

HISTÓRIA DA MEDICINA

Especialidades cirúrgicas e
diagnósticas na Bahia e no mundo

Lorene Louise Silva Pinto

Eduardo José Farias Borges dos Reis

Ronaldo Ribeiro Jacobina

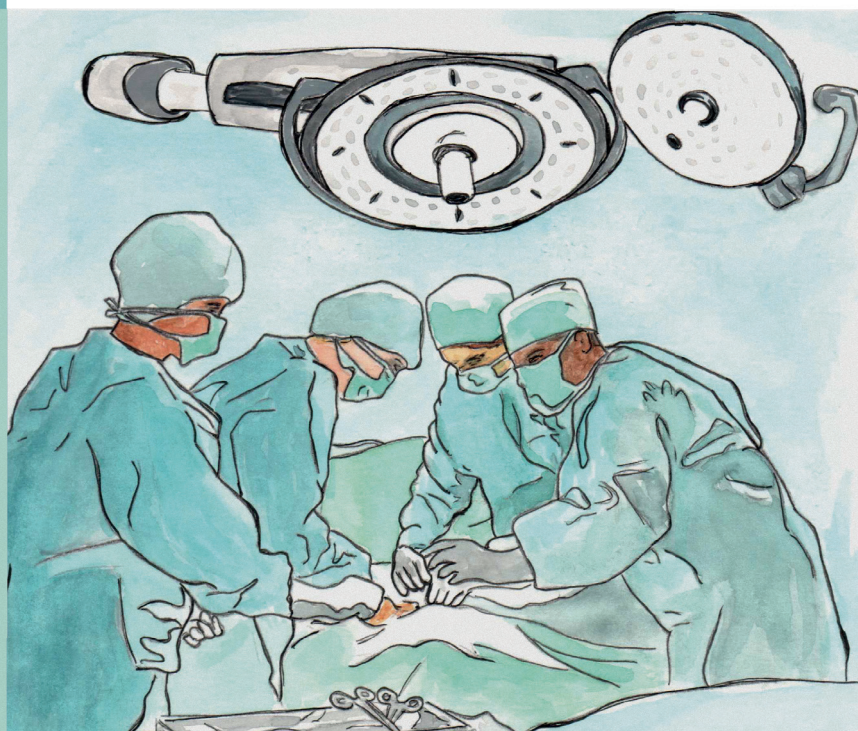
Claudia do Nascimento Gomes

Filipe Macedo Cordeiro

Jamile Valença Resende Mercês

Organizadores

Volume 3



O terceiro volume da série de livros História da Medicina, organizada por educadores e educandos de Medicina e de História da Ciência da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e de outras universidades brasileiras, foca na história das especialidades cirúrgicas e ao fazê-lo é, sem dúvidas, cirúrgico. Cirúrgico, pois a Cirurgia e a Clínica são áreas que guardam histórias instigantes: como terá se dado a primeira cirurgia da história do mundo? E da Bahia? Quanto foi preciso caminhar para alcançar a precisão necessária para realizar neurocirurgias? O que se pode esperar do futuro das especialidades? Essas são perguntas que os 16 capítulos deste volume buscam responder.

A ênfase na história da Cirurgia na Bahia não impede que os autores tenham panoramas nacionais e globais sobre os temas abordados. O protagonismo e a autonomia dos educandos no processo de escrita e coordenação deram aos capítulos uma perspectiva própria daqueles que estão ainda escrevendo também suas próprias histórias dentro da Medicina.

Para além disso, o terceiro volume da série traz a prova cabal de que as mãos que manejam ou manejarão bisturis são também capazes de empunhar, com grande cuidado e dedicação, a caneta para escrever a história da Cirurgia e da Clínica.

HISTÓRIA DA MEDICINA

Especialidades clínicas e cirúrgicas
na Bahia e no mundo

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

REITOR

Paulo Cesar Miguez de Oliveira

VICE-REITOR

Penildon Silva Filho



EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

DIRETORA

Susane Santos Barros

CONSELHO EDITORIAL

Alberto Brum Novaes

Angelo Szaniecki Perret Serpa

Caiuby Alves da Costa

Charbel Niño El-Hani

Cleise Furtado Mendes

Evelina de Carvalho Sá Hoisel

Maria do Carmo Soares de Freitas

Maria Vidal de Negreiros Camargo

HISTÓRIA DA MEDICINA

Especialidades clínicas e cirúrgicas
na Bahia e no mundo

Lorene Louise Silva Pinto
Eduardo José Farias Borges dos Reis
Ronaldo Ribeiro Jacobina
Claudia do Nascimento Gomes
Filipe Macedo Cordeiro
Jamile Valença Resende Mercês

Organizadores

Volume 3

Salvador
Edufba
2022

2022, autores.

Direitos para esta edição cedidos à Edufba.

Feito o Depósito Legal.

Grafia atualizada conforme o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, em vigor no Brasil desde 2009.

Analista editorial: *Mariana Rios*

Coordenação gráfica: *Edson Sales*

Coordenação de produção: *Gabriela Nascimento*

Capa e projeto gráfico: *Gabriela Nascimento*

Editoração e Arte-Final: *Miriã Araújo*

Ilustração da capa: *Eunara de Queiroz*

Revisão: *Hyana Luisa*

Normalização: *Sandra Batista*

Sistema Universitário de Bibliotecas – UFBA

H673 História da medicina : especialidades clínicas e cirúrgicas na Bahia e no mundo / Lorene Louise Silva Pinto ... [et al.], organizadores. – Salvador : EDUFBA, 2022.
641 p. : il. – (História da medicina ; v. 3)

ISBN: 978-65-5630-406-9

1. Medicina - Bahia - História. 2. Faculdade de Medicina da Bahia - História. 3. Cirurgia - Bahia - História. I. Pinto, Lorene Louise Silva. II. Título.

CDU: 61(813.8)

Elaborada por Geovana Soares Lira CRB-5: BA-001975/O

Editora filiada à:



EDUFBA

Rua Barão de Jeremoabo, s/n – Campus de Ondina

CEP 40170-115 – Salvador – Bahia Tel: +55 (71) 3283-6164

www.edufba.ufba.br • edufba@ufba.br

DEDICATÓRIA COM AGRADECIMENTO

Esta série de livros de história da Medicina é dedicado ao professor honorário da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) Antônio Carlos Nogueira Britto, “um dos seus maiores defensores, ferrenho guardião da sua história e glórias”.¹

Doutor Britto recebeu o título na solenidade do bicentenário da FMB. Foi presidente do Instituto Baiano de História da Medicina e Ciências Afins (IBHMCA), onde ocupa a cadeira seis, cujo patrono é prof. João Baptista dos Anjos. Entre seus muitos escritos históricos, destaca-se o livro *A Medicina baiana nas brumas do passado* (2002), que reúne muitas das suas pesquisas com descobertas originais. A foto deste livro está no *site* da biblioteca da Universidade de Stanford, EUA. E o livro está disponível na Biblioteca Gonçalo Moniz na FMB/UFBA no Terreiro de Jesus. Lá, na sede da escola *mater* da Medicina brasileira tem uma placa no anfiteatro Alfredo Britto com suas belas palavras para o bicentenário:

Atentai, ó vós que estais a pisar este chão. Este chão é sagrado. Este chão, este solo, esta terra, são ungidos, são consagrados, são abençoados pelos deuses da Medicina. Este é o chão do Santuário da Medicina, Primaz do Brasil.

Antônio Carlos Nogueira Brito – médico, 18 de fevereiro de 2008



Fonte: elaborada pelos autores.

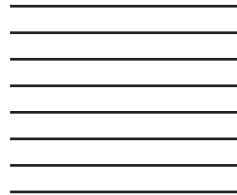
1 Ver em: <http://www.fameb.ufba.br/content/nota-de-pesar-prof-antonio-carlos-nogueira-britto>.

Desde o primeiro semestre em 2013, prof. Britto aceitou participar da disciplina História da Medicina, que, junto com a profa. Almira Vinhaes Dantas, tanto estimulou pela sua criação.

Ele se encantou aos primeiros minutos do dia 26 de setembro de 2021, mas viverá na nossa memória histórica, inclusive tem um capítulo compartilhado com um professor e uma aluna da faculdade, que ele tanto amou. E sobretudo viverá no nosso coração.

Os(as) organizadores(as)

Salvador, 26 de setembro de 2021.

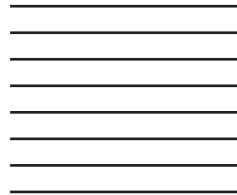


SUMÁRIO

- 11** **Préfacio**
José Valber Lima Meneses
- 15** **Apresentação**
- 27** **Introdução**
- 31** **História da Cirurgia Geral antiga**
Maicon Argolo Lima, Ana Carolina Silva Batista, Ana Paula Lacerda Ludovice,
Diana Castro Lima, Everton Amaral Lima, Lara Pinheiro Arenas,
Lidiane Bispo Santos e Ana Celia Diniz Cabral Barbosa Romeo
- 55** **O avanço da Cirurgia em tempos modernos**
Gabriela Porto S. A. Silva, Kelly Jaqueline de A. Santos, Claudia do Nascimento
Gomes, Natália Santos Almeida, Hannya Francesco Lattarulo, Ariane Nascimento
Macedo e Luísa Rosado Isnenghi
- 87** **História da Anestesiologia**
Aline Araújo de Carvalho, Ana Clara Lemos Andrade Cunha, Luana Jéssica
da Silva Pontes, Luciano Santos Garrido, Maíra Santana dos Santos, Márcio José
Leão Nunes Filho, Ronnei Silva Santos e Victoria Maria Sampaio Carneiro

- 105** **História da Cirurgia Abdominal**
Gustavo Lousado de Almeida, Gabriel Figueiredo Mascarenhas,
João Victor Ferreira da Silva e Noel Charlles Ribeiro Nunes dos Santos
- 125** **História da Cirurgia Cardíaca**
Elias Soares Roseira, Antônio de Jesus Chaves Junior, Lucas Pereira Silva,
Mylla Andrade Oliveira, Paula Stelitano Avelino e Renato Santos Guimarães
- 159** **História da Neurocirurgia**
Daniel Marques, Ítalo Neves, Lázaro Junior, Luana Reis,
Pedro Bastos e Rodrigo Braga
- 175** **História da Cirurgia Plástica na Bahia**
Murilo Sussumu Shibata Passos, Ana Luisa Soares Chiaretti, David de Oliveira
Faria, Letícia Maria de Almeida Vieira, Marília Chadud de Pádua Resende
e José Valber Lima Meneses
- 201** **História da Urgência e Emergência antiga**
Aline Canária Alves de Sousa, Bruno Bastos Bittencourt,
Camila Lima Almeida Midlej de Moraes, Esther Louise Freire Costa,
Thais Velasques Dias e Victória Maria Peixoto Lima da Costa
- 221** **História da Urgência e Emergência moderna**
Ana Luísa de Aguiar Almeida Silva, Aurélio Murilo Vilas Boas Pedreira,
Levi Cardozo Santos, Lucy Rodrigues Ribeiro e Marcela Gordilho Aras
- 247** **História da Medicina Intensiva**
Caio Vinícius Sá de Pinho Laythiner , Camila Rodrigues Blumetti,
Jamine da Silva Vieira, Maria Tereza Calchi Fanti Fernandes,
Marcella Gomes, Paulo Victor dos Santos Lima Paim,
Vitória Oliveira de Queirós
- 257** **História da Ginecologia e Obstetrícia na Bahia:**
personagens e fatos contemporâneos
Ana Caroline Martins Oliveira, Edson O'Dwyer Júnior, Emerson dos Anjos Oliveira,
Jussara da Silva Brito, Larissa Waltrick da Silva, Maria Carolina Paraiso Lopes
e Tatiana Sampaio da Silva
- 279** **História da Neonatologia**
Ana Flávia Vieira Xavier, Aurélio Almeida Santos Soares, Gabriela Nascimento
Brugnaro, Grazielle Carolina Araújo Soares, Matheus Zarpellon Campelo de Queiroz,
Thaise Abdon da Silva, Wesley Leite Teixeira e Priscila Pinheiro Ribeiro Lyra
- 303** **História da Hematologia**
Bruno Araujo de Jesus, Camila Oliveira Soares, Hana Silva Almeida,
João Fernando Nascimento de Barcelos, Lucas de Lacerda Ramos
e Murilo Pedreira Neves Júnior

- 325** **História da Oftalmologia**
Gabriel Almeida Barboza, Nádia Cristina Pereira Dourado,
Felipe Caires Araújo Meira, Jhonny Carlos Alves Hermógenes,
Tamiris Tatiane dos Santos Miranda, Túlio Matos David,
Paulo Afonso Batista dos Santos e Ronaldo Ribeiro Jacobina
- 355** **História da Otorrinolaringologia**
Tarciane Machado Miranda, Quezia Oliveira Ribeiro Guimarães,
Luane Valesca Costa Sala, Thiago Ferreira Leão de Araujo, Brenda Ferreira
dos Santos Soares e Tamiris Tatiane dos Santos Miranda
- 377** **História da Ortopedia**
Gildásio Daltro, Carlos Henrique, Davi Amorim, Israel Cardoso, Lorraine Ribeiro,
Lucas Menezes, Paula Rosat e Valéria Lima
- 397** **História da Radiologia**
Rafael Zieglitz Santos, Claudia do Nascimento Gomes, Suelen Pereira
de Moura Rodrigues, Aline Cortes da Silva Moreira, Adailson Ferreira da Cruz,
Sirlene Mendes Borges e Cesar Augusto de Araújo Neto
- 419** **História da Patologia na Bahia**
Allan Botura Brennecke, Aline do Carmo Vieira Argolo,
Eunara de Queiroz Carneiro, Inessa Souza Aragão e Italo Pedra Carvalho
- 447** **Sobre os(as) autores(as)**



PREFÁCIO

José Valber Lima Meneses
Vice-diretor da FMB

História da Medicina: especialidades clínicas e cirúrgicas na Bahia e no mundo, volume 3, leva ao leitor um conhecimento que envolve princípios científicos e literários da Medicina. E com outros livros da série, vai mais além, ao incluir outras áreas como a História da Saúde dos Índios, Medicina e Judaísmo, Medicina na Escritura Sagrada, Medicina e Ideologia etc.

É um livro construído no núcleo de um componente curricular da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), tendo como ênfase a história da Medicina na Bahia e no mundo.

Contou com o protagonismo inicial dos professores Eduardo José Farias Borges dos Reis e Ronaldo Ribeiro Jacobina, brilhantes mestres da nossa bicentenária FMB e profundos conhecedores da história médica, com inúmeras publicações sobre o tema e ainda fazendo parte do ensino da História da Medicina. Logo em

seguida, contaram com a colaboração da doutoranda Giulia Acorsi, que fazia parte do Programa de Pós-Graduação da História das Ciências e da Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), na Bahia, e com mais de 100 discentes da graduação, diretório acadêmico e das diversas ligas de Medicina, dentre os quais destacaram-se na organização os acadêmicos Claudia do Nascimento Gomes, Filipe Macedo Cordeiro e Jamile Valença Resende Mercês. Os professores Eduardo e Ronaldo resolveram ampliar com mais uma destacada colaboração, cuja participação seria ativa e engajada nesse movimento de resgate histórico, e convidaram a profa. Lorene Louise Silva Pinto para participar desse projeto histórico-científico. A profa. Lorene, especializada em Epidemiologia, mestre e doutora em Medicina e Saúde Pública, foi a primeira mulher diretora da FMB nos seus 213 anos de existência. Tendo ampla experiência em Saúde Pública, no ensino e formação universitária, a professora Lorene muito contribuiu na realização desse projeto, inclusive no seu crescimento com desdobramento para elaboração de quatro livros.

O prof. Eduardo José Farias Borges dos Reis, professor titular da FMB, mestre e doutor em Medicina pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), desenvolve pesquisas na área de Saúde Coletiva, com ênfase na saúde do trabalhador, onde estuda temas como saúde do trabalhador, saúde do professor, saúde e trabalho, condições de trabalho e saúde do educador. O dr. Eduardo, profundo conhecedor de Medicina Social e Saúde Pública, representa o que a faculdade tem de precioso nessa área de ensino, na pesquisa e na extensão universitária. Ele já escreveu dois importantes livros relacionados ao tema da saúde pública, porém este trabalho de série de livros sobre a história da Medicina é inovador, ao procurar trazer diversos autores e organizadores relacionados à história da Medicina, pessoas com experiência e ainda atuando na área, e alunos, com pouca experiência, porém com uma vontade enorme de aprender e conhecer o mundo da Medicina.

O prof. Ronaldo Ribeiro Jacobina, mestre pela UFBA, doutor pela Fiocruz, professor titular da FMB, membro titular da Academia de Medicina da Bahia, com vários livros publicados e um nome respeitado na docência médica.

Temos, então, dois professores historiadores e escritores, que unidos no mesmo modelo de pesquisa e ensino, dentro de uma disciplina onde atuam na FMB, idealizaram com ajuda de alunos e outros professores, este grande projeto de divulgação científica.

Assim direcionados, universidade e faculdade – reunindo sua maior essência com alunos, professores e dirigentes – constroem este conjunto de obras, com uma metodologia diversa do usual, realizando entrevistas e discussões e possibilitando mostrar ao leitor a rica história da Medicina na Bahia e no mundo.

Não poderia deixar de citar no prefácio desta obra a dedicatória que os autores fazem ao professor honorário da FMB, o prof. Antônio Carlos Nogueira Brito, líder na defesa da história da Medicina e sua glória. O professor se “encantou” em setembro de 2021, como se refere o poeta Ronaldo Jacobina, citando o médico e escritor Guimarães Rosa.

Essa série de livros, inicialmente com confecção de quatro volumes, foi financiada com recursos próprios e permitiu a participação de mais de 360 estudantes na sua elaboração. Este terceiro volume possui 18 capítulos, com cinco a sete autores em cada um, além dos organizadores.

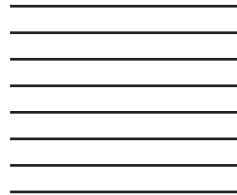
No seu primeiro capítulo, vemos e viajamos no passado, visto que conta a história da Cirurgia Geral, indo desde a antiga, realizada pelos barbeiros sem a devida técnica, até a introdução das técnicas de antissepsia e o início da especialização médica.

Daí, passam pela Cirurgia contemporânea, momento em que a tecnologia se insere na cirurgia moderna, chegando aos procedimentos minimamente invasivos e à cirurgia robótica. Ainda temos a Cirurgia Cardiovascular e a Circulação Extracorpórea.

Mais ainda: temos a Neurocirurgia, Cirurgia Plástica, Cirurgia Ortopédica, a Urgência e Emergência, Medicina Intensiva, Neonatologia, a Hematologia, a Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Radiologia e Patologia.

Certamente, o leitor irá se deliciar com uma leitura fácil, com relatos e esclarecimentos sobre as diversas especialidades médicas, envolvendo principalmente a cirurgia e seu difícil aprendizado no mundo, no Brasil como um todo e, em especial, na Bahia, possibilitando ao leitor uma magnífica e verdadeira história da Medicina, contada e revisada por alunos, professores e técnicos da FMB.

Excelente leitura!



APRESENTAÇÃO

UM INÍCIO SEM FIM

Este livro tem história!

Se toda produção humana tem sua história, a deste livro precisa obrigatoriamente ser contada, na missão do seu entendimento e da sua verdadeira dimensão.

Este livro será acompanhado por outros três, que possuem, praticamente, uma história única. Eles quatro são o início de um grande projeto, a construção de uma série de livros sobre a história da Medicina na Bahia pela Editora da Universidade Federal da Bahia (Edufba), conforme aprovação pela Congregação da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) no dia 1º de junho de 2021.

Como quase sempre acontece em alguns processos, uma coisa leva a outra, sem uma noção precisa de onde a coisa vai chegar e foi assim que tudo se deu na construção desses quatro livros. Pois bem, vamos ao seu começo.

A existência do componente curricular optativo História da Medicina na FMB/UFBA, criado e coordenado em 2013 pelo prof. Ronaldo Jacobina e, em 2018,

pelo prof. Eduardo Borges dos Reis. No decorrer do tempo, foi surgindo a necessidade de enfatizar naquele componente a riquíssima história da Medicina baiana, com os seus acervos, fatos, relatos, contos, histórias e estórias. Um mosaico tentador e, mais que isso, fundamental documentar e divulgar. Mas onde encontrar tal material didático? Imperioso descobrir e construir esse caminho para quem pretende ministrar e expandir um curso decente de História da Medicina, com ênfase na Bahia.

Que tal construirmos o nosso próprio material didático, aproveitando de outras experiências exitosas de construção de livros que os professores deste componente aprenderam a fazer no decorrer dos anos? A memória viva estava presente com pelo menos três produções acadêmicas: 1. *A Faculdade de Medicina da Bahia: mais de 200 anos de pioneirismos* (2015), do prof. Ronaldo Jacobina e outros organizadores; 2. *Entre olhares e vivências no Alto das Pombas: educação em saúde em um bairro popular* (2020), dos professores Eduardo Borges dos Reis, Ronaldo Jacobina e outros coordenadores; e 3. *Abraçando o SUS: educação em saúde na comunidade do Alto das Pombas* (2022), do prof. Eduardo Borges dos Reis e outros colaboradores. Deve-se observar que todos esses três livros tinham a marca da participação ativa dos estudantes de Medicina, tanto na coordenação, quanto na autoria. Assim, aquela primitiva indagação, a de uma produção do material didático próprio, foi como num fio de novelo, que desvenda os demais. Que material seria esse? Que temas específicos abordar? Quem vai fazer e por onde começar?

Como qualquer componente/disciplina/matéria/curso, existe um conteúdo básico que é ofertado todo semestre e o nosso curso História da Medicina não é diferente. De imediato, tínhamos em torno de 15 a 17 temas oferecidos semestralmente.

Mas quem vai fazer? Obviamente, os professores. Mas dois professores que estavam tocando o componente teriam tempo, conhecimento, aprofundamento e disposição para tal empreitada? Certamente que grandes dificuldades teriam pela frente. Mais provavelmente outras tarefas urgentes iriam se sobrepor no decorrer daquelas vidas acadêmicas tão atribuladas, até inviabilizar completamente aquele sonho.

E se contassem com os parceiros de sempre? De onde mesmo? Do Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS)? Mesmo sendo o componente História da Medicina pertencente ao DMPS, sabemos a diversidade de questões e tarefas acadêmicas labutadas pelos nossos queridos docentes no campo amplo que é a Saúde Pública. A História da Medicina pode ser considerada pertencente ao campo da Saúde Pública, todavia possui uma especificidade profunda, quase tornando-se autônoma daquele campo de saberes e práticas. Além do mais, como citado, o nosso departamento tem a responsabilidade por mais de dez componentes

obrigatórios, na graduação e na pós-graduação, que todos os seus membros são obrigados a ministrar. Certamente, não caberia tornar obrigatória essa construção para os membros do DMPS ao tempo em que seria importante envolver outros docentes da FMB.

Com essas interrogações, partimos para uma possibilidade mais próxima e, assim, aparentemente, mais viável: o apoio dos monitores e dos alunos que estavam ou que cursaram recentemente o nosso componente História da Medicina.

Por outro lado, é salutar contextualizar as transformações internas que vinha passando o curso. O componente História da Medicina nos últimos dois anos, quase o tempo da pandemia de covid-19, além de adotar a modalidade remota, anteriormente já vinha ampliando as vagas, passando de 10 a 14 para 33 vagas e também ampliando o número de monitores, de um para seis ou sete monitores. Modificamos também os conteúdos, aproximando-se de temas mais baianos da história da Medicina, juntamente a uma dinâmica pedagógica com mais debates, convidados externos e aulas expositivas. Ou seja, profundas transformações vinham acontecendo: de conteúdo, de modalidade, de riqueza humana envolvidas nesse componente. Esse manancial humano, técnico e político pedagógico certamente foram também o inusitado fermento para o início de um sonho de construir um livro didático próprio.

Assim foi pensado, a princípio, em convidar os monitores e os alunos que se destacavam naquele componente para obrar aquele pequeno livro *História da Medicina*, com ênfase na Bahia, baseado no que vinha se passando, principalmente, com as mudanças temáticas internas.

Deve-se abrir um pequeno parêntese, para poder seguir adiante.

O DMPS tem, na maioria das vezes da sua existência, uma tradição de ser um espaço democrático, possibilitando formas de viabilizar decisões bem discutidas e deliberadas, com participação de todos e de formas horizontais. Agrega também demandas de temas e de diversos atores sociais. Entre esses atores, os estudantes de Medicina e a sua principal organização dentro da faculdade, o diretório acadêmico, sempre foram parceiros essenciais.

Este projeto de construir um livro didático, contando, inicialmente, com a participação de dois professores e de alguns alunos (monitores e dos que estavam ou cursaram o componente), e pela tradição democrática do departamento, de imediato, possibilitariam não só ter uma equipe para viabilizar o projeto, como também, por parte dos alunos, a ocupação de espaço de poder na concepção, na organização e na divisão das tarefas na construção daquele projeto. E uma das instâncias de poder mais forte de um livro coletivo, como a realidade daquele processo se impunha, é a coordenação do livro. Logo ocupada por duas estudantes monitoras, Rosa Calado e Thais Carmona, que democraticamente decidiam em pé de igualdade os rumos e organizações dele, juntamente com aqueles dois professores.

A participação democrática dos estudantes no livro, como continuará observando-se no decorrer desta apresentação, não só aconteceu na ocupação da coordenação, ela também se dará e irradiará por todo o seu espaço, revolucionando dialeticamente tudo que diz respeito àquele sonho.

Como é isso?

No processo de composição das equipes, de atribuições de papéis e tarefas, de escolhas dos capítulos, foi conformando um processo muito horizontal nas relações, potencializando novas práticas e ideais, e o projeto inicial vai se reconfigurando, tomando uma ampliação do que era antes, com novas imagens e cores, sempre movida pela “força da juventude” e do desmesurado tamanho do que essa força pode gerar.

Assim, em concomitância, entra em cena a figura de Giulia Accorsi. Giulia, por algum destino da vida, aporta na Bahia, ainda no período de doutoranda de História das Ciências e da Saúde pela Casa de Oswaldo Cruz, unidade da Fiocruz, no Rio de Janeiro. Bate na porta do departamento, solicitando realizar o tirocínio docente no componente História da Medicina. Nova e de sangue novo numa área de conhecimento (História da Saúde), trazia grandes novidades e tensões saudáveis para a História da Medicina, uma área mais restrita, segundo ela, de ver a saúde. Giulia teve papel decisivo e encorajador para realizar o projeto do livro.

Com agregação de novos componentes para coordenar e participar de todas as instâncias do livro, gerou-se uma força de imediato para ampliação dos temas/capítulos, passando de 14 a 16 para 32, com novos autores, ampliando aquela ideia de participação de estudantes e monitores da disciplina para a participação ativa da comunidade estudantil da faculdade. Ou seja, de 20 estudantes iniciais para mais de 80 discentes da faculdade. A força da juventude tem dessas coisas, e o papel dos dois docentes, professores Ronaldo e Eduardo, com a doutoranda Giulia, seria não deixar os pés daqueles jovens se afastarem muito do chão. Tarefa nem sempre fácil de cumprir.

Muitos temas foram chegando para os cinco coordenadores e uma fila de estudantes querendo participar do projeto.

Os temas foram se ampliando, mas mantida a intenção de caberem dentro dos interesses do componente curricular História da Medicina, sempre como ênfase na Bahia, como temos repetido. Temas relacionados à FMB já tinham se estendido para a história da faculdade, do ensino de Medicina, do protagonismo estudantil, do negro, do feminino. A genética e as vacinas se abaianaram e tomaram um novo rumo para o livro. A história da Medicina do Trabalho também se abaiou, com ênfase agora nos problemas ocupacionais advindos da instalação do Polo Petroquímico de Camaçari. A Medicina na Escravidão não se abaiou, mas tomou a roupagem de Medicina da Mão de Obra Escrava, como política de Medicina

Ocupacional, de caráter assustadoramente veterinária. E, assim por diante, foram havendo incorporações e transformações.

Já naquele momento, começamos a ter um incipiente contato com algumas ligas acadêmicas da faculdade, como a de Psiquiatria e Pediatria, bem como uma liga que estava querendo ser criada, a da Atenção Básica. Componentes das ligas entraram no livro trazendo os seus temas respectivos.

Mas a porta do livro continuava a ser forçada pelos estudantes, abrindo outros caminhos, querendo mais espaço: a História da Saúde do Índio, Medicina e Literatura, Medicina e Judaísmo, Medicina na Escritura Sagrada, Medicina e Ideologia etc.

No final, um dos coordenadores, professor, lembrou de um conto ficção/realidade feito por ele, na década de 1990, e achava que seria a cereja no bolo para fechar o grandioso livro. Esse capítulo viajava na história da FMB, misturando passado e presente, professores antigos e novos, vivos e mortos, numa situação que realmente existiu, de um ato de racismo dentro da nossa instituição, racismo de um professor sobre um funcionário. Com o título de “O sábio e o verme”, fechou a conta e se tornou o 32º capítulo.

Para finalizar essa primeira etapa da história do livro, uma questão merece ser abordada. Tudo o que se relatou até agora, a não ser um certo protagonismo inicial dos dois professores, teve como ênfase a participação ativa dos estudantes de Medicina da FMB, que praticamente tomaram conta do livro. E onde ficam os mais de 230 professores daquela faculdade?

Devemos confessar, em público, que, a princípio, tínhamos receio de que a participação dos docentes como autores inibisse a criatividade, espontaneidade e o processo de aprendizado de construção do livro pelos estudantes. Por consenso e inconsciente, já tínhamos firmado esse compromisso. O nosso receio era que o poder docente, a forma vertical de relacionar-se, o conhecimento acumulado ao longo dos anos, fossem uma força motriz implacável. Naquele projeto, especificamente, queríamos contar com a “fragilidade” dos alunos e não com a sabedoria dos professores. Pensamos no papel dos professores como “orientadores” de um grupo de estudantes por capítulo, evitando ser o professor o dono do capítulo. Por outro lado, não queríamos ser totalmente ingênuos, sabíamos que, na dose correta, o educador teria o seu papel essencial na realização do projeto.

Antecipando o balanço da questão anterior, tivemos, no geral, como queríamos, uma participação mais “tímida” dos docentes, com algumas exceções, e a experiência dos alunos no processo de produzir uma obra, tão esperada, foi alcançada.

UM LIVRO DIDÁTICO, MAS COM UMA CARA LITERÁRIA

Um outro ponto que desejávamos era que o livro se aproximasse mais de uma obra literária do que uma obra científica. Calma!

Não queríamos a rigidez de uma revista científica, principalmente quanto aos roteiros dos itens (introdução, metodologia, objetivos, resultados e discussão) e as inundações de citações bibliográficas, tão necessárias, mas que quebram a leitura fluida de uma escrita. Queríamos poesias, sons, cores, falas, fragilidades e grandiosidades humanas. Queríamos a iniciação dos alunos de Medicina entre Medicina e Arte, Ciência e Cultura, Vida e Vida ou Vida e Morte. Gostaríamos de uma aproximação com o conto, de uma história médica bem contada, gostosa de se ler e de refletir. Por isso, pedíamos muitas entrevistas, relatos de vida. Desejávamos um pouco de história e estória, em que os narradores e entrevistados pudessem navegar em outros mares, da subjetividade, da memória emotiva e até da não história. Nessa proposta, os capítulos foram evidenciando diferentes abordagens e peculiaridades de escrita.

Mas nunca, na medida do possível, nos afastamos da ciência e dos seus métodos e padrões científicos, pois estamos cientes de que estamos dentro da FMB, onde a formação e a prática médica se baseiam na ciência.

UMA NOVA MUDANÇA NO DESTINO DO LIVRO

Um livro, cinco coordenadores, 80 e tantos autores, 32 capítulos e um destino. Pensávamos que estaria encerrada essa etapa. O livro começou a ser produzido intensamente, com todos os sonhos e mãos, com um movimento que causava um certo burburinho dentro da faculdade, que ganhava densidade ao longo do tempo. Foram trabalhos intensos, ultrapassando períodos letivos e férias. Entretanto, numa etapa mais avançada, observamos que precisaríamos de ajuda na coordenação, o tamanho da empreitada tinha ficado além da conta. Procuramos a nossa primeira diretora mulher da FMB, a profa. Lorene Pinto, que já vinha participando do projeto de forma leve, dando sugestões, orientando alguns alunos, mas por motivos de ter outras demandas fortes e urgentes, recusou diversas vezes o cargo de coordenadora do livro. Entretanto, como guerreira, e em tempo de guerra, não fugiu às responsabilidades e ao último convite.

Todavia, a incorporação da profa. Lorene trouxe, de forma bem engraçada, quase trágica, um desdobramento que nunca imaginávamos que poderia acontecer naquela altura do campeonato. Ela, a partir da vasta experiência de coordenar por anos a *Revista Baiana de Saúde Pública*, ao se debruçar com o material do livro, se encantou e deslumbrou que este poderia se transformar em outros, de forma

temática, no mínimo mais dois ou três ou quatro livros, em vez de um. Ficamos assustados, mas, depois do susto, achávamos, infelizmente ou felizmente, que ela tinha razão. Tínhamos um material denso, diverso, que poderia dialogar entre si, talvez melhor, se fosse separado tematicamente em livros. Só que, com isso, outros temas poderiam ou deveriam ser incorporados para dar coesão à nova proposta. Outros temas, outros alunos, outros professores orientadores... Muito mais trabalho. Meu Deus!

Pensamos, de início, em dois livros. O primeiro voltado para questões da faculdade e um outro, o segundo, seria de temas transversais, com afinidades e próximos ou pertencentes à Medicina. Lacunas foram se achando ao longo do caminho, tanto para ampliar temas condizentes, como dificuldades de encaixar alguns capítulos relativos às especialidades médicas, vindo das três ligas. Além disso, os 700 estudantes da faculdade que ficaram de fora queriam participar. E os estudantes, da coordenação e de autoria dos capítulos, colocavam mais lenha na fogueira, achando, solidariamente, que era possível contemplar tais pleitos. E os pobres quatro professores (Giulia já assumia um papel de verdadeira docente neste livro), de espírito juvenil, estavam susceptíveis também às reivindicações dos estudantes.

O principal canal de clamor era as ligas acadêmicas da faculdade, que queriam e precisavam participar. São mais de 30 ligas e um contingente imensurável de alunos. O que fazer? Os próprios alunos do livro se dispuseram a conversar com todas as ligas. Em que livro colocar? Vamos criar o livro 3.

Depois de algum tempo e da maioria das ligas confirmarem entusiasticamente a participação, observou-se que eram muitos capítulos para o livro 3. E também as ligas eram bastante diversas, com objetos diferentes. Vamos criar mais um livro! O primeiro seria *Generalidades e história da faculdade*; o segundo, *Especialidades clínicas*; o terceiro, *Cirurgias e clínicas de apoio diagnóstico*; e, por fim, o quarto, *Contextos e transversalidades médicas*.

E, assim, ficou a proposta de lançar quatro livros de vez.

Mentimos: o prof. Ronaldo Jacobina tinha um livro na fila da Edufba, encalhado praticamente por três anos, mais altamente relevante, que ele reivindicou ser o primeiro ou o quinto livro. O livro tratava-se do Bicentenário da Faculdade de Medicina. Aprovada a sugestão, mas necessário viabilizar um sonho que crescia a todo instante.

Como pode-se ver, quatro ou cinco livros a serem lançados, ia nascendo a incipiente ideia daqueles livros pertencerem a uma série de livros sobre a história da Medicina na Bahia. Como materializar tudo isso?

Como desdobramento imediato, sabíamos que a estrutura montada para coordenar um livro era totalmente insuficiente para os seis coordenadores. Para onde

apontar a ampliação da coordenação: professores e/ou alunos? Preferimos continuar no caminho da juventude. Quais alunos e quantos alunos escolher? Alunos que vinham se destacando como liderança de cada capítulo. Quantos? O necessário para cumprir a tarefa de coordenar e como eram estudantes, um número pequeno, para desenvolver a capacidade/habilidade de coordenação.

Paralelamente, buscamos uma interlocução com a profa. Flávia Garcia, ex-diretora da Edufba, para dialogar sobre a mudança do projeto, sua viabilidade, o custo e a forma de financiamento do mesmo.

A profa. Flávia foi receptiva, abraçando o projeto. Mais: colocando o apoio para uma perspectiva maior – concretizar aquela tímida proposta da série de livros da história da Medicina na Bahia. Pediu-nos que fosse lançada a proposta para a FMB aprovar e que, da parte da Edufba, teria o incentivo e apoio. Ou seja, tudo virou e pernas para o ar: de um livro para quatro ou cinco, depois para uma série. Mas agora tínhamos um sonho completo, de formato inacabado, uma coisa grandiosa e sem fim, que poderíamos levar dentro dos corações, passando de coração em coração por toda a eternidade.

ASSEMBLEIA GERAL DOS AUTORES E CAPACITAÇÕES

Uma demanda que surgiu, durante as reuniões de planejamento do primeiro livro, foi que existiam estudantes de diversos semestres, vários do primeiro e de outros semestres que tiveram a oportunidade de trabalhar na produção de um capítulo de livro pela primeira vez. Essa inexperiência inicial somada a diversas dúvidas de como produzir um texto adequado para o formato dos livros alimentavam insegurança. Os estudantes começavam a criar o fantasma da dúvida sobre sua própria capacidade de escrever. Para que esse fantasma não crescesse e não passasse de uma insegurança natural mediante algo novo, como a primeira vez que se vai à praia e se depara com a imensidão do oceano, foram desenvolvidas capacitações com temas que procuraram suprir essa demanda dos alunos, além de reuniões para atualizar as equipes de produção dos capítulos sobre os prazos, sobre o funcionamento da confecção dos capítulos e tirar as dúvidas que surgissem.

