas biológicas é datado do século 14 antes de Cristo. Os Hititas, um povo indo-europeu que habitava em uma região chamada de Anatólia (atual Turquia), enviavam rãs contaminadas possivelmente com uma doença chamada de tularemia, em direção aos seus inimigos com o intuito de enfraquece-los. (GREUB, 2014)

O Cerco de Caffa

A cidade de Caffa foi fundada em 1266 pela Cidade-estado de Genoa, pertencente ao Império Bizantino, em um acordo com a Horda Dourada, um apanágio do Império Mongol. Atualmente, esse território é a cidade de Feodosija, na Ucrânia. Caffa, tornou-se o principal porto Genovês, uma base para os navios que navegavam até Tana, uma cidade localizada onde hoje é Azov, Rússia, para trocas comerciais. (A HORDA, 2019) (WHEELIS, 2002)

A instabilidade política pairava sobre italianos e mongóis. Em 1343, sob comando de Janibeg, a Horda Dourada cercou Caffa. Porém, a forte resistência do exército da cidade e uma misteriosa praga, afetaram gravemente os Mongóis, forçando o abandono do cerco. (WHEELIS, 2002)

Gabriele de Mussi, um tabelião da cidade de Piacenza, relatou o cerco. Segundo ele, em 1346, uma praga misteriosa atingiu os países Leste (incluindo a Horda Dourada). De acordo com historiadores, essa praga era a Peste Negra, cujo agente etiológico é a bactéria grã-negativa *Yersinia pestis*. Essa peste invadiu o acampamento mongol através de roedores, matando milhares de soldados dia após dia. Sob o constante revide de flechas, e com o alto número de baixas, os mongóis perderam o interesse no cerco. Porém, antes de abandonarem, tentaram uma última estratégia: catapultar os corpos contaminados. (WHEELIS, 2002)

Segundo Mussi, “Montanhas de corpos eram catapultadas”, o objetivo mongol era um: levar a doença mortal para dentro dos muros de Caffa, exterminando sua população. Sem conseguir se defender dos corpos catapultados, rapidamente o ar e a água ficaram contaminados, relata Mussi. Além disso, ele deixa claro que aqueles que fugiram de Caffa através de barcos, após o ataque biológico, foram os responsáveis por espalhar a doença na Europa. (WHEELIS, 2002)

1ª Guerra Mundial

É a partir dos avanços desenvolvidos por Louis Pasteur na microbiologia no final do século 19, que a verdadeira era das Guerras Biológicas tem início. A possibilidade de identificar e manipular os diferentes tipos de patógenos, tanto animais quanto humanos, permitiu o desenvolvimento das mais variadas armas biológicas. (GREUB, 2014)

Durante a Primeira Guerra Mundial, há evidências de que principalmente a Alemanha tenha utilizado armas biológicas, com fins de sabotagem. Os alemães utilizaram doenças como o antraz, o qual foi administrado em renas contra os noruegueses, contra o gado na Argentina destinado as tropas britânicas, contra ovelhas na Romênia as quais seriam enviadas a Rússia e, como o Mormo, contra cavalos destinados as tropas aliadas. (GEISSLER, 1999) (ROFFEY, 2002).

2ª Guerra Mundial

No cenário moderno de ataques biológicos, a segunda guerra é o palco principal. Durante o conflito, diferentes nações se envolveram na Guerra biológica, como: Canada, Hungria, Reino Unido, França, União Soviética, Itália, Alemanha, Japão e Estados Unidos, sendo os dois últimos as principais. (ROFFEY, 2002).

O Japão deu início as pesquisas de armas biológicas em 1928, porém, foi em 1939 que o principal campo de pesquisa japonês ficou pronto, localizado na China, próximo a cidade de Harbin. A Unidade 741, como foi nomeado em 1941, contava com 3000 funcionários, 150 prédios e cinco acampamentos satélites, e foi campo para diversas pesquisas de diferentes bactérias tanto em humanos, quanto em animais, como: *Bacillus anthracis* (Antraz), *Neisseria meningitidis* (Meningite), *Shigella dysenteriae* (Shigelose), *Vibrio cholerae* (Cólera) e *Yersinia pestis* (Peste Negra). O número de mortos causados por esses patógenos é incerto, variando de alguns milhares a 222.000. (ROFFEY, 2002) (ROBERTSON, 1995) (XAVIER, 2014) (LEITENBERG, 2001)

Os Estados Unidos começaram a desenvolver armas biológicas em 1941. A esse programa foi dada alta prioridade, uma vez que os americanos suspeitavam de que alemães e japoneses já estavam trabalhando com armas biológicas. Durante a guerra, o principal sucesso norte-americano foi o desenvolvimento da capacidade de liberar em pequenas partículas de aerossol diferentes tipos de patógenos. Além disso, os americanos expandiram os estudos sobre herbicidas, afim de destruírem plantações japonesas. (LEITENBERG, 2001) (ROFFEY, 2002)

Combate as Armas biológicas

A “Convenção sobre a Proibição do Desenvolvimento, Produção e Estocagem de Armas Bacteriológicas (Biológicas) e à Base de Toxinas e sua Destruição”, foi o primeiro acordo realizado entre nações para coibir o desenvolvimento desse armamento e eliminar integralmente a sua produção, assinado em 1972 por diversas nações, incluindo o Brasil. Hoje, mais de 165 países já assinaram o acordo. (XAVIER, 2014)

Risco Biológico

O ministério da saúde, em 2017, elaborou um manual de classificação de risco de agentes biológicos, a fim de garantir a biossegurança de profissionais e instituições enquanto esses desempenham suas funções. A partir da análise desse manual, é possível entender o quão perigosas as armas biológicas podem ser.

Essa classificação é feita de acordo com o potencial danoso de determinado patógeno. Para isso, são avaliados os seguintes critérios: natureza do agente biológico, virulência, modo de transmissão, estabilidade, concentração e volume, Origem do agente biológico potencialmente patogênico, disponibilidade de medidas profiláticas eficazes, disponibilidade de tratamento eficaz, dose infectante, manipulação do agente biológico e a eliminação do agente biológico.

A classificação se dá em 4 níveis distintos:

Classe de risco 1 (baixo risco individual e para a comunidade): Inclui os agentes biológicos conhecidos por não causarem doenças no homem ou nos animais adultos saudáveis.

Classe de risco 2 (moderado risco individual e limitado risco para a comunidade): Inclui os agentes biológicos que provocam infecções no homem ou nos animais, com potencial de propagação na comunidade e de disseminação no meio ambiente é limitado, e para os quais existem medidas profiláticas e terapêuticas conhecidas eficazes.

Classe de risco 3 (alto risco individual e moderado risco para a comunidade): Inclui os agentes biológicos que possuem capacidade de transmissão. Causam doenças em humanos ou animais potencialmente letais, para as quais existem usualmente medidas profiláticas e terapêuticas.

Classe de risco 4 (alto risco individual e para a comunidade): Inclui os agentes biológicos com grande poder de transmissibilidade. Causam doenças humanas e animais de alta gravidade, para as quais não há nenhuma medida profilática ou terapêutica.

Tabela – Representação da matriz para a classificação do risco em função do potencial de risco à saúde em relação ao potencial de contenção dos riscos associados ao agente biológico

Potencial de contenção dos riscos	Potencial de riscos à saúde			
	Alto	Elevado	Moderado	Baixo
Baixo	4	4	3	2
Moderado	4	3	3	2
Elevado	3	3	2	2
Alto	3	2	2	1

(Fonte: BRASIL, 2017)

Logo, quanto menor for a capacidade de contenção, ou seja, combate, e maior o potencial de risco à saúde, maior é a propriedade danosa do patógeno.

O conhecimento dessa tabela é importante, pois permite mensurar a letalidade do uso de armas biológicas nos cenários de Guerra Biológica e Bioterrorismo.

Patógenos usados como armas biológicas nos eventos citados e suas respectivas doenças.