Pelo grande número de participantes nas nossas reuniões, muito bem poderíamos remeter-nos à semelhança de uma assembleia geral dos autores dos livros. Com o advento da pandemia, aconteceu a necessidade no mundo de avançamos nas plataformas digitais de reuniões virtuais, propiciando uma expansão qualitativa e quantitativa nunca vista. Na nossa experiência exitosa, sentimos isso, não só numérica de ganho, mas de organização, de qualidade da participação e intervenções, uma sensação maior de pertencimento. A primeira reunião geral com os autores, realizada em 14 de dezembro de 2020, foi importante por diversos

motivos. O primeiro deles, talvez não tão pragmático, mas de grandiosa importância, funciona principalmente no campo simbólico como a pedra fundamental do projeto de livros História da Medicina. O segundo motivo foi apresentar a primeira versão do documento “Estrutura do Livro” (que se tornou “Estrutura da Série de Livros História da Medicina” assim que o projeto foi ampliado de um volume para uma série de livros). O documento contém o eixo central e os objetivos do livro, bem como orientações gerais, normas de publicação e as responsabilidades dos autores. Essa primeira reunião contou com os coordenadores e autores do primeiro livro e também os professores envolvidos. Em seguida, ocorreu a primeira capacitação dos autores com a dra. Giulia Accorsi e a bibliotecária da FMB, Ana Lúcia Albano, que palestraram e tiraram dúvidas referentes à metodologia de busca em fontes históricas e escrita de texto histórico. Devido ao curso da pandemia de covid-19 e, na época, a vacinação ainda não havia começado no Brasil, os eventos aconteceram através de plataforma digital, totalizando mais de 100 pessoas. Eles foram gravados e serviram de material para os autores dos capítulos novos, após a expansão do projeto para a série de livros.

Uma nova reunião geral foi feita no dia 9 de abril de 2021. Essa reunião foi semelhante à primeira, mas com os autores dos novos capítulos que passaram a compor os livros 2, 3 e 4 da série. A audiência desse evento *online* extrapolou a capacidade da plataforma, sendo necessário abrir duas salas simultâneas e espelhadas para possibilitar que mais de 200 pessoas pudessem assistir ao evento. No dia 23 de abril de 2021, organizamos a capacitação de escrita com a profa. Flávia Goulart Rosa, na qual ela abordou noções gerais e técnicas para escrita acadêmica. Além das reuniões e capacitações, os estudantes contavam com o apoio e suporte dos coordenadores para sanar quaisquer dúvidas referentes à produção dos capítulos. Desse modo, aquele fantasma inicial da insegurança que pairava mostrou-se nada mais que um espectro e tornou-se um frio na barriga pela aventura de escrita de um capítulo do livro *História da Medicina*.

OS LIVROS AGORA SÃO DA FACULDADE, MAS QUEM PAGA A CONTA?

Na FMB, o diretor recebeu também com incentivo a proposta e levou para a congregação deliberar sobre a série de livros sobre a história da Medicina na Bahia, abrindo o espaço para os coordenadores do projeto. Por unanimidade, os membros aprovaram e jubilaram a iniciativa, manifestando-se que, a partir daquele momento, a construção da série seria de responsabilidade também da faculdade. Foi um momento histórico importante e, caso tenha êxito o projeto, esse dia ficará registrado na memória da nossa faculdade.

Quanto ao custo e ao financiamento, é um grande problema, por sermos somente uma disciplina e não um grupo de pesquisa e extensão consolidados, com recursos próprios. A busca financeira para viabilizar um projeto dessa magnitude, portanto, é por demais difícil.

Entre os desafios enfrentados para a produção e execução de um projeto na área da Educação, está o financiamento. Nesse projeto de livros sobre a história da Medicina, isso não foi diferente. Foi ainda agravado por uma complexa conjuntura de crise sanitária, política, econômica e social, com redução de investimentos na educação. Os cortes nos recursos da educação afetaram diversos projetos, pesquisas, bolsas e até mesmo manutenção predial básica das instalações da universidade. Uma alternativa para o financiamento desse projeto dos livros, levantada durante reunião dos coordenadores, foi a de financiamento coletivo (também chamada de “vaquinha digital” ou *crowdfunding*). Essa alternativa, que está crescendo cada vez mais principalmente em projetos artísticos, culturais e sociais, consiste na arrecadação de recursos financeiros cedidos por pessoas interessadas e que desejam apoiar o projeto não pode ser viabilizada pela falta de regulamentação para projetos institucionais no âmbito da universidade.

Apesar de sermos surpreendidos por esse empecilho burocrático, buscamos solucionar com recursos próprios, oriundos das nossas economias, para permitir que mais de 200 estudantes tivessem a oportunidade de experienciar a escrita de um capítulo de livro durante a graduação.

OS DESDOBRAMENTOS E SEUS BALANÇOS

Concomitantemente ao movimento de interlocução com a faculdade, com a Edufba, com a Pró-Reitoria de Planejamento, foi realizada uma grande mobilização com os estudantes, principalmente os do ciclo básico e profissionalizante (1º ao 8º semestre de Medicina), com prioridades para os líderes de ligas acadêmicas. Os novos coordenadores estudantis desempenharam um papel de liderança, realizando contatos e participando de reuniões com as ligas, esclarecendo o que seria a proposta e os critérios de participação.

Podemos dizer que a quase totalidade dos estudantes, de forma democrática, horizontal, foram bem informados e responderam esplendorosamente aos convites.

Diante da primeira experiência, quando estávamos fazendo um só livro, com 32 capítulos, aprendemos que era imprescindível delimitar um número máximo de participantes estudantis, para assegurar de fato o trabalho harmonioso e responsável de confecção de cada texto. Decidimos que capítulos não associados às ligas teriam, no máximo, sete estudantes; quando envolvia ligas acadêmicas,

adotamos o critério de permitir também sete estudantes, mas sendo cinco da liga e os outros dois – que não fizessem parte da liga – seriam convidados a participar da escrita, incentivando que pelo menos um fosse do primeiro ou do segundo semestre, e o outro, sem acesso a um projeto de pesquisa ou sem publicação até aquele momento. Seria nossa “política de cotas”, buscando um acolhimento dos mais jovens ingressantes na faculdade e dos que tinham menos chances ou oportunidades acadêmicas. Lembramos que essa orientação explanada teve flexibilizações quando avaliávamos os casos relatados pelos grupos. Abrimos também para participação de alunos de outras faculdades de Medicina, que estavam inseridos na liga da nossa instituição. Entretanto, ao limitar o número máximo de alunos com esses critérios, temos consciência de que vários alunos ficaram de fora, mesmo com muito desejo de se engajarem no projeto. Mas era impossível, humana, acadêmica e pedagogicamente contemplar a totalidade dos interessados. Mesmo assim, inseriram-se mais de 360 alunos, com o total de 391 autores.

A sensação que tivemos durante todo esse processo é de que os alunos queriam entrar na história ao participar da história, história das riquezas daquela instituição bicentenária, história da Medicina baiana, das especialidades, dos temas transversais que atingem a Medicina. Não mero coadjuvante, partícipe invisível, sem papel e sem cor. Um curso médico que ainda é bem precário, desmotivador e até adoecedor e que pouco mantém acesa a chama daqueles jovens. Acho que esse projeto pode ser um facho de luz para repensar o cotidiano da nossa faculdade.

Uma das coisas bonitas desse projeto foi o acesso dos estudantes aos profissionais de saúde, a maioria médicos. Com 77 capítulos por fazer sobre a história da Medicina, a maioria deles precisavam, e foi por nós incentivados, da realização de entrevistas. Chegamos a ter oito entrevistados num capítulo. E essas entrevistas envolviam desde expoentes da Medicina baiana, com rica produção de pesquisas, de habilidades clínicas e cirúrgicas reconhecidas, até aquele médico não tão famoso, mas com muito para dizer, e todos eles disseram coisas do fundo da alma. Os alunos, alguns deles um pouco nervosos, tiveram uma aproximação maior com a Medicina através daqueles ilustres personagens. E como relatado, não só médicos foram entrevistados, outros atores sociais na área da saúde foram envolvidos por perguntas, com preciosidades de relatos e reflexões, ampliando a concepção de saúde e de outras práticas.

Nessa mobilização, como vimos, proporcionou aos estudantes um imensurável processo de aprendizagem na arte de escrever nos padrões acadêmicos e literários, incentivando sempre a liberdade da escrita, a criatividade, a forma individual de cada grupo por capítulo de se expressar e contar uma história, no mínimo interessante, que emocionasse em lágrimas e sorrisos a si mesmos e aos leitores. Claro que o produto final é importante, mas não temos dúvida da relevância do

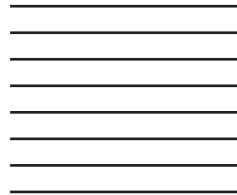
processo, do caminhar para atingir a meta, e sem alarde, inconfessavelmente, torcíamos mais pelo caminhar.

E tudo isso, querido leitor, sob um manto terrível de dor, proporcionada pela implacável pandemia de covid-19. Porém, como bem sabemos da Medicina Social, o vírus não age num ambiente estéril de relações sociais. No caso brasileiro, essas relações sociais, bem cientes conhecemos, são imensuravelmente desiguais, injustas e revoltantes, que pioram em formas de pesadelo quando temos um governo com inação, negligência e genocida.

Certamente, alguns dos bravos autores destes livros, por covid-19 adoeceram, perderam parentes ou próximos, ou tiveram sequelados os sobreviventes. Deve considerar isso na sua leitura, querido leitor, como foi difícil produzir esses livros em tempo de pandemia. Além dessa dor, o Memorial de Medicina encontrava-se fechado ao público quando realizou a confecção desses volumes, como também o Arquivo Público da Bahia e outras instituições de pesquisa. Com certeza, os prejuízos existiram para qualquer trabalho que envolvesse levantamento de dados históricos. O nosso não foge à regra.

QUAL A POESIA PARA FECHAR ESTA APRESENTAÇÃO?

Sinceramente, a poesia não é só de poetas, é de todos os seres vivos e por enquanto humanos, que tocam a vida em qualquer circunstância. Assim, ela está presente agora, em todos os capítulos desses livros, conduzidos por todos os seus autores e autoras, por todas as linhas e que não cessa no ponto final. Uma boa leitura!



INTRODUÇÃO

A presente obra reúne 18 capítulos escritos e organizados por estudantes e educadores de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e de outras faculdades brasileiras. Os capítulos, embora independentes entre si, quando reunidos neste volume, compõem um panorama completo sobre a história das especialidades clínicas e cirúrgicas na Bahia, no Brasil e no mundo.

Cada capítulo, escrito por grupos diferentes educandos e educadores, possui características e abordagens próprias, com maior foco para o cenário baiano ou expansão para o panorama global, linearidade histórica ou outras formas de organização dos fatos no tempo. O que se repete em todos eles, porém, é a responsabilidade com a verdade e uma visão crítica sobre a Medicina, a história e seus sujeitos e significados.

O primeiro capítulo do livro trata sobre a história da Cirurgia Geral antiga. Nele, o leitor é convidado a viajar desde a época em que os procedimentos cirúrgicos eram feitos com rochas pontiagudas e facas por profissionais barbeiros, até o momento em que técnicas de antisepsia, bisturi elétrico e especialização médica passaram a ser fundamentais para a prática.

No segundo capítulo, há a continuação da abordagem sobre a história da Cirurgia Geral moderna, mas dessa vez em uma perspectiva contemporânea, moderna. Nele, os autores trazem registros e marcos históricos da tecnologia inserida na cirurgia até os dias atuais. Temas como videolaparoscopia, cirurgia robótica e perspectivas futuras para a Cirurgia moderna prometem prender a atenção do leitor.

Mas como falar de cirurgia sem pensar imediatamente em anestesia? O capítulo três não só visa contar a história da Anestesiologia, como também relacioná-la ao avanço dos procedimentos cirúrgicos. Afinal, já parou para pensar como as cirurgias eram sofridas e dolorosas antes da anestesia? A descrição desse período é feita de forma abrangente e detalhada nesse capítulo.

No capítulo quatro, que trata da história da Cirurgia Abdominal, o leitor é convidado a uma jornada que vai desde as primeiras laparotomias, remetidas aos árabes, até as modernas cirurgias robóticas. A abordagem do capítulo é inovadora ao passo que toma como ponto de vista para a narrativa histórica os próprios procedimentos referentes à Cirurgia Abdominal na Bahia e no mundo.

Trazendo como marco histórico o surgimento da circulação extracorpórea, o capítulo cinco conta sobre a história da Cirurgia Cardiovascular. O texto percorre a história mundial, seus desafios e avanços, antes e depois do marco, evidenciando os seus reflexos no Brasil. Além disso, mostra a expansão dos procedimentos Brasil adentro, tanto em complexidade quanto em termos territoriais, dando destaque à Bahia, que percorreu longos caminhos e limitações para se consolidar nessa especialidade

Já o capítulo seis é referente à história da Neurocirurgia. Os autores, estudantes da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) e da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), constroem uma narrativa histórica linear com riqueza de detalhes que carrega o leitor passo a passo desde a Grécia Antiga até os dias atuais, com a repercussão da pandemia de covid-19 na especialidade neurocirúrgica.

No capítulo sete, os autores abordam a história da Cirurgia Plástica desde a antiguidade até a contemporaneidade. Fazem isso trazendo à tona nomes e marcos importantes para a Cirurgia Plástica não só do mundo, de maneira geral, mas também da Bahia. Para finalizar o capítulo, há uma abordagem superinteressante sobre a Cirurgia Plástica em tempos de pandemia da covid-19.

O oitavo capítulo nos apresenta uma especialidade médica em ascensão, cada vez mais reconhecida como um braço fundamental da Medicina: a Urgência e Emergência, retratando desde seu surgimento nos tempos mais primórdios da história humana até o seu desenvolvimento no Brasil no século passado.

Seguindo o capítulo oito, o nono capítulo nos apresenta os cursos da Urgência e Emergência na modernidade, discorrendo sobre o processo que esse campo vem

vivendo para ser reconhecido como uma especialidade médica e ser devidamente difundido nos centros de ensino e prática médica.

No décimo capítulo, é trazida a história de outra especialidade em crescimento por todo o mundo, a Medicina Intensiva. Esse capítulo nos mostra o percurso traçado pelas práticas que viriam a compor a Medicina Intensiva até o presente momento, quando esse ramo médico ganhou enorme destaque em decorrência da pandemia da covid-19.

No décimo primeiro capítulo, vamos dar continuidade à história da Ginecologia e Obstetrícia, iniciada no segundo volume desta série. Nesse capítulo, vamos entender mais sobre a contribuição da EBMS e seus médicos na história dessa especialidade na Bahia.

O décimo segundo capítulo trata sobre a história da Neonatologia. Ele traz aspectos extremamente importantes e esclarecedores sobre essa especialidade, bem como seus principais marcos históricos. Além disso, caro leitor, logo de início você já aprende a diferenciar a Pediatria da Neonatologia e dar a devida importância para as duas áreas. Ainda, dá para acreditar que as experiências e conhecimentos de alguns procedimentos muito presentes e estudados na Neonatologia foram essenciais para o bom desempenho de alguns médicos que estavam na linha de frente da pandemia de covid-19? Ficou curioso? Não deixe de ler esse capítulo.

Seguindo a linha das especialidades clínicas, o capítulo treze do volume é referente à história da Hematologia. O capítulo se constrói através de paralelos entre os marcos históricos da especialidade no mundo e na Bahia, sendo interessante fonte de consulta para a história da especialidade no estado.

Os autores do capítulo catorze já anunciam pelo título que os leitores conhecerão a Oftalmologia pelas lentes da história. Aqui, será abordado os principais nomes dessa área no mundo, no Brasil e na Bahia, além de mostrar a imensa importância que o serviço de Oftalmologia do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (Hupes) tem para nosso estado. Esse capítulo, sem sombra de dúvidas, é uma verdadeira aula de história.

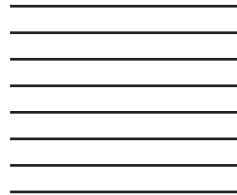
Não poderia faltar também um capítulo sobre a história da Otorrinolaringologia, e no capítulo quinze é possível ler sobre como essa especialidade surgiu, sua importância para a qualidade de vida de pacientes e a sua história em Salvador e na FMB.

No capítulo dezesseis, a história da Ortopedia é contada como paralela à história da própria humanidade, visto que os homens primitivos já buscavam formas de tratar de suas fraturas à semelhança dos demais animais. Sobre a atualidade da especialidade, trata sobre mercado de trabalho, dilemas e os desafios impostos pela pandemia de covid-19.

Já parou para pensar como antigamente os médicos faziam para dar um diagnóstico de apendicite, tuberculose e doença de Chagas? Com certeza, a história clínica do paciente era o maior auxílio, afinal a clínica é soberana. Mas e se os médicos pudessem visualizar as estruturas e órgãos do paciente internamente, o diagnóstico não seria facilitado? O capítulo dezessete irá nos contar exatamente sobre isso: a história da Radiologia. Será explanada, principalmente, como a Radiologia surgiu e como esse foi um advento que marcou a Medicina, independentemente da especialidade.

Por fim, a última história apresentada neste livro é a de um braço fundamental do apoio diagnóstico, a Patologia. O capítulo retoma a gênese dessa especialidade desde a teoria miasmática, para nos trazer até o presente, com um panorama sobre o momento atual da Patologia e suas perspectivas para o futuro.

Sendo assim, fica aqui o convite para o leitor enveredar-se por essas histórias clínicas e cirúrgicas, que visam suscitar reflexões e operar mudanças na forma como se pensa a história da Cirurgia e da Clínica na Bahia e no mundo.



1

HISTÓRIA DA CIRURGIA GERAL ANTIGA

Maicon Argolo Lima

Ana Carolina Silva Batista

Ana Paula Lacerda Ludovice

Diana Castro Lima

Everton Amaral Lima

Lara Pinheiro Arenas

Lidiane Bispo Santos

Ana Celia Diniz Cabral Barbosa Romeo

DA ROCHA PONTIAGUDA AO BISTURI CABO FRIO:

A FASCINANTE HISTÓRIA DA CIRURGIA

Caro leitor, neste capítulo, iremos apresentar a história da Cirurgia desde a Pré-História até o século XX, no Brasil e no mundo, com um recorte para a Bahia. Iremos retratar apenas os fatos que se destacam, ainda que a vontade seja de contar tudo nos mínimos detalhes! Apesar de não ser essencial para a prática cirúrgica, o conhecimento da história da Cirurgia para o cirurgião pode auxiliá-lo a elucidar o simbolismo de diversas práticas até hoje realizadas, além de aprimorar a compreensão da Cirurgia atual.

CONCHAS, TRÉPANOS, FACAS E FIOS: A CIRURGIA DA PRÉ-HISTÓRIA

Então, vocês sabem quando e qual foi o primeiro procedimento cirúrgico realizado no mundo? Vamos lá aprender.

A história da Cirurgia começa lá na Pré-História, no Período Neolítico (10000 a 7000 a.C.), quando foram encontrados os primeiros vestígios do procedimento cirúrgico mais antigo já conhecido: a trepanação craniana (Figura 1). A retirada de uma porção do crânio por meio de furos/buracos, feita hoje em um ambiente estéril e com tecnologias precisas, na Antiguidade, era realizada através de pedras pontudas e conchas afiadas, sem assepsia e antisepsia. (CASTRO; LANDEIRA-FERNANDEZ, 2010) Os historiadores acreditam que o objetivo, na época, ia além da finalidade cirúrgica para traumatismos e fraturas, mas também estava relacionado à cura de epilepsia, dores de cabeça e transtornos mentais, bem como a rituais místicos e religiosos, a fim de remover os espíritos malignos e demônios do corpo desses indivíduos. Além disso, a trepanação também era feita após a morte, com o intuito de fazer uma espécie de amuleto com os fragmentos cranianos para representar a coragem dos guerreiros jovens. (FERREIRA, 1969; GALASTRI, 2015)

Vocês acham que apenas os estudos do Período Neolítico contribuíram para a nossa Medicina? Saibam que não! Os antigos egípcios integraram como marca histórica não apenas a prática da mumificação e do embalsamamento como muitos pensam, mas, principalmente, nos deixaram o primeiro tratado de cirurgia da história da Medicina, o *Papiro de Edwin Smith*, por volta de 3000 a 2500 a.C. (CASTRO; LANDEIRA-FERNANDEZ, 2010) Ele traz análises objetivas dos procedimentos cirúrgicos, sem percepções mágico-religiosas, sendo composto por observações acerca de procedimentos racionais com uso de sutura, agulha e fios, aplicação de compressas e drenagem de abscessos, além de 48 relatos de casos clínicos com abordagens sistematizadas, iguais àquelas usadas no século XXI: exame, prognóstico, tratamento e explicações com informações adicionais sobre termos e itens utilizados. (BADARÓ, 2017)

No século IV a.C., na Índia, o castigo para os transgressores – por exemplo, mulheres e homens que cometiam adultério e prisioneiros de guerra – era a amputação do nariz, fato comum e amplamente realizado naquela época. A partir daí, os cirurgiões indianos puderam aprimorar os estudos e desenvolver técnicas de “rinoplastia”, termo muito utilizado na Cirurgia plástica atualmente. Eles tinham, também, outras práticas que auxiliaram a desenvolver técnicas de reparo importantes, como perfurar a orelha e alargar a abertura, tradições presentes em algumas populações indianas. (AMATO, 2002)

Cirurgião que ganhou destaque na Índia, nessa época, foi o Susruta, que é considerado, por alguns, o primeiro a realizar cirurgia plástica no mundo por ter

utilizado retalhos de pele da bochecha e da testa para fazer os reparos e reconstruções nos transgressores. Acredita-se que a sua técnica foi utilizada até o século XIX pelos europeus. (AMATO, 2002)

A Medicina tradicional chinesa, assim como a indiana, tem uma grande influência na vida e na tradição do seu povo. Desde os ancestrais chineses, as ervas já eram utilizadas de forma medicinal para cura e tratamento de diversos males. Entretanto, foi a partir de Hua Tuo, famoso médico chinês da época e praticante da Medicina tradicional chinesa, que a China ganhou importância na história da Cirurgia no mundo. No ano de 190, século II, Hua Tuo combinou vinho chinês com *cannabis sativa* fervida, um preparado de ervas chamado Má Fèi Sà, como anestésico para diversos procedimentos cirúrgicos, dentre eles cirurgia no abdome para remoção de baço, além de amputações de membros e retiradas de artefatos de guerra. (FRÓIO, 2006)



Figura 1 – Crânio datado de 1500-1400 a.C., com marcas da trepanação craniana
Fonte: Anterior... (2020).

DA ESCURIDÃO À LUZ NO FIM DO TÚNEL: OS PASSOS DA CIRURGIA NA IDADE MÉDIA

Falar sobre a Idade Média ou Idade das Trevas, como também é chamada pelos historiadores, é relembrar os aspectos de estagnação ou até mesmo retrocesso

científico, principalmente da prática cirúrgica. Nessa época, o cristianismo tornou-se a religião oficial e com ele veio um grande domínio da Igreja Católica na cultura, no intelecto e nas diversas camadas da sociedade. (FERNANDES, 2000) Esse foi um período marcado pela negligência e até esquecimento de certos aspectos da ciência, dos avanços relacionados à Medicina e à Cirurgia, os quais já haviam sido adquiridos na Era Greco-Romana. (ELLIS; ABDALLA, 2018)

A prática cirúrgica foi extremamente afetada nesse período, pois a Igreja Católica proibiu os médicos da época de realizarem cirurgias e perseguia aqueles que as fizessem. (ELLIS; ABDALLA, 2018) Dá para imaginar que um dia a Cirurgia já foi separada da Medicina? Pois bem! Profissionais que fossem pegos exercendo a prática cirúrgica eram sentenciados à fogueira. (ELLIS; ABDALLA, 2018) Assim, nem os médicos possuíam permissão para exercer a Cirurgia, nem os cirurgiões a Medicina Interna, principalmente porque a prática médica era vista como o esplendor da capacidade intelectual, característica da nobreza e do clero, e a cirurgia como um trabalho manual, destinada às classes menos abastadas. (MIRANDA, 2017) Fernandes (2000, p. 43) relata em seu livro essa separação entre a prática médica e cirúrgica e a maneira como os monges e as pessoas do clero que podiam exercer a Medicina encontraram para passar seus conhecimentos adiante:

[...] os monges haviam sido proibidos de usar barba; assim sendo, barbeiros foram admitidos para lhes cortar a barba e o cabelo. Com a proibição do exercício da medicina, os monges ensinaram aos barbeiros seus conhecimentos cirúrgicos e de aplicação de sanguessuga, que passaram a ser exercidos por esses profissionais.

Nesse sentido, a Idade Média foi um período histórico de grandes marcos e progressos para a arte médica, ao contrário do que se espera. Primeiramente, quando se trata da baixa Idade Média, devemos destacar a importância das escolas médicas, ainda que o ensino fosse essencialmente teórico, baseado nos antigos escritos gregos e romanos. (ELLIS; ABDALLA, 2018) Dentre essas instituições, havia uma faculdade de Medicina fundada no século XII, influenciada pela Escola de Sarlino, no norte da Itália, onde séculos mais tarde a primeira dissecação pública seria realizada. Ainda no século XII, foi publicado o primeiro tratado sistemático de cirurgia, com destaque para a anatomia cirúrgica. (ELLIS; ABDALLA, 2018)

Além disso, nesse mesmo período, observamos que um dos primeiros professores cirúrgicos de Bolonha realizou disseções pessoalmente, o que, por sua vez, contribuiu, pouco a pouco, para a quebra de paradigmas. Esse mesmo professor escreveu um tratado de anatomia, *Anathomia*, que possuiu diversas cópias manuscritas distribuídas, sendo impresso anos depois. Associado a isso, outras obras

literárias foram publicadas na época, como os livros que descrevem amputações, bem como a relação desse procedimento com a gangrena. (ELLIS; ABDALLA, 2018)

Vocês sabiam que outros cirurgiões também descreveram os seus procedimentos cirúrgicos de destaque durante a baixa Idade Média? A exemplo disso, tem-se registros acerca de cirurgias para hérnia, catarata e amputações. Outro ponto interessante é que muitos cirurgiões obtiveram suas experiências práticas, principalmente em amputações, por conta das guerras. Durante a Guerra dos Cem Anos, por exemplo, houve um cirurgião chamado João de Ardene que ganhou experiências nessa área. Ele também é considerado o Pai da Proctologia, pois escreveu os *Tratados de Fístula em Ânus* (Figura 2), *Hemorroidas e Clysters*, melhorando, assim, a forma como a hemorroida era tratada, muito frequente dentre os nobres, que passavam o dia sentados ou usando armaduras. (ELLIS; ABDALLA, 2018)

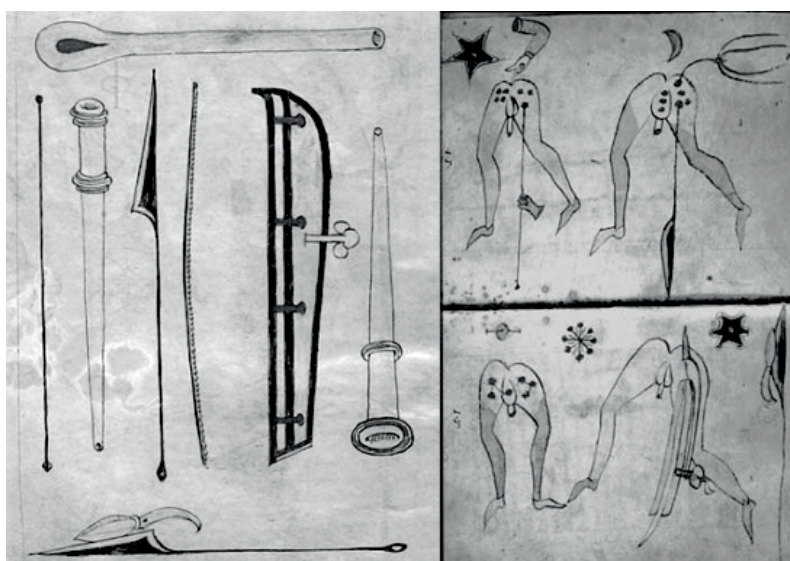


Figura 2 – Ilustrações de fístula no ânus e os instrumentos cirúrgicos utilizados em sua cirurgia. Para realizá-la, há a necessidade de algumas incisões externas
Fonte: Gardham (2012).

Com o início do Renascimento e das Grandes Navegações, houve uma valorização da prática cirúrgica, visto que surgiu uma prática médica voltada ao saber científico e aos estudos anatômicos, já que os ensinamentos gregos e romanos não eram tão precisos. A exemplo disso, temos Leonardo da Vinci, nosso velho conhecido, que além de estudar anatomia envolveu-se em dissecação, conhecendo de forma detalhada vísceras do corpo humano além dos seios paranasais. Outros cirurgiões da época, com destaque para Andreas Vesalius, também realizaram as suas próprias dissecações, “corrigindo” erros anatômicos de Galeno, já que

algumas dissecações foram feitas em animais e não em seres humanos. (ELLIS; ABDALLA, 2018) Apesar desses progressos, houve perseguição aos cirurgiões que dissecavam cadáveres até o século XV, quando essa prática passou a ser autorizada pelo papa Clemente. (MIRANDA, 2017)

DE OLHO NO PASSADO

Até o século III, segundo Fernandes (2000, p. 12), existiam mais de 200 instrumentos cirúrgicos, bastante semelhantes aos atuais, e a anestesia era feita pelo gotejamento de mandrágora em uma esponja sobre a boca do paciente.

APROXIMANDO OS TECIDOS, UNINDO AS BORDAS: OS CIRURGIÕES ITINERANTES DO SÉCULO XVI

Durante o século XV, várias leis foram aprovadas limitando as atividades exercidas pelos cirurgiões-barbeiros, o que evidenciou mais ainda a diferença entre eles e os ditos cirurgiões. Nessa mesma época, grupos de médicos itinerantes viajavam para vários lugares da região, realizando procedimentos como a litotomia, cirurgia de hérnia e de catarata. Enquanto os ditos cirurgiões dominavam os grandes centros urbanos, esses especialistas estavam presentes nas áreas rurais, onde viviam populações mais pobres. (NOGUEIRA, 1977, p. 14-15)

VIAJANDO PELA HISTÓRIA

Você deve imaginar a dor de ter uma “pedra na bexiga”, não é mesmo? Agora, coisa que você não imagina é que a litotomia foi registrada pela primeira vez na Grécia da época de Hipócrates! O primeiro relato do procedimento foi realizado tempos depois, durante o século I, por Aulus Cornelius Celsius, método este utilizado até o século XVI. Um grande litotomista importante foi o Frei Jacques, que viajou por países como Itália e França, realizando o procedimento, que ficou ainda mais refinado com o passar dos anos. (PUIGBÓ, 2002)

DOS GRITOS DE DOR AO CLAMOR CIENTÍFICO: O AVANÇO DA CIRURGIA NO SÉCULO XIX

O conhecimento sobre a cirurgia no século XIX – o século dos cirurgiões – ainda passava por grandes transformações e reestruturação, sendo o maior desafio da época a realização de procedimentos sem o conhecimento dos microrganismos

e do controle da dor. Sabendo que a maioria dos indivíduos operados morriam ou perdiam funcionalidades importantes do seu organismo, qual a chance de uma pessoa aceitar ser operada por livre e espontânea vontade? Se você, assim como eu, pensou que a chance é bem próxima de zero, acertou. Os registros datados de séculos anteriores mostram imagens de procedimentos que expressam de forma realística os sentimentos de dor e aflição dos pacientes submetidos a cirurgias (Figura 3). Desse modo, a maioria dos procedimentos eram realizados apenas em último caso, quando o indivíduo não tinha mais opções para seu tratamento. (ELLIS; ABDALLA, 2018)



Figura 3 – Pintura que representa a dor de paciente submetido à cirurgia
Fonte: Art UK ([200-]).

Um fator muito importante para o aumento da confiabilidade dos procedimentos cirúrgicos na época foi a difusão do conhecimento científico por meio de relatos de casos. Essa transmissão das melhores abordagens dos procedimentos serviu como um fator de compartilhamento das técnicas operatórias confiáveis e que poderiam ser reproduzidas por outros profissionais. Assim, tanto o conhecimento da técnica quanto a coragem dos pacientes fizeram com que os cirurgiões se sentissem mais seguros com as particularidades de cada procedimento.

Os anos desde a metade do século XIX até o início do século XX foram muito importantes para o desenvolvimento dos predecessores das especialidades cirúrgicas. Nesse âmbito, o aumento da pesquisa e dos experimentos com qualidade técnica somados ao avanço tecnológico da época possibilitaram a criação de sociedades de cirurgiões com o objetivo de disseminar os mais atuais periódicos

sobre temas cirúrgicos. (TOWNSEND et al., 2015, p. 8) Com a rapidez e o aumento da confiança nas técnicas operatórias, alguns cirurgiões se tornaram especialistas em realizar procedimentos específicos. Por exemplo, algumas incisões e alguns acessos na cirurgia do abdome foram introduzidos nessa época e são realizados até os dias atuais.

É impossível abordar a história da Cirurgia no século XIX sem falar sobre o marco que foi a evolução da anestesia e a sua contribuição para a cirurgia. Pode-se imaginar como grandes cirurgias seriam realizadas na atualidade sem a existência da anestesia? É praticamente inimaginável pensar na existência de cirurgias perigosas ou longas, como a laparotomia e os transplantes de órgãos, sem a presença da anestesia. Agora, lembre-se de algum acidente que foi muito doloroso para você, talvez um corte acidental com uma faca... Mentalizou a dor? Imagine essa dor por uma extensa região do seu corpo, sem cessar: era exatamente essa sensação que os pacientes até o século XIX sentiam. Os pacientes ficavam conscientes o tempo todo, enquanto eram “abertos” por ferramentas cirúrgicas e a imobilização ficava por conta dos enfermeiros que os seguravam durante toda a cirurgia. (AMATO, 2002) Há relatos de que se podia ouvir os gritos dos pacientes a quilômetros de distância.

Na glamourização hollywoodiana, é normal ver as pessoas tomando bebida alcoólica antes de uma amputação, mas saiba que não era apenas o álcool utilizado como fonte de anestesia, pois substâncias analgésicas, hipnóticas e narcóticas também foram utilizadas durante muito tempo, desde a Idade Média. (AMATO, 2002) Ainda no século XIX, houve a superação desse aspecto e em 1840, em Boston, foi descoberta a anestesia com o éter. Muitos estudiosos discutem quem foi o primeiro a utilizar a anestesia: o médico Crawford Long ou o dentista William Morton (FRIEDMAN; FRIEDLAND, 2006), mas o que realmente importa é que, por volta de 1853, as cirurgias passaram a ser realizadas com o auxílio da anestesia, um marco de grande valia para a Medicina. (REIS JÚNIOR, 2006)

Refletir sobre medidas assépticas e antissépticas parece uma necessidade do advento da modernidade, contudo essa reflexão foi necessária há séculos. Área suja, área limpa, área de transição – é inconcebível pensar nessa divisão das áreas cirúrgicas ainda no século XIX, pois o ambiente cirúrgico era caótico, sem nenhuma esterilização. As pessoas assistiam de perto as cirurgias sem nenhum Equipamento de Proteção Individual (EPI). Ironicamente, cirurgias realizadas em casa tinham mais chances de ter sucesso do que nos hospitais, onde os índices de mortalidade eram de 3 a 5 vezes mais altos. (NIGHTINGALE, 1863) E por falar em mortalidade, não era apenas os pacientes que padeciam! Constantemente, médicos morriam por infecção, tendo em vista que não havia nenhuma medida de higienização individual.

Os cirurgiões do século XIX, acreditavam que o pus fazia parte do processo de cicatrização e, por isso, não entendiam o porquê dos inúmeros casos de infecção. Ainda no século XIX, o médico inglês Joseph Lister (1827-1912), influenciado pelas ideias de Louis Pasteur (1822-1895), utilizou a Teoria dos Germes para modificar drasticamente anos de desconhecimento da microbiologia na Medicina. Lister sabia que não era possível aplicar o alto calor para destruir as bactérias em pacientes, desse modo, ele começou a utilizar substâncias químicas nas feridas. Os novos conhecimentos não pararam por aí: o ácido carbólico começou a ser utilizado também no ambiente cirúrgico, e assim nasceram as bases da antisepsia! Sem sombra de dúvidas, os bons resultados das cirurgias de Lister incentivaram vários cirurgiões a acreditarem em micro-organismos e sua relação com a infecção, o que diminuiu consideravelmente a mortalidade durante e após as cirurgias. (VALE; SOUSA, 2019)

O PODER DAS GUERRAS: A EVOLUÇÃO DO ARSENAL CIRÚRGICO NO SÉCULO XX

Segundo fontes históricas, a sala cirúrgica do século XIX é retratada como um espaço amplo, mal iluminado, contando apenas com uma grande claraboia e portas pesadas. Mas algum palpito do porquê disso? Isso mesmo que você está imaginando: as portas pesadas serviam para evitar a propagação dos gritos, já que ainda não havia a anestesia inalatória. (AMATO, 2002) No século XX, houve uma superação dessa imagem arcaica do centro cirúrgico, ou seja, o jaleco sujo, com sangue e micro-organismos deram lugar aos jalecos brancos de aspecto antisséptico, e os pacientes deixaram de usar trajes comuns e receberam roupas brancas e limpas, assim como as mesas e os instrumentos eram esterilizados em uma solução de bicloreto. (TOWNSEND JR., 2015, p. 6) Então, a Medicina cresceu, e séculos de escuridão e desconhecimento deram lugar a práticas comprovadas cientificamente, fazendo o charlatanismo, muito comum na Europa do século XIX, perder seu espaço. Observar toda essa evolução por meio de uma linha cronológica é muito fácil, mas como será que a sociedade da época reagiu a todas essas mudanças? Os cirurgiões deixaram um pouco de lado toda a linguagem rebuscada para conseguir acalmar a sociedade e validar as práticas cirúrgicas modernas. Pense na tarefa árdua que foi explicar às pessoas sobre as complicações associadas às cirurgias... Contudo, diga-se de passagem, essa ainda é uma questão delicada presente no cotidiano dos cirurgiões.

As guerras moldaram o pensamento, os hábitos e o estilo de vida das sociedades, então não é nenhuma surpresa que tenha influenciado também de modo significativo a Medicina. Com o avanço da Cirurgia moderna e a necessidade de um ambiente limpo e livre de infecções, foram criados não só os hospitais de

guerra, como também foi preciso que os cirurgiões se reinventassem a todo momento devido ao cenário crítico e, conseqüentemente, à falta de equipamentos adequados para a realização de procedimentos. Além disso, o período de guerras também possibilitou o surgimento de algumas especialidades médicas, como a Cirurgia plástica, a qual podemos chamar de “filha da guerra”. (SILVA, 2018) Sua contribuição para a Medicina começa desde a Primeira Guerra Mundial (1914-1918), entretanto foi durante a Segunda Guerra Mundial (1939-1945) que cresceu a necessidade de tratar queimaduras, as quais antes eram curadas com o ácido tânico, substância que provocava muita dor e cicatrizes. Sendo assim, na batalha aérea na Grã-Bretanha, o cirurgião Archibald McIndoeum (1900-1960) observou um padrão: os aviadores que tiveram seus aviões queimados e saltavam no mar chegavam menos agitados do que aqueles que não saltavam. E com isso, descobriu-se que o uso do soro fisiológico nas queimaduras melhorava a dor e diminuía o tempo de cicatrização. Após a Segunda Guerra Mundial, a Cirurgia plástica passou a ser reconhecida como uma especialidade médica.



Figura 4 – Cirurgia plástica realizada em soldados na Primeira Guerra Mundial
Fonte: Butcher... (2021).

BRASIL: DA IMPORTAÇÃO DE MÉDICOS ESTRANGEIROS ATÉ A FABRICAÇÃO DOS CIRURGIÕES NACIONAIS

Se pensarmos no contraste entre Europa e Brasil, temos que a maioria dos movimentos intelectuais e correntes científicas surgiu primeiro na Europa e depois ganhou notoriedade no Brasil. Como ocorre com a maioria dos movimentos, o Brasil desenvolveu a sua própria maneira de fazer Medicina. Com a cirurgia não foi diferente: foram exportados cirurgiões da Europa que trouxeram influências externas, contudo no Brasil Colônia foi criado um espécime característico de cirurgia, tendo em vista as particularidades do território nacional, doenças e o público de médicos que estavam sendo formados na primeira Faculdade de Medicina do país, sediada em Salvador, na Bahia. Agora, vamos embarcar e explorar a Cirurgia no Brasil junto com a Família Real?

A CHEGADA DA CIRURGIA REAL

No início do século XIX, o Brasil começou a tomar rumos diferentes das outras colônias da América Latina com a vinda da Família Real portuguesa devido aos avanços de Napoleão Bonaparte. Assim, em 1815, houve a instituição do Reino Unido de Brasil, Portugal e Algarves e, em 1822, o reino tornou-se império com a Proclamação da Independência. Além disso, desde a instauração do Reino Unido e antes da Proclamação da República, o país passou por quatro trocas governamentais: D. João VI, D. Pedro I, período de regência e D. Pedro II. Todo esse processo levou a uma série de transformações no âmbito político, cultural, educacional, social e médico. Por conta disso, diversas manifestações sociais começaram a surgir nesse período, especialmente no primeiro império, impactando também as ações voltadas para a Saúde Pública. (SILVA, 2020)

Em relação às consequências no âmbito da Saúde Pública, essas podem ser percebidas desde a chegada da Família Real ao Brasil, com a criação da Escola de Cirurgia pelo príncipe regente D. João na Bahia, impulsionando a formação de um ensino superior e acabando, aos poucos, com a oferta de aulas seletas sobre anatomia e cirurgia. Meses depois, o curso de Medicina foi instaurado também no Rio de Janeiro. Assim, o estudo médico começou a se estruturar no Brasil, contando com a instituição da Fisicatura, a fim de fiscalizar todo o processo e promover ações voltadas à saúde populacional. (SILVA, 2020)

Além disso, é interessante que tenhamos em mente que a Bahia foi palco de movimentos sociais importantes, a exemplo de revoltas de grupos insatisfeitos com o processo de colonização, a cobrança de impostos e a ausência de pagamento de salários. Diante desse cenário, percebemos que nesse período ocorreram

grandes manifestações como a Conjuração Baiana, mesclando, inclusive, essas revoluções com ideários da Revolução Francesa. (SILVA, 2020)

CIRURGIA E MISTICISMO

O desenvolvimento inicial de procedimentos cirúrgicos e práticas de saúde no Brasil tiveram como alicerce o misticismo perpetuado pelos povos indígenas e seus rituais. O impacto dessas práticas e saberes mais antigos ainda é bastante forte na sociedade atual, sendo corriqueiro o uso de chás, plantas medicinais para uso tópico ou banhos terapêuticos para alívio de sintomas indesejados. (FERREIRA, 2017) Algumas dessas práticas já eram comuns mesmo antes da chegada dos portugueses no Brasil, sendo até incorporadas e perpetuadas pelos europeus posteriormente. (ELLIS; ABDALLA, 2018) Por exemplo, o procedimento de retirada de um membro, a amputação, era uma prática conhecidamente usual nesse período, sendo indicada e realizada em decorrência principalmente de infecções ou picadas de animais peçonhentos.

Além disso, a frequente utilização de ervas de forma tópica, ou seja, aplicadas diretamente no local da pele a ser tratado, serviam para alívio de dores locais, sendo bastante úteis na realização desses procedimentos. Quem nunca tomou um chá, xarope ou fez uma compressa para aliviar um determinado sintoma? É importante ressaltar que, ao longo do tempo, essas práticas foram ressignificadas ou até retomadas com o advento do pensamento científico.

A MEDICINA PARA OS ESCRAVOS: NECESSIDADE ECONÔMICA, NÃO VITAL

Existem duas qualidades inerentes a todo cirurgião: 1. a rapidez com que pratica as operações; e 2. a precisão dos seus gestos. Mas pense comigo, amigo leitor: como esses cirurgiões praticavam tais habilidades? Era no Hospital da Santa Casa de Misericórdia que eles aprimoraram as suas técnicas, mas vejamos, qual era o principal público desses locais? Recém-imigrados, libertos, “escravos” livres, escravos, marinheiros e pessoas sem condições financeiras de pagar por qualquer assistência à saúde. (LIMA, 2011)

A maior parte da população da Santa Casa vinha de escravos doados por seus senhores. Longe de um ato altruísta, eles faziam isso a fim de se livrar do que consideravam “peso morto”, pois os escravos “doados” eram aqueles que perdiam a utilidade para os serviços: idosos ou portadores de doenças incuráveis e intratáveis na época, como elefantíase e hanseníase. Assim, o corpo escravo era constantemente usado como objeto das práticas médicas. (LIMA, 2011)

Falar de escravidão no Brasil é reviver um passado sombrio e doloroso, como acabamos de ver, não é mesmo? Porém, nos últimos anos, emergiram diversos estudos a respeito da saúde e escravidão no Brasil. As doenças que muito atingiam os escravos eram as febres, as “doenças venéreas”, as diarreias e as doenças do trato gastrointestinal, dentre outras. Uma das mais graves e recorrentes, muito comum nas populações que viviam nas minas, eram as fraturas, provocadas devido aos perigos vividos diariamente pelos escravos no dia a dia do trabalho nesses lugares. (BARRETO, 2005) Essa realidade fica clara no relato de Luís Gomes Ferreira, na obra *Erário Mineral*, exposta a seguir:

[...] e todos os que subiram ficaram livres e os que ficaram na lavra, que foram treze, ficaram debaixo das ruínas, donde se tiraram quatro mortos, e os mais, uns com braços quebrados, outros com as pernas, outros com as costelas metidas com as pontas para dentro, outros os ossos da fúrcula do pescoço feitos em miúdos pedaços; um com as vértebras do espinhaço deslocadas em duas partes [...]. (FERREIRA, 2002, p. 479-480)

Diante de tanta dor e sofrimento vividos pelos escravos, para o tratamento de suas fraturas e feridas eram utilizados sedativos naturais advindos de plantas, além de rezas e banhos de folhas, uso de hemostáticos, ataduras, retiradas de corpos estranhos quando possível e envio para casas de tratamentos de doentes ou doações para a Santa Casa de Misericórdia.

CIRURGIA NO BRASIL COLÔNIA: O PATINHO FEIO DAS ESPECIALIDADES MÉDICAS

Atualmente, constata-se que a área médica, em específico de cirurgiões, é heterogênea, abrangendo todas as classes sociais. Mas você acha que isso sempre foi assim? No que se refere a séculos passados, vale lembrar que o Brasil era escravista e repleto de preconceitos oriundos da sua metrópole, Portugal, tendo então uma Medicina bem homogênea nessa época. Historicamente, a população brasileira era composta por grandes mercadores, famílias ricas, escravos e trabalhadores. De onde vocês acham que saíram os primeiros médicos? Exatamente: das famílias mais ricas.

Em geral, os médicos estudavam em Portugal e viam exercer o ofício no Brasil, e não é surpresa dizer que o grupo de cirurgiões era formado por homens brancos, enquanto os homens pretos e as mulheres brancas e pretas estavam à margem da sociedade. (RIBEIRO, 2005) Mesmo após a abolição da escravidão, a população era preconceituosa, e os poucos cirurgiões pretos que existiam eram tratados com

descaso, além de precisarem lidar com o fato de muitos pacientes recusarem seu atendimento por conta da sua cor. Então, quem vocês acham que esses médicos atendiam? Os pretos escravos, futuramente libertos e os trabalhadores, o que se configurou como regra durante muito tempo.

Possivelmente, vocês estão se questionando como existiam médicos negros em uma época tão elitizada e preconceituosa, certo? Há relatos de médicos pretos que foram auxiliados financeiramente por famílias ricas que tinham grande afeto. Um caso que pode ilustrar essa situação é o do famoso médico Juliano Moreira (1872-1933), filho de empregada doméstica, que teve seus estudos financiados pelo seu padrinho Barão de Itapuã, dr. Adriano Gordilho, Lente de Partos, na Faculdade de Medicina da Bahia (FMB). (JACOBINA, 2019; ODA; DALGALARRONDO, 2000)

Além do racismo, não podemos esquecer de como a sociedade também era machista, obrigando as mulheres, desde sua infância, a aprender práticas domésticas e a como cuidar de seus futuros esposos. É válido lembrar que elas eram vistas como propriedades dos seus maridos, fato que dificultava sua ascensão na Medicina e que as excluía do cenário médico por um longo período, principalmente na área cirúrgica, já que esta era considerada um trabalho braçal. Após tantas reformas na conjuntura médica, o Decreto de 1879 permitiu que mulheres não apenas frequentassem faculdades, mas também adquirissem títulos acadêmicos. (BARRETO, 2021) Assim, ganhamos mais um nome importante nessa história: Rita Lobato, a primeira médica formada no território brasileiro (1866-1954) na FMB, em Salvador.

Não satisfeita em hierarquizar gênero e cor dentro da Medicina, a sociedade da época fazia o mesmo com o ofício. Tal como o patinho feio, a Cirurgia era menos-prezada e vista com descaso. Os cirurgiões eram tratados diferente dos médicos generalistas, já que, para o imaginário social, a profissão do cirurgião era considerada menos nobre e importante. Ainda não satisfeitos com essa hierarquização, a sociedade separava os verdadeiros cirurgiões dos “cirurgiões flebotômicos”, aqueles que realizavam procedimentos de sangria. (RIBEIRO, 2005) Sendo assim, a posição social do cirurgião era vista como subalterna, justamente por exercerem trabalhos manuais, entretanto não era apenas por esse motivo que eram considerados “inferiores”.

Os médicos e cirurgiões recebiam uma educação diferenciada, enquanto o primeiro ia para as universidades, o segundo aprendia na prática como realizar procedimentos, fatores que perduraram por muito tempo até que houvesse a reeducação social. (RIBEIRO, 2005) Em oposição, na atualidade, o cirurgião é considerado uma profissão bem respeitada, devido aos altos salários e à crescente procura por esses cargos. Então, vocês conseguem perceber que a visão de um ofício pela sociedade varia de tempos em tempos e consoante aos valores da época?

O NASCIMENTO DA CIRURGIA NACIONAL: A FUNDAÇÃO DAS PRIMEIRAS FACULDADES DE MEDICINA

Como vocês acompanharam, desde o século XVI até os princípios do século XIX, quem praticava a Medicina no Brasil eram os físicos, os cirurgiões-barbeiros e os boticários. Historicamente, no início do século XIX, Portugal era ocupada pelas tropas napoleônicas e, com isso, o país estava impossibilitado de despachar os cirurgiões “examinados” e “aprovados” e os físicos diplomados em Coimbra para a sua colônia. A solução, então, foi a criação das escolas de Cirurgia que formassem profissionais (cirurgiões) no Brasil e não em sua metrópole. (VELLOSO, [2002]) Com a chegada da corte portuguesa, as primeiras faculdades de Medicina do Brasil foram fundadas em 1808, sendo a Escola de Cirurgia da Bahia, em Salvador, e, nove meses depois, a Escola Anatômica Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro. (VELLOSO, [2002]; VELLOSO; XAVIER; FONSECA, [2002])

Desde sua criação até o ano de 1930, as escolas médicas da Bahia e do Rio de Janeiro enfrentaram várias reformas, sendo que muitas medidas propostas não foram colocadas em execução na época. No início, o ensino médico era bem precário e, por conta disso, muitos dos seus alunos depois de graduados iam buscar uma complementação em cursos na Europa. Nos primeiros anos (1808-1815), o ensino se limitava a lições teóricas de Anatomia Humana e a elementos de Fisiologia, Patologia e Clínica, tendo duração de quatro anos. Após esse período, a escola declarava se o aluno estava capacitado a prestar o exame e a exercer a saúde pública. Em seguida, o aluno era submetido ao exame e, se aprovado, os documentos eram encaminhados a Lisboa, que expedia o diploma mediante pagamento. É interessante salientar que, nesse momento, os diplomas permitiam (VELLOSO, [2002]):

[...] sangrar, sarjar, aplicar bichas e ventosas, curar feridas, tratar de luxações, fraturas e contusões; era-lhes vedado administrar medicamentos e tratar das moléstias internas a não ser aonde não houvesse médicos; e como tais só eram tidos os diplomados ou licenciados pela Universidade de Coimbra. (NASCIMENTO, 1929, p. 18)

Tal como a Cirurgia, as escolas médicas também sofreram alterações no decorrer do tempo. A primeira reforma do ensino médico foi em 1815, quando ficou estabelecida a criação de um “curso completo de cirurgia”, sendo o curso ampliado para cinco anos, abrangendo as seguintes disciplinas: no 1º ano eram ministradas Anatomia, Química Farmacêutica e Matéria Médica; no 2º ano, Anatomia e Fisiologia; no 3º ano, Higiene, Etiologia, Patologia e Terapêutica; no 4º ano, Instruções Cirúrgicas e Operações, Lições e Prática da Arte Obstétrica; e, por fim, no 5º ano, Medicina Prática e Obstetrícia. (VELLOSO; XAVIER; FONSECA, [2002])

Já na reforma seguinte, em 1830, o curso passou a ter duração de seis anos, abrangendo novas matérias, como: Partos, Moléstias de Mulheres, Medicina Legal, Farmácia etc. Até o ano de 1832, a escola médica baiana conferiu a carta de cirurgião apenas a 13 alunos. (VELLOSO, [2002])

Vocês agora devem estar se perguntando qual foi a reforma que deixou a FMB mais próxima do que é hoje, não é? Bom, provavelmente foi a Reforma Francisco Campos, em 1931, em que a faculdade deveria fornecer os conhecimentos necessários ao exercício profissional e promover a especialização em diversos ramos da Medicina aplicada, durante seis anos de curso. Então, as disciplinas aqui já se aproximam muito do que vemos hoje, como: Clínica Pediátrica, Dermatologia, Cirurgia Experimental... (VELLOSO; XAVIER; FONSECA, [2002])

Após tantas reformas, cartas regidas e decretos, a criação oficial da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) se deu em 1946 e em 1965, respectivamente. Ambas constituídas pela Faculdade de Medicina e escolas anexas (Odontologia e Farmácia), além da Faculdade de Direito, Escola Politécnica e outras. (VELLOSO, [2002]; VELLOSO; XAVIER; FONSECA, [2002])

O MÉDICO DA VITRINE E O CIRURGIÃO DA ESQUINA: A DICOTOMIA ENTRE O ENSINO MÉDICO E O CIRÚRGICO NO BRASIL

Fugindo de Napoleão Bonaparte, como já citamos aqui, a Família Real portuguesa tinha a intenção primária de ir ao Rio de Janeiro, mas por um contratempo acabou passando pela Bahia. Em Salvador, foi criada a Escola de Cirurgia do Hospital Militar, onde o curso de cirurgião possuía duração de quatro anos. A Medicina portuguesa era mais atrasada do que a de outros países europeus, como França e Alemanha, fazendo com que essas nações tivessem grande influência sobre a Escola de Cirurgia do Hospital Militar. Já o curso de Medicina instalado no Rio de Janeiro teve pouca influência dos outros países europeus, por conta da comitiva da Família Real portuguesa que trouxe médicos famosos que ajudaram no processo, formando, inclusive, um sentido de nação. (SILVA, 2020)

Nessa época, os médicos e os cirurgiões eram considerados formações distintas, assim como nós vimos em outras partes deste capítulo. Entretanto, no início do século XIX, começaram a unificar, na Europa, essas duas profissões, o que reverberou a longo prazo no Brasil. (SILVA, 2020) Em 1815, houve uma reforma no ensino médico na Bahia, mas o papel do médico e do cirurgião ainda continuava sendo distinto, sendo a Cirurgia inferior à Medicina. Após essa reforma, o curso de Cirurgia passou a durar cinco anos, obtendo um título de “cirurgião aprovado”. Vale ressaltar que, caso o profissional tivesse interesse em obter um certificado de “cirurgião formado”, deveria estudar mais um ano de curso. (SILVA, 2020)



Figura 5 – Fotografia da FMB no período entre 1893 e 1905
Fonte: Faculdade... (2020).



Figura 6 – Fotografia da FMB atualmente
Fonte: Abdias Júnior (2013).

É interessante observarmos que todo esse contexto médico e cirúrgico impactou diretamente o processo de independência do Brasil, já que muitos líderes de revoluções e movimentos atuavam como médicos, cirurgiões e professores titulares da Academia Médico-Cirúrgica. Além disso, inclusive, os próprios estudantes participavam de todo o processo, visto que a formação profissional deles contava com um componente essencialmente político, tendo esse último um peso até maior que o ensino médico em si. (SILVA, 2020)

Outro tópico de extrema relevância foi a inserção de conteúdos de Higiene no segundo ano do curso de Cirurgia no ano de 1815, que, apesar de não ter tido um impacto muito grande e nem relevante, nos mostra que já havia uma reflexão sobre o assunto mesmo que esse não seja de grandes discussões. (SILVA, 2020, p. 57)

A GAZETA MÉDICA DA BAHIA E SUA IMPORTÂNCIA NA DIFUSÃO DO CONHECIMENTO

No dia 10 de julho de 1866, nasce uma das primeiras revistas científicas médicas brasileiras, chamada *Gazeta Médica da Bahia* (GMB). A revista foi criada por um grupo de sete médicos brasileiros e europeus que moravam no Brasil, como doutores James Paterson, Otto Wucherer, José Francisco da Silva Lima, Antônio José Alves (professor de Cirurgia), Antônio Januário de Farias (professor de Clínica Médica), Manuel Marias Piores Caldas (cirurgião) e Ludgero Ferreira (clínico), os quais, mais tarde, foram batizados como precursores da Escola Tropicalista Baiana e responsáveis por darem início aos estudos das doenças infecciosas que ocorrem somente nas regiões tropicais. (CADENA, 2020; JACOBINA; CHAVES; BARROS, 2008; QUEIROZ, 2018) Diferente da Europa, a escassez da mão de obra médica também refletiu não só na carência do atendimento médico à população, mas também na dificuldade da produção e repasse do conhecimento médico e cirúrgico.

Já parou para pensar o abismo na falta de compartilhar de informações nesse período? Então, a GMB chega justamente para diminuir essa distância. O propósito inicial da revista era ser um órgão da imprensa médica e servir como campo de publicação dos mais diversos assuntos sobre a prática clínica e cirúrgica, além de dialogar e trocar conhecimento com médicos de outros países. (QUEIROZ, 2018) Entretanto, suas páginas não ficaram restritas ao conhecimento científico, tornando-se palco para escrita sobre questões políticas, pleitos para a melhoria do ensino médico e um importante centro de debate acerca da higiene pública brasileira e estrangeira. (BATISTA, 2014; QUEIROZ, 2018)

O conteúdo da GMB era dividido em algumas seções, e uma delas era de “Trabalhos Originaes”, a qual trazia em grande parte de seu conteúdo questões

diversas, como por exemplo orientações a respeito de instrumentos médicos-cirúrgicos, mas, pouco tempo depois, os assuntos sobre a Medicina e Cirurgia ganharam uma seção própria. (QUEIROZ, 2018) Observe, querido leitor, que a divisão entre essas duas áreas complementares ainda persiste e também foi estruturada no Brasil Colônia. O conteúdo incorporado na seção de “Cirurgia”, segundo Queiroz (2018), tinha por foco os registros de operações e procedimentos realizados depois do diagnóstico da doença. Textos sobre novos aparelhos ou produtos químicos e cirúrgicos também apareciam em tal seção. Batista (2014, p. 29), em seu livro, complementa que, nos periódicos da GMB, os médicos expunham com riqueza de detalhes os procedimentos realizados durante as cirurgias.

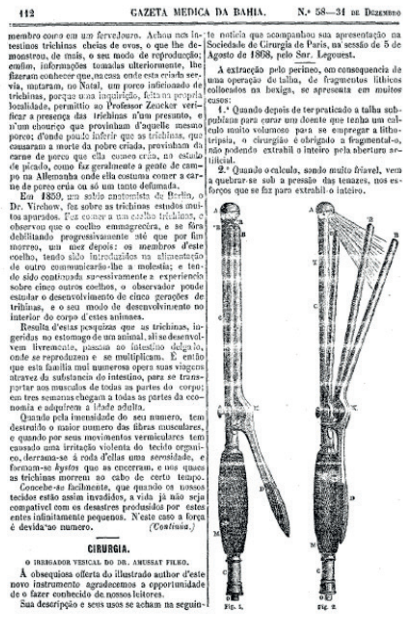


Figura 7 – Início da *Gazeta Médica da Bahia* com a seção de “Medicina” (imagem 1) e seção de “Cirurgia”, demonstrando um instrumento para limpar a bexiga (imagem 2)
Fonte: *Gazeta Médica da Bahia* (1868, p. 1 e 112).

O BARBEIRO DA BARBA E O BARBEIRO DO BISTURI

Caro leitor, vamos continuar a examinar a história da Medicina no Brasil. Já parou para pensar que em algumas pessoas procuravam quando adoeciam no Brasil Colônia? Sim, aquele que cortava o cabelo e fazia a barba: o barbeiro! O barbeiro era a principal figura que cuidava dos problemas de saúde da população, era uma espécie de “prático” que não só aparava os cabelos de seus clientes, mas também fazia curativo e extraía os dentes. (RIBEIRO, 2005)

É importante destacar que não existiam apenas os barbeiros, mas também os cirurgiões-barbeiros, aqueles que realizavam cirurgias e procedimentos mais complexos, como amputações. Apesar de hoje sabermos a importância dos barbeiros nessa época, eles ocupavam posição muito pouco privilegiada na sociedade brasileira, pois a nobreza valorizava o domínio de conceitos e teorias contemplados aos profissionais de Medicina que vinham da Europa. (RIBEIRO, 2005) Contudo, é interessante ressaltar que, no Brasil Colônia, tais conhecimentos e bagagem teórica tinham peso muito menor, visto que o Velho Mundo ainda era cenário desconhecido dos europeus – e com as doenças tropicais não seria diferente:

[...] Vós bem vedes que ainda neste reino há lugares tão limitados, e pobres, que neles não há médicos, nem ainda cirurgiões, e só sim um simples barbeiro que intrépida e atrevidamente se mete a curar ainda a mais ex-cranda maligna que se lhe oferece. (MENDES, 1770, p. 15)

Trecho retirado do livro de José Antonio Mendes, cirurgião português que chegou ao Brasil na primeira metade do século XVII, onde por muitos anos exerceu sua profissão.

E chega ao fim, caro leitor, o capítulo da história antiga da Cirurgia. Infelizmente, ela não foi destrinchada nos mínimos detalhes como gostaríamos, apesar do dedo ter coçado para tal. Espero que você tenha viajado conosco e aproveitado cada momento presente neste capítulo. Sabemos que o conhecimento dessa história não é essencial para a formação de um cirurgião, mas, com certeza, é um diferencial e tanto.

REFERÊNCIAS

ABDIAS JÚNIOR. *Salvador – Bahia – Brasil*. Salvador, 18 set. 2013. Flickr:

<https://www.flickr.com/photos/82566904@N05/>. Disponível em:

<https://www.flickr.com/photos/82566904@N05/11277357086/in/album-72157638489232664/>. Acesso em: 4 jul. 2021.

AMATO, Alexandre Campos Moraes. Breve história da cirurgia. In: MORAES,

Irany Novah. *Tratado de clínica cirúrgica*. São Paulo: Roca, 2002. v. 1, cap. 3. p. 31-41.

ANTERIOR aspect of Squiers, Inca Skull, showing trephinning. In: WIKIMEDIA

Commons. [S. l.: s. n.], 2020. Disponível em: [https://commons.wikimedia.org/wiki/](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Anterior_aspect_of_Squiers,_Inca_Skull,_showing_trephinning._Wellcome_M0006134.jpg?uselang=pt-br)

[File:Anterior_aspect_of_Squiers,_Inca_Skull,_showing_trephinning._Wellcome_M0006134.jpg?uselang=pt-br](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Anterior_aspect_of_Squiers,_Inca_Skull,_showing_trephinning._Wellcome_M0006134.jpg?uselang=pt-br). Acesso em: 22 abr. 2022.

ART UK. *An Operation for Stone in the Head: Jan Van Hemessen (c.1500-c.1575)*. London,

[200-]. Disponível em: <https://artuk.org/discover/artworks/an-operation-for-stone-in-the-head-125982>. Acesso em: 22 jul. 2021.

- BADARÓ, Wilson Oliveira. O que não nos contam sobre o Egito Antigo: a medicina primeira veio da África e dos negros. Cachoeira, BA, 30 jul. 2017. Disponível em: <https://www3.ufrb.edu.br/lehrb/2017/07/30/praticas-cura-egito-antigo/>. Acesso em: 3 jul. 2021.
- BARRETO, Maria Renilda Nery. *A medicina luso-brasileira: instituições, médicos e populações enfermas em Salvador e Lisboa (1808-1850)*. 2005. Tese (Doutorado em História das Ciências da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.
- BARRETO, Raylane Andreza Dias Navarro; SILVA, Tayanne Adrian Santana Moraes da. Como se formar médica no século XIX. *Revista Brasileira de História da Educação*, Campinas, v. 21, n. 1, p. 1-26, 2021.
- BATISTA, Ricardo. *Saberes curativos: estudo sobre práticas institucionais, curandeirismo e benzeções na Bahia*. [S. l.]: Novas Edições Acadêmicas, 2014.
- BUTCHER, Facial Wounds, Plastic Surgery. In: WIKIMEDIA Commons. [S. l.: s. n.], 2021. Disponível em: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Sgt._Butcher,_facial_wounds,_plastic_surgery_Wellcome_L0024844.jpg. Acesso em: 10 jul. 2021.
- CADENA, Nelson Varón. As revistas médico-científicas da Bahia (172 anos de história). *Revista Científica Hospital Santa Izabel*, Salvador, v. 2, n. 4, p. 8-11, 14 maio 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.35753/rchsi.v2i4.112>. Disponível em: <https://revistacientifica.hospitalsantaizabel.org.br/index.php/RCHSI/article/view/112>. Acesso em: 10 jul. 2021.
- CASTRO, Fabiano dos Santos; LANDEIRA-FERNANDEZ, Jesus. Alma, mente e cérebro na pré-história e nas primeiras civilizações humanas. *Psicologia: reflexão e crítica*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 141-152, abr. 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-79722010000100017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prc/a/YD3jJrSVtHgcNjYrJCyScVJ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 jun. 2021.
- ELLIS, Harold; ABDALLA, Sala. *A History of Surgery*. 3rd. ed. Flórida: CRC Press, 2018.
- FACULDADE Medicina Bahia.jpg. In: WIKIMEDIA Commons. [S. l.: s. n.], 2020. Disponível em: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Faculdade_medicina_bahia.jpg. Acesso em: 22 abr. 2022.
- FERNANDES, Antônio Tadeu. A medicina e as bases da civilização Ocidental. In: FERNANDES, Antônio Tadeu; FERNANDES, Maria Olívia Vaz; RIBEIRO FILHO, Nelson. *Infeção hospitalar e suas interfaces na área da saúde*. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 25-42. Disponível em: <https://www.ccih.med.br/capitulo-3-a-medicina-e-as-bases-da-civilizacao-ocidental/>. Acesso em: 15 jun. 2021.
- FERREIRA, Luís Gomes. *Erário mineral*. Organização Júnia Ferreira Furtado. Rio de Janeiro: Fiocruz; Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2002. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/ypf34/pdf/ferreira-9788575412404.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2021.

FERREIRA, Priscila d'Almeida. *Memórias de males e curas: escravidão, doenças e envelhecimento no Sertão da Bahia no século XIX*. 2017. Tese (Doutorado em Memória: Linguagem e Sociedade) – Universidade do Estado da Bahia, Vitória da Conquista, BA, 2017.

FERREIRA, Octávio da Veiga. Acerca dos conhecimentos de medicina e de cirurgia na Antiguidade. *O Arqueólogo Português*, Lisboa, v. 3, n. 2, p. 119-130, 1969. Disponível em: http://www.patrimoniocultural.gov.pt/static/data/publicacoes/o_arqueologo_portugues/serie_3/volume_3/conhecimentos_medicina.pdf. Acesso em: 15 jun. 2021.

FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves. *A arte de curar: cirurgiões, médicos, boticários e curandeiros no século XIX em Minas Gerais*. Rio de Janeiro, Vício de Leitura, 2002.

FRIEDMAN, Meyer; FRIEDLAND, Gerald W. *As dez maiores descobertas da medicina*. São Paulo: Companhia de Letras, 2006.

FRÓIO, Liliana Ramalho. *A expansão da medicina tradicional chinesa: uma análise da vertente cultural das relações internacionais*. 2006. Dissertação (Mestrado em Relações Internacionais) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2006. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/1837>. Acesso em: 20 jun. 2021.

GALASTRI, Luciana. A solução para problemas mentais na antiguidade? Furar a cabeça dos pacientes. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, jun. 2015. Disponível em: <http://www.revistahcsm.coc.fiocruz.br/a-solucao-para-problemas-mentais-na-antiguidade-furar-a-cabeca-dos-pacientes/>. Acesso em: 20 jun. 2021.

GARDHAM, Julie. John of Arderne: the Father of English Surgery. *University of Glasgow Library Blog*, Glasgow, 25 Sept. 2012. Disponível em: <https://universityofglasgowlibrary.wordpress.com/2012/09/25/john-of-arderne-the-father-of-english-surgery/>. Acesso em: 28 jul. 2021.

GAZETA MÉDICA DA BAHIA. Salvador: Typ. de J. G. Tourinho, ano 3, n. 57, 15 dez. 1868a. Disponível em: <http://gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/48/42>. Acesso em: 12 jul. 2021.

IGREJA dos Jesuítas (atual Catedral Basílica de Salvador). In: *ENCICLOPÉDIA Itaú Cultural de Arte e Cultura Brasileira*. São Paulo: Itaú Cultural, 2021. Disponível em: <http://enciclopedia.itaucultural.org.br/obra24175/igreja-dos-jesuitas-atual-catedral-basilica-de-salvador>. Acesso em: 30 jul. 2021.

JACOBINA, Ronaldo Ribeiro; CHAVES, Leandra; BARROS, Rodolfo. A “Escola Tropicalista” e a Faculdade de Medicina da Bahia. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 78, n. 2, p. 86-93, jul./dez. 2008.

JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. *Juliano Moreira: da Bahia para o mundo: a formação baiana do intelectual de múltiplos talentos*. Salvador: Edufba, 2019.

LIMA, Silvio Cezar de Souza. *O corpo escravo como objeto das práticas médicas no Rio de Janeiro (1830-1850)*. 2011. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) –

Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/16349>. Acesso em: 10 jul. 2021.

MENDES, José Antonio. *Governo de mineiros mui necessario aos que vivem distantes de professores, seis, oito, dez e mais legoas, padecendo por esta causa os seus domesticos e escravos queixas, que pela dilação dos remédios se fazem incuráveis, e as mais das vezes mortaes*. Lisboa: Oficina de Antonio Rodrigues Galhardo, 1770.

MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. *A arte de curar no tempo da colônia: limites e espaços da cura*. 3. ed. Recife: Ed. UFPE, 2017. Disponível em: <https://www.ufpe.br/documents/39938/950195/E-book+A+ARTE+DE+CURAR.pdf/79de256e-161d-4fb1-bf4e-e802193f223a>. Acesso em: 20 jul. 2021.

NASCIMENTO, Alfredo. *O centenário da Academia Nacional de Medicina do Rio de Janeiro, 1829-1929: primórdios e evolução da medicina no Brasil*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1929.

NIGHTINGALE, Florence. *Notes on Hospitals*. London: Longman, Green, Longman, Roberts, and Green, 1863.

NOGUEIRA, Roberto Passos. *Medicina interna e cirurgia: a formação social da prática médica*. 1997. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1977.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. Juliano Moreira: um psiquiatra negro frente ao racismo científico. *Brazilian Journal of Psychiatry*, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 178-179, 2000.

PUIGBÓ, Juan José. Aulus Cornelius Celsus (25 a.C. - 50 d.C.) “De Medicina”. *Gaceta Médica de Caracas*, Caracas, v. 110, n. 4, p. 517-539, oct. 2002. Disponível em: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622002000400009&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 1 jul. 2021.

QUEIROZ, Vanessa de Jesus. “Profetas do mau agouro”? Higiene Pública na Gazeta Médica da Bahia (1866-1870). Dissertação (Doutorado em História) – Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2018. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/32894>. Acesso em: 4 jul. 2021.

REIS JÚNIOR, Almiro dos. O primeiro a utilizar anestesia em cirurgia não foi um dentista. Foi o médico Crawford Williamson Long. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, Campinas, v. 56, n. 3, p. 304-324, 2006.

RIBEIRO, Márcia Moisés. Nem nobre, nem mecânico: a trajetória social de um cirurgião na América portuguesa do século XVIII. *Almanack Braziliense*, São Paulo, n. 2, p. 64-75, 2005.

SILVA, Livia Angeli. *A emergência da higiene e da saúde pública na Bahia (1840-1889)*. 2020. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2020.

SILVA, Thátilla Vieira da. *Responsabilidade civil do médico nos casos de erro em cirurgia plástica estética*. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito) – Faculdade CESMAC do Sertão, Palmeiras dos Índios, 2018.

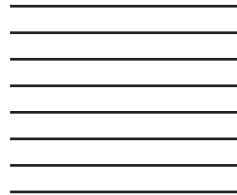
TOWNSEND JR., Courtney M. *et al. Sabiston, tratado de cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna*. 19. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

VALE, Nilton do; SOUSA, Norma Barbosa de. Assepsia e antisepsia na raquianestesia: Aspectos Históricos. *Revista Potiguar de Anestesiologia*, Natal, RN, ano 6, v. 6, p. 94-104, mar. 2019.

VEDANI, Camillo. *Faculdade de Medicina da Bahia e a Catedral*. 2021. Disponível em: <http://www.salvador-antiga.com/centro-historico/catedral.htm>. Acesso em: 11 jul. 2021.

VELLOSO, Verônica Pimenta. Escola de Cirurgia da Bahia. *In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Casa De Oswaldo Cruz. Dicionário histórico-biográfico das ciências da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, [2002]. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/escirba.htm>. Acesso em: 10 jul. 2021.

VELLOSO, Verônica Pimenta; XAVIER, Andréa Lemos; FONSECA, Maria Rachel Fróes da. Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro. *In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Casa de Oswaldo Cruz. Dicionário histórico-biográfico das ciências da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, [2002]. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/escancimerj.htm>. Acesso em: 29 jul. 2021.