Francisella tularensis (Classificação 3)

A Tularemia é uma doença bacteriana, causada pela bactéria *Francisella tularensis*, que afeta animais e humanos. A sua transmissão ocorre a partir da ingestão, inalação, contato direto com animais (ranhuras, manuseio, caçar ou esfolar), contaminação de mucosas e pele lesionada ou de vetores artrópodes. Nos seres humanos, existem seis formas de Tularemia e os sintomas variam com elas: úlcero-glandular, glandular, óculo-glandular, orofaríngea, respiratória e tifoidea. (TULAREMIA, 2017)

A Tularemia úlcero-glandular é a forma mais comum; ocorre a partir do contato com mucosas e com uma pele não íntegra. Apresenta sintomas gripais, como febre, calafrios, dores de cabeça, pelo corpo e mal-estar. Além disso, área infectada pode apresentar uma pápula, a qual evolui para uma pústula e segue para uma ulcera. (TULAREMIA, 2017)

A forma mais severa da tularemia é a tifoidea. Ela resulta da ingestão, inoculação na pele ou inspiração da bactéria. Febre alta, prostração, dores de cabeça, náusea, vômito, diarreia e perda de peso, são sinais recorrentes. Alguns indivíduos podem apresentar fraqueza extrema, calafrios, sudorese, erupções cutâneas e pneumonia, em alguns casos. (TULAREMIA, 2017)

A tularemia pode apresentar complicações, algumas sendo raras, a saber: meningites, encefalites, endocardites, pericardites, aortite (em um aneurisma aórtico pré-existente), osteomielite, insuficiência renal, hepatite e coagulação intravascular disseminada. Aborto ou parto prematuro ocorre em algumas mulheres gestantes. (TULAREMIA, 2017)

Todavia, nas formas mais brandas da doença, o indivíduo é capaz de se recuperar através da atuação do próprio sistema imunológico, porém, não há dúvidas que os Hititas desenvolveram uma arma letal e capaz de, no mínimo, incapacitar qualquer exército inimigo.

Yersinia pestis (Classificação 3)

De acordo com o Ministério da Saúde brasileiro, a transmissão da peste negra ocorre através de pulgas principalmente de roedores, infectadas pela bactéria *Yersinia pestis*, e por gotículas aerógenas lançadas pela tosse no ambiente. (BRASIL, 2021)

Existem 3 tipos de peste negra e elas se diferenciam de acordo com os sintomas e o local onde a bactéria se deposita, são elas: Bubônica, Septicêmica e Pneumônica. A Bubônica é caracterizada pelo aparecimento de bubões principalmente na virilha, pescoço e a região sob os braços. A forma mais grave, a Septicêmica, ocorre quando a bactéria se deposita diretamente no sistema circulatório. A forma Pneumônica, ocorre a partir da contaminação dos pulmões pela corrente sanguínea. (SILVEIRA, 2021) (BRASIL, 2021)

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2021) os sintomas específicos de cada uma das formas de peste negra são:

Peste Bubônica: febre alta; calafrios; cefaleia intensa; dores generalizadas; falta de apetite; náuseas; vômitos; confusão mental; olhos avermelhados; pulso rápido e irregular; pressão arterial baixa; prostração e mal-estar geral; após 2 ou 3 dias, aparece tumefação nos linfonodos superficiais."

Peste Septicêmica: febre alta; calafrios; dor de cabeça intensa; dores generalizadas; falta de apetite; náuseas; vômitos; confusão mental; olhos avermelhados; pulso rápido; hipotensão arterial; prostração; dispneia; estado geral grave; dificuldade na fala; hemorragias; necrose dos membros; coma; morte.

Peste Pneumônica: dor no tórax; respiração curta e rápida; dispneia; cianose; expectoração sanguinolenta; delírio; coma; morte.

A peste pode manifestar sintomas leves e não necessariamente todos os sintomas citados, principalmente a da forma bubônica. (BRASIL, 2021)

Antibióticos são os principais meios de tratamento para a peste, sendo utilizados precoce e intensivamente. Tendo em vista a velocidade com a qual o estado clínico provocado pela peste se instala, não se deve aguardar nenhum tipo de resultados de exames laboratoriais para dar início ao tratamento. Para evitar complicações e mortes, o ideal é que se institua a terapêutica específica nas primeiras 15 horas após o início dos sintomas. (BRASIL, 2021)

Bacillus anthracis (Classificação 3)

A bactéria *Bacillus anthracis* é causadora da doença denominada Antraz ou Carbúnculo. A doença infecto-contagiosa de origem animal, pode facilmente ser transmitida a humanos. Isso se dá no momento em que os esporos do Antraz penetram no organismo, seja por inalação, ingestão de água ou alimentos contaminados, por injeções e por meio de cortes ou arranhão. Todavia, o Antraz não é contagioso. (ANTHRAX, 2020)

Os sintomas da doença variam de acordo com o tipo de infecção:

Sintomas do antraz cutâneo: Pequenas bolhas ou protuberâncias que podem coçar, Inchaço que pode ocorrer ao redor da ferida, ferida cutânea indolor (úlceras). (ANTHRAX, 2020)

Sintomas do antraz por inalação: Febre e calafrios, Incômodo no peito, Dificuldade para respirar, confusão mental ou tonteira, Tosse, Náusea, vômitos ou dor de estômago, Dor de cabeça Transpiração (muitas vezes excessiva), cansaço extremo, dores no corpo. (ANTHRAX, 2020)

Sintomas do antraz gastrointestinal: Febre e calafrios, inchaço do pescoço ou glândulas do pescoço, dor de garganta, dor ao engolir, rouquidão, náusea e vômito, em especial vômito com sangue, diarreia ou diarreia com sangue, dor de cabeça, rubor (vermelhidão) e olhos vermelhos, dor no estômago, desmaios, abdômen (estômago) inchado. (ANTHRAX, 2020)

Sintomas do antraz por injeção: Febre e calafrios, pequenas bolhas ou protuberâncias que podem coçar no local onde a droga foi injetada, ferida cutânea indolor com um centro escuro que aparece depois das pequenas bolhas ou protuberâncias, inchaço ao redor da ferida, abscessos nas camadas mais profundas da pele ou nos músculos em que a droga foi injetada. (ANTHRAX, 2020)

Por ser facilmente encontrado na natureza o *Bacillus anthracis* é facilmente convertido em arma biológica. De acordo com a FDA a letalidade da doença varia de acordo com a exposição, para a forma cutânea é de 20% sem a ação de antibióticos, 25-75% para a forma gastrointestinal e 80% quando inalado – a instituição não cita a letalidade da forma injetável da doença. (ANTHRAX, 2018)

O tratamento se dá por meio de antibióticos e antitoxinas. Pacientes graves precisam ser hospitalizados e serem submetidos a tratamento agressivo, como constante drenagem de fluidos e submetidos a aparelhos respiratórios.

Neisseria meningitidis (Classificação 1)

A *Neisseria meningitidis* é uma das bactérias causadoras de meningite. Ela pode se alojar na faringe humana, sem causar problemas graves, porém pode evoluir para uma meningite ou uma septicemia. (MENINGOCOCCAL, 2020)

Os sintomas da meningite meningocócica variam e incluem febre, dor de cabeça, rigidez no pescoço, náusea, vômito, hipersensibilidade a luz, confusão mental, desânimo e manchas vinhosas na pele. Caso a bactéria atinja a corrente sanguínea, poderá desenvolver uma Septicemia e os sintomas incluem cansaço, vomito, calafrios, dor, taquipneia, diarreia e erupções cutâneas. (MENINGOCOCCAL, 2020) (MENINGITE, 2007)

A transmissão da bactéria ocorre a partir de secreções nasofaríngeas e saliva de doentes ou portadores, ou seja, através da fala, espirro, beijos, tosse ou pelo contato prolongado entre pessoas próximas. Crianças com idades entre 6 meses e 1 ano são as mais vulneráveis, pois ainda não têm o sistema imunológico maduro. (MENINGOCOCCAL, 2020) (MENINGITE, 2007) (PREGUNTAS, 2021)

O tratamento consiste na internação e seguinte administração de antibióticos específicos. Caso não seja tratada, a meningite é fatal para metade dos doentes. Dentre aqueles que se recuperam da doença, 1 a cada 5 desenvolvem sequelas, que podem ser queda de cabelo, convulsões, fraqueza nos membros, dificuldades na visão, fala, memória e comunicação em geral e cicatrizes e amputações de membros em caso de seps. (MENINGITE, 2007) (MENINGITIS, 2021)

Shigella dysenteriae (Classificação 3)

A bactéria *Shigella dysenteriae*, é uma das causadoras de uma doença chama shigelose, e é a responsável pela forma mais grave da doença, que consiste em uma doença inflamatória do trato gastrointestinal. (DA CUNHA, 2017)

Os sintomas da shigelose são diarreia, febre, dores estomacais e vontade de evacuar mesmo com os intestinos vazios. (SHIGELLA, 2020)