2

O AVANÇO DA CIRURGIA EM TEMPOS MODERNOS

Gabriela Porto S. A. Silva
Kelly Jaqueline de A. Santos
Claudia do Nascimento Gomes
Natália Santos Almeida
Hannya Francesco Lattarulo
Ariane Nascimento Macedo
Luísa Rosado Isnenghi

HISTÓRIA: A CIRURGIA TECNOLOGICAMENTE AVANÇADA NO MUNDO

A Medicina do século XXI é marcada por infinitas possibilidades. E você sabe o que isso significa? Uma vez que é permeada pela tecnologia da informação, ela se torna um campo perfeito para descobertas e aprimoramentos. Inclusive, um dos maiores médicos da modernidade, William Osler, uma vez disse: “Medicina é a arte da incerteza e ciência da probabilidade”. Assim sendo, no contexto da Cirurgia moderna, isso não poderia ser diferente: a utilização consciente de recursos tecnologicamente avançados, tanto no desenvolvimento de técnicas quanto de instrumentos,

a diferencia da Cirurgia tradicional e ainda contribui para o aumento da eficácia de um procedimento cirúrgico pelo aperfeiçoamento das práticas médicas. Por isso, é imprescindível sabermos um pouco mais sobre a sua história e como a chegada da Cirurgia moderna afetou a sociedade em que vivemos.

O conceito de modernidade, por sua vez, está intimamente atrelado a transformações institucionais, seja de caráter político, econômico ou social. William S. Halsted, de Johns Hopkins, é o verdadeiro fundador, por volta de 1890, da Cirurgia avançada, uma vez que integrou os conhecimentos técnicos, médicos e científicos à metodologia rigorosa para a execução dos procedimentos, tornando a Cirurgia em disciplina científica e intelectual. (SANTOS, 2011) Com o passar dos anos, foi possível perceber as drásticas mudanças que ocorriam nessa área e que viriam a revolucionar sua prática ao redor do mundo. Isso é fantástico, já que à medida que as técnicas e equipamentos se aperfeiçoaram, melhores foram os resultados encontrados, seja em relação à redução da morbidade ou ao tempo de recuperação do paciente. Destaca-se, em vista disso, a Cirurgia Robótica (CR) como um dos ramos mais promissores no campo cirúrgico dos últimos tempos.

Foi nesse contexto que o avanço da tecnologia permitiu a chegada dos robôs à Medicina. Contudo, é imprescindível lembrar de outros métodos, também modernos e hoje já bem estabelecidos, como a cirurgia laparoscópica, que também utilizou do conhecimento da época para o seu aparecimento. É assim que, estudando o passado, conseguimos construir o futuro!

Em relação à cirurgia laparoscópica, sabemos que ela é realizada através de pequenas incisões e conta com a utilização de pinças e de uma câmera de vídeo acoplada a uma óptica de alta resolução para facilitar a manipulação e observação de estruturas internas. Apesar de constituir um procedimento minimamente invasivo (FERRAZ, 2003) e ter protagonizado inovações – como o uso de câmeras de alta definição, posicionadores de endoscópio motorizados e dispositivos avançados de dissecação e selagem (ELLIS; ABDALLA, 2018) –, algumas limitações foram detectadas.

Em 1901, George Kelling, na Alemanha, foi responsável pelo nascimento da laparoscopia. Ele descreveu a celioscopia – exame visual direto da cavidade abdominal – para inspecionar as vísceras de um cão vivo, enchendo seu abdome com ar. Posteriormente, trabalhos similares foram realizados em humanos, de forma inédita, por Hans Christian Jacobaeus na Suécia em 1901. A introdução de lentes ocorreu em 1929 pelo alemão Heinz Kalk, o que permitiu que a laparoscopia fosse aceita como meio diagnóstico, assim como a visão e a introdução de instrumentos no abdome de forma simultânea. Além disso, Janos Veress, em 1938, na Hungria, inventou uma agulha especial para induzir o pneumoperitônio, conhecida atualmente como Agulha de Veress. (ALMEIDA, 2002) Ela é utilizada

para facilitar o influxo de gás, geralmente o carbônico, para criar um espaço na cavidade abdominal e pélvica, permitindo a inserção de instrumentos e a manipulação de órgãos internos abdominais e pélvicos.

Muito embora ela demande menos cortes e tempo de recuperação do paciente, percebeu-se que operações que demandam movimentos mais finos e que ocorrem em locais de difícil anatomia são problemáticas para a cirurgia laparoscópica. Foi aí, percebendo as limitações dessa técnica que, com o avanço da tecnologia em saúde, a CR foi criada: para superar essas restrições com o uso de equipamentos sofisticados, construídos a partir de uma combinação entre informática, mecânica e eletrônica. (ELLIS; ABDALLA, 2019)

Com o avançar dos anos, a CR se apresentou de inúmeras formas. Mas tenhamos calma: em nenhuma delas o robô ganhou vida e tentou matar a população mundial! O que realmente acontece é que ele pode atuar tanto de forma passiva, tendo seus movimentos programados antes da operação ou guiando o cirurgião ao alvo cirúrgico, quanto de forma ativa, na qual o cirurgião comanda o movimento dos instrumentos cirúrgicos através do robô durante a cirurgia, no intraoperatório. Foi nesse contexto que a primeira CR ocorreu em 1985, através do equipamento Puma 560, tendo a Neurocirurgia como pioneira e sendo seguida pela Urologia, Ortopedia e Ginecologia. (DHARIA; FALCONE, 2005)

Em 2001, ocorreu um feito inédito: a primeira cirurgia realizada em dois lugares ao mesmo tempo. Pode parecer impossível, mas, enquanto a paciente de 68 anos e a equipe cirúrgica se encontravam em Strasbourg, na França, os cirurgiões – que viriam a realizar uma colecistectomia laparoscópica – encontravam-se em Nova Iorque, nos Estados Unidos (EUA). Através da utilização da fibra ótica, foi possível que o intervalo entre a execução dos movimentos do operador, reprodução pelo robô e visualização pelo próprio operador fosse de 155 milissegundos. (PARKER, 2013) O resultado disso? Uma operação que levou menos de uma hora e uma paciente liberada para casa dois dias depois! Essa telecirurgia ficou conhecida como Lindbergh Operation, em alusão ao primeiro voo transatlântico solo direto. Dessa forma, a telecirurgia tornou possível operar um paciente de qualquer lugar do mundo.

Zeus é o nome dado ao sistema robótico cirúrgico empregado na primeira telecirurgia, tendo sido desenvolvido pela empresa Computer Motion. Ele é composto por três braços de robô montados na mesa cirúrgica, sendo um deles acionado por voz e utilizado para manipular a ótica. Tal sistema foi descontinuado em 2003, após a fusão da Computer Motion com sua rival, a Intuitive Surgical. A empresa resultante da fusão desenvolveu o sistema cirúrgico Da Vinci. Originalmente, com o propósito de oferecer cuidados à distância em combates de guerras, foi desenvolvido em conjunto com a Administração Nacional da Aeronáutica e Espaço

(Nasa) e o Instituto de Pesquisa de Stanford. Sua primeira *performance* foi realizada em 2003, alcançando a marca de 500 mil operações em 2012. (SATAVA, 2003)

Como visto anteriormente, mesmo usufruindo de todos os benefícios que a tecnologia do século XXI concedeu à sociedade, é preciso sempre analisar com cautela os dois lados da moeda. Por exemplo, no caso da CR, dentre as suas desvantagens, pode-se destacar o alto custo – já que o Da Vinci chegava a custar aproximadamente de \$750.000 a \$1.900.000 em 2017 –, os treinamentos adicionais dos operadores, a maior duração das cirurgias e o risco de falhas mecânicas. (HERRON; MAROHN, 2007)

Sempre avaliando criticamente aqueles dois lados da moeda, não deixa de ser impressionante o quanto a humanidade avançou em tão pouco tempo. Mais espetacular ainda é poder observar e vivenciar tudo que está sendo desenvolvido no momento atual, a exemplo da Inteligência Artificial. Com ela, pode-se prever um mundo em que programas de computador conseguem mimetizar tarefas normalmente realizadas por mãos e cérebros humanos. É muito mais provável que as máquinas aperfeiçoem – e não substituam – os trabalhos realizados, no caso da Medicina, pelos cirurgiões, ao contrário do que muitos acreditam.

Em suma, percebemos que a Cirurgia avançada se reinventa dia após dia e que as tecnologias estão progressivamente mais embasadas na eficiência e na segurança. Com base nisso, observamos um futuro carregado de possibilidades, surgindo como o entrelaçamento de inúmeras histórias e moldado a partir delas. Entendendo isso, podemos contextualizar os benefícios e desafios da Cirurgia tecnologicamente avançada na nossa nação verde-amarela!

HISTÓRIA: A CIRURGIA TECNOLOGICAMENTE AVANÇADA NO BRASIL

No tópico anterior, pincelamos (muito panoramicamente) sobre a história da Cirurgia avançada no mundo. No entanto, caro leitor, já se perguntou como a Cirurgia tecnologicamente avançada se desenvolveu aqui no Brasil? Nós já! E segundo Paulino Neto, a cirurgia avançada moderna no Brasil nasceu no século XX, quando o dr. Eduardo Chapot Prevost, da Escola de Medicina do Rio de Janeiro, realizou a primeira separação de gêmeas xifópagas em 1900. De lá para os dias em que escrevemos, a técnica e a tecnologia cirúrgica tiveram avanços abruptos no mundo, e no nosso país os avanços não foram diferentes, tanto no que diz respeito às tecnologias em si, quanto no que diz respeito à melhoria na saúde da população. Doenças que matavam ou incapacitavam muitos brasileiros até poucas décadas atrás, hoje são relativamente fáceis de serem tratadas com cirurgias ou com a Medicina Clínica.

De modo a trazer seus conhecimentos sobre a parte prática da cirurgia tecnologicamente avançada, o dr. Euler Ázaro Filho, cirurgião do aparelho digestivo que possui uma vasta experiência em CR, nos presenteou com comentários enriquecedores, inclusive acerca do aparecimento da videolaparoscopia no Brasil:

Um cirurgião que começou a fazer [videolaparoscopia] lá em São Paulo, isso era em 1990, e a gente foi lá para ver que novidade era essa. [...] Todo mundo que olhava falava: ‘Olha, o cara tá tirando uma vesícula por um burquinho daquele ali. Esse cara é louco!’ Mas a gente, não, falávamos: ‘Esse negócio deve ser bacana, vamos ver como funciona isso daí’.

Interessante, não é?! E essa surpresa e expectativa não foram diferentes para a chegada da CR no país. Na manhã do dia 30 de março de 2008, em São Paulo, no Hospital Albert Einstein, um paciente de 70 anos foi submetido a uma prosectomia radical, em uma sala com mais de 20 pessoas. Por que razão tanta gente para uma ordinária prosectomia radical? Simples: pela primeira vez na história do Brasil, um paciente estava sendo operado indiretamente por um cirurgião, através de um robô. Estava assim dado o primeiro passo das CRs no nosso país! É por isso que, em 2018, comemoramos dez anos de CRs no Brasil, com mais de 17 mil cirurgias. (BRASIL..., 2018)

A CIRURGIA AVANÇADA NO BRASIL E SEUS PRINCIPAIS DESAFIOS

Como mencionado anteriormente, tivemos bons avanços da Cirurgia tecnologicamente avançada no Brasil, mas é preciso pontuarmos também os desafios trazidos por eles. Por exemplo, como vimos também mundialmente, os custos intrínsecos das cirurgias foram crescendo a cada vez que tecnologias foram empregadas – por adicionar instrumentos e educação das equipes cirúrgicas mais caras. Além disso, nosso país tem uma distribuição muito desigual da disponibilidade dos cirurgiões quando comparamos as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste com as regiões Norte e Nordeste e quando comparamos o setor público com o setor privado/complementar, criando uma distribuição não equânime no Brasil das novas técnicas e tecnologias, bem como os seus importantes benefícios.

Assim, dando seguimento à apresentação feita anteriormente sobre a Cirurgia tecnologicamente avançada no século XXI, essas breves páginas têm como objetivo levar você, querido leitor, a refletir sobre o contexto da Cirurgia moderna no Brasil nas últimas duas décadas, apresentando alguns dados sobre procedimentos e também alguns dos desafios ligados à desigualdade social e territorial.

Número dos procedimentos cirúrgicos

Quando olhamos para as últimas décadas, percebemos que os procedimentos cirúrgicos aumentaram no mundo como um todo. Entre o ano de 2004 e o ano de 2012, houve um aumento de 38% (COVRE et al., 2019) no número de procedimentos cirúrgicos (número esse que, muito provavelmente, está subestimado). Olhar para esses dados é muito importante, pois nos indicam como está o acesso à saúde no mundo. Mais especificamente no Brasil, esses dados são úteis para fazermos uma comparação com a situação sanitária do nosso país, verificando assim se as políticas públicas de acesso à saúde estão surtindo efeito.

Assim, ao olhar para o Brasil, Yu e demais autores (2010), em um estudo feito no Instituto do Coração (InCor) da Universidade de São Paulo (USP), averiguaram que, de 1995 a 2007, o número de procedimentos cirúrgicos subiu 20,42% ao longo de 13 anos (na pesquisa, foram excluídos os procedimentos cardiovasculares). Apesar desse crescimento no solo brasileiro, ao compararmos essas quantidades com o volume de cirurgias realizadas em países desenvolvidos, o Brasil continua bem abaixo. Enquanto os EUA realizaram cerca de 38 milhões de cirurgias por ano, o Brasil, no período analisado, realizou cerca de 3 milhões de cirurgias não cardíacas. Ao comparar esse volume com a população dos dois países em 2007, data relacionada com o estudo em questão (EUA 300 milhões e Brasil 190 milhões), podemos verificar que a proporção foi ainda notavelmente inferior.

Esse dado por si só não significa necessariamente que o acesso da população ao sistema de saúde é menor, pois a menor quantidade de procedimentos cirúrgicos poderia ser interpretada como uma melhor e mais efetiva atenção primária e secundária, levando a uma menor necessidade de intervenção cirúrgica posterior. Porém, quando analisamos o valor investido *per capita*, verificamos que o Brasil gastava, durante o período desse estudo, em média de \$427 dólares estadunidenses, sendo que desses somente \$204 dólares eram investidos pelo governo, e o restante estava entregue nas mãos dos sistemas privado/complementar. (YU et al., 2010) Enquanto isso, no mesmo período, os EUA gastavam cerca de \$6.719 dólares *per capita*, dos quais cerca de \$3.000 dólares eram do governo, e a Europa gastava cerca de \$1700 dólares *per capita*, dos quais \$1300 dólares eram dos governos. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009)

Em um artigo interessante de 2019, Covre e demais autores (2019) publicaram um estudo em que verificaram a tendência temporal dos procedimentos cirúrgicos no Brasil de 2008 até 2016, dando um prosseguimento ao estudo do InCor, de Yu e demais autores (2010), incluindo os procedimentos cardíacos. Para nossa surpresa, ao verificarmos os resultados, podemos perceber que o número de procedimentos cirúrgicos, nesse intervalo de tempo analisado, possui uma tendência constante.

Ou seja, ao longo desses anos, não houve um aumento no número de procedimentos realizados, quando todos os tipos de cirurgias são analisados em conjunto.

Ao dar uma olhada um pouco mais de perto, quando os autores analisaram os subgrupos, verificaram que as cirurgias torácicas, oncológicas, de visão e a categoria “outras cirurgias” aumentaram, enquanto as cirurgias de glândulas endócrinas, aparelho digestivo, geniturinário, mama, reparadora e bucomaxilo-facial tiveram tendência de declínio. Segundo os autores, essas diferenças entre categorias podem estar relacionadas a mudanças demográficas populacionais, em que doenças mais prevalentes, com o envelhecimento da população, levam a maior necessidade de determinadas cirurgias, como no caso da necessidade de cirurgia de catarata.

Portanto, ao pensarmos em quantidade de procedimentos, quando olhamos os dois estudos que analisamos até agora, podemos verificar que o Brasil, como o resto do mundo, estava com uma tendência de alta no número de procedimentos cirúrgicos no final da década de 1990 e começo dos anos 2000. Porém, essa tendência se estabilizou, passando a apresentar um número constante de meados dos anos 2000 até 2016. Essa estagnação não parece ser boa, na medida em que o Brasil ainda apresenta um número de procedimentos cirúrgicos aquém dos volumes dos países desenvolvidos, indo no sentido contrário às recomendações internacionais que norteiam a melhoria dos serviços de saúde através da garantia do acesso às cirurgias. (COVRE et al., 2019)

Distribuição dos recursos

Acabamos de ver que, ao longo das últimas décadas, a melhoria do acesso aos procedimentos cirúrgicos, principalmente no final dos anos 1990 e início da década de 2000, está aquém do preconizado pelas organizações de saúde internacionais. Porém, alguns dados necessitam de análises ainda mais cuidadosas, já que é preciso lembrar da desigualdade de nosso país. Iremos mostrar a você o quão gritante é essa desigualdade!

Dados de 2017 mostram que o Brasil possui uma média de dois médicos a cada mil habitantes. Em relação aos cirurgiões gerais, temos 11,49 por 100 mil habitantes (por um total de 22.276). Ao ver esses números poderíamos até pensar que estamos próximos de alcançar a meta traçada pelo governo federal de 2,5 médicos por 1.000 habitantes, ou seja, próximos de países como EUA e Japão. Porém, existe uma distribuição desigual gigantesca, tanto territorial, quanto entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o particular. (ALONSO et al., 2017)

Proporcionalmente, há mais cirurgiões por 100 mil habitantes no Sudeste, Sul e Centro-Oeste, enquanto a região Nordeste e Norte possuem taxas mais baixas.

Isso quer dizer que, ao longo do tempo, através de abertura de vagas e escolas de Medicina, o Brasil conseguiu aumentar a sua quantidade total de médicos, porém não conseguiu melhorar a sua distribuição territorial pelo país! Como se não bastasse, existe uma desigualdade muito grande quando comparamos também a disponibilidade de cirurgões e médicos entre o setor público e o privado. O Índice de Desigualdade Público-Privada (IDPP) da força de trabalho médica no Brasil, segundo dados reportados por Alonso e demais autores, em 2017, era de 3,9. Ou seja, os pacientes do setor privado têm acesso a 3,9 vezes mais médicos que aqueles do setor público. No caso específico da Bahia, de onde estamos escrevendo este livro, esse índice é de 12,06. Enquanto isso, no estado do Rio de Janeiro, esse número desce para 1,93. (ALONSO et al., 2017)

Com isso, queridos leitores, podemos perceber que a Cirurgia tecnologicamente avançada no Brasil tem vários desafios a serem enfrentados. Desafios esses que vão muito além das dificuldades tecnológicas e passam por dificuldades sociais intrínsecas à nossa nação verde-amarela. Não obstante tenhamos aumentado o número de procedimentos cirúrgicos ao longo das últimas décadas, associado a um aumento do número de cirurgões e densidade tecnológica, o Brasil ainda está muito aquém de realizar a quantidade ideal de cirurgias (modernas ou não) e ter a quantidade ideal de médicos e cirurgões quando comparado com países desenvolvidos e até mesmo com a própria distribuição regional do país.

Cirurgia, modernidade e SUS

Se vamos falar de saúde no Brasil, não podemos deixar de analisar o SUS! O nosso Sistema Único de Saúde que, muito nos orgulha, também entra na nossa análise da Cirurgia avançada do país. Não sabe como? Então acompanhe com a gente! Não podemos entender o avanço das técnicas e tecnologias dos procedimentos cirúrgicos se não entendemos o avanço do SUS como parte viabilizadora do processo de modernização! Isso se dá desde o estabelecimento de políticas e centros de tratamento à formação de profissionais que atuarão no cenário cirúrgico...

E sobre isso, um grande marco brasileiro quando falamos sobre Saúde Pública é, sem dúvidas, a criação do próprio SUS pela Lei nº 8.080 de 1990, reafirmando a saúde como direito de todos e dever do Estado, conforme previsto na Constituição Federal. (BRASIL, 1998) Apesar da criação ainda no final século XX, temos no século XXI um sistema de saúde em construção gradual e constante adaptação, seja pelas mudanças socioculturais da população, seja pelo incremento de novas ciências e tecnologias. É visando atender à população com assistência em saúde que a Lei nº 8.080 determina como objetivos e atribuições do SUS: a assistência terapêutica integral, as políticas de aquisição de equipamentos e a articulação de políticas e programas abrangendo ciências e tecnologias. (BRASIL, 1990)

Através dela, a assistência terapêutica e tecnológica em saúde prevê incorporações pautadas em evidências científicas sobre eficácia, acurácia, efetividade e segurança dos procedimentos. Portanto, temos como contexto da discussão um sistema jovem, nascido em período marcado pela busca por humanização de direitos e serviços e que, apesar da herança política em saúde, renova sua atuação prevendo espaço para debates recentes, como a inserção e o desenvolvimento da Medicina Baseada em Evidências.

A assistência cirúrgica está prevista e é fornecida pelo SUS desde a sua criação. Todas as ações financiadas pelo Estado através do sistema estão inseridas no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM – órteses, próteses e materiais especiais –, conhecida como SIGTAP. (BRASIL, 2007)

Os avanços tecnológicos se refletem em novas aquisições e análises em andamento que podem ser consultadas no *site* da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (Conitec) no SUS, mas não somente. Hoje é possível discutir ganhos sociais significativos através das tecnologias adquiridas, entre elas estão Cirurgias reparadoras para doenças com alta taxa de letalidade, cirurgia reparadora para vítimas de violência, transplante de órgãos e tecidos e cirurgias referentes ao processo de readequação sexual. Esses procedimentos têm caráter não apenas restaurador e curativo, como de incremento de qualidade de vida, devolução de dignidade a vítimas e portadores de condições debilitantes e promoção de identificação pessoal e social. São as tecnologias em saúde no âmbito da cirurgia avançada do país, fazendo jus aos direitos dos cidadãos!

Tudo tem os seus benefícios e desafios. Aqui não será diferente. Apesar das atualizações citadas, o sistema apresenta grandes dificuldades, e uma das faces da modernidade é marcada pela inadequação entre a aprovação de novos procedimentos e, como já vimos anteriormente, a oferta de equipamentos e serviços a todas as macrorregiões do país de forma equitativa com garantia de qualidade, especialmente em regiões interioranas dos estados.

Neste capítulo, entrevistamos o dr. Igor Lobão,¹ médico cirurgião, professor do internato e preceptor de um programa de residência em Cirurgia Geral e por Vídeo, além de superintendente da Superintendência de Atenção Integral à Saúde (Sais) da Secretaria de Saúde da Bahia (Sesab). Tratamos sobre o cenário da cirurgia moderna na Bahia e seus principais desafios em Saúde Pública. Para ele, parte do desafio se encontra em tentar ofertar a mesma qualidade de serviço para o paciente da Medicina suplementar e do sistema público, desde a entrega do profissional, tato e atenção até acesso aos novos procedimentos e inovações tecnológicas em

1 A entrevista foi realizada em 10 de agosto de 2021, através da plataforma Google Meet, por Eduardo Borges, Kelly Santos e Luísa Rosado Isnenghi, no intuito de entender como funciona a Cirurgia no âmbito da saúde pública.

saúde, levando em consideração o princípio de equidade do SUS. Embora justo, esse princípio não é suficiente para assegurar o fornecimento desejado. Quando questionado sobre a aquisição de novas tecnologias, ele explica que a diferença entre o sistema público e o privado está em como atender a demanda individual sem riscos à demanda universal: “É sempre uma equação difícil. É sempre uma balança com o limiar de equilíbrio muito tênue: o que podemos ofertar de tecnologia e, portanto, mais custos, sem comprometer a assistência a todos”.

A partir dessa leitura, é possível compreender que novas tecnologias não se fazem apenas por máquinas, mas pelo racional administrativo na esfera pública. As análises econômicas em saúde feitas pela Conitec levam em consideração conceitos como custo-benefício, custo-minimização, custo-efetividade e, por último, custo-utilidade. A Análise de Custo-Efetividade (ACE) discutida aqui é definida como a forma de avaliação econômica na qual se examinam tanto os custos quanto as consequências de programas e tratamentos em saúde. (CANUTO, 2012) Assim, no Brasil e conseqüentemente na Bahia, a instauração em ampla escala de tecnologias mais antigas pode oferecer melhores resultados que a aquisição de maquinários ultramodernos que não atendem à demanda popular tendo em vista o custo-efetividade delas.

CIRURGIA TECNOLOGICAMENTE AVANÇADA NA BAHIA

Além da avaliação econômica no sentido de aquisição, para que o sistema seja sustentável, é imprescindível debater sobre seu financiamento. Mas como isso funciona? Historicamente, o processo de ocupação brasileira se iniciou pelo litoral, tendo como ponto de partida a Bahia, em especial Salvador, capital do estado e primeira capital do país. Posteriormente, o país passou por um processo de interiorização, acompanhando os diferentes ciclos de atividades econômicas e, conseqüentemente, o desenvolvimento de grandes centros urbanos, lembra? A herança desse processo é marcada pela concentração de serviços e profissionais de saúde no litoral e nas capitais, menor distribuição de equipamentos no interior dos estados e, como efeito, sobrecarga da demanda de serviços nos centros de saúde das capitais, podendo produzir um colapso do sistema na incapacidade de supri-la.

É pensando sobre isso e com propriedade acerca do cenário baiano que dr. Igor nos informa que a Bahia passa por um processo de descentralização e consta com hospitais em todas as macrorregiões do estado. O objetivo, segundo ele, é distribuir centros de atendimento e equipá-los para aumentar a resolutividade desses hospitais regionais, ajudando a fila de regulação. Para ele, o imaginário de que saúde pública é a ambulância transferindo o doente para a capital faz parte

de uma política do passado e a política atual visa ao aumento da resolutividade em que a demanda acontece, fazendo com que mais pacientes possam ser atendidos!

Com a distribuição de torres de videolaparoscopia, implantação de hemodinâmicas, contratação de terceirizados a preço de Tabela SUS, aumento de neurointervenções e cirurgias vasculares periféricas, tenta-se atingir a situação em que sejam encaminhados para a capital apenas os casos de alta complexidade que não podem ser resolvidos no local por especificidade da patologia ou por dificuldade na obtenção de material. Para além dos materiais, a expectativa após a estruturação desses centros é de distribuição mais universal de profissionais pelo território, visto que haverá demanda de equipes capacitadas que hoje estão concentradas na região leste, região da capital. Com essa implementação, o profissional formado na capital procedente do interior pode voltar à sua cidade com melhores condições de atuação e maior oferta de atuação no mercado de trabalho, diminuindo a competição em um espaço exíguo.

Finalmente, é possível compreender a importância social do sistema público o cenário cirúrgico moderno da Bahia e seus mecanismos de funcionamento, que apesar de prever legalmente assistência ampla baseada nos princípios do SUS, se depara com grandes desafios, como a alta densidade de profissionais, equipamentos e serviços em poucas regiões, além da gestão racional de recursos. É notável também a expectativa de mudança e inversão desses padrões de distribuição, como na Bahia, que tem como projeto a regionalização e descentralização da oferta. Apesar disso, para mudança efetiva do cenário a nível estadual e federal, o SUS encontra como maior obstáculo o subfinanciamento que, até então, não há previsão de mudanças.

Lembram do dr. Euler? Na nossa entrevista, ele fez comentários sobre a relação entre a tecnologia de alto custo e o subfinanciamento do SUS. Vamos te contar o que ele disse:

As duas primeiras cirurgias de videolaparoscopia de vesícula, aqui na Bahia, foram feitas lá no [Hospital] São Rafael, e eu tive a honra de participar [...] ainda não tem como dizer que é uma tecnologia universal, porque é muito cara. [...] Não tem nenhum hospital aqui na Bahia, pelo menos do SUS, que tem robô. E minha preocupação em relação não é só chegar o robô, é a manutenção do robô. Que é aí que é a questão.

Seguindo ainda essa lógica, dr. Euler nos conta que atualmente existem na Bahia apenas dois núcleos de CRs, e eles fazem parte da rede privada: o núcleo do Hospital São Rafael e o do Hospital Santa Izabel. O Hospital Aliança, recentemente, também tem se colocado no mercado das CRs com grande probabilidade de ascensão.

CAMINHOS, NUANCES E EVOLUÇÃO DA RESIDÊNCIA EM CIRURGIA NO BRASIL E NA BAHIA

E sobre a formação médica? Essa é uma parte muito importante para o entendimento da cirurgia tecnologicamente avançada que não podíamos deixar de falar. A Cirurgia é uma ciência em constante evolução: o desenvolvimento e o cultivo do exercício dessa ciência requerem uma imersão direta à prática médica, isto é, a entrada em um programa de residência médica. Entretanto, para conhecer melhor tal âmbito, é preciso voltar um pouco no tempo e recordar a respeito da implantação da residência em Cirurgia no país, suas nuances e evolução ao longo do tempo. Vamos lá?!

Falar sobre a história da Cirurgia no Brasil é também resgatar, de certa forma, a cronologia da Medicina no país que começou efetivamente com a vinda da Família Real para o Brasil, em 1808. E só por volta de 1948 que os professores Mariano de Andrade e Alípio Correa Neto, do Rio de Janeiro e de São Paulo respectivamente, idealizaram os primeiros Programas de Residência Médica em Cirurgia no Brasil, contudo sem a metodização e a regulamentação. (SANTOS, 2009)

Dentro desse panorama histórico, em 1977, ocorreu a assinatura do decreto que criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), que é responsável pelo credenciamento dos programas de residência médica no Brasil. Já a partir de 1981, a residência médica tornou-se uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* destinada a médicos e caracterizada por treinamento em serviço, sob a forma de curso de especialização. (CHAVES et al., 2013) É importante salientar que o programa de residência médica possui leis e regulamentações próprias e só pode receber essa designação o programa de treinamento credenciado pelo Ministério da Educação (MEC), bem como está diretamente subordinado à CNRM.

Consoante às evoluções cronológicas apresentadas, os Programas de Residência em Cirurgia, atualmente, possuem aspectos importantes tanto para a entrada do médico que concluiu a graduação como para o residente que busca avançar nessa especialização de forma mais direcionada. Dentre esses aspectos, tem-se dois programas de acesso constituídos em 2002: o acesso direto, que engloba o campo da Cirurgia Geral (CG); e os programas com pré-requisito em CG, como Cirurgia Plástica, Cirurgia Torácica, Cirurgia Vascular, Cirurgia Pediátrica, Urologia, Proctologia e Cancerologia Cirúrgica.

Vale pontuar que, a partir de 2019, ocorreu uma mudança significativa, pois a especialização de CG foi dividida em duas áreas: Área Cirúrgica Básica e Programa de Cirurgia Geral. Nessa conjuntura, a residência de CG tem duração de três anos e o médico recebe o título de cirurgião geral. Já a Área Cirúrgica Básica dura dois anos e é pré-requisito para diversas especialidades cirúrgicas citadas anteriormente. É imprescindível trazer à tona que ao se falar sobre a residência médica

também englobamos o processo de escolha sobre qual instituição adentrar e os aspectos que tangenciam essa análise. Nessa ótica, os Programas de Residência em Cirurgia da USP, da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) são alguns dos mais concorridos e completos do país, localizados em São Paulo, como grandes polos de referência em saúde, ciência e tecnologia do Brasil.

Sob essa perspectiva, faz-se necessário nortear alguns fatores que revelam as dificuldades no acesso e na especialização em Cirurgia. A alta concorrência, por exemplo na USP que possui o maior complexo de saúde da América Latina, a baixa quantidade de vagas distribuídas no território nacional e o pouco investimento governamental em estruturas mais completas e abrangentes afora das grandes metrópoles refletem, notoriamente, a discrepância na disposição de chances de entrada e, conseqüentemente, geram uma elevada concentração de profissionais nos centros urbanos onde há maior infraestrutura e inúmeros tipos de especializações ofertadas. Essa problemática talvez seja uma das grandes raízes que formam os desafios da distribuição das tecnologias no país, como falamos nos tópicos anteriores.

No tocante à Residência Médica em Cirurgia na Bahia, é imperioso destacar que o certame de seleção unificada da Comissão Estadual de Residência Médica da Bahia (Cerem/BA) conta com a participação de 13 instituições. Nesse contexto, as renomadas instituições participantes são o Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (Hupes), Hospital Ana Nery, Hospital Calixto Midlej Filho, Hospital da Cidade, Hospital do Subúrbio, Hospital Geral Cleriston Andrade, Hospital Geral Ernesto Simões Filho, Hospital Geral Roberto Santos, Hospital Santa Izabel, Hospital Regional de Juazeiro, Hospital Santo Antônio – Obras Sociais Irmã Dulce (Osid), Instituto Mantenedor de Ensino Superior da Bahia e Sociedade de Ensino Superior Estácio de Sá. Sendo 23 vagas distribuídas para o âmbito da CG e 54 vagas para Área Cirúrgica Básica.

Nesse ensejo, é de suma relevância a participação da bicentenária Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) e o Hupes, que é um hospital de referência em tratamentos de média e alta complexidade da Bahia, pois oferta oito vagas, das quais seis são para a Área Cirúrgica Básica e dois vagas para a CG, além de possuir uma alta diversidade na oferta de especialidades em residência médica no estado. Em face disso, com elevado reconhecimento nacional e tradição na formação de grandes cirurgiões no país, o acesso para a residência pode ser feito por meio da seleção unificada do SUS-BA, que contempla as instituições citadas anteriormente, por meio da inserção através do Acesso Básico em Cirurgia, CG e com pré-requisito para as especialidades de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia

do Aparelho Digestivo, Cirurgia do Trauma, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vascular, Coloproctologia e Cancerologia Cirúrgica.

Cabe salientar que as regiões Norte e Nordeste possuem o menor quantitativo de médicos especialistas em CG, por exemplo, enquanto que as regiões Sudeste e Sul possuem os maiores índices. (SCHEFFER et al., 2018) Outro ponto a ser realçado é a representação feminina na Cirurgia, pois desde a formação das primeiras médicas no país até a escolha da especialização em Cirurgia, diferentemente dos homens que simplesmente escolhem uma profissão ou especialidade que lhes agrade ou convenha, as mulheres mesmo quando mais capazes têm inúmeros obstáculos a vencer. (FRANCO; SANTOS, 2010) O assédio, a difamação e as ridicularizações são enfrentadas por inúmeras mulheres na Medicina, principalmente na Cirurgia, que apesar de combatidas e repudiadas, ainda persistem atualmente e são disfarçadas em forma de brincadeiras perversas.

Além disso, a educação das mulheres em algumas famílias ainda favorece a baixa autoestima, a insegurança intelectual, a dependência emocional e financeira em detrimento de destreza, habilidade manual, inteligência e outras habilidades e competências necessários para o sucesso como cirurgiã. Por conseguinte, um reflexo da persistência dessa cultura patriarcal e machista são especialidades cujo acesso feminino ainda continua a ser pequeno, como a Cirurgia Torácica, a Cirurgia Cardíaca e a Neurocirurgia, tendo assim um menor contingente de especialistas do sexo feminino. (FRANCO; SANTOS, 2010)

Diante da indubitável importância de não somente trazer pontos para análise e reflexão, mas também ressoar a essencialidade e representatividade da mulher no âmbito da Cirurgia, dra. Júlia Badra Nogueira Alves, residente do primeiro ano (R1) de CG no Hupes, conversou conosco sobre pautas cruciais dentro dessa temática e discorreu sobre novas perspectivas a respeito. Então, vamos conhecer um pouco mais dessa vivência?!

Sabemos que a maior imersão do estudante de Medicina com a prática cirúrgica, na faculdade, é durante o internato, por isso a nossa primeira pergunta para a dra. Júlia² foi justamente esta: como ser mulher interna na Cirurgia?

No meu internato, o rodízio de Cirurgia, por incrível que pareça, foi o melhor de todos! Quanto a ser mulher, não enfrentei muitas dificuldades, mas talvez seja porque as coisas estão se tornando melhores. Até porque nós somos, hoje, a maioria em algumas áreas cirúrgicas.

Sobre essa proporção atual, ela continuou falando:

2 Em entrevista concedida a Claudia do Nascimento Gomes, coautora deste capítulo. Salvador, BA, out. 2021.

Esses dias, eu estava observando que o centro cirúrgico do HUPES é quase meio a meio, mas tem um pouco mais de mulheres. Mas nem sempre foi assim! No começo do rodízio em Cirurgia da faculdade, eu estava no meio de vários preceptores e residentes homens, e não sei se era por eu ser interna e eles já médicos, ou se era por eu ser mulher, mas o fato é que eu não era muito escutada na hora da discussão dos casos, mesmo sabendo o caso direitinho, sentia que era um pouco deixada de lado. Nós achamos que não, contudo, muitas vezes, o machismo é muito intrínseco, não é uma coisa tão explícita.

Uma importante interface na compreensão dos desafios na realização da residência em Cirurgia por uma mulher é entender: existem desafios de ser uma mulher no centro cirúrgico ou o fato de já ser médica formada diminuiu esse revés? Existem episódios não agradáveis pelo fato de ser mulher? Algum tipo de machismo? Perguntamos isso também, gostaríamos que lessem com atenção a resposta que nos foi dada:

Tem um preceptor que em algumas situações fala: ‘Vai fulana, bota força como homem’. Talvez ele nunca tenha parado para refletir sobre o que fala. Ele é uma pessoa maravilhosa, mas é um comentário machista! Sinceramente, nunca sofri machismo, que tenha percebido. Digo isso porque, às vezes, nós não percebemos, mas é.

Apesar de ser um tema que, muitas vezes, causa uma certa revolta e indignação, nós, autores, achamos muito importante abordá-lo com a nossa entrevistada e trazer para você como as coisas funcionam na prática. Além dessa grande temática, entramos em um ponto também bastante discutido nas residências cirúrgicas: alta carga horária! Seria esse um fator excludente? Sob o olhar da dra. Júlia Badra, a residência de Cirurgia requer, principalmente nos primeiros anos, uma atenção quase que integral:

Nós não temos hora para chegar ou ir embora: chegamos antes da hora e sempre saímos depois. Às vezes é muito cansativo, pois quem não faz cirurgia, que não é da área, acha que o cirurgião só opera e pronto, não é assim! Temos aulas para apresentar, temos que estudar para as provas, temos que ver os pacientes antes da cirurgia, prepará-los para a cirurgia, além de acompanhá-los durante todo o período pós-operatório. Na minha realidade, há ainda o perfil complexo dos pacientes atendidos no Hupes. Eles possuem muitas comorbidades, várias reabordagens cirúrgicas, complicam muito e vão muitas vezes para UTI. É muito difícil o manejo.

Ao imergir um pouco mais dentro do universo múltiplo e encantador da Cirurgia, acessamos um pilar de extrema importância na formação dos residentes: a escolha da especialidade cirúrgica. Por que não entender ainda mais sobre isso? Vamos lá?!

De acordo com a dra. Júlia Badra, tem-se muito contato com as áreas cirúrgicas durante a residência. O Hupes tem muitas especialidades e muitos residentes. Que maravilha, não é?!

Sob a égide do cenário da residência em Cirurgia na época moderna, é primordial ratificar o quão é essencial que o treinamento cirúrgico seja aprimorado e amplamente praticado conforme novos desenvolvimentos ocorrem. A especialização em Cirurgia continuará a evoluir e o progresso, junto com a sofisticação e a complexidade dos procedimentos da especialidade, ganhará mais espaço, contudo o desenvolvimento da especialidade não deve enfraquecer a maneira crítica de como observamos as habilidades essenciais. (FRANK JR., 2002)

Portanto, agora você já sabe que o Brasil possui um programa de residência amplo e diversificado, como mostramos nas referências apresentadas e que a Bahia, com um relato próprio, também tem a sua valorização nesse ramo. Para finalizar este tópico, vale realçar que a arte de exercer uma residência em Cirurgia, com o desenvolvimento de habilidades desde as básicas até as avançadas, figura como fundamental para uma formação com domínio da técnica, ética profissional e capacidade de atender, com excelência, as necessidades do paciente. Sem esquecer, é claro, da dedicação e do gosto pelo que se faz, como a dra. Júlia Brada salientou durante toda a sua entrevista, pois ao fazermos o que gostamos não serão horas perdidas, mas indubitavelmente investidas no cuidado e na manutenção da reciprocidade para com o paciente, além do desenvolvimento pessoal e profissional.

CIRURGIA E MERCADO DE TRABALHO

Na seção anterior, pudemos ler um pouco sobre as residências de Cirurgia no Brasil, além de ter o privilégio de aprender com a experiência de dra. Júlia Badra como mulher residente de CG na Bahia. Nesta seção, iremos avançar um pouco no futuro e abordar as esferas que englobam essas especialidades já ditas para vocês dentro do mercado de trabalho. Vamos nessa?!

A especialidade de CG, em 2018, reunia 34.065 especialistas de acordo com os dados da pesquisa Demografia Médica 2018, realizada pela Faculdade de Medicina da USP, com o apoio institucional do Conselho Federal de Medicina (CFM) e do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp). Desses especialistas, cerca de 79% eram homens, enquanto apenas 21% eram mulheres. (SCHEFFER, 2018) Em 2020, segundo os dados da Demografia Médica 2020, realizada pela mesma instituição, esse número foi para 38.583, com 78,3% do total se referindo a homens e 21,7% a mulheres. Historicamente, a especialidade cirúrgica no Brasil é majoritariamente dominada por homens e, apesar do número de médicos no Brasil vir crescendo exponencialmente, os números e as porcentagens

apresentados demonstram que essa realidade ainda persiste com o decorrer dos anos e nos leva a questionar sobre os motivos da manutenção dessa disparidade. (SCHEFFER, 2020)

Ao mesmo tempo que lemos os dados da Demografia Médica, podemos associar com o que foi ressaltado durante a entrevista com dra. Júlia Badra, recordam? Que a realidade observada, pelo menos dentro dos estabelecimentos da sua residência, não segue necessariamente esse padrão. Sendo residente na Bahia, ela falou para vocês:

[...] Nós [mulheres] somos, hoje, a maioria em algumas áreas. Esses dias, eu estava olhando o cirúrgico do Hupes. Eu acho que é quase meio a meio, mas é um pouco mais de mulher que tem lá no centro cirúrgico.

Comparando as informações que lhes foram dadas, vocês também ficam esperançosos como a gente? Será que teremos, finalmente, uma equidade na distribuição de homens e mulheres no centro cirúrgico? Esperamos que sim!

Além das observações (e torcidas) referentes à ocupação dos gêneros dentro das especialidades cirúrgicas, vamos observar também a ocupação desses profissionais nos diferentes espaços dentro do mercado de trabalho? Para isso, abrimos o leque para você, leitor, sobre as perspectivas de vínculo empregatício dentro das instituições de cunho público e das instituições privadas.

Dentro da nuance da saúde pública, e apesar do fato do SUS ter sido projetado com o objetivo de ofertar um acesso universal à saúde para todos e dos dados mostrarem que a quantidade de médicos formados a cada ano tem crescido de forma significativa, ainda existe uma parcela da população com baixo acesso a esses cuidados e a esses profissionais. Isso nos aponta para uma desigualdade de distribuição desses recursos!!! Essa desigualdade dentro da cobertura da saúde se configura tanto de forma regional, com maior concentração de médicos nas regiões Sul, Sudeste e ao longo da costa, quanto na relação dos setores público e privado, existindo uma maior concentração desses profissionais no sistema privado de saúde. (SCHEFFER et al., 2018)

De acordo com os dados do IDPP da força de trabalho médica no Brasil por estado em 2017 (ALONSO et al., 2017), observamos na Bahia a proporção de 12,06, o maior valor entre todos os estados. Esse valor implica que os pacientes no setor público têm acesso a menos de 10% do número de médicos que podem ser acessados no setor privado. Esse dado incomoda, não é mesmo? Ele faz com que a gente se questione, caro leitor, e comece a refletir sobre o porquê dessa disparidade tão acentuada nesse estado.

Tentando trabalhar melhor essa informação, esse tópico foi uma pauta da conversa com o dr. Igor Lobão. Durante a conversa, o dr. Lobão pontuou que temos o

SUS como um grande formador de profissionais da saúde, não só médicos como multiprofissionais, proporcionando um campo de prática formador de grandes trabalhadores e ressaltou a potencialidade desse sistema:

Eu não diria que a saúde suplementar possui recursos humanos mais capazes ou mais hábeis do que hospitais públicos. O que falta exatamente são condições iguais, equiparadas, tanto hotelaria, ambiente, quanto à disponibilidade de recursos e tecnologias.

Em relação a estes estudantes, que vivem grande parte da sua formação imersos na vivência do SUS e o retorno deles para o sistema já como profissionais, dr. Lobão aponta que, independentemente do senso de devolução para a sociedade pelos recursos proporcionados para a sua formação, o SUS ainda é um grande empregador e que isso deve ser levado em conta!

A maioria da nossa população é SUS dependente exclusiva... aqui no nosso estado, próximo de 90% da nossa população, está nesse contexto, de modo que uma pequena parcela tem acesso à saúde suplementar e essa pequena parcela não consegue movimentar serviço de saúde para dar emprego e serviço para totalidade de profissionais de saúde que nós temos.

Durante a conversa com dr. Igor na pauta da desigualdade de distribuição territorial desses profissionais, foi possível solidificar a informação de que aqui, na Bahia, a concentração ocorre na região leste. Em concomitância a isso, existe um esforço para que ocorra essa melhor divisão dos profissionais com maior apropriação das outras áreas e interiores do estado, aprimorando as condições dos hospitais de trabalho nesses locais, implementando tecnologias também nesses lugares e outros esforços para que profissionais e equipes se sintam chamados a ocupar tais ambientes.

Diante da realidade do estado da Bahia, com a população expressivamente SUS dependente exclusiva e uma desigualdade de acesso e distribuição ainda tão marcada, a esperança que fica é que, com os esforços de melhorias das condições de trabalho, implementação de tecnologias e aquisição de materiais para hospitais e centros de regiões com a cobertura ainda não efetiva, ocorra essa migração e povoamento dos profissionais nesses locais. Essa mudança ajudaria a balança a começar a se movimentar em busca de um desejado equilíbrio e, com isso, mirar em um desafogamento dos serviços dos grandes centros de referência atuais. Como última frase desse tópico, gostaríamos que pensasse sobre o seguinte questionamento: qual é o seu papel diante da expectativa de mudança desse cenário?

TECNOLOGIAS EM SAÚDE

Falamos sobre a Cirurgia, falamos sobre a modernidade em saúde, falamos até mesmo das cirurgias modernas no mundo, Brasil e Bahia. Mas e sobre as tecnologias propriamente ditas? Apostamos que ficaram interessados para saberem um pouco mais sobre isso, não é? É sobre esse assunto que escreveremos neste tópico!

Vocês já pararam para pensar o quanto as tecnologias em saúde fazem parte da rotina médica? Elas estão presentes desde as agendas *on-line*, prontuários eletrônicos, aplicativos médicos até CRs de alta *performance* que tanto falamos neste capítulo. Dessa forma, as Inovações Tecnológicas (ITs) facilitam cada vez mais a gestão de clínicas e hospitais, otimizando o atendimento e gerando benefícios que, quando aplicados ao conceito amplo de saúde, prometem revolucionar a Medicina! A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica tecnologia em saúde como: “Aplicação de conhecimentos e habilidades organizados na forma de dispositivos, medicamentos, vacinas, procedimentos e sistemas desenvolvidos para resolver um problema de saúde e melhorar a qualidade de vida”. (CENTRO COLABORADOR DO SUS, 2018)

Diante disso, visando cada vez mais a efetividade de um procedimento/atendimento bem-sucedido, as ITs são frequentes no dia a dia do campo da saúde! Por sabermos disso, decidimos apresentar para você, caro leitor, as ITs do Brasil, pontuando os seus principais avanços, falando um pouco mais sobre as principais diferenças entre o setor público e privado, além de contextualizar sobre a necessidade e importância do investimento tecnológico na saúde.

Começaremos dando o espaço novamente para o sábio dr. Euler. Na nossa entrevista, ele fez comentários acerca dessa mudança tecnológica, gostaríamos que observasse:

Antigamente, o cirurgião era aquele com bisturi, tesoura, porta agulha... todo mundo ali com a barriga aberta, você resolvia tudo. Mas hoje não, você depende da tecnologia [...]. Eu quero chamar atenção de que cirurgia tradicional não quer dizer que cirurgia obsoleta. De forma nenhuma! A cirurgia tradicional tem excelentes resultados e a gente só está autorizado [a fazer cirurgias minimamente invasivas] se tivermos os mesmos resultados ou melhores. Mas pense com atenção: quando complica qualquer coisa, ou quando você não consegue fazer a cirurgia minimamente invasiva, o que a gente faz? A gente abre. Então ainda é uma grande segurança.

NOVIDADES TECNOLÓGICAS NO ÂMBITO DA CIRURGIA

Percebemos então que as cirurgias abertas são uma realidade no âmbito hospitalar, não é? Mas então quais são os benefícios associados aos avanços

tecnológicos na área cirúrgica? Ah, querido leitor... São vários!!! Podemos destacar alguns rapidamente: a otimização da rotina hospitalar, maior eficácia e eficiência do atendimento, padronização do processo e redução do tempo de recuperação do paciente.

E quais são as tecnologias utilizadas nesses avanços? De forma material lembremos sempre dos robôs, claro! Mas existem também inovações tecnológicas que, mesmo longe dos holofotes, trazem grandes benefícios no âmbito cirúrgico, como: mesas cirúrgicas elétricas, monitores, focos cirúrgicos, mobiliário, aparelhos de anestesia etc. E de forma imaterial? O uso da alta tecnologia intelectual, dependente do alto investimento do conhecimento médico (por meio de residências e cursos de especialização – como falamos na seção “Caminhos, nuances e evolução da Residência em Cirurgia no Brasil e na Bahia”) também garantem mais segurança e eficiência aos procedimentos, permitindo que os cirurgiões trabalhem com mais sabedoria, rapidez e precisão.

Um compilado de todos esses fatores é o resultado da nossa Cirurgia Moderna. Ou seja, é a inovação tecnológica (material e imaterial) objetivando a otimização da rotina hospitalar! E é sobre esse objetivo em saúde (maior eficácia com o menor custo a longo prazo) que falaremos agora! Citamos rapidamente, no início deste capítulo, os tipos de cirurgias (laparotomias, laparoscopias e robóticas) realizadas atualmente, apesar disso, acreditamos ser importante destrinchar um pouco mais sobre o tema para que você, querido leitor, entenda um pouco mais como funciona a escolha desse tipo de cirurgia na prática!

A Cirurgia Laparoscópica (CL) é um exemplo de mudanças no modo de operar. Você já sabe um pouco sobre a história dessa cirurgia porque contamos a você nas seções 1 e 2. Mas você sabia que a laparoscopia surgiu como uma ferramenta de diagnóstico no início do século XX? Mais precisamente no ano de 1902? Pois é! E só 80 anos mais tarde que ela começou a ser utilizada com caráter cirúrgico, inicialmente apenas em procedimentos ginecológicos. Em 1985, foi feita a primeira colecistectomia (retirada da vesícula biliar) por laparoscopia e, a partir dessa data, um novo conceito cirúrgico menos invasivo e agressivo começou a ser difundido!

Atualmente, além da aplicação laparoscópica (abdômen), a técnica é utilizada em artroscopias (articulações), toracoscopia (tórax), entre outras. (INOVAÇÃO..., 2016) Apesar da necessidade de treinamento e experiência na área (olha a tecnologia imaterial de que falamos anteriormente), a CL tem menor trauma cirúrgico, melhor e mais rápida recuperação para os pacientes, além de ter uma menor possibilidade de complicações respiratórias e cardiovasculares, quando comparada a uma cirurgia aberta. (MELLO, 2021)

As cirurgias ditas robóticas, por sua vez, como já é de se imaginar, têm ainda uma maior densidade tecnológica e, portanto, representam um custo ainda mais

elevado para a sua realização. O dr. Euler nos disse que existem alguns equipamentos cirúrgicos da robótica que chegam a custar três milhões de dólares. Dá para acreditar? Esse tipo de cirurgia foi inicialmente utilizado pelos militares, em virtude da necessidade de atendimento a distância, e atualmente é relativamente comum nos grandes hospitais do mundo. Embora ainda tenham um alto custo, seus benefícios são enormes, e com o avanço tecnológico, tendem a se tornar mais acessíveis em um futuro próximo. (MELLO, 2021)

Sobre isso, o dr. Euler nos conta que a empresa Da Vinci era a única representante do mundo dessa tecnologia. No entanto, recentemente sua patente foi quebrada e algumas empresas norte-americanas, europeias e asiáticas já demonstram interesse nesse mercado. A partir de agora, tendo mais oferta do produto, a tendência é que, de fato, o preço dessa tecnologia barateie. A esperança de que o SUS poderá receber a robótica em seus centros cirúrgicos – em um futuro próximo – nasce nos entusiastas da área.

No momento atual, a precisão dos braços robóticos já é superior à de um médico profissional, que agora participa da cirurgia manipulando essa máquina por meio de um controle (como aqueles consoles de *videogame* mesmo). Tamanha precisão garante intervenções minimamente invasivas e com resultados cada vez melhores e mais precisos. (MELLO, 2021) As cirurgias urológicas e oncológicas são as que mais vêm sendo beneficiadas por essa tecnologia.

Doutor Euler nos traz um exemplo prático muito interessante para que possamos entender a grande vantagem de uma CR em relação a uma aberta e/ou videolaparoscópica. Há pouco tempo, uma cirurgia de retirada de tumor de reto médio e baixo, a 4 cm da borda anal, era indicativo de amputação abdominoperineal e o risco de lesionar nervos importantes para a função urológica e sexual era imenso, o paciente de uma cirurgia como essa iria ficar com colostomia definitiva e com impotência. Hoje, com a robótica, já consegue-se fazer anastomoses bem baixas, preservando o esfíncter do paciente e a parte nervosa. A chance de ter todo esse excelente prognóstico em qualquer outra abordagem cirúrgica é bastante reduzida. A grande vantagem da robótica é a visão em 3D: enxerga-se melhor e com mais detalhes e precisão. Além disso, aparelhos conseguem imitar uma mão humana, excluindo totalmente o tremor do cirurgião, deixando a cirurgia muito mais estável. Que perfeição, meus amigos!

Mas, caro leitor, como nem tudo são flores, existem algumas desvantagens no uso dessa tecnologia. Ela não é indicada para todos e quaisquer tipos de procedimentos cirúrgicos. Isso porque o robô tem menos mobilidade que a laparoscopia. O dr. Euler nos diz:

Você tem uma agilidade muito grande com a laparoscopia. A robótica não. Por enquanto você faz a preparação, coloca o aparelho na barriga do paciente e não mexe mais.

O aparelho, o robô, é extremamente delicado, preciso, mas é muito forte. Então qualquer mobilidade que você faz ali, qualquer manobra que você faça inadvertida, o braço robótico entra ali e ele pode rasgar um paciente, se você não tiver muito treinamento e formação.

No entanto, ele nos diz que a indústria já está resolvendo esse problema (Ufa!). Atualmente, vêm sendo fabricados robôs mais flexíveis, com braços mais delicados, o que acaba proporcionando uma maior mobilidade e acesso para o cirurgião. Hoje, em alguns centros cirúrgicos, a plataforma robótica não parece mais um monstro, cheio de braços. Hoje, já faz braços robóticos separados. Isso significa que, ao invés de o cirurgião pegar um aparelho inteiro de robótica e fixar no corpo do paciente, o médico usa apenas a quantidade de braços que irá precisar para o procedimento.

E aí, amigo leitor, você deve estar pensando: “a cirurgia chegou em seu ápice!! É impossível surgir alguma tecnologia mais avançada que essa!” E é aí que a gente traz uma grande perspectiva (e por que não dizer grande tendência?) para o futuro do mundo cirúrgico: a cirurgia 4D. O robô dessa inovação estará associado a um computador na plataforma robótica e ele dará todas as informações que o cirurgião precisa para operar. Deixaremos o dr. Euler explicar com suas próprias palavras o quão incrível isso é:

Pra vocês terem uma ideia, você está ali na cirurgia robótica, você pode ir por um lado, ver ali o fígado, mas eu posso ir pelo caminho errado e pegar um grande vaso, uma artéria, uma veia, e gerar um sangramento. A ideia [dessa nova tecnologia] é: pegar o paciente, fazer um escaneamento total da anatomia do paciente. Então essa anatomia fica toda no computador, não só dos órgãos, mas também dos vasos, de toda aquela cadeia venosa, arterial, linfática, tudo direitinho. Então, isso vai estar ali junto do robô e quando você for operar, por exemplo, pode querer saber se está no caminho certo, então você aperta um botãozinho e ao mexer nesse fígado, se você for para um caminho errado e for atingir um órgão vital, o robô trava! É como se ele dissesse ‘não vá por aí!’ Além disso, na hora da cirurgia, você pode interagir com outros centros, como em dúvida de alguns casos difíceis. Então você pode interagir na hora mostrando a ressonância, as imagens, mostrar tudo e fazer aquela interação no ato cirúrgico. Vocês vão pegar algo muito bacana com essa evolução. A cirurgia está cada dia mais tecnológica e não tem como voltar atrás.

Uauuu! É realmente incrível como a história da cirurgia avançada evoluiu em relação a sua prática operatória, não é? E eu sei que você deve estar se perguntando como funciona toda essa gama de opções cirúrgicas na prática do nosso Brasil. E é isso que responderemos a você agora com a entrevista concedida por dr. Igor Lobão, já apresentado para vocês!

De acordo com o médico cirurgião e gestor médico do Hospital Ana Nery, na Bahia, hoje a Cirurgia Robótica *versus* uma cirurgia por vídeo traz um incremento de custo de pelo menos dez vezes maior! Não obstante, uma CL *versus* uma cirurgia convencional aberta traz um custo de 1,5 vez mais alto! Por isso que, ao comparar os benefícios e despesas de cada técnica, normalmente, quando possível e se isso não trouxer malefícios para o paciente, cirurgias videolaparoscópicas são escolhidas, já que têm custo muito menor que as CRs e, mesmo com um custo mais elevado que uma cirurgia aberta tradicional, trará mais benefícios para o paciente, além de possivelmente evitar mais custo de complicações e permanência hospitalar desses indivíduos. O superintendente de Atenção à Saúde pontua ainda que cirurgias laparoscópicas já são cirurgias com cobertura pela tabela do SUS, com codificação pelo SIGTAP (Viva!).

DIFERENÇAS DAS TECNOLOGIAS EM SAÚDE NO SETOR PÚBLICO E PRIVADO

Como já foi visto, o SUS é um bem precioso e o maior sistema gratuito e universal de saúde do planeta!!! Suas ações vão desde a vigilância sanitária do país até a realização de cirurgias de alta complexidade, como transplantes de órgãos. (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2021) Já falamos sobre isso, mas vamos lembrar para você, amigo leitor, não esquecer, ok? O SUS garante acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Com a sua criação, proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando à prevenção e à promoção da saúde. (BRASIL, 2013)

A rede privada, por sua vez, atua em um contingente absurdamente menor – cerca de 30% da população brasileira alegam ter convênio médico (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2021) e esse setor atua de forma mais específica, por meio de planos e seguros de saúde, bem como de hospitais, clínicas, laboratórios e consultórios particulares. Além disso, como podemos imaginar, quando um setor privado faz um maior investimento, ele visa sempre a um maior retorno, tendo em vista que esse setor busca o lucro o mais breve possível!

É por esse contexto que é ilógico que todos nós pensemos que o setor público pode oferecer, de forma homogênea e igualitária, a máxima inovação tecnológica para todos os seus assistidos. É sobre equidade e correlação desse tema com a realidade prática que dr. Lobão comenta:

É sempre um grande desafio a incorporação de tecnologias na assistência de saúde pública porque temos que levar em consideração quesitos como Equidade do SUS.

Devemos ofertar de modo diferente para os diferentes, a depender da demanda do paciente, mas isso não pode comprometer a oferta universal.

É nesse sentido, com o orçamento limitado e de forma a racionalizar os gastos da saúde pública e garantir uma assistência integral a toda população, que se pondera o benefício da oferta de tecnologias extremamente custosas para um único paciente em prol de ofertas de cuidado em saúde (com uma densidade tecnológica baixa) para muitos pacientes. Mas atenção!!! É importante salientar que uma oferta de um cuidado em saúde com baixa densidade tecnológica não impede atendimentos de intermediária e até mesmo alta complexidade. Segundo dr. Igor, “É sempre uma balança com o limiar de equilíbrio muito tênue: o que que a gente pode ofertar de tecnologia e, portanto, mais custo, sem comprometer a assistência a todos”.

INVESTIMENTO TECNOLÓGICO

E quem paga por isso? O campo da saúde tem uma ampla definição, que vale a pena ser estudada e citada aqui para vocês: ele busca oferecer práticas organizadas institucionalmente e orientadas à promoção da saúde e à prevenção de doença das populações, estando presente desde a atenção básica e primária até à atenção terciária e de alta complexidade e densidade tecnológica. Com isso, o conhecimento e a institucionalização das práticas em saúde pública configuraram-se articulados à Medicina. Apesar de efetivamente superarem a mera aplicação de conhecimentos científicos, as práticas em saúde representaram-se como técnica fundamentalmente científica. (SABROZA, 1994)

É levando em conta as variáveis do campo em consideração que um gestor em saúde precisa entender quando é necessário o investimento tecnológico, mesmo quando se tem recursos limitados. O gestor médico do Hospital Ana Nery comenta sobre isso:

É necessário que o gestor entenda que alguns investimentos são feitos para economizar, no olhar mais distante. Então, por exemplo, quando nós investimos em alguns materiais que são mais hemostáticos, para estancar sangramento e para alcançar a hemostasia mais eficaz na cirurgia, você está investindo para evitar o uso de hemoderivados. Uma bolsa de sangue supera R\$ 1000 na sua confecção, então se eu invisto em um adesivo hemostático de R\$ 120, eu estou economizando em não precisar fazer uma hemotransfusão nesse paciente.

Reflexões como essa devem ser feitas rotineiramente e aplicadas no setor público, mas também no setor privado. Isso é pensar que uma melhor administração hospitalar e uma melhor recuperação do paciente significa menos

complicações e, portanto, possível menor custo pós-cirúrgico. Além disso, no caso do setor privado, esse pensamento assertivo a respeito dos investimentos tecnológicos pode ocasionar ainda maior rotatividade hospitalar, o que inevitavelmente, no setor privado, gera maior retorno monetário. Nesse contexto, o investimento tecnológico, mesmo sendo mais custoso, quando bem ponderado e incorporado no âmbito da saúde, pode superar a diferença monetária a longo prazo.

Doutor Euler faz comentários acerca da preparação e investimentos, muitas vezes vultuosos e do próprio bolso, que são necessários para debruçar-se sobre a cirurgia robótica atualmente:

Para fazer essa formação, eu tive que fazer um curso de cirurgia robótica, e estudar como o robô funciona. Tive que fazer prova para só depois ter o credenciamento da cirurgia robótica. [...] E não adianta eu ser capacitado se eu não tiver quem me ajude. É preciso capacitar uma equipe. E uma boa equipe!

Ao final deste tópico, depois de tantas inovações, talvez algumas que você ainda nem tinha ouvido falar, você, caro leitor, deve estar se perguntando: “qual o futuro da cirurgia? Onde vamos parar?”. Bom, com tantas tecnologias na área (e agora estamos falando de tecnologias e avanços em geral e não só aquelas cirúrgicas), podemos afirmar com certeza que algumas indicações cirúrgicas vão desaparecer. O dr. Euler nos contou que não lembra a última vez que operou uma úlcera perfurada. Antigamente, cirurgias de úlcera eram seletivas, hoje em dia são raras, depois que os Inibidores de Bomba de Prótons (IBPs) e outras medicações começaram a ser utilizadas nesses casos. Outro exemplo citado por ele é que muitas cirurgias oncológicas não são mais realizadas devido ao avanço da quimioterapia, das medicações, dos imunobiológicos que já conseguem evitá-las.

Muita coisa já mudou, meu amigo leitor, mas muito ainda mudará. E ao afirmar isso, pode surgir o questionamento “com tantas novas tecnologias surgindo na área da cirurgia, o cirurgião e sua equipe ficarão obsoletos? Eles serão dispensáveis? Os robôs substituirão os profissionais do centro cirúrgico?” E mais uma vez, deixaremos que o dr. Euler te responda:

O robô não chega lá sozinho. O robô não vai furar a barriga do paciente, não vai entrar. Até para o robô estar lá dentro, quem tem que botar é o cirurgião, e saber colocar. Uma das partes mais importantes da cirurgia robótica é justamente essa tocagem, a forma como você coloca. Eu acho que por mais que evolua a tecnologia, o robô nunca vai tirar a sensibilidade e a expertise do cirurgião. Porque a verdade é que nós cirurgiões trabalhamos muito com a cabeça, mas também somos trabalhadores braçais, é uma junção de fatores e ali a sensibilidade é muito grande.

CIRURGIA COVID-19

Quanto avançamos, hein, amigo leitor?! Escrevemos muito, aprofundamos ainda mais e te questionamos algumas vezes, não foi? Tudo isso porque entendemos a importância desse tema e de todos subtópicos abordados. Pensamos em tudo com muita atenção e de forma que você conseguisse entender e interessar-se. Já estamos acabando o nosso capítulo, prometemos! Mas não podemos finalizar este capítulo de Cirurgia Avançada sem apresentar a você a situação mais atual possível, não é? Pois bem, como sabem, em 2020, a pandemia da covid-19 abalou o sistema de saúde do Brasil e do mundo e, como podemos imaginar, também ocasionou mudanças no âmbito cirúrgico! É disso que vamos falar agora!

Ao estudar a história da Medicina, percebemos que existiram períodos que ficaram marcados para sempre na memória da humanidade. Isso se deu porque aquele momento representou progresso e evolução para a área de saúde (trazendo benefícios antes desconhecidos para a sociedade) ou porque aquele foi um período de aflição, morte e de combate a inimigos invisíveis fatais.

Nesse sentido, caro leitor, existe alguma dúvida que o momento atual de pandemia pelo vírus SARS-CoV-2 em que vivemos entrou para a história tanto por ser um tempo de grandes calamidades e perdas, como também por ser um período de imenso progresso da ciência? Sim, quando achávamos que a Medicina e a ciência já sabiam como enfrentar qualquer adversidade biológica, eis que surge um novo inimigo para mostrar-nos que ainda temos muito o que aprender. E como aprendemos!

A forma como se deu a corrida mundial pela vacina da covid-19, todas as precauções, adequações e cuidados que tivemos que tomar diariamente em casa, na rua ou no trabalho, grande parte com respaldo científico, só ratificam que, com todo esse aprendizado, nunca mais seremos os mesmos. A ciência mudou, a Medicina mudou, a sociedade mudou, o mundo mudou!

Ao falar dessas mudanças da Medicina, trazemos este assunto para o nosso capítulo: a cirurgia não ficou ileso nesse período! Durante a pandemia, o centro cirúrgico, os procedimentos eletivos e de urgência, toda equipe cirúrgica e todos os cuidados com os pacientes hospitalares tiveram que se adequar à nova realidade. Alguns impactos dessas mudanças já conseguem ser percebidos agora. Outros, só o tempo poderá evidenciar.

Lembram do dr. Igor Lobão? Por estar na linha de frente durante toda essa pandemia, ele pôde dizer com propriedade (naquela entrevista concedida para nós autores) como está sendo lidar com a covid-19 em ambiente cirúrgico. Ele relata que a pandemia trouxe uma realidade inusitada, antes nunca vivida. A primeira dificuldade enfrentada, segundo ele, diz respeito à equipe. Como era de

se esperar, durante todo esse período, principalmente no início, houve um aumento expressivo no número de afastamento dos trabalhadores por conta de qualquer infecção de vias aéreas superiores, visto que elas passaram a ser enxergadas como suspeita da doença em questão. Com a quantidade de profissionais diminuída, torna-se impossível realizar o mesmo número de cirurgia que era realizada antes da pandemia.

Além disso, ainda segundo o dr. Igor, o clima de incerteza devido ao fato de inicialmente todos estarem lidando com o desconhecido levou a muitas discussões em torno do centro cirúrgico e isso trouxe algumas restrições em diversos procedimentos cirúrgicos e não cirúrgicos. Citaremos alguns exemplos que talvez você, um ente querido ou um conhecido podem ter passado. Havia uma contraindicação mundial de realização de cirurgias por videolaparoscopia. Isso porque imaginava-se que o gás carbônico exalado dos trocateres – instrumentos utilizados para se penetrar na cavidade abdominal em um cirurgia laparoscópica – poderia causar uma contaminação ambiental nas salas cirúrgicas. Além disso, para a cirurgia laparoscópica, o paciente precisa estar intubado e por ser necessário instrumentalizar a via aérea do paciente, isso poderia, segundo imaginavam, gerar microaerolização, contaminando, assim, o ambiente. O cuidado e traquejo cauteloso para lidar com o desconhecido foi tão grande que diversos estudos, inclusive internacionais, recomendaram tratar a colecistite com antibióticos e analgésicos, ao invés de realizar a colecistectomia. Era recomendando também que a apendicectomia fosse feita com cirurgia convencional, aumentando, assim, os riscos do pós-cirúrgico para o paciente.

Ainda, a traqueostomia, antes recomendada após 14 dias de intubação oro-traqueal, passou a ser realizada após 21 dias. As endoscopias digestivas só eram indicadas em casos de urgência e emergência, tudo isso para evitar manipular um paciente que pudesse ter covid-19! Com o passar do tempo, percebeu-se que essas recomendações eram excesso de precaução. Quanto mais precoce possível as traqueostomias fossem realizadas, mais elas ajudariam na saída do paciente da ventilação mecânica, contribuindo para a sua recuperação. Percebeu-se também que as cirurgias laparoscópicas não trouxeram grandes prejuízos para eles ou para as equipes e que este grande receio não tinha fundamento.

No entanto, o bom senso – principalmente nos momentos em que a pandemia esteve em fase crescente – pedia uma certa cautela que iria variar de caso a caso. Por exemplo, não seria prudente realizar uma laparoscopia ou qualquer outra cirurgia eletiva em pacientes sem dor, limitações ou risco de morte. Levar para um ambiente hospitalar um paciente que está isolado em casa em um momento de medidas restritivas era totalmente desnecessário. Além disso, a escassez de sedativos e anestésicos tornava insensato a utilização desses medicamentos

em cirurgia não urgentes enquanto havia outros pacientes graves com covid-19, na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), precisando usá-los.

Por isso, em alguns momentos da pandemia, cirurgias eletivas chegaram a ser suspensas em sua totalidade. Atualmente, já há uma liberação de realização de 40% de cirurgias eletivas. Em contrapartida, as cirurgias de urgência e emergência, as oncológicas e as cardíacas sempre foram prioridade absoluta em sua realização, visto que a sua não realização colocava mais em risco a vida do paciente do que a possibilidade de ele desenvolver covid-19.³

Apesar de termos a consciência que essas decisões foram as mais acertadas para o momento, você consegue perceber a problemática que há por trás delas? A consequência disso tudo é um grande acúmulo de cirurgias eletivas que o sistema de saúde brasileiro terá que dar conta nos próximos anos. Segundo o dr. Igor, estima-se que cerca de 70 mil cirurgias deixaram de ser realizadas, na Bahia, somente no ano de 2020 e isso, inquestionavelmente, levará a um maior surgimento de cirurgia de urgência e emergência ao longo do tempo. Isso se explica porque se, por exemplo, um paciente com cólica biliar e pedra na vesícula, no momento sem urgência, não foi operado, em algum momento ele pode desenvolver a urgência. Se o cirurgião não opera a paciente que tem um cisto de ovário, em um momento oportuno esse cisto pode crescer e pode romper. Se a paciente com útero miomatoso não passar pelo procedimento cirúrgico, esse mioma poderá crescer e levar a hemorragias ginecológicas. Cuidar desses casos de forma urgente é muito mais delicado, dificultoso e custoso tanto para o sistema de saúde quanto para o paciente.

E aí você deve estar se perguntando: o que fazer para resolver essa bola de neve? Pensando a longo prazo, será necessário, futuramente, desenvolver estratégias para conseguir compensar e reverter essa possível situação. Primeiro, as salas de espera para consultas pré-operatórias deverão ser ampliadas, promovendo, assim, um maior espaçamento entre os pacientes e um menor risco de contaminação. Isso lhes dará uma maior segurança para que eles realizem seu procedimento, diminuindo o risco de evasão do tratamento por medo de se infectar com o coronavírus. Além disso, será necessário aumentar a oferta de vagas de cirurgias eletivas, fazer uma busca ativa de pacientes que tiveram cirurgias postergadas, para que se consiga equacionar essa demanda reprimida. Esse aumento pode se dar com o surgimento de novos hospitais ou através de pequenos mutirões de cirurgias. Aos poucos, também, deverá ser aumentado o número de turnos cirúrgicos, com ampliação para o final de semana, bem como deverá ser feita incorporação de

3 Com base na entrevista de Igor Lobão concedida a Eduardo Borges, Kelly Santos e Luísa Rosado Isnenghi, coautores deste capítulo.

tecnologias e cirurgias com tempo cirúrgico menor para a realização de um maior número de procedimentos.

Mas uma coisa é certa, caro leitor: esse momento vai passar! Os centros cirúrgicos voltarão a funcionar da mesma forma que antes da pandemia. Ou quase da mesma forma. Nós realmente acreditamos nisso! Isso porque mostramos para vocês o quanto a Cirurgia moderna avançou nas últimas décadas e superou grandes desafios com várias evoluções e mudanças positivas. Bom, atualmente, não será diferente! Frente a mais um (grande) desafio, a saúde, a Medicina e a cirurgia irão prosperar! Agora, depois de todo esse período conturbado, teremos inevitavelmente profissionais mais maduros, resilientes e que sabem lidar com novas adversidades. Agora, temos profissionais que sobreviveram a uma das maiores pandemias de toda a história. Seria muito romantismo dizer que quem enfrentou esse momento enfrenta qualquer coisa? Talvez sim, talvez não. O fato é: vai passar e que o futuro chegue logo!

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Martinho. História da Laparoscopia. *Acta Urológica*, Lisboa, v. 19, n. 2, p. 9-10, out. 2002.

ALONSO, Nivaldo *et al.* Cirurgia no Sistema Brasileiro de Saúde: financiamento e distribuição de médicos. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 2, p. 202-207, 2017.