O tratamento consiste na administração de antibióticos específicos e constante ingestão de fluidos para evitar desidratação. (SHIGELLA, 2020)

A principal fonte de contaminação ocorre a partir da manipulação de objetos ou pelo contato com locais contaminados pela bactéria. Além disso, também ocorre pela ingestão de água e alimentos contaminados e durante relações sexuais, caso exista algum contato com fezes ou região anal. (SHIGELLA, 2020) (DA CUNHA, 2017)

Vibrio cholerae (Classificação 1)

A bactéria *Vibrio cholerae* é causadora de uma doença infecciosa intestinal aguda chamada cólera. (MOURA, 2018) (BRASIL, 2008)

A transmissão ocorre, principalmente, pela ingestão de água contaminada com fezes e vômitos de indivíduos contaminados, bem como de alimentos contaminados pelo contato com água contaminada, moscas, mãos contaminadas de doentes. (CHOLERA, 2020)

Os sintomas da cólera são diarreia, vômito, sede, câibras nas pernas e irritação. Em alguns casos graves de diarreia o portador da doença pode apresentar desidratação severa e consequente falha renal. A desidratação pode desencadear choque, coma e até a morte. (CHOLERA, 2020)

Em casos graves, a taxa de letalidade pode atingir 50%, porém quando a reidratação é realizada precocemente, a taxa cai para 2%. (BRASIL, 2008)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As armas biológicas sempre estiveram presentes na história humana ditando rumos de guerras e povos, por vezes, como em Caffa, impactando indiretamente todo o planeta.

O fato de as armas biológicas serem facilmente camufláveis, confundindo-se com eventos naturais, torna o seu rastreamento difícil. Se não fossem os documentos e evidências encontradas por historiadores, jamais se teria conhecimento sobre os acontecimentos citados no trabalho. Além disso, quantos outros eventos (terrorismo, assassinatos, ataques, etc.) em que armas biológicas foram utilizadas e o resultado foi uma causa natural?

O constante desequilíbrio político que rege o relacionamento entre as nações, assim como ocorreu nos períodos pré-guerras mundiais, trás a preocupação no que tange ao uso de armas biológicas em conflitos ou como meio de ameaça. Apesar dos esforços em 1972 de frear o seu desenvolvimento, há evidências de que algumas nações, principalmente as mais poderosas, tenham sob seu domínio essas armas.

Diante de tamanha globalização, o desastre causado pelo COVID-19 pode não se comparar ao uso de uma arma biológica. O que esse trabalho não aborda com profundidade e que é demasiadamente importante para o pleno entendimento político do tema, é como as nações se posicionam sobre o uso dessas armas e quais as políticas nacionais e internacionais que freiam seu desenvolvimento. Desta feita, é possível indagar se os limites éticos, políticos e econômicos seriam capazes de conter tamanha catástrofe que seria gerada a partir do uso de armas biológicas nos diferentes conflitos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- GEISSLER, Erhard; VAN COURTLAND MOON, John Ellis. **Biological and toxin weapons: research, development and use from the Middle Ages to 1945**. Oxford University Press, 1999.
- ROBERTSON, Andrew G.; ROBERTSON, Laura J. **From asps to allegations: biological warfare in history**. Military medicine, v. 160, n. 8, p. 369-373, 1995.
- BARRAS, Vincent; GREUB, Gilbert. **History of biological warfare and bioterrorism**. Clinical Microbiology and Infection, v. 20, n. 6, p. 497-502, 2014.
- ROFFEY, R.; TEGNELL, Anders; ELGH, Fredrik. **Biological warfare in a historical perspective. Clinical microbiology and infection**, v. 8, n. 8, p. 450-454, 2002.
- WHEELIS, Mark. **Biological warfare at the 1346 siege of Caffa**. Emerging infectious diseases, v. 8, n. 9, p. 971, 2002.
- XAVIER, Hudson Antonio Neves. **Guerra biológica, bioterrorismo e saúde coletiva**. 2014.
- LEITENBERG, Milton. Biological weapons in the twentieth century: a review and analysis. Critical reviews in microbiology, v. 27, n. 4, p. 267-320, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Classificação de Risco dos Agentes Biológicos**. 3ª ed. Brasília-DF, 2017.
- Meningite. Biblioteca virtual em saúde, 2007. Disponível em: <https://bvsm.saude.gov.br/bvs/dicas/103meningite.html>
- PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE LA ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA. **Organización Panamericana de la Salud**. Washington, D.C., 2021
- DA CUNHA, F. D. P. L. et al. Shigella sp: **um problema de saúde pública**. *Higiene Alimentar*, v. 31, n. 264/265, 2017.
- MOURA, Josué Guilherme Lisboa; GEMELLI, Tanise; MULLER, Jessica. **Vibrio cholerae: doença, manifestações clínicas e microbiologia**. Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, v. 8, n. 4, p. 483-488, 2018.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual Integrado de Vigilância Epidemiológica da Cólera**. 2008.
- Anthrax as a Bioterrorism Weapon**. Centers for Disease Control and Prevention, 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/anthrax/bioterrorism/index.html>
- Anthrax. U.S Food and Drug Administration, 2018. Disponível em: <https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines/anthrax#:~:text=The%20mortality%20rates%20from%20anthrax,that%20is%2080%25%20or%20higher>
- Meningococcal Disease (Neisseria meningitidis)**. Centers for Disease Control and Prevention, 2020. Disponível em: <https://wwwnc.cdc.gov/travel/diseases/meningococcal-disease>
- Meningitis. **World Health Organization, 2021**. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/meningitis>
- Shigella - Shigellosis. **Centers for Disease Control and Prevention, 2020**. Disponível em: <https://www.cdc.gov/shigella/index.html>
- Cholera – Vibrio cholerae infection. **Centers for Disease Control and Prevention, 2020**. Disponível em: <https://www.cdc.gov/cholera/index.html>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Peste. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/peste-1>
- A Horda Dourada**. **World History** Enciclopedia, 2019. Disponível em: <https://www.worldhistory.org/trans/pt/1-18503/a-horda-dourada/>
- Tularemia. **The Center for Food Security and Public Health, 2017**. Disponível em: <https://www.cfsph.iastate.edu/Factsheets/pt/tularemia-PT.pdf>
- SILVEIRA, Anny Jackeline Torres; DE CASSIA MARQUES, Rita. **Peste Bubônica em Minas Gerais. Fênix-Revista de História e Estudos Culturais**, v. 18, n. 2, p. 185-208, 2021.
- BRASIL. Portaria Normativa nº 585/MD, de 7 de março de 2013. **Aprova as Diretrizes de Biosegurança, Bioproteção e Defesa Biológica** do Ministério da Defesa.

RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR: UMA RETROSPECTIVA ATÉ A ATUALIDADE

MARIANA REIS ROCHA FERREIRA¹

¹Acadêmica do Curso de Medicina do UNIFESO – Centro Universitário Serra dos Órgãos.

<https://orcid.org/0000-0002-9617-8780>

A parada cardiorrespiratória (PCR) é uma emergência cardiovascular de elevada prevalência e morbimortalidade. Exige, portanto, protocolos e algoritmos internacionais para que seu manejo ocorra de maneira padronizada e organizada. Esses, no entanto, nem sempre foram difundidos de maneira ampla, nem tampouco existiram.¹

Até chegar aos atuais protocolos de ressuscitação cardiopulmonar (RCP), diversos métodos de salvamento existiram desde os tempos antes de Cristo, e foram sendo abandonados ou aperfeiçoados.^{1,2,3} Todos eles sem dúvidas foram fundamentais para as ações que hoje são realizadas no atendimento ao paciente em PCR. Daremos, a seguir, um sobrevoou na história a partir dos diversos e principais eventos que nos permitem observar a evolução desse tão importante manejo.^{1,3}

• Tempos antes de Cristo

Datados em 476 a.C., os métodos mais antigos de RCP consistiam na aplicação de calor ao corpo através de objetos quentes ou queimantes sobre o abdome (fumigação) ou na flagelação do paciente inconsciente chicoteando-o com urtiga (planta cujas folhas são irritativas) ou outro instrumento.²

Desses tempos, daremos um pulo até 1500, onde mais informações encontram-se disponíveis:

• 1530-1800

- Em 1530, o Método Bellows era utilizado pela primeira vez por Paracelsus, um médico suíço.³ Nele, eram utilizados foles de lareira para introduzir ar nos pulmões de indivíduos aparentemente mortos, caracterizando as primeiras tentativas de ventilação artificial.²