BRASIL comemora 10 anos de cirurgia robótica. *Sala de Imprensa*, São Paulo, 2018. Disponível em: <https://www.einstein.br/sobre-einstein/imprensa/press-release/brasil-comemora-10-anos-de-cirurgia-robotica>. Acesso em: 2 out. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 jan. 2012.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. *Tecnologias demandadas*. Brasília, DF, 18 dez. 2020. Disponível em: <http://conitec.gov.br/tecnologias-em-avaliacao>. Acesso em: 29 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.848, de 06 de novembro de 2007. Publica a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 6 nov. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS*. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>. Acesso em: 28 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona*. 2013. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. Acesso em: 27 ago. 2021.

CANUTO, Vania. Avaliação Econômica de Tecnologias em Saúde e Limite de Custo-Efetividade. [S. l.], set. 2012. Disponível em: http://conitec.gov.br/imagens/Artigos_Publicacoes/AVE-LimiteCE_VaniaCristinaCanutoSantos.pdf. Acesso em: 28 ago. 2021.

CENTRO COLABORADOR DO SUS. *Avaliação de tecnologias em saúde*. Brasil, 2018. Disponível em: <http://www.ccates.org.br/areas-tematicas/avaliacao-de-tecnologias-em-saude/>. Acesso em: 25 ago. 2021.

CHAVES, Huylmer Lucena *et al.* Vagas para residência médica no Brasil: onde estão e o que é avaliado. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 37, n. 4, p. 557-565, dez. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/f97H8mPXJwKxPCFdKf7XWJ/?lang=pt>. Acesso em: 30 ago. 2021.

COVRE, Eduardo Rocha *et al.* Permanência, custo e mortalidade relacionados às internações cirúrgicas pelo Sistema Único de Saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, SP, n. 27, p. 1-10, 2019.

DHARIA, Sejal P.; FALCONE, Tommaso. Robotics in reproductive medicine. *Fertility and Sterility*, Birmingham, v. 84, n. 1, p. 1-11, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2005.02.015>. Acesso em: 26 ago. 2021.

EDITAIS de residência médica na BAHIA. *Sanar Residência Médica*. [s. l.], 28 out. 2020. Disponível em: <https://www.sanarmed.com/editais-de-residencia-medica-na-bahia>. Acesso em: 26 ago. 2021.

ELLIS, Harold; ABDALLA, Sala. Surgery in Prehistoric Times. In: ELLIS, Harold; ABDALLA, Sala. *A History of Surgery*. 3rd. ed. Flórida: CRC Press, 2018. p. 302-317.

FERRAZ, Edna Delabio; LACOMBE, Domingos. Estado atual da cirurgia híbrida colo-retal. *Revista Brasileira de Videocirurgia*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 29-37, jan./mar. 2003.

FRANCO, Talita; SANTOS, Elizabeth Gomes dos. Mulheres e cirurgiãs. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 1, p. 72-77, fev. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/HPWHF5srbtKSrLZFMbt8KYr/?lang=pt>. Acesso em: 14 ago. 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Público x privado*. Rio de Janeiro, [200-]. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/publico-x-privado>. Acesso em: 27 ago. 2021.

HERRON, Daniel M.; MAROHN, Michael. A Consensus Document on Robotic Surgery. *Surgical Endoscopy*, New York, v. 22, n. 2, p. 313-325, 2007. DOI: 10.1007/s00464-007-9727-5. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18163170/>. Acesso em: 27 ago. 2021.

(A) INOVAÇÃO da cirurgia laparoscópica. *Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica E Metabólica Notícias*, São Paulo, 1 mar. 2016. Disponível em: <https://www.sbcm.org.br/a-inovacao-da-cirurgia-laparoscopica/>. Acesso em: 27 ago. 2021.

LEWIS JR., Frank R. Surgical Fellowships and Specialization. *Surgery*, St. Louis, v. 132, n. 3, p. 529-530, 2002. DOI: doi:10.1067/msy.2002.127695. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12324773/>. Acesso em: 26 ago. 2021.

(AS) MELHORES residências em cirurgia geral. *Sanar Residência Médica*. [s. l.], 21 dez. 2020. Disponível em: <https://www.sanarmed.com/melhores-residencias-em-cirurgia-geral>. Acesso em: 25 ago. 2021.

MELLO, Heloisa C. Tecnologia em cirurgias: conheça os avanços e como tem beneficiado a área da saúde. *Medcalway*, Curitiba, 2021. Disponível em: <https://blog.medicalway.com.br/tecnologia-em-cirurgia-conheca-os-avancos-e-como-tem-beneficiado-a-area-da-saude/>. Acesso em: 27 ago. 2021.

PAULINO NETTO, Augusto. A cirurgia no século XXI. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgia*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 83, 2010.

PARKER, Steve. *Kill or Cure: An Illustrated History of Medicine*. Londres: DK Publishing, 2013.

SABROZA, Paulo Chagastelles. *Saúde pública: procurando os limites da crise*. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 1994. Mimeo.

SANTOS, Elizabeth Gomes dos. Residência Médica em Cirurgia Geral no Brasil – muito distante da realidade profissional. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 271-276, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/rcbc>. Acesso em: 18 ago. 2021.

SANTOS, José Sebastião; KEMP, Rafael. Fundamentos básicos para a cirurgia e cuidados perioperatórios. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 44, n. 1, p. 2-17, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v44i1p2-17>. Acesso em: 21 ago. 2021.

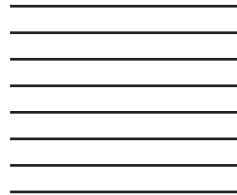
SATAVA, Richard M. Robotic Surgery: From Past to Future – a Personal Journey. *Surgical Clinics of North America*, Philadelphia, v. 83, n. 6, p. 1491-1500, 2003.

SCHEFFER, Mário *et al.* *Demografia médica no Brasil 2018*. São Paulo: FMUSP, CFM, 2018. Disponível em: [http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/DemografiaMedica2018%20\(3\).pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/DemografiaMedica2018%20(3).pdf). Acesso em: 26 ago. 2021.

SCHEFFER, Mário *et al.* *Demografia Médica no Brasil 2020*. São Paulo: FMUSP, CFM, 2020. Disponível em: https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020_9DEZ.pdf. Acesso em: 27 ago. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World Health Statistics*. Geneva, 2009. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44078/9789241563819_eng.pdf;jsessionid=6E8127CD8DE32E3CBA628542325382CE?sequence=1. Acesso em: 2 out. 2021.

YU, Pai Ching *et al.* Non-Cardiac Surgery in Developing Countries: Epidemiological Aspects and Economical Opportunities – The Case of Brazil. *PLoS ONE*, San Francisco, v. 5, n. 5, May 2010.



3

HISTÓRIA DA ANESTESIOLOGIA

Aline Araújo de Carvalho
Ana Clara Lemos Andrade Cunha
Luana Jéssica da Silva Pontes
Luciano Santos Garrido
Maíra Santana dos Santos
Márcio José Leão Nunes Filho
Ronnei Silva Santos
Victoria Maria Sampaio Carneiro

A NOBRE JORNADA EM BUSCA DO CONTROLE DA DOR

Hoje é impossível pensar em procedimentos cirúrgicos sem a utilização da anestesia, porém houve um tempo em que a cirurgia era sinônimo de brutal sofrimento e dor. A necessidade de buscar formas de aliviar a dor é inerente ao ser humano e é relatada desde a Idade Antiga. Nesse sentido, indícios apontam para o cultivo de papoula (*Papaver somniferum*) por povos como os sumérios, assírios, babilônicos e egípcios. Do fruto da papoula é extraído o ópio, que contém morfina, bem

como outros alcaloides, a exemplo codeína, tebaína e papaverina. Além disso, outras substâncias foram utilizadas com intuito de mitigar as dores humanas, como atropina da dedaleira (*Atropa belladonna*), a hiosciamina da mandrágora (*Mandragora officinarum*) ou do meimendro (*Hyoscyamus niger*), a escopolamina, também presente no meimendro e na erva-do-diabo (*Datura stramonium*), o cânhamo (*Cannabis indica*) e o álcool. (BARASH et al., 2014; MANICA, 2018)

Na Idade Média, ocorreu a divulgação inicial da “esponja soporífera” que foi feita pela Escola de Salerno, na Itália, no final do século XII, e pela Escola de Bolonha, também na Itália, no século III. Tal esponja era uma mistura composta por ópio, mandrágora, suco de cicuta (*Conium maculatum*) e outras substâncias. Após embebida com a mistura, a esponja era guardada seca e umedecida imediatamente antes do uso, dessa forma, colocava-a sobre o nariz do paciente que, em seguida, ficava inconsciente. Assim, os cirurgiões europeus adotaram a esponja soporífera por mais de dois séculos. (BARASH et al., 2014; MANICA, 2018; REZENDE, 2009)

Com o avanço da química, na Idade Moderna, o advento da descoberta dos gases – oxigênio em 1771 e o óxido nitroso em 1772 pelo químico inglês Joseph Priestley – permitiu que seus efeitos fossem estudados. Nesse contexto, em 1800, um químico britânico chamado Humphry Davy publicou um livro e descreveu os dois principais efeitos: a euforia e a analgesia. Em Londres, Davy começou a trabalhar na Royal Society em 1819, fez várias demonstrações públicas de óxido nitroso e o chamou de “gás hilariante”. Durante uma dessas apresentações, em 1844, nos Estados Unidos (EUA), o dentista Horace Wells observou que um voluntário da plateia, após inalação do gás, teria cortado o joelho e não percebeu. Intrigado, Wells pediu para o apresentador do espetáculo, Gardner Quincy Colton, ir ao seu consultório e aplicar uma dose do gás para posterior extração do seu dente molar por seu colega dentista John M. Riggs. O procedimento foi um sucesso. Desse modo, convencido das propriedades analgésicas do óxido nitroso, Wells foi para Boston, que era o centro médico mais avançado do país, em janeiro de 1845, para fazer uma demonstração, porém o estudante voluntário para extração dentária sentiu dor e o procedimento foi considerado um fracasso. (BARASH et al., 2014; MANICA, 2018; REZENDE, 2009; WILDSMITH, [2012])

Outro dentista, William Thomas Green Morton, que havia sido aluno e posteriormente parceiro de Wells, ajudando na apresentação em Boston, percebeu que era necessária uma alternativa para óxido nitroso. Como estudante de Medicina em Harvard, consultou alguns professores, entre eles o professor de química Charles Thomas Jackson, tomando a decisão de utilizar o éter em vez do gás hilariante. Após vários experimentos com animais, ele próprio e pacientes, convicto da possibilidade de uma cirurgia sem dor, Morton decide realizar a demonstração

para o mundo médico, escolhe o Massachusetts General Hospital, em Boston, e espera convite e permissão do cirurgião John Collins Warren. Desse modo, em 16 de outubro de 1846, às 10h, Warren realiza a cirurgia para remoção de um tumor vascular na mandíbula do paciente Edward Gilbert Abbott, que foi anestesiado com éter pelo dentista Morton com um aparelho inalador projetado por ele. Sendo assim, essa data é considerada como a data da primeira intervenção cirúrgica sem dor. (BARASH, 2014; MANICA, 2018; REZENDE, 2009; SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA, 2021; WILDSMITH, 2021)

Apesar de Morton não ter sido o pioneiro no uso do éter para realização de cirurgia sem dor, já que antes dele foi utilizado por William E. Clarke (janeiro de 1842) e Crawford Williamson Long (março de 1842), ele foi o primeiro que obteve sucesso em uma demonstração pública. Por isso, lhe é dado os créditos pelo início da anestesia. Cabe ressaltar que a palavra “anestesia” já tinha sido empregada no seu significado moderno (do grego *an*, privação de; e *aisthesis*, sensação) pelo médico grego Dioscórides ao relatar os efeitos da mandrágora no século I. Em 21 de novembro de 1846, o médico Oliver Wendell Holmes, ao escrever para Morton, propõe a palavra “anestesia” para descrever o estado mental produzido pela inalação do éter. (BARASH et al., 2014; MANICA, 2018; REZENDE, 2009; SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA, 2021)

A primeira anestesia geral realizada no Brasil aconteceu no dia 25 de maio de 1847, no Hospital Militar da Guarnição da Corte, no Rio de Janeiro, pelo médico Roberto Jorge Haddock Lobo que também utilizou o éter em um estudante de Medicina que se voluntariou para a experiência. Uma semana depois, os médicos Domingos Marinho de Azevedo Americano e Leslie Curtis aplicaram a anestesia para a cirurgia de dois soldados. No mesmo ano, na Inglaterra, o médico James Simpson identifica as propriedades anestésicas do clorofórmio. Nesse contexto, cerca de quatro meses após essa descoberta, em 18 de fevereiro de 1848, ocorre aqui no Brasil, na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, a primeira anestesia geral com esse fármaco executada por Manoel Feliciano Pereira de Carvalho. (MANICA, 2018; REZENDE, 2009; SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA, 2021)

No final do século XIX e início do século XX, a Anestesiologia foi ampliando seu campo de atuação com o surgimento de novos fármacos, equipamentos e técnicas. Nesse sentido, com o maior número de estudantes e médicos interessados na área, as clínicas e hospitais foram estruturando os serviços de Anestesiologia. Dessa forma, em 1929, o professor Augusto Brandão Filho – cirurgião convicto da necessidade de organizar o serviço de Anestesiologia nos moldes que havia nos EUA e Inglaterra – criou, no hospital em que trabalhava, a Chefia de Anestesia e entregou ao seu estagiário Mário Castro d’Almeida Filho. Em 1939, Mário convidou

Oscar Vasconcellos Ribeiro juntamente com Ivo Lazzarini Santiago e criou o primeiro serviço de anestesia privada, denominado Serviço Médico de Anestesia (SMA). Assim, médicos de vários estados iam para o Rio de Janeiro à procura de estágios na SMA. (MANICA, 2018; SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA, 2021)

A Segunda Guerra Mundial contribuiu para o crescente desejo dos médicos pela anestesia no Brasil, pois, com o retorno da Força Expedicionária Brasileira (FEB), vários médicos que foram designados a um estágio em Anestesiologia no Corpo de Saúde do V Exército das Forças Aliadas regressaram aos seus estados com novas experiências e fizeram emergir o fascínio pela especialidade. Dessa forma, reuniões para discussões clínicas ficavam cada vez mais organizadas e regulares. (MANICA, 2018; SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA, 2021)

Em um desses encontros, no auditório do Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, no dia 25 de fevereiro de 1948, os doutores Antônio Patury e Souza e Oscar Vasconcellos Ribeiro presidiram uma reunião com colegas anestesistas que se tornou uma Assembleia de Fundação da Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA). Sendo a primeira diretoria constituída pelos doutores: presidente Mário Castro D'Almeida Filho; vice-presidente Antônio Patury e Souza; secretário José Luiz Guimarães Santos; tesoureiro Paulo Drolshagem; bibliotecário Breno Cruz Mascarenhas; e diretor da revista Oscar Vasconcelos Ribeiro. (MANICA, 2018; SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA, 2021)

Na Bahia, a primeira tese sobre anestesia foi apresentada por Fiel José de Carvalho e Oliveira à Faculdade de Medicina (FMB) em 1851. Muitos relatos de anestesia nessa época foram realizados com o uso do clorofórmio. No entanto, em 5 de setembro de 1866, em Salvador, ocorreu o primeiro ensaio de anestesia local com uso de éter e do aparelho de Richardson realizado pelo médico M.M. Pires Caldas. Outro médico, dr. Alexander Paterson, em 1870, usou pela primeira vez o hidrato de cloral. Na Enfermaria de Olhos do Hospital da Misericórdia de Salvador, em 19 de fevereiro de 1885, Santos Pereira efetuou uma paracentese da câmara anterior do olho anestesiado por cocaína, a primeira não somente na Bahia, mas também no Brasil. (MANICA, 2018)

A maior parte dos procedimentos anestésicos na Bahia foi executada por cirurgiões, atendentes de enfermagem e irmãs de caridade no início do século XX e até meados da década de 1940. Sob tal ótica, em 1924, o American College of Surgeons decide aderir um programa de padronização hospitalar com a criação do corpo clínico e suas áreas de atuação, somente duas décadas depois que a Anestesiologia se estabelece como especialidade médica no estado. Dessa maneira, havia três grupos de anestesiológicos em Salvador ao final da década de 1940: Milton Luz e Jaime Gordilho; Menandro A. Leão de Faria e Eduardo Araújo;

Walter Vianna e Afrânio Torres. (MANICA, 2018; SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA, 2021)

Milton Luz foi anestesiológico do Hospital Santa Izabel. Menandro A. Leão de Faria e Eduardo Araújo foram os fundadores do Serviço de Anestesia de Salvador (SAS), agrupando a maioria dos anestesiólogos que moravam em Salvador e, posteriormente, converteram-se para cooperativa. Walter Viana chefiou o Serviço de Anestesiologia do Hospital das Clínicas, também conhecido como Hospital Universitário Professor Edgard Santos (Hupes), da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Afrânio Torres foi chefe de Anestesiologia na Maternidade Climério de Oliveira. Além desses, em 1952, Valdir Cavalcanti Medrado foi nomeado anestesiólogo do Hupes. Em 1953, ele foi nomeado professor honorário de Fisiologia da FMB e, posteriormente, da Escola Bahiana de Medicina. Após retorno do programa de residência de Duke Hospital, da Universidade Duke, nos EUA, Medrado começou a chefiar o Serviço de Anestesiologia do Hupes até março de 1994. Ademais, ele também foi responsável pelo Centro de Ensino e Treinamento (CET), reconhecido pela SBA. (MANICA, 2018)

A primeira residência médica do estado da Bahia foi criada em 1958, no Hupes, pelo professor de clínica médica e filho do titular, Roberto F. Santos, que incluía disciplina de Anestesiologia. Essa residência teve como seu primeiro formando Djalma N. Costa em 1959. Os grandes centros de referência para treinamento da Anestesiologia em Salvador passaram a ser o Hupes e o Hospital Santa Izabel. Em 1979, o Hospital Geral Roberto Santos foi inaugurado, com isso o segundo centro CET da Bahia foi criado, chefiado inicialmente por Ivo Amado e, em seguida, por Eliomar Santana Trindade. O terceiro CET surgiu com a inauguração do Hospital São Rafael, que conveniado com a UFBA se transformou em um novo núcleo universitário. (MANICA, 2018)

Com o incentivo da SBA, em 28 de fevereiro de 1953, foi criada a seção regional da Bahia, a princípio nomeada de Sociedade de Anestesiologia do Estado da Bahia (Saeb), durante uma assembleia no Hupes. Assim, a primeira diretoria foi composta pelos doutores Milton Luz (presidente), Eduardo Araújo Filho (secretário), Afrânio Torres (tesoureiro) e Walter Viana (bibliotecário). A partir de 1976, a Sociedade de Anestesiologia da Bahia (SAB) passou a se chamar Saeb e se mantém até hoje. Atualmente, a Saeb tem como diretoria: dra. Liana Maria Tôres de Araújo Azi (presidente), dr. Márcio Henrique Lopes Barbosa (vice-presidente), dra. Bianca Valéria G. Nobre dos Santos (secretária geral), dr. Libório Ximenes Aragão Filho (diretor financeiro), dr. Elio Ferreira De Oliveira Junior (diretor administrativo), dr. Murilo Pereira Flores (diretor científico) e dr. Alexandre Goulart Pustilnik (diretor de defesa profissional). (MANICA, 2018; SOCIEDADE DE ANESTESIOLOGIA DO ESTADO DA BAHIA, 2020)

A evolução da Anestesiologia proporcionou a melhoria da qualidade de vida e aumento da sobrevivência dos pacientes cirúrgicos ao longo dos anos. Com a descoberta de novos gases anestésicos, uso de medicamentos intravenosos, o avanço da monitorização, o aperfeiçoamento dos equipamentos, bem como o surgimento e aprimoramento de técnicas anestésicas, foi possível a realização de cirurgias de longa duração, com redução de morbidade e mortalidade associadas ao ato cirúrgico, tornando, assim, o procedimento seguro. Além disso, a analgesia e sedação contribuem para diminuição da ansiedade e do medo associado aos procedimentos cirúrgicos, assim como auxilia no tratamento da dor no pós-operatório, promovendo maior conforto para os pacientes. Portanto, é notório que o progresso da Anestesiologia possibilitou o desenvolvimento de outras especialidades médicas e garantiu inúmeros benefícios à sociedade.

MERCADO DE TRABALHO DA ANESTESIOLOGIA

A Anestesiologia é uma especialidade médica que vive um estado de constante crescimento. Na atualidade, acaba por ocupar o quinto lugar de especialidade mais numerosa da área médica, mantendo por anos uma alta concorrência em suas provas de ingresso na residência médica, mesmo sendo considerada como uma especialidade recente. Ressalte-se que, em sua distribuição regional, a grande maioria de profissionais se concentram entre o Sudeste, Sul e Nordeste. (SCHEFFER, 2020)

Ao contrário do pensamento da maioria das pessoas, a Anestesiologia não se limita a somente anestésias o paciente. O campo de atuação da especialidade é bem amplo, permitindo a atuação do profissional em quase todos os setores hospitalares. Um dos maiores compromissos do médico anestesiológico é a monitorização das funções vitais do paciente ao longo do procedimento realizado, seja ele de ordem terapêutica, seja diagnóstica. Além disso, pode atuar também no transporte de pacientes críticos, cuidados paliativos e pós-operatórios, tratamento de dores agudas e crônicas, e no acompanhamento de pacientes em terapia intensiva. Em resumo, a atuação do anestesiológico consiste basicamente em salvar o paciente em seus momentos mais críticos, protegendo, assim, o bem mais precioso: a vida.

O perfil do profissional de Anestesiologia possui uma característica multidisciplinar, devido ao contato com outras inúmeras especialidades médicas, principalmente as com cunho cirúrgico. Por isso, há cada vez mais necessidade de que o anestesiológico possua características como: grande conhecimento das áreas básicas, boa coordenação olho-mão, raciocínio rápido sobre algoritmos, capacidade rápida de decisão, calma e tranquilidade em momentos de crise, liderança e capacidade de trabalhar em equipe.

O mercado de trabalho na área possui ainda um alto índice de empregabilidade em todo território nacional, o que se dá, principalmente, devido ao crescente estado de expansão das redes hospitalares, sejam elas públicas, sejam privadas. Além disso, o grande avanço tecnológico e farmacêutico vem oferecendo cada vez mais possibilidades para o profissional anestesista e mais qualidade e conforto aos pacientes. Portanto, é esperado que a especialidade se mantenha ainda em ascensão por um longo período. Além disso, a área ainda é prevalentemente ocupada pelo sexo masculino, com grande previsão de igualdade em relação ao sexo feminino nos próximos anos devido ao progressivo ingresso das mulheres nos cursos de Medicina e nessa especialidade médica.

Em relação à remuneração, a Anestesiologia é uma das áreas que mais se destaca. Contudo, devido à variedade do campo de atuação dos médicos anesthesiologistas, o salário pode variar bastante, além de possuir uma forte interferência quanto ao tempo de experiência desse profissional. Atualmente, o profissional pode atuar em grupos de anesthesiologistas, como autônomo, ou em serviços públicos, o que promove uma certa variação das remunerações. Porém, em sua maioria, a remuneração do médico anesthesiologista é bastante atrativa e lhe promove um padrão de vida suficientemente confortável.

ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE DE ANESTESIOLOGIA NO ESTADO DA BAHIA (SAEB)

A Saeb, segundo seu estatuto, é uma organização civil filiada à SBA, sem fins lucrativos, que, entre diversas contribuições, tem uma importante atuação no que se refere ao aperfeiçoamento, ao ordenamento e à divulgação da Anestesiologia, da Terapia Intensiva, do Tratamento da Dor e da Reanimação dentro do estado da Bahia. Essa importante *performance* tem como resultado o incremento dessa especialidade, bem como dos assuntos relacionados, criando um cenário de consolidação e de progresso para os profissionais envolvidos na Saeb e para os acadêmicos interessados nessa temática na Bahia.

Tal instituição possui uma relevante e estratégica divisão de membros que contribui para o desempenho ímpar que a sociedade possui. Isso porque essa divisão passa desde os membros fundadores, os quais assinaram, segundo o estatuto da Saeb, a Ata da Sessão de Fundação, até os aspirantes adjuntos os quais são, por exemplo, residentes de Anestesiologia em formação e são beneficiados pelo ambiente de crescimento profissional e científico que a Saeb proporciona. No entanto, esses membros também possuem contrapartidas importantes que conferem seriedade ao ambiente da sociedade. Um exemplo disso

são os deveres dos membros da Saeb previstos no seu estatuto, como contribuir para as realizações dos objetivos da instituição, pagar as anuidades, respeitar o Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina (CFM) e o Código Profissional da SBA.

Ainda dentro dessa perspectiva, o professor dr. Luciano Santos Garrido, responsável pelo CET alocado no Hupes, sendo este CET credenciado pela SBA para especialização de Anestesiologia no estado da Bahia, garante que a Saeb confere um senso de união aos profissionais da Anestesiologia, assim como possibilita um ambiente de promoção e de produção de conhecimento científico nessa área. Isso ocorre porque, de acordo com dr. Garrido, a SBA e a Saeb possuem um variado calendário de eventos científicos, como o Congresso Anual de Anestesiologia e as Jornadas Científicas distribuídas por regiões geográficas no país, além de atividades sociais periódicas, como a recente arrecadação de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), promovida pela Saeb, para os profissionais da saúde durante a pandemia de covid-19.

RESIDÊNCIAS MÉDICAS EM ANESTESIOLOGIA NA BAHIA

No começo dos anos 1950, o professor Alípio Corrêa Neto no Hospital de São Paulo, vinculado à Escola Paulista de Medicina (EPM), deu início à estruturação da Anestesiologia como especialidade no Brasil. Enquanto isso, na Bahia, o início se deu apenas no final da década de 1950, com dr. Valdir Cavalcante Medrado que importou conhecimento das práticas pioneiras de anestesia executadas nos EUA, em 1846, como a validação do uso do éter sulfúrico para sedação de pacientes cirúrgicos, além da solução de éter sulfúrico. (FENSTER, 2001; FULOP-MILLER, 1951) O dr. Medrado, além disso, também construiu e impulsionou um dos primeiros serviços de Anestesiologia da Bahia e do Brasil, no Hupes.

Durante algum tempo, o Hupes e o Hospital Santa Izabel concentraram a formação dos especialistas em Anestesiologia na Bahia e até mesmo no Nordeste, tendo duas vagas anuais em cada serviço, ou seja, quatro vagas de Anestesiologia no estado. Atualmente, na Bahia, existem, segundo a Comissão Estadual de Residência Médica (Cerem/BA), sete centros formadores credenciados, que juntos totalizam um total de 35 vagas ofertadas anualmente, com duração média de três anos.

A distribuição das vagas, segundo a Cerem/BA 2021, são sete vagas para o Hupes; duas vagas para o Hospital Aristides Maltez; cinco vagas para o Hospital Roberto Santos; cinco vagas para o Hospital Santa Izabel; oito vagas para o Hospital Santo Antônio; cinco vagas para o Hospital São Rafael e três vagas para o Hospital Geral de Vitória da Conquista.

A avaliação dos CET segue o padrão definido pela SBA, assim tal avaliação consegue quantificar precisamente o desempenho do serviço, além da capacidade de produção científica e qualidade de ensino.

ANESTESIOLOGIA NO CURSO DE GRADUAÇÃO DA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Na FMB, a Anestesiologia tem sido contemplada em distintos momentos da formação e sob diferentes formatos. Desde a graduação, a faculdade dispõe de opções relacionadas a área, como a disciplina optativa Anestesiologia (MED 198). Criada em 1983, constitui-se numa introdução a temas anestésiológicos, como anestésicos gerais venosos, manejo de via aérea e anestesia do neuroeixo, dentre outros temas. Atualmente, a disciplina é ministrada pelos médicos dr. Luciano Garrido e dr. Gervásio Campos, além de contar com as contribuições de médicos residentes e do chefe da residência de Anestesiologia do Complexo Hupes, dr. João José. É dividida em duas frentes: uma teórica, na qual os temas são discutidos em estilo Problem Based Learning (PBL), proporcionando aos alunos participarem da construção de conhecimento; e uma prática, em que os alunos frequentam o centro cirúrgico do Hupes, acompanhando médicos residentes e preceptores no decorrer das condutas anestésicas. A matéria é muito bem avaliada pelos docentes e discentes, sendo uma das optativas com maior número de alunos matriculados.

Entretanto, dentro dos componentes curriculares obrigatórios, a Anestesiologia é, infelizmente, negligenciada pela ampla maioria das faculdades de Medicina da Bahia, realidade à qual a FMB/UFBA pertence. Poucas matérias, mesmo as cirúrgicas, dão o destaque necessário aos importantes temas da área, que deveriam ser dominados por qualquer médico, independentemente de sua especialidade, como manejo de via aérea. Nesse sentido, algumas disciplinas se destacam, como Técnica Operatória e Cirurgia Experimental (TOCE), que leciona, em aulas teóricas e práticas, a respeito de manejo de via aérea e acessos venosos centrais e periféricos; e Clínica Cirúrgica, conhecida pelos discentes como “metabólica”, que instrui acerca de temas teóricos importantes para a área anestésica e de dor, como manejo volêmico, hemoderivados e manejo da dor pós-operatória.

Destaca-se o último tema, dado com enorme domínio pelo médico anestesiológico dr. Durval Kraychete, que passou a ofertar, durante o Semestre Letivo Suplementar (SLS), uma disciplina optativa chamada Dor: Abordagem, Diagnóstico e Tratamento, de código MED D12. Tal componente, unicamente teórico, devido ao período pandêmico no qual estava inserido, focava na abordagem introdutória ao estudo da dor crônica e aguda, além de embasar os alunos

em temas muitas vezes nem tangenciados durante a graduação, como fisiopatologia da dor. A disciplina teve avaliação muito positiva, criando bastante interesse em uma série de alunos que deram origem, em fevereiro de 2021, ao grupo de pesquisa SENSE – Pain Medicine Research Group, também orientado pelo prof. Durval Kraychete.

Além disso, como mais uma opção para alunos interessados na área, foi criada, em 2013, a Liga Acadêmica de Anestesiologia e Farmacologia (LAAF), por um grupo de discentes da FMB. A liga foi iniciada com orientação do professor dr. Eduardo Pondé, psiquiatra e professor de Terapêutica I e II do curso. Desde então, diversas atividades têm sido desenvolvidas no âmbito de ensino, pesquisa e extensão.

Após uma pausa, entre julho de 2018 e março de 2019, a liga foi reativada por um grupo de estudantes da FMB, composto por basicamente duas turmas da instituição: 251 (2016.2) e 253 (2017.2), sob a presidência do aluno Bruno Almeida e orientação do prof. dr. Durval Kraychete, especialista e referência na Medicina da dor aguda e crônica. A liga então retomava sua atividade com diversas atividades de ensino, com sessões semanais e participações nas sessões científicas da Saeb; atividades de extensão, como estágios no ambulatório da dor do Ambulatório Magalhães Neto, supervisionados pelo orientador do grupo; e atividades de pesquisa, com participações na Jornada de Anestesiologia da Bahia (Jorba).

A partir de agosto de 2019, a liga passou a ter o aluno Márcio José Nunes como presidente, além de receber a orientação da profa. dra. Liana Azi, referência nacional em manejo volêmico intraoperatório e atual presidente da Saeb. Nesse período, um novo estágio foi iniciado no centro cirúrgico do Hupes, no qual os ligantes acompanhavam as condutas dos residentes e orientações dos preceptores do Serviço de Anestesiologia.

Em 2020, com a chegada da pandemia de SARS-CoV-2, o coronavírus, a LAAF, assim como todas as ligas acadêmicas, passa por um grande desafio: manter as atividades funcionando em acordo com o permitido no ambiente acadêmico. Nesse período, foi decidido que as atividades de ensino iriam permanecer de forma remota, por meio de plataformas virtuais, enquanto os estágios seriam interrompidos, por questão de segurança sanitária. A liga, então, iniciou uma nova fase, com um processo seletivo aberto, no qual era permitida a entrada de estudantes de outras instituições de ensino. Mesmo com as limitações relacionadas à pandemia, a LAAF permaneceu com atividades de ensino, como sessões e palestras virtuais, com participação de grandes referências da Anestesiologia baiana e brasileira, como dr. Renato Lucas e dr. Daniel da Escócia. Na área de pesquisa, a LAAF seguiu ativa com participação e apresentação de trabalhos em diversos eventos, como Jornada Norte Nordeste de Anestesiologia (Jonna),

Congresso de Anestesiologia da Universidade de São Paulo (USP) e Congresso Brasileiro de Ensino Médico (Cobem).

Ademais, destacam-se as atividades de extensão promovidas pela liga, como a campanha em conjunto com a Liga Acadêmica de Pediatria (Laped) intitulada “Hora da Escola” e da campanha de doação de sangue promovida pelo Grupo de Estudo em Cirurgia em Emergência e Trauma (Gecet), além de eventos como o Congresso Brasileiro de Anestesiologia para Acadêmicos (CBAcad), Encontro Multidisciplinar sobre Dor (EMDor) e simpósios, dentre os quais podemos citar o Simpósio sobre Hemostasia e o Simpósio Descomplicando a Anestesiologia e Cirurgia.

NECESSIDADE DE ATUALIZAÇÃO CURRICULAR – IMPLEMENTO DE TEMAS RELACIONADOS À ANESTESIOLOGIA

O SARS-CoV- 2, conhecido como novo coronavírus, iniciou uma pandemia a níveis nunca vistos na humanidade: Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) superlotadas em todo o planeta, pronto-atendimentos e emergências repletos de pacientes em franca insuficiência respiratória, entre outras disfunções orgânicas. Tal cenário conduziu ainda a uma crise de abastecimento de medicamentos e equipamentos, escancarando deficiências na formação médica. Apesar de serem temas necessários para todos os médicos, há grande déficit no domínio de conteúdos básicos da Anestesiologia, como sedação e analgesia, manejo de via aérea e manejo de pacientes críticos.

Nesse sentido, é necessária a reflexão acerca dos conteúdos priorizados durante a formação básica nas instituições de ensino médico brasileiras. Como já citado, podemos relembrar a realidade da FMB, que pouco privilegia assuntos da seara anestésica: durante todo o curso, poucos componentes curriculares obrigatórios abordam tais temáticas.

Como exemplo positivo, podemos citar a instituição Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC), que inseriu a matéria Anestesiologia como componente obrigatório no currículo dos discentes. A experiência das turmas tem sido bastante positiva, com aumento do domínio dos conteúdos e fortalecimento das habilidades práticas necessárias para a execução dos procedimentos.

Além de sua estreita relação com a Medicina Intensiva, a Anestesiologia é uma das áreas mais relacionadas ao estudo da dor crônica e aguda e à seara dos cuidados paliativos. Tais temáticas são negligenciadas durante a graduação em Medicina, como explicitado em pesquisa realizada na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA) com os alunos do curso de Medicina,

que demonstrou os déficits no domínio teórico e prático do manejo de dor aguda e crônica: cerca de 75% dos discentes demonstraram não saber como iniciar o tratamento algico, enquanto 87% não tinha domínio de como rotacionar os medicamentos. Entretanto, a maioria dos estudantes demonstraram conhecer escalas de dor e mecanismos de ação de medicamentos analgésicos. Tal cenário pode ser explicado pela presença da disciplina de Anestesiologia dentre os componentes curriculares obrigatórios do curso. (DALPAI et al., 2017)

Na mesma linha, a médica anestesiológica Ursula Bueno desenvolveu um instrumento de avaliação sobre o conhecimento e a aquisição de competências em Cuidados Paliativos, intitulado PalliComp. Tal instrumento foi aplicado na Universidade Federal do Paraná (UFPR) para validação, obtendo interessantes resultados, que demonstraram grandes lacunas tanto no conhecimento teórico quanto nas competências práticas. (GUIRRO; PERINI; SIQUEIRA, 2021)

Levando em consideração tais estudos e a tendência do perfil demográfico da população brasileira, que acarreta maior número de comorbidades algicas e de pacientes com necessidade de palição, é importante uma reflexão acerca da melhor abordagem de tais temas dentro do currículo das faculdades de Medicina. A FMB tem buscado tais mudanças por meio de matérias optativas, como Anestesiologia (MED 198) e Dor: Abordagem, Diagnóstico e Tratamento (MED D12). Entretanto, é necessário maior enfoque em tais assuntos dentro de componentes curriculares obrigatórios, para que haja homogeneidade entre todos os discentes.

A ANESTESIOLOGIA E A MEDICINA DA DOR

Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor (Iasp), a dor é “uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual atual, potencial, ou descrita em termos de tal lesão”. Os processos psicológicos, assim como as experiências passadas e cultura, influenciam na percepção e resposta à dor. O simples fato de ouvir alguma afirmação a respeito do quadro, por vezes, pode propiciar um término do processo doloroso e até mesmo alívio total da sintomatologia. Portanto, a presença da dor pode ser determinada por necessidades psicológicas específicas. (CORRÊA et al., 2019; MARQUEZ, 2011; SALLUM; GARCIA; SANCHES, 2012)

A dor é dividida basicamente em dois grandes grupos, a dor aguda e a dor crônica. O primeiro deles é considerado uma dor fisiológica, funcionando como uma defesa, portanto senti-la é essencial para a sobrevivência. Tal dor tem duração limitada no tempo (duração menor que 12 semanas) e espaço, cessando com a resolução do processo tóxico. Todavia, o outro grupo, dor crônica, não tem a finalidade biológica de alerta e sobrevivência, portanto pode ser vista como uma

doença. (SALLUM; GARCIA; SANCHES, 2012) Uma pessoa com dor crônica pode cursar com irritabilidade, insônia, depressão mental, estresse, diversas alterações psicológicas e de outras ordens, que além de afetarem o seu cotidiano, afetarão as suas relações sociais. (BASTOS et al., 2007) O processo de dor crônica pode ter um impacto direto na qualidade de vida do doente e foi devido a essa demanda que surge, no intuito de melhorar a qualidade de vida de certos pacientes, a Medicina da Dor.