- Em 1732, na Escócia, o cirurgião William Tossach usa respirações boca a boca para reviver um mineiro sufocado em uma mina de carvão. Ele documenta o sucesso 12 anos depois, no que pode ser a primeira descrição clínica de ressuscitação boca a boca na literatura médica.^{3,4,5}

Em 1740, esse método é então recomendado oficialmente pela Académie des Sciences em Paris, para reanimar vítimas de afogamento.⁴

- Em 1775, o veterinário dinamarquês Peter Abildgaard realiza a primeira abordagem científica registrada com o uso de choques elétricos. Ele em um experimento dá choques em galinhas sistematicamente e observa que quando aplicados em determinadas partes de seus corpos poderiam deixá-las sem vida, mas quando aplicados no peito, poderiam reanimar o coração.^{3,6}

- Em 1782, a Royal Humane Society expressa sua preferência pelo uso de fole de lareira em vez de ventilação boca a boca para inflar artificialmente os pulmões, apesar desse último método poder ser realizado por qualquer socorrista.⁵

- Em 1788, a possível primeira descrição de ressuscitação bem-sucedida com o uso de choque elétrico. Ela foi relatada por Charles Kite, quando uma menina de 3 anos, vítima de uma queda, levou um choque no peito por um gerador elétrico e uma Leyden jar. "Leyden jar" é o nome dado para o primeiro capacitor capaz de armazenar energia elétrica em um recipiente de vidro, descoberto em 1745.⁶

• 1800 - 1900

- Técnicas manuais de respiração artificial foram sendo desenvolvidas na última metade do século XIX e no início do século XX. Dessas, uma das primeiras a obter aceitação foi a de Hall, seguido pelas técnicas de Silvester, Howard e Shafer. Sendo que até o início do século XX, os dois primeiros foram os que tiveram seus métodos mais usados.⁷

- A técnica do médico londrino Marshall Hall é apresentada em 1856.³ Consistia em colocar o paciente em decúbito ventral e reposicioná-lo virando-o de lado totalmente, de maneira alternada. Na primeira posição, é realizada pressão no tórax e abdômen igual ao peso do corpo, e expiração acontece. Na última, essa pressão é removida, e ocorre a inspiração. Dever-se-ia realizar esses movimentos de maneira suave e uniforme, dezesseis vezes por minuto, sem o uso de dispositivos como a fole ou outros – o que era julgado como desnecessário e perigoso.⁸

- Já o método de Henry Silvester, também médico em Londres, é criado em 1858.³ Nele, o paciente deveria ficar em decúbito dorsal e ter seu braço elevado, para expandir seu tórax, e logo em seguida deveria ser realizada uma pressão em seu peito através do cruzar de seus braços – para que fosse aplicada pressão expiratória.^{2,9} Tais movimentos realizados alternadamente, 15 vezes em um minuto.⁹

- Em 1874, o fisiologista alemão Moritz Schiff descreve que a compressão direta do coração de cães poderia restaurar a circulação, sendo considerado por muitos o pai da ressuscitação moderna.^{2,3}

- Em 1891, o cirurgião alemão Dr. Friedrich Maass é o primeiro a defender compressões torácicas, em vez da ventilação isolada, para auxiliar na circulação, após utilizá-las em 2 pacientes jovens.³

• 1900-1950

- Em 1904, Dr. Crile também relata uma massagem cardíaca de tórax fechado bem-sucedida em um caso humano. No entanto, assim como na época do Dr. Maass, essa técnica não invasiva não ganha força e a massagem de coração aberto continua sendo o padrão.¹⁰

- Em 1924, é formada a American Heart Association (AHA), como uma sociedade profissional para médicos.³

- Em 1933, pesquisadores da Universidade Johns Hopkins, liderados pelo engenheiro elétrico William Kouwenhoven, PhD, observam que compressões torácicas externas em um cão conseguiam mantê-lo vivo até que a desfibrilação pudesse reiniciar seu coração.^{2,3}

- Em 1947, em Ohio, o cirurgião cardiotorácico Dr. Claude Beck realiza o primeiro uso, com êxito, de um desfibrilador elétrico em um coração humano.^{2,3}

• Década de 1950

- Em 1950, a AHA começa a publicar *Circulation*, uma revista científica que informa médicos, pesquisadores e outros sobre avanços cardiovasculares.³

- Em 1956, Dr. Elam e Dr. Peter Safar provam que a ressuscitação boca a boca é um método eficaz para salvar vidas.³ Eles juntamente com o Dr. Archer Gordon desempenham papel importante na promoção desse método de ressuscitação respiratória para profissionais de saúde e para o público em geral.¹¹

É ainda nesse ano que, pela primeira vez na medicina humana, um coração trêmulo tem seu ritmo restaurado com sucesso através de um desfibrilador externo.³

- Em 1957, é lançado o primeiro desfibrilador externo portátil, pela equipe do Dr. Kouwenhoven no John's Hopkins.³

• Década de 1960

É apenas no início dessa década que as técnicas de ressuscitação começam a se tornar evidência científica robusta e a serem utilizadas diariamente na prática clínica.²

- Os pioneiros da ressuscitação, Drs. Kouwenhoven, Safar e Jude combinam respiração boca-a-boca com compressões torácicas para criar aquilo que hoje é conhecido como RCP.³

- A AHA inicia um programa para familiarizar os médicos com a ressuscitação cardíaca de tórax fechado, que se torna o precursor do treinamento de RCP para o público em geral.³

- O treinamento da massagem cardíaca de maneira eficaz poderia causar traumatismo.² Dessa maneira, em 1960 é criada a “Resusci Anne”, um manequim de ressuscitação que possui coração, pulmões e pulso carotídeo; que depois deu origem a diversos outros manequins.^{2,3} Foi projetada pelo fabricante de brinquedos norueguês Åsmund Laerdal, fundamentada em pesquisas dos Drs. Peter Safar, James Elam e Gordon.² Sua face tem uma história interessante: é baseada em uma jovem desconhecida que se afogou no rio Sena, em Paris, em torno de 1880. Seu corpo não foi reivindicado por ninguém, sendo enterrada como indigente. No entanto, o assistente funerário tocado por sua beleza, fez sua máscara mortuária, para permitir alguma identificação futura. Ela encantou muitas pessoas e teve cópias encomendadas, sendo sua história romantizada por diversos escritores.²

- Em 1963, a AHA endossa formalmente o RCP.³

• Década de 1970

- Em 1972, em Seattle, o cardiologista Dr. Leonard Cobb lança o primeiro treinamento em RCP para a população: o “Medic II”, instruindo milhares de pessoas.³

- Em 1975, a AHA publica o primeiro livro-texto de “Suporte Avançado de Vida Cardiovascular” (ACLS).³

• Década de 1980

- Em 1988, em conjunto com a Academia Americana de Pediatria, a AHA apresenta cursos pediátricos: SBV pediátrico, suporte avançado de vida pediátrico (PALS) e reanimação neonatal.³

• Década de 1990

- Em 1992, é fundado o Comitê Internacional de Ressuscitação (ILCOR).³

- Desde 1999 esse comitê se reúne, e inclui representantes de diversos órgãos, como a AHA, a European Resuscitation Council (ERC) e a Heart and Stroke Foundation of Canada (Heart & Stroke). A reunião ocorre a cada 5 anos em Dallas, para revisão de informações relevantes sobre RCP e Atendimento Cardiovascular de Emergência, visando a definição de consensos e diretrizes.¹

• 2010-2019

- Atualmente, no Brasil, destacam-se as Diretrizes publicadas pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, que permitem a divulgação de conceitos e fundamentos homogêneos para a população médica.¹ Elas nos trazem informações primordiais para o atendimento de um paciente em PCR, dentre eles:

_ O principal ritmo de PCR em ambiente extra-hospitalar é a Fibrilação Ventricular e a Taquicardia Ventricular, e quando a desfibrilação é realizada precocemente - em até 3 a 5 minutos do início da PCR-, a taxa de sobrevivência pode chegar a 70%. Nesse atendimento, aspectos fundamentais são o reconhecimento imediato da PCR, contato com o sistema de emergência, início da RCP de alta qualidade e uso do DEA, assim que disponível.¹

_ Já no ambiente intra-hospitalar, o ritmo mais frequente é Atividade Elétrica Sem Pulso ou assistolia, com pior prognóstico e com taxas de sobrevivência inferiores a 17%. Seu manejo envolve, principalmente: manobras de RCP de boa qualidade; administração precoce de adrenalina quando necessário; o emprego de monitorização fisiológica; e a possibilidade de o uso de uma via aérea avançada (nesse caso, as compressões torácicas devem ser realizadas continuamente, e as ventilações aplicadas uma a cada 6 segundos).¹

_ É importante reconhecer precocemente as causas desencadeantes e, após o retorno da circulação espontânea, estabelecer os cuidados necessários.¹

• 2022

Agora, seguimos aguardando mais inovações e tendências que visem aprimorar e otimizar o atendimento ao paciente em PCR.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BERNOCHE, Claudia et al. **Atualização da diretriz de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência** da Sociedade Brasileira de Cardiologia-2019. Arquivos brasileiros de cardiologia, v. 113, p. 449-663, 2019.
2. GUIMARÃES, Hélio Penna et al. **Uma breve história da ressuscitação cardiopulmonar**. Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, v. 7, n. 3, p. 177-87, 2009.
3. AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). **History of CPR. CPR & First Aid | Emergency Cardiovascular Care**. Disponível em: <https://cpr.heart.org/en/resources/history-of-cpr>. Acesso em: 13 dez. 2022.
4. BAKER, A. Barrington. **Respiração artificial, a história de uma ideia**. História médica, v. 15, n. 4, pág. 336-351, 1971.
5. TRUBÚHOVICH, Ronald V. **History of mouth-to-mouth rescue breathing**. Part 2: the 18th century. Critical Care and Resuscitation, v. 8, n. 2, 2006.
6. CAKULEV, Ivan; EFIMOV, Igor R.; WALDO, Albert L. **Cardioversion: past, present, and future**. Circulation, v. 120, n. 16, p. 1623-1632, 2009.
7. BASKETT, Thomas F. **The Holger Nielsen method of artificial respiration**. Resuscitation, v. 74, n. 3, p. 403-405, 2007b.
8. HALL, Marshall. **On a new mode of effecting artificial respiration**. The Lancet, v. 67, n. 1696, p. 229, 1856.
9. BASKETT, Thomas F. **Silvester's technique of artificial respiration**. Resuscitation, v. 74, n. 1, p. 8-10, 2007a.
10. HURT, Raymond. **Modern cardiopulmonary resuscitation - not so new after all**. Journal of the Royal Society of Medicine, v. 98, n. 7, p. 327-331, 2005.
11. SANDS, Robert P.; BACON, Douglas R. **An inventive mind: the career of James O. Elam, MD (1918-1995)**. The Journal of the American Society of Anesthesiologists, v. 88, n. 4, p. 1107-1112, 1998.

TUBERCULOSE: DOENÇA DO AMOR

Ana Cássia Gonzalez dos Santos Estrela, discente do curso de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos, anagonzalezestrela@gmail.com
Ligia Aurelio Vieira Pianta Tavares, discente do curso de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos,
Daniel Pinheiro Hernandez, docente do curso de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos,

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa crônica causada pela micobactéria do gênero *Mycobacterium*, sendo a espécie *Mycobacterium tuberculosis* (Mtb) a mais comum. Uma das doenças que mais causam mortes no mundo, a TB afeta principalmente os pulmões (TB pulmonar), mas pode também afetar praticamente todos os órgãos do corpo humano (TB extrapulmonar).¹

Infecção tão antiga quanto a humanidade, é provável que os primeiros humanídeos já padeceram com a tísica, mesmo que a existência de pequenos grupos isolados inibisse a difusão maciça da moléstia. Com a ocorrência da Revolução do Neolítico, os agrupamentos humanos cresceram em número e a domesticação de algumas espécies animais ampliou as possibilidades de contágio. Apesar da precariedade de informações acerca da tuberculose no período anterior ao momento hipocrático, sabe-se que a doença esteve presente entre os egípcios, encontrando-se indícios do Mal de Pott em partes de corpos mumificados e com data aproximada de 6.000 anos. Aventa-se mesmo a hipótese de que, no último milênio antes de Cristo, teria existido uma espécie de sanatório na região do delta do rio Nilo. Esta suposição, anotada em diversos relatórios arqueológicos, encontra apoio na identificação de restos de múmias infectadas, concentrados espacialmente nos terrenos escavados.²



Figura 1: Evidências de tuberculose em múmias do antigo Egito.
Fonte: Medicine – an illustrated history. New York

A DOENÇA COMO EXPRESSÃO FÍSICA DOS SENTIMENTOS

Concomitantemente às questões referentes à sua evolução e comprometimento social, a tuberculose também era reconhecida, no campo artístico e literário, como a doença do amor. Fora bastante representada por escritores ao final do século XIX e início do XX e correspondia às concepções de paixões fortes, frustrações amorosas, levando a uma decadência física, em consequência da febre das paixões excessivas e do tipo de vida.

Por vários motivos, nesta época, desencadeava-se a "ideia moderna de individualidade"³, que se expressava pelo fato de ser diferente e "mais interessante"; dentre estes, o fato de a doença colocar em questão o confronto com a tristeza, o confinamento, a percepção dos limites corporais e, principalmente, da morte. A relação com os outros levava o doente a uma maior conscientização da sua posição, da vida, e, como consequência, a um refinamento de sensações e de sentimentos.

Uma porção da sociedade teve uma interessante ligação identitária com a doença: os artistas, poetas e boêmios. Estes representavam todo um processo de inovação, protestos e exacerbação de sentimentos que se expressavam fisicamente; O artista não se preocupava em se alimentar bem, era pobre, muitos se entregavam à bebida. Isso criava uma condição de inferioridade orgânica. E como a tuberculose era muito espalhada, e havia muito contágio, eles eram presa mais fácil da tuberculose.⁴

Nogueira (1949) aborda esta questão desnaturalizando a concepção médica sobre as toxinas do bacilo de Koch, sugerindo que também fatores sociais se uniriam a isto, tais como o crescente processo de modernização e individualização. O componente físico da doença expressava desejos individuais, que iam além daquilo que o controle social estabelecia.⁵

Tal distinção surgia "como se as belas-artes atraíssem o bacilo, junto com a febre e as pontadas, desencadeasse o amor das artes, mormente o das letras"⁶

Também Machado de Assis (1839-1908) manifestou-se acerca da tísica: "os poetas em todos os tempos tiveram sempre uma queda para as criaturas descoradas"⁷.

A doença foi vista e relacionada, mas não tratada, a uma sequela decorrente de uma frustração amorosa tanto na Europa como no Brasil.³

A origem da tuberculose vinha do amor, da decepção que levava à boemia, ao descuido de si. A concepção de que o amor era um motivo forte e suficiente para levar ao adoecimento e ao enfraquecimento do corpo era aceita, mas pouco discutida como etiologia popular. Uma doença de personalidade feminina, na sua etiologia: sensível, romântica, capaz de levar à morte por um objetivo, por um ideal amoroso. Sontag aponta que na "mitologia da tuberculose, geralmente há alguns sentimentos de paixão que provocam o ataque da doença ou que se exprimem nesse ataque". Isso só vem corroborar o fato de que mesmo com a descoberta do bacilo a simbologia da doença não se modificou, porque fazia sentido nos meios em que residia.⁸

Era na exposição de alguns dos sintomas, como o sangue no escarro, a fraqueza decorrente do emagrecimento, que se visualizavam os limites corporais entre a vida e a morte. Para alguns escritores, a fonte instigadora que acompanhava a doença estava justamente nestes limites, na sensibilidade aflorada pelas decepções e na avaliação do que fora sua vida. A caracterização do indivíduo com tuberculose como um poeta tísico, boêmio, magro, pálido e profissional, reconhecido por sua capacidade criativa, foi legitimada e legitimadora, naquele período, a partir da doença. A tuberculose era uma doença importante, que reforçava a afirmação profissional artística, sobretudo literária, visto que vários poetas e escritores a contraíram e, principalmente, não a escondiam em suas produções.⁷

Uma vez doentes, poderiam sentir no corpo as dores e privações, transformando-as em histórias e versos que verdadeiramente fossem um espelho da sua realidade; sensações e conflitos que só os tendo para descrevê-los. Muitos escritores que não tiveram tuberculose expressavam desejo de contraí-la. A ideia parecia ser a de que a inspiração perpassa a experiência real e pessoal.⁸

Embora fossem conhecidas as repercussões dramáticas quanto aos prejuízos à saúde, poetas como Casimiro de Abreu, ansiavam pela tísica, tendo em vista os dotes intelectuais e interessantes que a doença supostamente proporciona. Cansado do que chamou de “monotonia da boa saúde”, Casimiro, em carta de 1858, manifestou o desejo em contrair a doença:

“Quería a tísica com todas as suas peripécias, queria ir definhando liricamente, soltando sempre os últimos cantos da vida e depois expirar no meio de perfumes debaixo do céu azulado da Itália, ou no meio dessa natureza sublime que rodeia o Queimado”⁶.