A Medicina da Dor é uma especialidade que foi oficializada pelo CFM em 2011, portanto configura-se como uma área de atuação relativamente nova. Atualmente, o tratamento da dor é uma área de atuação em que algumas especialidades médicas podem trabalhar, como os anesthesiologistas. Nesse caso, para esses profissionais, o primeiro contato com o tratamento da dor se dá em algumas residências de Anestesiologia que possuem, na sua grade curricular, um estágio em dor aguda e crônica.

A Medicina da Dor surgiu como uma nova perspectiva de atuação para o anesthesiologista, pois nesse campo ele consegue atuar em consultórios, tratando e acompanhando as dores de seus pacientes. Além disso, poderá atuar também no âmbito hospitalar, tratando os pacientes internados com dor crônica, a fim de realizar intervenções como bloqueio de nervos ou bloqueio de plexo quando necessário.

O dr. Olympio Chacon, médico graduado pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), residente e pós-graduado em Anestesiologia e Dor pela USP, concedeu uma entrevista¹ aos autores deste capítulo e segundo ele, atualmente, tem-se mudado a ideia de que o papel do anestesista é empregado apenas no momento pontual da cirurgia, visto que suas ações afetam diretamente ou indiretamente no prognóstico da doença do paciente. Nesse sentido, o trabalho do anesthesiologista especialista em Medicina da Dor engloba tanto o período pré-operatório quanto o pós-operatório, além de acompanhamento em consultório.

Por ser uma especialidade recente, no Brasil, ainda se tem poucos médicos com títulos de atuação na área da Dor. Porém, nos últimos cinco anos, o número de profissionais especialistas aumentou de maneira significativa, mostrando, assim, que esse é um campo promissor, principalmente por proporcionar uma diversificação na forma de atuar do anestesista.

Por fim, é indiscutível o quanto a Medicina da Dor traz benefícios para os pacientes que usufruem dela. O dr. Olympio Chacon afirma que o tratamento da dor, além de ser multidisciplinar, é também longitudinal. Por isso, se o paciente é acompanhado por um médico que saiba diagnosticar e tratar a dor corretamente,

1 Entrevista concedida a Ana Clara Lemos, coautora deste capítulo, Salvador, setembro de 2021.

que saiba orientar, prevenir, diagnosticar e tratar a agudização de uma dor crônica e que possa fornecer uma intervenção quando indicado, será proporcionado para esse paciente um aumento em sua qualidade de vida.

ANESTESIOLOGIA NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA PELO SARS-COV-2

Em dezembro de 2019, na província de Wuhan, começaram a ser reportados *clusters* de pneumonia que indicavam o início de uma nova pandemia ocasionada por um novo coronavírus, o causador da covid-19. A China apresentou números crescentes em escala exponencial que levaram ao isolamento da província e, apesar da situação parecer isolada, em 31 de janeiro de 2020, dois casos foram relatados em Roma, na Itália. Assim, pouco tempo depois, a covid-19 se tornou uma ameaça real para toda a população do globo, levando ao colapso do sistema de saúde devido à alta demanda por leitos de UTIs e à baixa disponibilidade de respiradores. (PASCARELLA et al., 2020; QUINTÃO; CARMONA, 2020)

Atualmente, é de conhecimento geral que o SARS-CoV-2 possui alta transmissibilidade, com transmissão aérea através de partículas de aerossóis de secreções respiratórias, e pode evoluir desde forma assintomática até um quadro de insuficiência respiratória aguda grave, levando à necessidade de manipulação das vias aéreas por meio da Intubação Orotraqueal (IOT) e uso de ventilação mecânica. Dessa forma, a rotina e os hábitos de toda a população, assim como os sistemas de saúde, precisaram de modificações, que vão desde a obrigatoriedade do uso de máscaras, limitação da quantidade de pessoas em determinados espaços até mudanças na organização dos serviços de saúde para os cuidados necessários ao atendimento dos pacientes com covid-19. (QUINTÃO; CARMONA, 2020)

Por conta da alta demanda e da dificuldade de lidar com uma doença grave, muitos profissionais médicos foram realocados para atender a população. Esse é o caso dos anestesiologistas, principalmente por serem profissionais altamente especializados em vias aéreas e também porque, através da experiência prévia em outras epidemias de coronavírus e da pandemia de *influenza A* de 2009, já se sabia que os procedimentos que envolvem as vias aéreas, como intubação orotraqueal, extubação traqueal, a aspiração traqueal, a broncoscopia e desconexão do ventilador mecânico, apresentam alto risco de transmissão por aerossóis respiratórios. Dessa forma, anestesiologistas estão atuando junto com outras especialidades e profissionais, como peças-chave no controle da transmissão intra-hospitalar entre pacientes e equipe. (PASCARELLA et al., 2020; ODOR et al., 2020; QUINTÃO; CARMONA, 2020)

Como prestar assistência aos pacientes diagnosticados ou com suspeita covid-19 representa um enorme desafio e risco para os profissionais anestesiologistas, a SBA

publicou recomendações para o manejo desses pacientes, que consistem em uso adequado dos EPIs, avental de proteção descartável, gorro, óculos de proteção ou capacete, luvas e principalmente as máscaras N95. Deve haver também treinamento rotineiro para a colocação e descarte desses EPIs. (GREENLAND et al., 2020; QUINTÃO; CARMONA, 2020)

A dra. Liana Maria Torres de Araújo Azi,² médica graduada pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e com residência, com mestrado e doutorado em Anestesiologia pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP), da USP, concedeu uma entrevista aos autores deste capítulo sobre a sua atuação como médica anestesista nesse período. Segundo ela, um dos principais desafios, principalmente na fase inicial da pandemia, foi a adaptação às novas rotinas e aos novos equipamentos de proteção individual e para a proteção do paciente. Alguns deles, posteriormente, acabaram não se mostrando efetivos e percebeu-se que eles acabavam, inclusive, diminuindo a acessibilidade do paciente ao hospital, principalmente daqueles em vulnerabilidades socioeconômicas.

Ainda, dra. Liana relata também que as pessoas não estavam prontas para lidar com a situação tão adversa. Ela diz ter se sentido insegura especialmente nas primeiras intubações, pois se tratavam de pacientes muito difíceis, visto que dessaturam muito fácil e faziam muita hipotensão. Além disso, antes a intubação era indicada tardiamente, depois passou a ter uma indicação precoce. Essas mudanças de conduta aconteciam de forma muito rápida no intuito de achar a mais adequada, o que também se configurou como um grande desafio.

Visando obter uma abordagem pragmática para o gerenciamento e controle da infecção, os anestesistas precisaram participar de um processo abrangente através de uma estratégia hierárquica para conter a transmissão viral da covid-19. Para isso, foi necessária a adaptação organizacional de forma que garantisse o controle do isolamento precoce de pacientes infectados e apoiasse a descontaminação eficaz de equipamentos. (ODOR et al., 2020; QUINTÃO; CARMONA, 2020)

Sabe-se que os pacientes submetidos a procedimentos, a fim de evitar movimentação desnecessária, deviam ter seu processo de avaliação e recuperação dentro da sala cirúrgica. No entanto, nos tempos de pandemia, para reduzir o risco de contaminação, houve a recomendação de que os materiais frequentemente manipulados por indivíduos diferentes, como monitores e carrinhos, fossem cobertos com um plástico transparente de proteção e passassem por desinfecção terminal após finalizado o procedimento. (QUINTÃO; CARMONA, 2020)

2 Entrevista concedida a Victoria Maria Sampaio, coautora deste capítulo, sobre “Os desafios da Anestesiologia no enfrentamento da Pandemia pelo SARS-COV-2, em Salvador, set. 2021.

Outra orientação era que a manipulação das vias aéreas deveria ser minimamente realizada e de forma protetiva, sendo que a escolha de técnicas anestésicas regionais foram as mais indicadas. (ODOR et al., 2020) Nesse sentido, dra. Liana relata que, no começo, usava-se plástico nos celulares e computadores, além de tudo o que era levado para as salas de centro cirúrgico ser duplamente protegido. Alguns hábitos acabaram se estendendo para a vida pessoal até hoje. Ela, por exemplo, desinfeta todo material que leva para o hospital, ao chegar em casa, com álcool, e acredita que esse incremento de proteção extra foi a principal mudança da rotina.

Uma outra mudança que dra. Liana aponta foi o incremento da telemedicina, que serviu e vem servindo como uma forma de abreviar os caminhos do paciente até o centro cirúrgico, reduzindo também os riscos de contaminação ao longo do processo. Isso, sem sombra de dúvidas, foi um grande ganho para os pacientes.

Por fim, no meio de tantas incertezas, pode-se afirmar que a covid-19 é uma doença que fará parte do dia a dia dos médicos ao longo das suas carreiras, principalmente nos próximos anos, pelos impactos negativos que a patologia trouxe. Nesse sentido, ao ser questionada sobre formas de minimizar os impactos negativos dessa doença a longo prazo, dra. Liana relata que há um *backlog* muito grande de pacientes cirúrgicos que não operaram durante os meses mais críticos da pandemia, pessoas que postergaram as cirurgias com medo da doença. Há casos que, por conta disso, as intervenções cirúrgicas acabaram tendo complicações e apresentando maior gravidade com piores desfechos. Então, ela acredita que, como forma de minimizar esse impacto, é preciso dar uma nova dinâmica de fluxo para tentar, especialmente na anestesia, convencer os pacientes a operarem o mais breve possível. Talvez isso seja facilitado através de um trabalho de conscientização da segurança, pois os protocolos dentro dos hospitais foram muito modificados e, agora, é seguro operar. Assim, é preciso passar essa confiança para que os pacientes percam o medo. Sem dúvidas, o anestesiológico tem muito com o que contribuir para a mudança da mentalidade da sociedade nesses tempos tão difíceis.

REFERÊNCIAS

BAGATINI, Airton *et al.* (ed.). *Bases do ensino da anesthesiologia*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Anesthesiologia, 2016.

BARASH, Paul G. *et al.* *Manual de anesthesiologia clínica*. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

- BASTOS, Daniela Freitas *et al.* Dor. *Revista da SBPH*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 85-96, jun. 2007. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 9 jun. 2021.
- CORRÊA, Diego Luiz Andrade *et al.* Uso de canabinóides para o manejo da dor crônica. *Revista Científica UMC*, Mogi das Cruzes, SP, p. 1-4, out. 2019. Disponível em: <http://seer.umc.br/index.php/revistaumc/article/viewFile/772/550>. Acesso em: 9 jun. 2021.
- COMISSÃO ESTADUAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA DA BAHIA. *Edital 07/01/2021*. Salvador, 7 jan. 2021. Disponível em: <https://cdn.medblog.estrategiaeducacional.com.br/wp-content/uploads/2021/02/SUS-BA-EDITAL.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2021.
- DALPAI, Débora *et al.* Pain and Palliative Care: The Knowledge of Medical Students and the Graduation Gaps. *Revista Dor*, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 307-310, out./dez. 2017.
- FENSTER, Julie M. *Ether Day: The Strange Tale of American's Greatest Medical Discovery and the Haunted Men Who Made It*. New York: Harper Collins Publishers, 2001.
- FÜLÖP-MILLER, René. *O triunfo sobre a dor: história da anestesia*. 2. ed. Tradução de Cecília Reis. Rio de Janeiro: J. Olympio, 1951.
- GREENLAND, John R. *et al.* COVID-19 Infection: Implications for Perioperative and Critical Care Physicians. *Anesthesiology*, Philadelphia, v. 132, n. 6, p. 1346-1361, 2020.
- GUIRRO, Úrsula Bueno do Prado; PERINI, Carla Corradi; SIQUEIRA, José Eduardo de. PalliComp: um instrumento para avaliar a aquisição de competências em cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 45, n. 3, p. 1-9, 2021.
- MANICA, James. *Anestesiologia: princípios e técnicas*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.
- MARQUEZ, Jaime Olavo. A dor e os seus aspectos multidimensionais. *Ciência e Cultura*, São Paulo, v. 63, n. 2, p. 28-32, abr. 2011. Disponível em: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252011000200010&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 9 jun. 2021.
- NEVES, Bárbara Silva; PINHEIRO, Tarcísio Márcio Magalhães. Epidemiological and Occupational Profile of Anesthesiologists Practicing in Belo Horizonte, Minas Gerais-Brazil, in 2010. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, Botafogo, RJ, v. 62, n. 5, p. 618-624, 2012.
- ODOR, Peter M. *et al.* Anaesthesia and COVID-19: Infection Control. *British Journal of Anaesthesia*, London, v. 125, n. 1, p. 16-24, 2020.
- PASCARELLA, Giuseppe *et al.* COVID-19 Diagnosis and Management: A Comprehensive Review. *Journal of Internal Medicine*, Oxford, v. 288, n. 2, p. 192-206, 2020.
- SALLUM, Ana Maria Calil; GARCIA, Dayse Maioli; SANCHES, Mariana. Acute and Chronic Pain: A Narrative Review of the Literature. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 25, p. 150-154, set. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103->

21002012000800023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/9XWXKgJMWrj7KRdDDxLpZtt/?lang=en#ModalArticles>. Acesso em: 9 jun. 2021.

QUINTÃO, Vinicius Caldeira; CARMONA, Maria José Carvalho. The Anesthesiologist and COVID-19. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, Campinas, v. 70, n. 2, p. 77-81, 2020.

RAMALHO, Alan Saito *et al.* Ensino de anestesiologia durante a graduação por meio de uma liga acadêmica: qual o impacto no aprendizado dos alunos? *Revista Brasileira de Anestesiologia*, Campinas, v. 62, n. 1, p. 68-73, 2012.

REIS, Almiro. O primeiro a utilizar anestesia em uma cirurgia não foi um dentista. Foi o médico Crawford Williamson Long. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, Campinas, v. 56, n. 3, jun. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-70942006000300010>. Acesso em: 25 jul. 2021.

REZENDE, Joffre Marcondes de. Breve história da anestesia geral. In: REZENDE, Joffre Marcondes de. *À sombra do plátano: crônicas de história da medicina*. São Paulo: Editora Unifesp, 2009. p. 103-109.

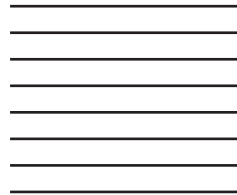
SCHEFFER, Mário *et al.* (coord.). *Demografia Médica no Brasil 2020*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP: Conselho Federal de Medicina, 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA. *Institucional*. Disponível em: www.sbahq.org. Acesso em: 25 jul. 2021.

SOCIEDADE DE ANESTESIOLOGIA DO ESTADO DA BAHIA. *Institucional*. Salvador, 2020. Disponível em: <https://www.saeab.org.br/institucional/>. Acesso em: 27 jul. 2021.

TORRES, Marcelo Luis Abramides. Especialidades Médicas – Anestesiologia. *Revista de Medicina*, São Paulo, v. 91, p. 5-6, 2012. DOI: 10.11606/issn.1679-9836.v91i0p5-6. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/58999>. Acesso em: 26 jul. 2021.

WILDSMITH, Tony. The History of Anaesthesia. *Royal College of Anaesthetist*. London, [2012]. Disponível em: <https://rcoa.ac.uk/about-college/heritage/history-anaesthesia>. Acesso em: 28 jul. 2021.



4

HISTÓRIA DA CIRURGIA ABDOMINAL

Gustavo Lousado de Almeida
Gabriel Figueiredo Mascarenhas
João Victor Ferreira da Silva
Noel Charlles Ribeiro Nunes dos Santos

INTRODUÇÃO

A história da Cirurgia é composta por dois grandes períodos, o da Cirurgia Moderna e o da Pré-Moderna. É indubitável que, ao analisarmos a história da Cirurgia, tendemos a relacioná-la com a história moderna, pois o início da Cirurgia, sobretudo o reconhecimento da Anatomia, perpassa por práticas primitivas que tendemos a repudiar. Contudo, é muito mais difícil delimitarmos uma linha do tempo perfeita da história moderna da Cirurgia, pois a fragmentação das especialidades e a busca incessante pelo desenvolvimento científico, com evoluções simultâneas e constantes, dificultam a correlação histórica desses dados.

Na história, percebemos que a especialidade cirúrgica nunca foi muito valorizada, haja vista que a grande maioria dos procedimentos decorria de problemas visíveis, ou seja, fraturas, abscessos, hérnias e tumores. Tais procedimentos eram cercados de alta taxa de mortalidade, pois era pouco o conhecimento referente às práticas de antissepsia e anestesia, o que afetava substancialmente o sucesso desses procedimentos. Foi só a partir das últimas décadas do século XIX que o cirurgião começou a ser reconhecido, quando a descoberta da anestesia, em 1846, e a prática da assepsia e antissepsia, em 1870, permitiram o avanço das práticas cirúrgicas, pois o conhecimento da anatomia e a necessidade do controle da hemorragia já eram considerados pré-requisitos essenciais desde o século XVI. (TOWNSEND JR. et al., 2014)

Parte dos primeiros relatos históricos referentes especificamente a práticas cirúrgicas na cavidade abdominal remete aos árabes, com importantes contribuições frente à laparotomia e cesariana descritas na literatura. Em seu livro *Al Tasrif*, Albucasis (936-1013) fez a primeira descrição documentada na literatura sobre procedimentos cirúrgicos da cavidade abdominal, a qual envolvia a descrição de técnicas de redução do intestino, fechamento da parede abdominal, suturas intestinais utilizando fitas finas extraídas de intestinos de animais e uso de pinças de formigas para anastomoses intestinais. Além disso, na literatura também encontramos o manuscrito de Shahnama ou “Livro dos Reis” escrito por Ferdowsi (1560-1580), que descreve a primeira cesariana realizada muitos séculos antes de Cristo, que está disponível no Metropolitan Museum of Art em Nova York. (MIRILAS et al., 2005)

Considerado fundador da Cirurgia Abdominal moderna, o médico alemão Christian Albert Theodor Billroth fundou, em 1871, a escola médica baseada no ensaio da prática médica. Autor do livro *Como ensinar e estudar ciências médicas*, foi responsável por documentar a técnica cirúrgica de ressecção experimental de uma porção do esôfago. Entre os anos de 1876 e 1883, com a ajuda de seus alunos, Billroth debruçou-se no estudo da ressecção intestinal em modelo animal, realizando com sucesso, em 1877, uma sutura do estômago, que lhe conferiu o epíteto de Pai da Cirurgia Gástrica. Além disso, em 1881, Billroth e Vincenz Czerny realizaram com sucesso uma ressecção com anastomose de um câncer gástrico que infiltrava o píloro e antro, procedimento conhecido atualmente como Billroth I. Em 15 de janeiro de 1885, em conjunto com o dr. Viktor Von Hacker, Billroth realizou uma cirurgia na qual fez a retirada parcial do estômago seguida de uma anastomose com o jejuno (gastrojejunoanastomose antecólica anterior de Woelfler), a qual ficou conhecida como Billroth II. (KYLE; STEENSMA, 2018; LÓPEZ-VALDÉS, 2014)

Alguns marcos importantes para a cirurgia da cavidade abdominal serão relatados neste capítulo: a ligação bem sucedida de uma aorta abdominal aneurismática

por George Vaughan (1859-1948) no ano de 1921, a desobstrução intestinal com um equipamento de sucção realizada, em 1932, por Owen Wangensteen e a ressecção esplâncnica realizada, em 1935, por Max Peet (1885-1949). (TOWNSEND JR., 2014)

CIRURGIA NO BRASIL E NA BAHIA

No início do século XIX, o Brasil enfrentava uma importante escassez de cirurgiões e profissionais médicos habilitados, fato decorrente, dentre outros fatores, de sanções impostas pela Coroa Portuguesa ao Brasil Colônia na tentativa de suprimir o desenvolvimento da cultura local e das ideias separatistas que surgiam. (BRITTO, 2011)

Nesse contexto de carência, chega ao Brasil, em 23 de janeiro de 1808, o príncipe regente Dom João VI, que sob influência do conselheiro e cirurgião-mor do reino, Jozé Correa Picanço, funda, em 18 de fevereiro de 1808, a Escola de Anatomia e Cirurgia da Bahia, sediada no Hospital Real Militar, localizado em um edifício no Largo do Terreiro de Jesus, cujo curso duraria quatro anos. (BRITTO, 2009) A partir disso, a história não apenas da formação cirúrgica, mas da formação médica como um todo, empreende seus primeiros capítulos primordialmente brasileiros. Entretanto, deve-se salientar que, naquela época, médicos e cirurgiões correspondiam a ocupações distintas, sendo o ofício da Cirurgia considerado inferior ao da Medicina. A escola, por sua vez, formaria apenas cirurgiões, sendo necessário, para se tornar médico, estudar em faculdades europeias.

Até esse momento, a ocupação cirúrgica podia ser exercida não apenas pelos que frequentassem a escola. Havia os “práticos licenciados”, que correspondiam a pessoas que tinham suas habilidades certificadas por meio de atestados emitidos pelo cirurgião-mor ou por autoridades da câmara. Também, alunos que cursassem dois ou três anos da escola podiam fazer um exame para receberem o título de “cirurgião licenciado”, iniciando assim a profissão sem necessidade de conclusão do curso. Esses meios, todavia, geravam alguma insatisfação e preocupação a respeito das habilidades desses profissionais. (BRITTO, 2011)

Em 1º de abril de 1813, foi aprovado o Plano dos Estudos de Cirurgia, proposto pelo médico baiano formado em Coimbra e diretor dos estudos de Medicina e Cirurgia na Corte e Estado do Brasil, Manoel Luiz Álvares de Carvalho, o qual prescrevia a criação de escolas médico-cirúrgicas na Bahia, Rio de Janeiro e Maranhão (esta última não ocorreu). Porém, a implementação dessa medida na Bahia se deu somente em 29 de dezembro de 1815 por meio de Carta Régia enviada pelo príncipe regente a Dom Marcos de Noronha e Britto, na época capitão-general e governador da capitania da Bahia. O documento salientava sobre preocupações com as limitações de ensino no modelo corrente e criava um curso completo de Cirurgia,

mudando o nome da presente instituição para Academia Médico-Cirúrgica da Bahia, aumentando a duração do curso de quatro para cinco anos e estabelecendo que as aulas deveriam ser ministradas no Hospital da Santa Casa de Misericórdia. O novo plano de estudo, dentre outros fins, objetivava dissuadir a concepção de “profissionais licenciados”. Nesse novo modelo, o aluno que cursasse quatro anos recebia a denominação de “cirurgião aprovado”, sendo permitida a atuação como cirurgião em todo o território do império. Os que concluíssem os cinco anos (repetindo no 5º ano os conteúdos do 4º e fazendo exames adicionais) recebiam a nomeação de “cirurgião formado”, podendo exercer a Cirurgia e a Medicina. (BRITTO 2009)

Em 3 de outubro de 1832, após aprovação na câmara e no senado, entrou em vigor o Plano de Organização das Escolas Médicas do Império do Brasil, o qual transformava as escolas médico-cirúrgicas do Rio de Janeiro e da Bahia em faculdades de Medicina, além de determinar que o curso seria composto por 15 disciplinas, com aulas teóricas e práticas, lecionadas ao longo de seis anos e proporcionaria aos formandos o título de “médico” ou “doutor em Ciências Médico-Cirúrgicas” mediante a sustentação de tese doutoral. (BRITTO, 2011) Apesar das mudanças adotadas em 1832, apenas em 1848 deixou de existir a distinção entre “cirurgiões-aprovados” e “cirurgiões-formados”, quando um decreto legislativo permitiu o exercício de qualquer área da ciência médica por ambos. (BRITTO, 2009)

Ao longo do tempo, a compreensão da Fisiologia e Patologia, aliada à evolução das técnicas e tecnologias, permitiu a ampliação do conhecimento médico nas diversas áreas, gerando assim *expertises* cada vez mais específicas, propiciando o advento das especialidades médicas clínicas e cirúrgicas. Esse processo de especialização inicialmente se deu de modo não institucionalizado, baseando-se principalmente nos campos de interesse de cada profissional e nas demandas observadas. Os primeiros programas de residência médica criados foram no John Hopkins Hospital, nos Estados Unidos (EUA) em 1889, nas áreas de Medicina Interna e Cirurgia, recebendo a denominação de “residência” devido à elevada carga horária cumprida pelos residentes, que praticamente moravam nos locais de ensino ou nas proximidades. (HOWELL, 2016; UNIVERSITY OF MICHIGAN HEALTH, 2020; WRIGHT; SCHACHAR, 2020) No Brasil, o primeiro programa de residência médica se deu em 1944 no Serviço de Ortopedia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC/FM-USP). Logo depois, em 1948, o Hospital dos Servidores do Rio de Janeiro (HSFE-RJ) fundou programas em Cirurgia Geral, Clínica Médica e Pediatria. (HORII, 2013; MARCIAL, 2013)

Houve uma significativa expansão do número de programas de residência médica ao longo das décadas de 1960 e 1970, todavia os programas eram frágeis,

carecendo de padronização nos métodos de seleção e treinamento, fazendo com que, algumas vezes, os residentes fossem vistos somente como mão de obra barata. Diante disso, um decreto em 1977 instituiu a residência médica como modelo de pós-graduação para médicos e criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), que seria incumbida de fiscalizar e regulamentar os programas. (HORII, 2013)

O ADVENTO DA LAPAROSCOPIA

É indubitável que o advento da laparoscopia foi um grande salto para as abordagens cirúrgicas da atualidade. Com esse avanço técnico, houve uma melhora não apenas no aspecto estético das cicatrizes, tendo em vista que mesmo procedimentos mais simples, como a retirada de uma vesícula biliar (colecistectomia), deixariam uma cicatriz com cerca de 10 cm na região subcostal direita. (VISSER; PARKS; GARDEN, 2008) Mas esse avanço sobressai o aspecto estético, pois a laparoscopia está associada a uma redução no período de recuperação pós-operatória, diminuição de lesões nervosas e, conseqüentemente, possíveis neuralgias (dores decorrentes do acometimento de um nervo), redução substancial da incidência de hérnias no local da cirurgia, entre outras. (FERZLI; KLOSS, 1991; GAUDUCHON et al., 2014; KHAMBATY et al., 2011; UDDO JR.; REINE; CHAPPUIS, 1991; VISSER; PARKS; GARDEN, 2008)

Contudo, o advento da videocirurgia perpassa por muitos acontecimentos históricos até alcançar as características atuais. Tudo surgiu da necessidade do médico de inspecionar as cavidades corporais para fins diagnósticos. Foi então que o alemão Phillip Bozzini, em 1806, desenvolveu o primeiro instrumento para suprir essa necessidade, denominado de Lichtleiter, que tinha como fonte luminosa uma vela de cera. Só em 1853, Antoine Jean Desormeaux utilizou, pela primeira vez, esse instrumento para inspecionar a bexiga de um paciente, sendo então considerado o Pai da Endoscopia. Posteriormente, em 1901, o alemão Georg Kelling realizou experimentos endoscópicos com um cistoscópio e insuflação da cavidade peritoneal em cães. Paralelamente, em 1901, o ginecologista Dimitri Ott realizou uma ventroscopia introduzindo uma cânula pelo fórnix vaginal posterior. O termo “laparoscopia” (*laparothorakoskopie*), por sua vez, foi cunhado inicialmente pelo sueco Jacobeus, em 1910, ao utilizar um cistoscópio introduzido em trocater para examinar a cavidade abdominal. (BALLANTYNE, 1996a, 1996b; VECCHIO; MACFAYDEN; PALAZZO, 2000)

A partir de então, novas invenções foram sendo agregadas para consolidar essa ideia minimamente invasiva da inspeção da cavidade abdominal. Entretanto, o alemão Heinz Kalk é considerado o Pai da Laparoscopia, por desenvolver, em 1929, o sistema de lente de 135° para auxiliar suas análises das doenças hepáticas e da

vesícula biliar. Em 1938, Janos Veress, visando à busca por tratamento de tuberculose pleural, desenvolveu uma agulha atraumática para a produção de pneumotórax, agulha essa que futuramente viria a ser utilizada para a produção do pneumoperitônio, a chamada Agulha de Veress. Em 1983, Kurt Semm realizou a primeira apendicectomia laparoscópica e, logo após, em 1985, Erich Muhe realizou a primeira colecistectomia por videolaparoscopia, sendo seguido pelo ginecologista francês Phillipe Mouret, em 1987. Vale ressaltar que a videolaparoscopia só foi possível graças ao surgimento do equipamento Solid State. (BALLANTYNE, 1996b; VECCHIO; MACFAYDEN; PALAZZO, 2000) Desde então, a laparoscopia operatória vem avançado substancialmente, com aprimoramento de técnicas cirúrgicas com diferentes abordagens e utilizações.

LAPAROSCOPIA NA BAHIA

Na literatura, a história da cirurgia laparoscópica na Bahia é pouco descrita. Em entrevista, o dr. Marcos Leão conta que houve cirurgias muito importantes na história da laparoscopia na Bahia, a exemplo de dr. Edvaldo Fahel, ex-presidente da Sociedade Brasileira de Cirurgia Minimamente Invasiva e Robótica (Sobracil) em 1998. No final dos anos 1990, houve um movimento muito interessante em relação à introdução da laparoscopia na Bahia, com certa rivalidade entre as equipes cirúrgicas. Ao final dessa década, houve um congresso na Bahia, o Congresso Brasileiro de Cirurgia Laparoscópica, encabeçado por dr. Edvaldo Fahel, dr. Paulo Amaral e dr. Euler Ázaro. Eles, juntamente com outros cirurgiões jovens da época, buscaram criar um novo momento de crescimento mútuo, no qual resultou no início da cirurgia laparoscópica na Bahia.

A cirurgia laparoscópica teve papel muito relevante e foi um verdadeiro divisor de águas na Cirurgia do Aparelho Digestivo e na Cirurgia Geral da Bahia. Em 1990, ocorrem as primeiras cirurgias laparoscópicas no Brasil, realizadas por dr. Thomas Szegö, que depois veio à Bahia realizar a primeira cirurgia laparoscópica do estado, em 1991.

Em 1992, dr. Edvaldo Fahel, dr. Paulo Amaral e dr. Euler Ázaro realizaram treinamento em laparoscopia na Itália e montaram o serviço de laparoscopia no Hospital São Rafael. Posteriormente, outro nome importante foi dr. André Romeo e, a partir disso, a cirurgia laparoscópica foi se disseminando em Salvador e ampliando o campo de atuação, pois inicialmente era utilizada apenas para realização de colecistectomia.

Em 1995, as cirurgias laparoscópicas começaram a crescer e ganhar espaço na Bahia, e hoje é uma realidade em Salvador. Porém, devido à desigualdade de renda e às discrepâncias existentes entre capital e interior, ainda existem locais

em que a cirurgia laparoscópica é pouco acessível, limitando-se a grandes centros da capital e a pequenos polos no interior.

CIRURGIA ROBÓTICA

Tal como outros avanços tecnológicos na Medicina, a cirurgia robótica atualmente mostra-se com um extremo grau de aceitação pela comunidade cirúrgica, haja vista que as qualidades da laparoscopia são agregadas às vantagens de ações robóticas, como a de realizar movimentos de alta precisão, repetitivos, eliminação de tremores e melhor acessibilidade a locais difíceis. (JUNG et al., 2015) Essa tecnologia foi utilizada pela primeira vez, no âmbito da cirurgia, no ano de 1988, por Kwok e demais doutores, utilizando o sistema Puma 560 em um procedimento neurocirúrgico. Posteriormente, esse sistema foi utilizado, em 1991, por Davies e demais em uma ressecção transuretral da próstata. Atualmente, existem três sistemas robóticos no campo cirúrgico: sistemas ativos, semiativos e mestre-escravo. Os sistemas ativos funcionam de maneira autônoma, realizando ações pré-programadas, mas sob o controle do cirurgião. Já os sistemas semiativos permitem que o cirurgião realize ações para complementar as atividades pré-programadas. E o sistema mestre-escravo, por sua vez, é completamente dependente dos movimentos do cirurgião, nele os movimentos do cirurgião são fielmente reproduzidos pelo robô, sendo as plataformas Da Vinci e Zeus as pioneiras nesse modelo. (LANE, 2018) Portanto, a cirurgia robótica ainda está em crescimento, mas certamente o futuro da Medicina tende a se desenvolver, progressivamente, paralela à evolução tecnológica.

CIRURGIA ROBÓTICA NA BAHIA

A primeira cirurgia robótica em humanos aconteceu no final dos anos 1990. Nos EUA, é uma tecnologia muito difundida e utilizada diariamente, principalmente em especialidades como a Urologia, em que mais de 95% das prostatectomias radicais são feitas por assistência robotizada.

A cirurgia robótica possui vários benefícios. Ela permite a visão interna em 3D com pequenos instrumentos articulados que permitem operar em espaços muito pequenos, fazendo com que seja uma forma menos invasiva e mais eficiente de se operar. A curva de aprendizado é muito grande em relação às outras cirurgias, portanto, quanto mais experiência tem o cirurgião, melhores resultados. Além disso, é bastante ergonômico, pois o cirurgião trabalha numa posição mais confortável que na laparoscopia. Isso evita dores em ombros, costas e joelhos. Isso é muito importante em procedimentos longos, permitindo a manutenção da concentração em cirurgias longas.

No Brasil, a tecnologia chegou em 2008 e inicialmente se concentrava no Sudeste. Com a globalização e a difusão da tecnologia, os robôs cirúrgicos alcançaram variadas regiões do país e, em 2019, a cirurgia robótica começou a ser realizada em Salvador a partir de duas plataformas robóticas. Esse fato contribuiu para possibilitar a via robótica para os pacientes baianos, não sendo necessário recorrer ao turismo de saúde fora do estado para utilizá-la. O Hospital Santa Izabel foi o primeiro hospital baiano a realizar esse tipo de cirurgia, com o uso do robô Da Vinci, um equipamento sofisticado que permite realizar procedimentos menos invasivos e com mais precisão. Roberto Sá Menezes, provedor da Santa Casa da Bahia, afirma que o investimento tem possibilitado mais soluções em saúde e evidenciado o pioneirismo da Santa Casa em procedimentos cirúrgicos.

Em 2019, os hospitais Santa Izabel e São Rafael adquiriram os primeiros robôs baianos. O Hospital Santa Izabel realizou a primeira cirurgia para câncer de próstata. Ele oferece procedimentos robóticos cardíacos, oncológicos, ginecológicos e torácicos. O Hospital São Rafael lançou o programa de cirurgia robótica em agosto de 2019 e já chegou à marca de 100 cirurgias nesse mesmo ano e até meados de 2021 já contabilizava mais de 500 cirurgias robóticas, evidenciando o crescimento que tal cirurgia tem assumido no cenário baiano.

Do ponto de vista logístico e de custos, ainda é algo pouco acessível, presente apenas em grandes hospitais particulares, visto que o custo de aquisição e manutenção dos equipamentos de cirurgia robótica é muito alto. Além disso, nenhum plano de saúde cobre as despesas da cirurgia robótica, o que dificulta ainda mais a sua acessibilidade. Devido ao alto custo, o hospital arca com boa parte das despesas como forma de estimular a disseminação dessa nova tecnologia e o paciente arca com um custo muito menor, mas ainda assim bastante alto.