Figura 2: Casimiro de Abreu (1839 - 1860)
Fonte: Bertolli,2001

TUBERCULOSE EM VERSOS:

Antônio Frederico de Castro Alves, foi um poeta brasileiro Escreveu clássicos como Espumas Flutuantes e Hinos do Equador que o alçaram à posição de maior entre seus contemporâneos.



Figura 3: Castro Alves (1847-1871)
Fonte: Bertolli,20016

"Eu sei que vou morrer... dentro do meu peito /um mal terrível me devora a vida. / Triste Assaverus, que no fim da estrada / só tem por braços uma cruz erguida. / Sou o cipreste qu'inda mesmo florido / Sombra da morte no ramal encerra! / Vivo - que vaga entre o chão dos mortos, / Morto - entre os vivos a vagar na Terra"⁶.

Manuel Bandeira desponta como o mais importante personagem da literatura brasileira a relacionar a tísica ao desenvolvimento da vocação literária. Adoeceu aos 18 anos e descreveu a maneira como a doença se apresentou, embora Bandeira não tenha sido mais uma vítima fatal da TB, morreu aos 82 anos de hemorragia digestiva em decorrência de uma úlcera duodenal, o espectro da doença e a espera da morte sempre foram uma constante em suas obras.



Figura 4: Manuel Bandeira (1886-1968)
Fonte: Bertolli,2016

Pneumotórax

Febre, hemoptise, dispnéia e suores noturnos,
A vida inteira poderia ter sido e não foi.
Tosse, tosse, tosse.
Mandou chamar o médico.
Diga trinta e três.
Trinta e três... trinta e três... trinta e três...
Respire
O senhor tem uma escavação no pulmão esquerdo
e o pulmão direito infiltrado.
Então doutor, não é possível tentar o pneumotórax?
Não. A única coisa a fazer é tocar um tango argentino.⁶

TUBERCULOSE EM ARTE:



Figura 5: O Nascimento de Vênus (1484)

Fonte: Sandro Botticelli 1445 – 1510, foi um pintor italiano, que retrata em suas obras os sinais da tuberculose.

Tornou-se a beleza de Simonetta acentuada pela enfermidade, que a faz luzir frágil, febril e pálida, como figura etérea. Célebre tísica, musa do pintor, valorização da jovem tuberculosa sublinha o efêmero de sua existência, sinalizado pela passagem das estações. uma referência clássica retirada da tradição renascentista. a valorização da jovem tuberculosa sublinha o efêmero de sua existência, sinalizado pela passagem das estações.



Figura 6: A primavera (1484)

Fonte: Museu Uffizi de Florença

A modelo coberta por flores: Simonetta Vespucci, a seu lado, uma ninfa em vestes diáfanas verte flores negras pela boca, em uma hemoptise floral, valorização da jovem tuberculosa sublime de sua existência, sinalizado pela passagem das estações.

CONCLUSÃO:

No século XIX, estima-se que 25% da população tinha tuberculose, sendo considerada o mal do século, por não possuir, à época, tratamento. Muitos poetas, escritores e pintores foram acometidos pela doença, criando uma mítica de que a doença era perigosa especialmente para as pessoas de grande sensibilidade, como um mal do amor. A tuberculose acabou por caracterizar o movimento cultural do romantismo, tanto, que criou moda.

Subitamente, os padrões estéticos assumiram ares doentios: para serem considerados belos, homens e mulheres deveriam ser magros, pálidos, com olhos encovados, pessoas com esta aparência reconheciam-se como românticos por excelência. Hoje perdeu seu romantismo e deixou de ser cantada em versos por literatos tísicos. Só que ainda continua fazendo milhões de vítimas. Todos os anos cerca de 6,8 milhões de pessoas adoecem no mundo e 3 milhões morrem de tuberculose.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Tuberculosis Report 2018**. França. 2018.
2. DUBOS, R. & J. **The White Plague**. Boston: Little, Brown & Co., 1952
3. SONTAG, S. **A doença como metáfora Rio de Janeiro**, graal.1984.
4. BETHLEM, N. **Boletim de Pneumologia Sanitária do Rio de Janeiro**, FNS/Cenepi.1993.
5. NOGUEIRA, O. **Experiências sociais e psíquicas do tuberculoso pulmonar em São Paulo**. Sociologia: Revista Didática e Científica. São Paulo. 1949
6. BERTOLLI, C. **História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.
7. MONTENEGRO, T.H. **Tuberculose e literatura: notas de pesquisa**. Rio de Janeiro, Casa do Livro. 1949.
8. GONÇALVES, H. **A tuberculose ao longo dos tempos**. *Hist. ciênc. saúde-Manguinhos*. 2000.
9. ROSEMBERG, J. **Tuberculose - Aspectos históricos, realidades, seu romantismo e transculturação**. Boletim Pneumologia Sanitária, v.7 n.2 Rio de Janeiro dez. 1999.

VITAL BRAZIL MINEIRO DA CAMPANHA, GRANDE PERSONALIDADE DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

Fabio Ferreira Bustamante, Discente do Curso de Graduação em Medicina do Centro Universitário Serra dos
Órgãos. fabio_f90@hotmail.com.

Daniel Pinheiro Hernandez, Docente do Curso de Graduação em Medicina do Centro Universitário Serra dos
Órgãos

INTRODUÇÃO

A trajetória de Vital Brazil Mineiro da Campanha^{1,2} tem início no dia 28 de abril de 1865, em Campanha, município do sul de Minas Gerais. Mais velho de um total de oito filhos, recebeu o nome em referência ao dia de seu nascimento - dia de São Vital de Milão - além da homenagem ao município, à província e ao país onde iniciou sua vida³.

Filho de José Manoel dos Santos Pereira Junior (1837-1931) e Mariana Carolina Pereira de Magalhães (1845-1913), era descendente, por via materna, do tronco familiar Pereira de Magalhães, do qual também descendia Joaquim José da Silva Xavier, o Tiradentes (1746-1792), mártir da Inconfidência Mineira. Era primo, por parte de pai, de Wenceslau Braz Pereira Gomes (1868-1966), presidente da República entre 1914 e 1918.

Oriundo de família humilde, nasceu em casa simples, onde morou por pouco menos de quatro anos, antes de se mudar com os pais para Itajubá. Lá, Vital Brazil passou parte de sua infância em uma fazenda, de seu avô paterno, uma típica propriedade rural exportadora do período pré-republicano, com engenho de açúcar e locais para a elaboração de diversos outros produtos. Nessa época, ainda criança, demonstrava atenção para o trabalho dos escravos, aprendendo diversas atividades produtivas, como a tecelagem e a produção de cachaça, a partir de simples observação⁴.

No ano de 1872, novamente mudou-se de cidade com a família, seguindo dessa vez para Caldas. Sua grande referência nessa fase foi Miguel Gonçalves Torres (1849-1892), seu professor e pastor da Igreja Presbiteriana do Brasil, responsável pela conversão da família de Vital ao presbiterianismo. A religião foi de grande relevância na vida pessoal e na carreira de Vital Brazil, que mantinha o hábito de ler regularmente a Bíblia, contribuindo para as características humanitárias de seu trabalho⁴.

Com o endividamento de sua família em Caldas, rumou para a região da atual cidade de Guaxupé, em 1879. Lá conseguiu seu primeiro emprego, trabalhando como caixeiro, com apenas 14 anos, o que marcou o início de uma vida profissional de grande esforço, coragem e perseverança. Após curto período de tempo em Guaxupé, sua família foi expulsa da fazenda onde morava devido a divergências religiosas com o proprietário, seu tio avô, seguindo para outra província⁴.

Em 1880, a família se mudou para São Paulo, capital da província desde 1815 e local de grande efervescência política, econômica e intelectual, cidade na qual o jovem logo começou a trabalhar como condutor de bondes. Em seguida, entrou no curso de ministro evangélico, também sendo o responsável por fazer a limpeza do colégio da missão protestante. Posteriormente, foi funcionário do jornal Imprensa Evangélica⁴.

Porém, Vital tinha como objetivo entrar no curso de Medicina, até então existente apenas em Salvador e no Rio de Janeiro. Para isso, foi admitido como professor primário do Colégio George Morton, visando a pagar, com seu trabalho, as aulas preparatórias para o ensino superior. A aspiração de ser médico tornou-se mais próxima quando Vital Brazil, com 19 anos, seguiu para o Rio de Janeiro pela primeira vez, com o objetivo de ingressar na faculdade.

As dificuldades financeiras, até então sempre presentes em sua vida, impediram sua permanência na cidade, o obrigando a retornar a São Paulo⁴. Voltou para o curso preparatório na capital paulista, também tendo trabalhado em obras ferroviárias no interior da província. Em 1886, retornou ao Rio de Janeiro, onde buscou algum emprego que lhe desse condições financeiras mínimas para a permanência na cidade. Em troca de moradia e salário, foi aceito como professor do Colégio Froebel, instituição de educação infantil. Ingressou na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro aos 21 anos⁴.

Porém, o jovem logo se deparou com a dificuldade em conciliar estudo e o trabalho como professor na educação infantil, passando a dar aulas particulares como forma de subsistência. Ainda na primeira parte de sua formação, Vital Brazil também trabalhou como escrevente de polícia e foi professor do Liceu de Artes e Ofícios, simultaneamente⁴.

Suas primeiras empreitadas em ambiente hospitalar ocorreram em 1889, quando passou a atuar como interno da Santa Casa de Misericórdia. Nesse mesmo ano, quando da proclamação da República, integrou o batalhão acadêmico que foi apresentar armas ao Marechal Deodoro da Fonseca (1827-1892), comandado pelo Dr. Cândido Barata Ribeiro (1843-1910). Nos anos de estudante, também conheceu o imperador D. Pedro II (1825-1891). Em 1891, aos 26 anos, se formou defendendo tese sobre as funções do baço⁴.

No ano de 1892, Vital Brazil iniciou sua atividade como médico sanitaria no interior de São Paulo, em regiões acometidas pela febre amarela. A competência demonstrada nesse serviço o levou a ser credenciado como delegado de higiene da capital paulista, além de participar da comissão responsável pelo saneamento no interior, que à época se apresentava em condições extremamente precárias⁴.

Participou também do combate à cólera, a difteria, à malária, o tifo e à varíola em cidades do interior de São Paulo, mas foi sua participação no combate à epidemia de peste bubônica, em Santos, no ano de 1899, seu trabalho mais conhecido como sanitaria⁵: Vital Brazil foi o responsável pela elaboração das bases dos serviços de controle da peste, doença que foi controlada no país. Vital fora enviado à Baixada Santista como assistente do Instituto Bacteriológico, gerido por Adolfo Lutz (1855-1940), do qual era funcionário desde 1897. Durante sua estadia em Santos, foi acometido pela peste, sendo substituído por Oswaldo Cruz (1872-1917), que permaneceu no cargo até o fim da epidemia na cidade. Além de sua contribuição como sanitaria, Vital Brazil também ocupou o cargo de médico da Força Pública do Estado de São Paulo³. Trabalhando no interior, passou por diversas localidades, entre elas Cachoeira Paulista, Descalvado, Jaú, Leme, Pirassununga, Porto Ferreira e Rio Claro⁴.

Apesar da incensurável importância de sua atividade no Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, os trabalhos sobre o ofidismo foram o elemento principal para a perpetuação de Vital Brazil como um dos cientistas brasileiros de maior renome da história. Após se interessar pelo assunto ainda na faculdade, o jovem médico, que já havia adquirido longa experiência no combate a endemias no interior paulista, seguiu para Botucatu em 1895, onde clinicou até seu retorno à capital. Na cidade, Vital se deparou com casos de envenenamento por serpentes, e a grande dificuldade em evitar os óbitos dos indivíduos acometidos⁴.

A angústia e as dúvidas sobre a possibilidade de tratamento para os acidentes ofídicos começaram a ser sanadas quando Vital Brazil teve contato com os estudos do bacteriologista francês Léon Charles Albert Calmette (1863-1933)^{6,7} pela primeira vez, ainda em Botucatu. Calmette anuncia a criação do primeiro soro antiofídico e sua utilização bem-sucedida, em 1896. Buscando melhores recursos para a realização de suas pesquisas, Vital retornou a São Paulo.

Trabalhando no Instituto Bacteriológico desde 1897, chegou, no início do século XX, àquela que seria sua grande descoberta: provou que os soros antiofídicos são específicos para cada tipo de veneno, refutando a posição de Calmette, que acreditava na ação universal do soro por ele descoberto (Hawgood 1992 apud Mise 2009)⁸. Em seus primeiros experimentos, utilizou o soro produzido a partir do veneno de ofídios dos gêneros *Bothrops* e *Crotalus*⁴, popularmente conhecidas como jararaca e cascavel, respectivamente, sendo estas as serpentes mais comumente envolvidas em acidentes ofídicos no Brasil.

Visando a uma melhor estrutura para a produção de soros e continuidade dos estudos de Vital Brazil, Adolfo Lutz, como diretor do Instituto Bacteriológico, comunicou ao governo do Estado a necessidade da criação de uma nova instituição. O laboratório da Fazenda Butantan, criado em 1899, voltado para a produção de soro antipestoso e vinculado ao Instituto Bacteriológico, foi desmembrado pelo presidente do Estado, Francisco de Paula Rodrigues Alves (1848-1919), no dia 23 de fevereiro de 1901, dando origem ao Instituto Serumtherápico do Estado de São Paulo, atual Instituto Butantan. Vital Brazil havia sido o grande responsável pela edificação do primeiro laboratório da Fazenda Butantan, ainda em 1899, sendo também o primeiro diretor do novo instituto⁹, cargo que ocupou até 1919.

No primeiro ano de funcionamento, o Instituto Serumtherápico passou a produzir, além de soro antipestoso, os soros antiofídicos para o consumo da população (Vaz 1950 apud Bochner & Struchiner 2003)¹⁰, com objetivo de diminuir a elevada taxa de óbitos que o envenenamento por serpentes acarretava à época. Também em 1901, Vital Brazil implementou o primeiro estudo epidemiológico de acidentes ofídicos do país, referente aos anos de 1897, 1899 e 1900, o Boletim para Observação de Accidente Ophidico¹⁰.

Vital Brazil teve a oportunidade de apresentar o novo tratamento, na prática, no V Congresso de Medicina e Cirurgia, em 1903, no Rio de Janeiro, o que aumentou a notoriedade de seu trabalho a nível nacional. Percebendo a necessidade de propagar a prevenção e o tratamento dos acidentes ofídicos de forma mais contundente entre a população, criou, em parceria com Adolfo Lutz, o programa "A defesa contra o ofidismo". Entre as ações do programa estavam a criação de instrumentos para captura, depósito e transporte de serpentes, planos de logística para a distribuição gratuita desses equipamentos e a captação de ofícios visando a aumento na produção de soros antipeçonhentos⁴.

Para organizar e consolidar as ações propostas pelo programa, publicou em 1911 sua obra mais conhecida, *A defesa contra o ofidismo*. Com linguagem acessível, trazia informações gerais sobre as serpentes brasileiras, profilaxia dos acidentes ofídicos e tratamento, tornando bibliografia básica acerca do assunto¹¹. Incluindo seu trabalho mais célebre, traduzido para o francês e para o japonês e disponível em formato digital na Biblioteca do Congresso dos Estados Unidos¹¹, publicou um total de 72 trabalhos entre 1892 e 1941, ano em que escreveu seu último artigo (Netto (org) 2002 apud Mott et al., 2011)¹¹.

Vital Brazil foi a figura central do crescimento do Instituto Serumtherápico em sua primeira década de existência, tendo contado com o apoio e influência do diretor do Serviço Sanitário, Emílio Ribas (1862-1925), para a realização de melhorias estruturais nas dependências do local. A excelência atingida após o árduo trabalho de Vital Brazil nos primeiros anos tornou o instituto uma referência para a população local e para as ciências biomédicas em nível internacional, atraindo pesquisadores e personalidades que buscavam conhecer as atividades desenvolvidas nos laboratórios, entre elas o presidente dos Estados Unidos e ganhador do Prêmio Nobel da Paz Theodore Roosevelt (1858-1919), e o pioneiro da aviação Alberto Santos Dumont (1873-1932)⁴.

Já reconhecido como um dos maiores cientistas de sua época, foi convidado para o Congresso Científico Pan-Americano de 1915, em Washington. Lá, apresentou suas pesquisas acerca do tratamento de acidentes ofídicos, pouco comuns naquele país, e conheceu as principais universidades norte-americanas. Antes da volta ao Brasil, foi comunicado sobre um funcionário de um zoológico de Nova York que fora picado por uma serpente do gênero *Crotalus*. A vítima, que estava sendo tratada sem sucesso com o soro de Calmette, teve sua vida salva após a aplicação do soro específico anticrotálico produzido no Butantan. A ação de Vital Brazil foi amplamente divulgada, sendo o brasileiro mencionado em três oportunidades no *The New York Times*, um dos noticiários mais conhecidos do mundo⁴.

No retorno ao Instituto Serumtherápico, começou um projeto de popularização da ciência, contando com a ajuda de seu assistente, Augusto Esteves (1891-1966), um dos principais ilustradores científicos do país. Entre as ações estava a criação de murais com informações gerais sobre determinadas doenças, como profilaxia e tratamento, com objetivo de levar a educação sanitária em linguagem de fácil entendimento à população. Vital Brazil também criou no instituto um curso para professores e diretores, visando à difusão da educação sanitária nas escolas paulistas⁴.

No dia 12 de agosto de 1917, fez mais uma de suas incontáveis contribuições à humanidade, doando a patente dos soros antiofídicos ao Estado de São Paulo, apenas quatro meses após recebê-la por autorização do presidente da República, Wenceslau Braz. Assim, o Instituto Serumtherápico poderia produzir os soros a menor custo, o que aumentaria sua produção e distribuição. Após a aposentadoria de Emílio Ribas, até então diretor do Serviço Sanitário, em 1916, e devido a interferências políticas inoportunas em sua administração, Vital Brazil afastou-se da direção do instituto em 1919⁴.

Apesar de ter sido convidado por Carlos Chagas (1878-1934) para dar prosseguimento aos seus estudos no Instituto Oswaldo Cruz, em Manguinhos, no Rio de Janeiro, preferiu criar uma nova fundação, levando em conta a importância e a necessidade de um maior número de instituições científicas de ensino e pesquisa para o desenvolvimento do país. Dessa forma, fundou no dia 3 de junho de 1919, o Instituto de Higiene, Soroterapia e Veterinária, hoje Instituto Vital Brazil, em Niterói¹².

A nova instituição tinha modelo de gestão inspirado em entidades norte-americanas. O equilíbrio financeiro era proporcionado pela venda de artigos produzidos, entre eles produtos de uso veterinário, soros e vacinas⁴. Mesmo com a dificuldade inicial, a direção do instituto criou dez postos antiofídicos no interior do país, com a finalidade de ampliar o atendimento já realizado nas duas entidades por ele fundadas. O Instituto Vital Brazil foi a primeira instituição a obter a vacina BCG no país, em 1925, oriunda da França.

Em 1924, Vital retorna à direção do Butantan após convite do presidente do Estado de São Paulo, Carlos de Campos (1866-1927), preocupado com os problemas organizacionais que o instituto enfrentava⁴. Na nova gestão, foram unificados no Butantan o Instituto Soroterápico e o Instituto Vacinogênico, e Vital Brazil, com seu trabalho e maestria, conseguiu retomar a excelência da entidade. A produção científica atingia seu auge, e nesse momento, Vital organizou reuniões sobre diversos temas de interesse público, entre eles o ofidismo, a tuberculose e a importância da educação física e da nutrição, dando prosseguimento ao seu trabalho de popularização da ciência. Mostrando preocupação com o analfabetismo e a falta de acesso à educação, criou a Escola Isolada do Butantan, voltada para funcionários e seus filhos, que além de promover a formação educacional de crianças, foi uma das primeiras escolas voltadas à alfabetização de adultos do país. Vital Brazil deixou definitivamente a direção do Instituto Butantan no dia 1º de setembro de 1927, voltando para Niterói⁴.

Em 1928, regressou à direção do Instituto Vital Brazil, que além de ter se tornado um grande centro de ensino e pesquisa, promovia o intercâmbio de cientistas e produzia vacinas humanas e animais. Além de suprir o mercado interno, a instituição também fazia exportações para outros países americanos, Ásia e Europa⁴. O novo prédio da instituição, um das estruturas voltadas à ciência mais modernas do continente, foi inaugurado em 1943, com a presença do presidente da República, Getúlio Vargas (1883-1954).

Porém, com o fim da Segunda Guerra Mundial em 1945, e a busca de novos mercados pela indústria farmacêutica multinacional, o instituto entrou em grave crise financeira, devido à dificuldade em concorrer com os preços praticados pelas corporações estrangeiras.

Dentro de um contexto de adversidade para a instituição niteroiense, Vital Brazil faleceu em decorrência da uremia no dia 8 de maio de 1950, aos 85 anos, no bairro do Flamengo¹³. Foi sepultado no dia seguinte, no cemitério São João Batista, no Rio de Janeiro. Casado duas vezes, uma após ficar viúvo, teve um total de 21 filhos¹⁴.

Passado mais de meio século de seu falecimento, o legado do cientista é hoje mantido pelos institutos Butantan e Vital Brazil. Seu lema e ideal de vida, "A Verdade Acima de Tudo" (do latim Veritas Super Omnia), e o exemplo de humanização, coragem e perseverança, seguem servindo de inspiração para estudantes, profissionais e instituições na busca do aperfeiçoamento ético e técnico das ciências médicas e da saúde pública brasileira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Vital Brazil. **História do Cientista Vital Brazil** [Internet]. Acesso em 1 ago. 2015. Disponível em: <http://www.vitalbrazil.rj.gov.br/cientista.html>
2. (2) Fundação Oswaldo Cruz. **Vital Brazil Mineiro da Campanha** [Internet]. Acesso em 1 ago. 2015. Disponível em: www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/Biograf/Ilustres/vitalbrasil.htm
3. (3) **Begliomini H. Vital Brazil** [Internet]. Acesso em 1 ago. 2015. Disponível em: <http://www.academiamedicinasaopaulo.org.br/biografias/125/BIOGRAFIA-VITALBRAZIL.pdf>. Acesso em: 1 de ago. 2015.
4. (4) Brazil LV. **Vital Brazil Mineiro da Campanha**. Uma genealogia brasileira. Rio de Janeiro: [s.n.]; 1996.
5. (5) Silva LJ. **O controle das endemias no Brasil e sua história**. Cien. Cult. 2003; 55(1): 44-47.
6. (6) Brazil V. Contribuição ao estudo do veneno ophidico. Revista Médica de São Paulo. 1901; 4: 255-60.
7. (7) Universidade Federal de Campina Grande. Albert **Léon Charles Calmette**. Acesso em 1 ago. 2015. Disponível em: <http://www.dec.ufcg.edu.br/biografias/AlbertLC.html>
8. (8) Mise YF. **Acidentes ofídicos notificados no Nordeste Brasileiro, 2000-2006**. Dissertação [Mestrado em Saúde Comunitária]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia; 2009.
9. (9) Instituto Butantan. **Galeria dos diretores** [Internet]. Acesso em 1 ago. 2015. Disponível em: www.butantan.gov.br/butantan/galeriadodiretores/Paginas/default.aspx
10. (10) Bochner R, Struchiner CJ. **Epidemiologia dos acidentes ofídicos nos últimos 100 anos no Brasil: uma revisão**. Cad. Saúde Pública. 2003; 19(1).
11. (11) Mott ML, Alves OSF, Dias CESB, Fernandes CS, Ibañez N. **A defesa contra o ofidismo de Vital Brazil e a sua contribuição à Saúde Pública brasileira**. Cad. hist. ciênc. 2011; 7(2): 89-110.
12. (12) Instituto Vital Brazil. **O Instituto** [Internet]. Acesso em 1 ago. 2015. Disponível em: www.vitalbrazil.rj.gov.br/instituto_historico.html
13. (13) Mano L. 8 de maio de 1950: **Brasil perde Vital Brazil, um de seus maiores cientistas** [Internet]. Acesso em 1 ago. 2015. Disponível em: www.jblog.com.br/hojenahistoria.php?itemid=31272
14. (14) Nassif MI. **O Vital Brazil com Z** [Internet]. Acesso em 1 ago. 2015. Disponível em: <http://revistapesquisa.fapesp.br/2002/10/01/o-vital-brazil-com-z/>