CIRURGIA BARIÁTRICA

A obesidade é uma patologia que acompanha a espécie humana desde a Antiguidade, podendo ser vista em expressões artísticas milenares, como a estatueta Vênus de Willendorf, datada de aproximadamente 28.000 anos a.C. Os significados e estereótipos sociais atribuídos à obesidade, entretanto, variaram ao longo do tempo, sendo considerada desde um sinal de bem-estar e prosperidade até um problema de saúde. (BRAY, 1990; TAVARES et al., 2011) Com a evolução dos métodos de produção e o desenvolvimento do sistema capitalista e estilo de vida moderno, a obesidade aumentou sua prevalência em relação às épocas pretéritas, sendo considerada a epidemia global do século XXI pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com acometimento de aproximadamente 13% da população adulta mundial. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021)

Historicamente, um dos primeiros procedimentos cirúrgicos para controle ponderal que se tem registro ocorreu na Espanha: é o caso do Rei Sancho I, também chamado de Sancho, o Gordo. Sancho foi rei de Leão entre 956-958, período no qual perdeu uma série de confrontos contra os muçulmanos e foi desdenhado pelos nobres por não ser capaz de participar dos conflitos em decorrência de seu porte físico, que o impedia de cavalgar e manipular os instrumentos de combate. Diante disso, apelou para a corte vizinha, Córdoba, onde havia um famoso médico judeu chamado Hasdai Ibn Shaprut. A terapêutica proposta por Hasdai e adotada por Sancho consistiu em suturar os lábios por um período de seis meses, durante o qual teria uma dieta líquida baseada em teriaca, uma mistura de ervas incluindo o ópio e que tinha a perda de peso como um de seus efeitos. Ao final do tratamento, Sancho havia perdido peso e reconquistou o trono. (BALTASAR, 2004; FARIA, 2017; HOPKINS; LEHMANN, 1995)

Na Era Moderna, a primeira cirurgia metabólica foi realizada por Kremer em 1954 para tratar casos severos de dislipidemia. O procedimento constava em uma anastomose entre jejuno proximal e íleo distal. Porém, no pós-operatório, os pacientes cursaram com uma série de complicações, incluindo diarreia e desidratação, dissuadindo, portanto, a realização desse tipo de procedimento. Posteriormente, em 1965, o dr. Edward E. Mason, cirurgião da Universidade de Iowa e atualmente considerado um dos “pais” da cirurgia metabólica, percebeu que pacientes submetidos à gastrectomia subtotal secundária à doença ulcerosa péptica cursavam com perda de peso e dificuldade em adquiri-lo novamente. Diante dessa observação, resolveu aplicar esse mesmo princípio para tratamento da obesidade, criando o *by-pass* gástrico, cujos resultados eram melhores que os da técnica empregada por Kremer. (FARIA, 2017; TAVARES, 2011)

No Brasil, a cirurgia bariátrica iniciou-se em 1979, com o cirurgião Salomão Chaib no HC/FM-USP, empregando técnica de derivação jejuno-ileal do tipo Payne, obtendo assim resultados pouco satisfatórios. No entanto, na década de 1980, aplicando as descobertas e evolução das técnicas difundidas internacionalmente, a bariátrica se consolidou no Brasil, sobretudo pela atuação da equipe do cirurgião Arthur Garrido Junior, um dos vanguardistas desse segmento no país. Conforme o próprio Garrido relatou em entrevista cedida à Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM):

[...] eu chegava dos Estados Unidos [década de 1980] e aos poucos fui introduzindo as novas técnicas com menos complicações e melhores resultados [...]. Os procedimentos (inicialmente) somente eram feitos no HC. Depois, nosso próprio grupo começou a fazer também cirurgias em clínicas privadas. (GARRIDO JÚNIOR, 2016)

Na Bahia, o dr. Marcos Leão Vilas Boas foi o pioneiro na realização do procedimento. Doutor Leão teve contato memorável com esse tipo de intervenção em um congresso promovido pela Sociedade Americana de Cirurgias Gastrointestinais e Endoscópicas (Sages) realizado na Filadélfia, nos EUA, em 1996. No evento, tomou nota da técnica de colocação de banda gástrica ajustável e logo se interessou pela cirurgia. Em 1998, inscreveu-se em um pré-congresso que antecedia um curso oferecido pela Associação Latino-Americana de Cirurgia Endoscópica (Alace) em São Paulo, cujo tema era cirurgia bariátrica. Nesse momento, teve acesso a outras técnicas para realização da bariátrica, mas novamente interessou-se pelo método de banda gástrica, que dentre as técnicas apresentadas mostrava-se a mais interessante para execução laparoscópica. Ao buscar se aprofundar no tema, soube de um curso ministrado em Salzburg, na Áustria, e no mesmo ano resolveu fazê-lo. Em setembro do mesmo ano, retornou ao Brasil e levou 11 meses de preparação para realizar a cirurgia, que se concretizou apenas em agosto de 1999. Doutor Leão relata, inclusive, que houve uma certa demora em obter os primeiros pacientes, *“eu estava diante de um tratamento para uma doença que as pessoas mal entendiam como doença e que não imaginavam que tinha uma cirurgia para isso”*.¹

As duas primeiras cirurgias foram realizadas em pacientes do sexo feminino com 150 e 166kg, respectivamente. Na primeira, dr. Leão atuou como assistente de um cirurgião experiente que veio da Suíça a seu convite, na segunda, os papéis se inverteram. Ambas as cirurgias foram bem-sucedidas, sendo empregada a técnica da banda gástrica por via minimamente invasiva. Após isso, a demanda aumentou crescentemente nos anos futuros, com 33 casos no primeiro, 50 no segundo e 80 no terceiro. Ademais, logo em seguida, outros cirurgiões também começaram a atuar nesse campo na Bahia, sendo lembrados os cirurgiões Márcio Café e João Ettinger. É destacado, entretanto, que os estudos científicos começaram a demonstrar resultados incertos ou insatisfatórios na técnica de banda gástrica, fazendo com que esta caísse em desuso. Atualmente, as técnicas preponderantes são o *by-pass* gástrico e a gastrectomia vertical, segundo entrevista com o dr. Leão.

No que se refere aos desafios relacionados ao procedimento, atualmente a principal dificuldade tem sido torná-lo acessível à população. Conforme dados divulgados pela SBCBM, em 2018, no Brasil, foram realizadas 63.969 cirurgias bariátricas, destas apenas 11.402 pelo Sistema Único de Saúde (SUS), valor que representa apenas 1,16% da população elegível para a intervenção.

1 Entrevista concedida a Gustavo Lousado, coautor deste capítulo, em Salvador, 20 jul. 2021.

TRANSPLANTE HEPÁTICO

Com o a evolução no conhecimento das doenças, bem como dos métodos diagnósticos e terapêuticos, percebeu-se que o tratamento mais adequado para algumas enfermidades que acometiam o fígado seria o transplante desse órgão, a exemplo da atresia congênita das vias biliares, carcinoma hepático primário e cirrose terminal. Isso posto, iniciaram-se estudos objetivando viabilizar o procedimento. (STARZL et al., 1963)

O primeiro método foi publicado em artigo pelo cirurgião Stuart Welch, do Albany Medical College, em 1955, em que descrevia uma técnica de transplante ectópico de fígado em cães, isto é, o órgão não ocupava a cavidade abdominal em sua posição anatômica normal. Nesse modelo, um fígado extra (aloenxerto) era colocado no abdome do animal. Em 1957, dr. Welch ministrou uma palestra na Universidade de Miami, onde esteve em contato com o também entusiasta no tema e então residente de Cirurgia Geral, dr. Thomas Starzl, o qual acreditava que todo o fígado doente deveria ser retirado e um novo órgão desnervado deveria ser transplantado, sendo necessário manter adequadamente o fluxo da veia porta no enxerto. (RIVERA; MARTÍNEZ; PINO, 2020) Logo depois, em 1958, o cirurgião Francis Moore, em Boston, nos EUA, detalha uma técnica de transplante ortotópico de fígado em cães, isto é, o novo órgão habita a cavidade na posição onde a peça retirada estaria. (MEIRELLES JÚNIOR et al., 2015) Desde essa época, já foram evidenciados dois pilares técnicos fundamentais para a realização do procedimento: a prevenção da lesão isquêmica no órgão a ser transplantado e a preservação do sistema venoso esplâncnico do receptor. O primeiro problema foi resolvido inicialmente com a infusão de solução fisiológica gelada na vasculatura do órgão e posteriormente com o uso de soluções específicas para esse fim. (RIVERA; MARTÍNEZ; PINO, 2020)

Em 1º de março de 1963, em Denver, nos EUA, Starzl e sua equipe realizaram o primeiro transplante de fígado em humanos. Tratava-se de um indivíduo de três anos de idade, do sexo masculino, com atresia congênita das vias biliares, sendo submetido a um transplante ortotópico. A cirurgia, no entanto, foi mal sucedida, e o paciente veio a óbito no intraoperatório em decorrência de coagulopatia e sangramento incoercível. Os dois casos seguintes, homens de 48 e 67 anos, tratados para hepatocarcinoma, faleceram em 22 e 7 dias após a operação, respectivamente. Em todos os casos, o esquema de imunossupressão empregado foi o mesmo utilizado para transplantes renais. (STARZL et al., 1963)

Nos anos seguintes, com as adequações dos métodos de preservação, melhoramento da seleção de doadores e do esquema de imunossupressão, resultados cirúrgicos melhores foram encontrados. (STARZL et al., 1968) Porém, um evento

importante que melhorou a sobrevida dos pacientes foi o emprego da ciclosporina por Roy York Calne em 1979, conforme relatam o próprio Calne e demais autores (1979) em estudo publicado na revista inglesa *The Lancet*, na qual apresentam o uso dessa droga em uma série de 34 casos de transplante, dois deles de fígado. A partir disso, essa droga passou a ser utilizada e contribuiu para uma ampla evolução nesse campo.

Com o acúmulo da experiência e constantes pesquisas, em 1989, Starzl e sua equipe apresentaram um resultado satisfatório com uma amostra de 1.179 pacientes cuja sobrevida em cinco anos era de aproximadamente 64%, e a mortalidade nesse período não decorria unicamente de falhas na imunossupressão, sendo a recorrência da patologia primária um fator importante, especialmente câncer e hepatite B. (STARZL et al., 1989)

No dia 5 de agosto de 1968, no HC/FM-USP, foi realizado o primeiro transplante hepático no Brasil e na América Latina por equipe cirúrgica coordenada por E. Lima-Gonçalves, e realizada por M. C. C. Machado, R. G. Bevilacqua, E. S. Bastos, T. Suzuki e T. Bachella atuando no receptor; e J. C. Cunha, N. F. Margarido, T. Otsuka e M. Srougi no doador; O. Carvalho-Filho foi o anestesista. (BACCHELLA; MACHADO, 2004) O paciente era um homem de 52 anos de idade, portador de cirrose e carcinoma hepatocelular, vindo a óbito sete dias após o procedimento. (REZENDE et al., 2015) Em 1969 e 1971, outros dois pacientes foram operados, tendo uma sobrevida de 18 e 30 dias, respectivamente. Diante dos seguintes insucessos e do incipiente conhecimento mundial sobre o tema, o procedimento deixou de ser executado e a equipe se voltou para experiências. Em entrevista cedida ao jornal *O Estado de São Paulo*, em 2005, Silvano Raia (apud LOPES, 2005), ex-diretor da FM-USP e importante cirurgião nessa área, relata: “Partimos, então, para experiências com porcos, o animal que tem o fígado mais parecido com o do homem”, estimando que a técnica foi treinada em aproximadamente 450 porcos até o primeiro caso de sucesso. Em 1983, o National Institute of Health, dos EUA, após avaliar o resultado de 531 transplantes, reconheceu o procedimento como uma terapia indicada para o tratamento de doenças hepáticas terminais, fato memorável e que motivou ainda mais os cirurgiões. (MEIRELLES JÚNIOR et al., 2015)

Em 1985, após intenso aprimoramento dos cirurgiões e progresso nas pesquisas, o Programa de Transplante Hepático foi restabelecido na USP sob o comando de Silvano Raia. Em entrevista publicada por Adriana Dias Lopes no jornal *O Estado de São Paulo*, em agosto de 2005, um dos membros da equipe, o cirurgião Sérgio Mies, recorda sobre a época: “*não estávamos preparados para fazer apenas um transplante. Mas, sim, para começar o programa de transplantes brasileiro*”. Então, no dia 1º de setembro, no HC, após 23 horas de cirurgia, com o trabalho de 20 médicos, ao som de música clássica, terminou a intervenção bem-sucedida em

que uma estudante de 22 anos recebeu o fígado de um homem que falecera em um acidente. Quinze meses depois, no entanto, a jovem veio a óbito em decorrência de uma recidiva do câncer. Em 1988, a equipe de dr. Raia entrou mais uma vez para a história ao fazer a cirurgia inédita de transplante intervivos, que foi relatada e publicada na revista *The Lancet* no ano seguinte. Nesse episódio, uma mãe doou 1/3 do seu fígado para a filha. (LOPES, 2005)

Na Bahia, o primeiro transplante hepático ocorreu em dezembro de 2001, no Hospital Português, operado por dr. Jorge Luiz Andrade Bastos e equipe. O paciente, Valdoeny de Novaes Fraco, então com 33 anos de idade, tinha um histórico importante de etilismo, mas a cirurgia foi um sucesso e ele se recuperou. Em entrevista fornecida ao jornalista Levi Vasconcelos, do portal *Bahia.ba*, em 2021, cerca de 20 anos depois da operação, Valdoeny relembra: “*Sofri muito. Eu achei que com o transplante ia ter uma sobrevida. Hoje eu vejo que ganhei foi uma nova e maravilhosa vida. Com vícios zero*”.

ATUAÇÃO DA CIRURGIA ABDOMINAL FRENTE À PANDEMIA DA COVID-19

Apesar dos primeiros coronavírus terem sido descritos em 1966, o SARS-CoV-2, agente etiológico da covid-19, teve seu primeiro caso identificado em dezembro de 2019 e, desde então, é uma doença infectocontagiosa de importância global para a saúde pública. No cenário da Cirurgia do Aparelho Digestivo, vem impactando o volume de procedimentos, a formação dos residentes, o dia a dia dos especialistas e, especialmente, os pacientes.

Foram realizadas três entrevistas² que serão citadas no decorrer do texto para melhor retratar esse cenário: entrevistado 1, Rider May Cedro, cirurgião do aparelho digestivo pelo HC/FM-USP; entrevistado 2, Francisco Gustavo Soares D’Anunciação, cirurgião do aparelho digestivo pelo Hospital Roberto Santos, na Bahia; entrevistado 3, Lázaro Lima Duarte, cirurgião do aparelho digestivo pelo Hospital Santa Izabel, também na Bahia.

Os números de cirurgias do aparelho digestivo variam discretamente com o passar dos anos. No entanto, com o aumento da demanda de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e de atendimento médico para pacientes com covid-19, a Bahia assistiu a uma redução brusca no número de procedimentos na área cirúrgica do aparelho digestivo. Com somente 34.048 procedimentos, segundo a base de dados do SUS – Datasus, o ano de 2020 representou uma redução de mais de

2 Entrevistas concedidas a Gabriel Figueiredo Mascarenhas, coautor deste capítulo, entre 15 e 29 de julho de 2021, via Google Meet.

dois desvios-padrão, sendo que a média do ano de 2010 até 2020 foi 51.237 procedimentos, como ilustram a Figura 1:



Figura 1 – Cirurgias do aparelho digestivo por ano de 2010 a 2020
Fonte: elaborada pelos autores com base em dados do Datasus, Brasil (2021).

Diante desse cenário, os hospitais e serviços de saúde se adaptaram com medidas de proteção para os trabalhadores e pacientes. Na primeira onda, parte dos hospitais suspenderam as cirurgias eletivas e, assim, muitos cirurgiões do aparelho digestivo precisaram migrar temporariamente para plantões em unidades de urgência/emergência e terapia intensiva. Segundo o entrevistado 1: *“Com o tempo, as cirurgias eletivas puderam ser retomadas dentro de um protocolo de proteção mais rígido. Os pacientes passaram a ser testados com RT-PCR antes das cirurgias e são submetidos a uma triagem de risco mais rigorosa”*.

No que diz respeito à infraestrutura e aos materiais, ocorreu uma grande repercussão com medicamentos anestésicos, em razão do grande aumento da demanda por sedativos e bloqueadores neuromusculares nas UTIs. De acordo com o entrevistado 1: *“Muitas cirurgias precisaram ser suspensas no início da pandemia, quando havia estoque crítico dessas medicações nos hospitais”*.

Para lidar com as dificuldades que a pandemia trouxe, passaram a recomendar uso de máscaras N95 no lugar de máscaras cirúrgicas simples e a substituir, quando possível, aventais de tecido por capas cirúrgicas descartáveis e impermeáveis. Além disso, foi reforçada a necessidade de protetores oculares e faciais. Nas videolaparoscopias, foram desenvolvidas estratégias para evitar transmissão

pelo escape de ar da cavidade peritoneal para o meio ambiente, como filtros de ar em trocartes e da aspiração do ar insuflado ao fim do procedimento em circuitos fechados.

Para a rotina da Residência de Cirurgia do Aparelho Digestivo, a pandemia trouxe consigo diversos questionamentos sobre a melhor forma dos cirurgiões se paramentarem para proteger a equipe da contaminação.

Os gases provenientes da cirurgia videolaparoscopia, quais riscos trazem? Como minimizá-los? É seguro operar cirurgias eletivas? E as oncológicas? Então, num primeiro momento, por não termos essas respostas de forma completa, optou-se por restringir o número de cirurgias. (Entrevistado 2)

Mantiveram-se a emergência e a urgência a pacientes oncológicos, pois o risco de postergar a cirurgia e o paciente evoluir para um estágio no qual não poderia mais operar com intenção curativa era alto. Os ambulatórios foram fechados, o que implicou vários pacientes com assistência atrasada, postergando as suas avaliações e posterior definição de condutas. Outro fenômeno foi a maior demanda por leitos de UTI, o que diminuiu os leitos cirúrgicos que seriam utilizados para o pós-operatório imediato de pacientes eletivos, já que foram cedidos para os pacientes com covid-19.

Especificamente, no hospital que faço Residência em Cirurgia do Aparelho Digestivo, por se tratar de um hospital referência em cirurgia do aparelho digestivo com ênfase em cirurgias hepatobiliopancreáticas e conseqüentemente doenças oncológicas, tivemos esses efeitos e conseqüências abrandadas, em comparação com outros serviços. Contudo, sentimos o efeito dessas conseqüências como todo o mundo. (Entrevistado 2)

Como as cirurgias oncológicas se mantiveram, em parte, houve o menor impacto inicial para os residentes de Cirurgia do Aparelho Digestivo. Porém, com o tempo, mesmo as cirurgias de grande porte tiveram redução da demanda e observou-se que os pacientes se apresentavam em estágios mais avançados da doença. Ocorreram interrupções de tratamento por conta própria e relatou-se que a interrupção do tratamento adjuvante, neoadjuvante ou desistência de tratamento cirúrgico foi motivada pela pandemia. “Tivemos oportunidade de observar isso inclusive em pacientes não oncológicos: mesmo os quadros de apendicite ou colecistite se apresentavam mais tardiamente, pois os pacientes suportavam os sintomas em casa por mais tempo”. (Entrevistado 3)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A História é uma ciência que reflete visões de mundo acerca de pontos de vista individuais e coletivos. A trajetória da Cirurgia, longe de linear, é cheia de curvas e fragmentos, em constante evolução. Passou pela Era Pré-Moderna, período em que antissepsia e anestesia eram desconhecidas, pela fase dos cirurgiões “práticos licenciados”, na qual a Medicina e a Cirurgia eram exercidas por pessoas de formação diferente, até o nascimento da Cirurgia Abdominal com Billroth e sua ressecção experimental do esôfago. De repente, nosso primeiro protótipo da video-laparoscopia, o Lichtleiter, se apresenta. Anos depois, a cirurgia robótica aparece com precisão sobre-humana. Esse desenvolvimento constante possibilitou que as maiores preocupações das cirurgias bariátricas deixassem de ser o *by-pass* gástrico ou a gastrectomia vertical e se voltassem para a acessibilidade à população. Por fim, a evolução da Cirurgia Abdominal permitiu que o transplante hepático deixasse de ser só para cães e permitiu ao primeiro transplantado da Bahia, Valdoeny de Novaes Fraco, comemorar seu procedimento em 2021, cheio de vida.

REFERÊNCIAS

- BACCHELLA, Telesforo; MACHADO, Marcel C. The First Clinical Liver Transplantation of Brazil Revisited. *Transplantation Proceedings*, New York, v. 36, n. 4, p. 929-930, May 2004. DOI: 10.1016/j.transproceed.2004.03.096. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15194320/>. Acesso em: 25 jul. 2021.
- BALLANTYNE, Garth H. Laparoscopic Colorrectal Surgery: A Review of Results in 752 Patients. *The Gastroenterologist*, Boston, v. 3, n. 1, p. 75-89, 1996b. Disponível em: <http://www.lapsurgery.com/review.htm>. Acesso em: 15 dez. 2002.
- BALLANTYNE, Garth H. *Minimally Invasive Surgery for Diseases of The Colon & Rectum: The Legacy of an Ancient Tradition*. New York, 1996a. Disponível em: <http://www.lapsurgery.com/history.htm>. Acesso em: 3 fev. 2003.
- BALTASAR, Aniceto. More than 1,000 years ago, Sancho the Fat lost his Kingdom. *Obesity Surgery*, Oxford, v. 14, n. 8, p. 1138, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1381/0960892041975514>. Acesso em: 25 jul. 2021.
- BRASIL. Departamento de Informática do SUS. *Procedimentos hospitalares do SUS*. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/qiba>. Acesso em: 22 jul. 2021.
- BRAY, George A. Obesity: Historical Development of Scientific and Cultural Ideas. *International Journal of Obesity*, London, v. 14, n. 11, p. 909-926, 1990.
- BRITTO, Antonio Carlos Nogueira. *A educação médica brasileira no início do século XIX*. 2011. Conferência apresentada no 16º Congresso Brasileiro de História da Medicina,

promovido pela Sociedade Brasileira de História da Medicina, realizado em Ouro Preto, MG, 2011. Disponível em: <https://fmb.ufba.br/filebrowser/download/196>. Acesso em: 25 ago. 2021.

BRITTO, Antonio Carlos Nogueira. *A influência da medicina da França na formação da medicina da Bahia, Brasil: século XIX e meado do século XX*. 2009. Trabalho apresentado no XIV Congresso Brasileiro de História de Medicina, Manaus, 2009. Disponível em: <https://fmb.ufba.br/filebrowser/download/204>. Acesso em: 25 ago. 2021.

CALNE, Roy York *et al.* Cyclosporin A Initially as the Only Immunosuppressant in 34 Recipients of Cadaveric Organs: 32 Kidneys, 2 Pancreases, and 2 Livers. *Lancet*, London, v. 2, n. 8151, p. 1033-1036, Nov. 1979.

DAVIES, Brian L. *et al.* The Development of a Surgeon Robot for Prostatectomies. *Proceedings of the Institution of Mechanical Engineers*, London, v. 205, n. 1, p. 35-38, 1991.

FARIA, Gil R. A Brief History of Bariatric Surgery. *Porto Biomedical Journal*, [Barcelona], v. 2, n. 3, p. 90-92, May 2017. DOI: 10.1016/j.pbj.2017.01.008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32258594/> Acesso em: 25 ago. 2021.

FERZLI, George; KLOSS, David A. Laparoscopic Cholecystectomy: 111 Consecutive Cases. *The American Journal of Gastroenterology*, [s. l.], v. 86, n. 9, p. 1176-1178, Sept. 1991.

GARRIDO JÚNIOR, Arthur. O início da cirurgia bariátrica no Brasil. [Entrevista cedida a] Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, São Paulo, 2 mar. 2016. Disponível em: <https://www.scbcm.org.br/o-inicio-da-cirurgia-bariatrica-no-brasil/>. Acesso em: 23 jul. 2021.

GAUDUCHON, Loïc *et al.* Technical aspects of Right Subcostal Incisional Hernia Repair. *Journal of Visceral Surgery*, Paris, v. 151, n. 5, p. 393-401, Oct. 2014. DOI: 10.1016/j.jviscsurg.2014.07.012. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1878788614001052?via%3Dihub>. Acesso em: 20 ago. 2021.

HOPKINS, K. D.; LEHMANN, E. D. Successful Medical Treatment of Obesity in 10th Century Spain. *Lancet*, London, v. 346, n. 8972, p. 452, Aug. 1995. DOI: 10.1016/s0140-6736(95)92830-8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7623606/>. Acesso em: 20 ago. 2021.

HORII, Cristina Leika. *Um estudo da residência médica para a compreensão da formação continuada de professores*. 2013. Dissertação (Mestrado em Ensino de Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

HOWELL, Joel D. A History of Medical Residency. *Reviews in American History*, Baltimore, v. 44, n. 1, p. 126-131, 2016. DOI: 10.1353/rah.2016.0006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27116889/>. Acesso em: 25 jul. 2021.

JUNG, Minoa *et al.* Robotic General Surgery: Current Practice, Evidence, and Perspective. *Langenbeck's Archives of Surgery*, Berlin, v. 400, n. 3, p. 283-292,

Apr. 2015. DOI: 10.1007/s00423-015-1278-y. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25854502/>. Acesso em: 25 jul. 2021.

KHAMBATY, Fatima *et al.* Laparoscopic Versus Single-Incision Cholecystectomy. *World Journal of Surgery*, New York, v. 35, n. 5, p. 967-972, May 2011. DOI: 10.1007/s00268-011-0998-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3448568/#:~:text=Laparoscopic%20cholecystectomy%20has%20traditionally%20been%20performed%20using%20multiple%20small%20incisions,complications%20associated%20with%20multiple%20incisions>. Acesso em: 25 jul. 2021.

KWOH, Yik San *et al.* A Robot With Improved Absolute Positioning Accuracy for CT Guided Stereotactic Brain Surgery. *IEEE Transactions on Bio-Medical Engineering*, New York, v. 35, n. 2, p. 153-161, 1988.

KYLE; Robert A.; STEENSMA, David P. Christian Albert Theodor Billroth: Founder of Abdominal Surgery. *Mayo Clinic Proceedings*, Rochester, v. 93, n. 3, p e29-e30, Mar 2018. DOI: 10.1016/j.mayocp.2017.06.026. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29502575>. Acesso em: 20 jul. 2021.

LANE, Tim. A Short History of Robotic Surgery. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, London, v. 100, supl. 6, p. 5-7, May 2018. DOI: 10.1308/rcsann.suppl1.5. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5956578/>. Acesso em: 25 ago. 2021.

LOPES, Adriana Dias. *Os 20 anos do transplante de fígado*. 2005. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/311054/noticia.htm?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 23 jul. 2021.

LÓPEZ-VALDÉS, Julio César. Theodor Billroth: más de un siglo de su grandeza artística. *Gaceta Médica de México*, México, v. 150, n. 2, p. 189-94, Mar./Apr. 2014.

MARCIAL, Tania Maria. Residência Médica no Brasil = Medical Residency in Brazil. *Revista Ciências em Saúde*, Itajubá, MG, v. 3, n. 1, p. 2-6, jan./mar. 2013.

MEIRELLES JÚNIOR, Roberto Ferreira *et al.* Liver Transplantation: History, Outcomes and Perspectives. *Einstein*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 149-152, Jan./Mar. 2015. DOI: 10.1590/S1679-45082015RW3164. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/3Y5prPszrQg8DYQbdQLVwNs/?lang=en>. Acesso em: 22 jul. 2021.

MIRILAS, Petros *et al.* The history of anatomy and surgery of the preperitoneal space. *Archives of Surgery*, Chicago, v. 140, n. 1, p. 90-94, Jan. 2005. DOI: 10.1001/archsurg.140.1.90. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/article-abstract/508284>. Acesso em: 25 jul. 2021.

REZENDE, Marcelo Bruno de *et al.* Transplante hepático: história, panorama atual, perspectivas. *Revista Ciências em Saúde*, Itajubá, MG, v. 5, n. 3, 2015. Não paginado. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21876/rcsfmit.v5i3.540>. Acesso em: 22 jul. 2021.

RIVERA, Marco; MARTÍNEZ, Hernán; Pinos, Paola. Editorial. *Revista Médica HJCA*, [s. l.], v. 12, n. 3, p. 163-165, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2020.12.3.ed.23>.

Disponível em: <https://revistamedicahjca.iess.gob.ec/ojs/index.php/HJCA/article/view/629>. Acesso em: 25 jul. 2021.

STARZL, Thomas E. *et al.* Homotransplantation of the Liver In Humans. *Surgery, Gynecology & Obstetrics*, Chicago, v. 117, p. 659-76, 1963.

STARZL, Thomas E. *et al.* Orthotopic Homotransplantation of the Human Liver. *Annals of Surgery*, Philadelphia, v. 168, n. 3, p. 392-415, Sept. 1968. DOI: 10.1097/0000658-196809000-00009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1387344/> Acesso em: 22 jul. 2021.

STARZL, Thomas E. *et al.* Liver Transplantation: An Unfinished Product. *Transplantation Proceedings*, New York, v. 21, n. 1, pt. 2, p. 2197-2200, Feb. 1989.

TAVARES, Amélia *et al.* Cirurgia bariátrica: do passado ao século XXI. *Acta Médica Portuguesa*, Lisboa, v. 24, n. 1, p. 111-116, 2011.

TOWNSEND JR., Courtney M. *et al.* *Sabiston, tratado de cirurgia: a base biológica da prática*. Cirúrgica Moderna. 19. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

UDDO JR, Joseph; REINE, Gilles; CHAPPUIS JR, Charles. Laparoscopic Cholecystectomy: the Procedure of Choice for Gallbladder Disease. *The Journal of the Louisiana State Medical Society*, New Orleans, v. 143, n. 11, p. 22-25, Nov. 1991.

UNIVERSITY OF MICHIGAN HEALTH. *Doctors in the House: History of Medical Interns and Residents at U-M hospitals*. Ann Arbor, 2 July 2020. Disponível em: <https://www.uofmhealth.org/news/archive/202007/doctors-house-history-medical-interns-and-residents-u-m>. Acesso em: 22 jul. 2021.

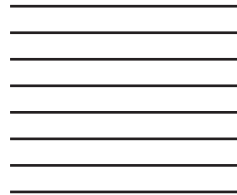
VASCONCELOS, Levi. Ney, o homem do primeiro transplante de fígado na Bahia: 'ganhei uma nova vida'. *Bahia.ba*, Salvador, 22 fev. 2021. Disponível em: <https://bahia.ba/politica/ney-o-homem-do-primeiro-transplante-de-figado-na-bahia-ganhei-uma-nova-vida/>. Acesso em: 23 jul. 2021.

VECCHIO, Rosario; MACFAYDEN, Bruce V.; PALAZZO, Francesco. History of Laparoscopic Surgery. *Panminerva Medica*, Turin, v. 42, n. 1, p. 87-90, Mar. 2000.

VISSER, Brendan C.; PARKS, Rowan W.; GARDEN, O. James. Open Cholecystectomy in the Laparoendoscopic Era. *American Journal of Surgery*, Belle Mead, NJ, v. 195, n. 1, p. 108-114, Jan. 2008. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2007.04.008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18082551>. Acesso em: 22 ago. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Obesity*. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1. Acesso em: 22 jul. 2021.

WRIGHT JR, James R.; SCHACHAR, Norman S. Necessity is the mother of invention: William Stewart Halsted's addiction and its influence on the development of residency training in North America. *Canadian Journal of Surgery*, Ottawa, v. 63, n. 1, p. E13-E19, Jan. 2020. DOI: 10.1503/cjs.003319. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31944636/>. Acesso em: 20 jul. 2021.



5

HISTÓRIA DA CIRURGIA CARDÍACA

Elias Soares Roseira
Antônio de Jesus Chaves Junior
Lucas Pereira Silva
Mylla Andrade Oliveira
Paula Stelitano Avelino
Renato Santos Guimarães

INTRODUÇÃO

“O avanço científico do século XX desmistificou o coração como sede da alma, colocando-o em um patamar hierárquico não muito distante dos demais órgãos do corpo”. (BRAILE; GODOY, 2012) Ao observar a ideia que é ilustrada pelos autores, podemos afirmar, deliberadamente, que a Cirurgia Cardiovascular (CCV), em sua trajetória de sobrevivência, sempre apresentou peculiaridades e desafios adicionais. Afinal, como operar um órgão com intensa atividade mecânica, sem a qual os minutos que se seguem são potencialmente fatais? Em suma, esse questionamento obteve uma resposta que serviu como divisora de águas na história da CCV: o desenvolvimento e o aprimoramento da máquina de Circulação Extracorpórea (CEC) nas

décadas de 1940 e 1950 do século passado, possibilitando, assim, a cirurgia sob visão direta ou a céu aberto, como também é chamada. (BRAILE; GODOY, 2012)

Nessa direção, para a melhor compreensão do assunto, dividimos este capítulo em três períodos que, na história, ajudam a entender a trajetória das tentativas, desde as mais remotas, de abordar cirurgicamente o verdadeiro “motor da vida”, o coração: era pré CEC, advento da CEC e tempos atuais.

ERA PRÉ-CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA

O coração sempre carregou consigo um certo mistério e crenças relacionadas a ser o órgão onde se encontravam a consciência, a alma e as emoções, gerando um fascínio e um certo enaltecimento como um órgão que não deveria ser maculado ou tocado. Para se ter ideia, o prof. Theodor Billroth (1829-1894), importante cirurgião, fundador da Escola de Cirurgia de Viena e um dos pioneiros da Cirurgia do Abdome, comentou, em 1882, que a realização de pericardiectomia – uma cirurgia realizada numa estrutura que recobre o coração – era comparada por alguns cirurgiões a um ato de prostituição e de frivolidade cirúrgica. (ABSOLON; MCGOON, 1983)

Entretanto, na tarde de 7 de setembro de 1896, em Frankfurt, um jovem jardineiro de 22 anos se envolveu em uma briga e acabou por levar uma facada no peito. Foi levado para o hospital municipal onde foi admitido no Departamento de Cirurgia. Naquele dia, o prof. Ludwif Rehn, diretor do departamento, estava fora da cidade e o rapaz ficou sob os cuidados de seu sócio sênior, dr. Siegel. Com o passar das horas, a condição médica começou a deteriorar, afetando sua respiração, diminuição dos pulsos e seu rosto começou a ficar azul. Naquela época, não existiam outros métodos diagnósticos que não fossem o exame clínico, pois o raio-x tinha sido descoberto no ano anterior, mas só teria aplicação prática no futuro e o eletrocardiograma não passava de um protótipo. O dr. Rehn voltou para cidade dois dias depois e, vendo o estado do paciente, decidiu intervir. Desesperado para salvar sua vida, decidiu operá-lo: abriu o peito do paciente, fez uma incisão no pericárdio que estava cheio de sangue e encontrou uma abertura na parede do coração, a qual ele suturou com o coração batendo e o sangramento cessou – a cirurgia foi um sucesso. Outras tentativas desse tipo de cirurgia tinham sido feitas posteriormente, em 1895, por Axel Coppelen e outra por Guido Farina em janeiro daquele mesmo ano. Embora tenham sobrevivido à cirurgia, morreram poucos dias depois de complicações infecciosas. (REHN, 1897; STEPHENSON, 2008; TESLER, 2020)

O sucesso de Rehn aconteceu apenas alguns meses após a publicação de Stephen Paget (1896), um renomado cirurgião inglês, em um de seus livros *The Surgery of the Chest*, segundo o qual a cirurgia do coração teria alcançado o limite que a natureza

impôs e que nenhum método novo ou descoberta nova poderia superar as dificuldades naturais. Não somente isso, a notícia espalhou-se rapidamente e provou-se não ser fruto de sorte, já que, em 1907, Ludwig Rehn reportou sua experiência em 124 casos de reparação cirúrgica de ferimentos no coração com taxa de sobrevivência de 40%. Dessa forma, nos anos seguintes, essas intervenções passaram a acontecer em diferentes regiões do mundo, quase sempre em situações dramáticas de lesões por facadas. (TESLER, 2020)

Naquela época, já era conhecida a existência do canal arterial e John C. Muro, em 1907, havia proposto a ligadura como forma de resolver a cardiopatia congênita do canal arterial que causava desvio do sangue pobre em oxigênio das câmaras direitas para a circulação pulmonar, podendo levar à morte ou a doenças pulmonares, entretanto nenhuma intervenção cirúrgica teria sido realizada. (BRAILE; GODOY, 2012; PRATES, 1999)

ECOS NO BRASIL

De certa forma, o Brasil não estava totalmente desajustado e conseguiu, com certo atraso, acompanhar o restante do mundo na modalidade cirúrgica que mostrara recentemente não ser impossível.

Em 1900, o dr. Alfredo José Cardoso, natural de Piracicaba, defendeu, na Faculdade de Medicina e Farmácia do Rio de Janeiro, sua tese de doutoramento sobre Cirurgia do Coração (Figuras 1 e 2). Em seu trabalho, ele fez uma revisão de casos sobre suturas cardíacas realizadas ao redor do mundo e, usando sua experiência de cirurgião, identificou que os cirurgiões brasileiros estavam um passo atrás dos grandes cirurgiões da América do Norte e da Europa. Cardoso (1900 apud COSTA, 1998) relatou:

Sentimo-nos pesarosos em não poder relatar uma observação própria ou mesmo nacional, porque não a pudemos encontrar, não obstante ser a cirurgia do coração feita há muito por cirurgiões estrangeiros. É, na verdade, bem doloroso confessarmos este fato, muito pouco lisonjeiro para a classe médica brasileira.

Seguindo a cronologia da Cirurgia Cardíaca no Brasil, Oliveira Fausto, nas suas *Chroniques médicales du Brésil*, de 1902, informa que Antônio José Peixoto havia praticado no Rio de Janeiro, em meados do século XIX, oito paracenteses do pericárdio. Segundo os relatos contidos nos anais da cultura médica brasileira, essa é provavelmente a primeira citação a um procedimento realizado no coração dentro do Brasil. (COSTA, 1998)



Figura 1 – Alfredo José Cardoso
Fonte: Costa (1998).

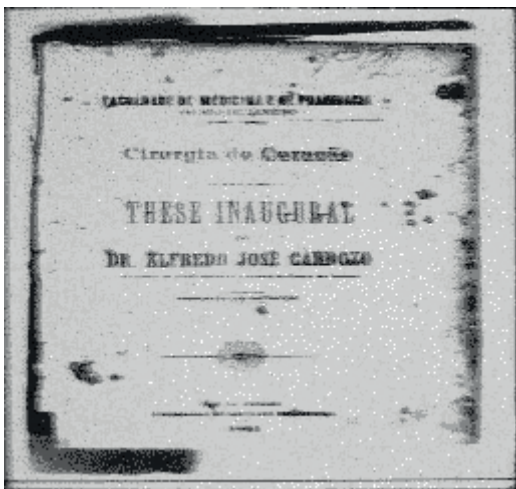


Figura 2 – Tese de Cardoso
Fonte: Costa (1998).

Em 1905, João Alves de Lima foi o primeiro cirurgião a realizar uma sutura cardíaca, fazendo um relato pessoal do caso, romantizando sua prática através de chavões literários a fim de alcançar uma atenção maior por parte da classe médica a quem ele direcionou seu escrito.

[...] apressamo-nos a transportá-lo a uma das mesas da sala de operação e procedemos ao exame do doente. Cortamos suas vestes, eis o que constatamos: Um ferimento na região lateral esquerda do esterno, ao nível da quarta costela, aonde escapava uma certa quantidade de sangue rutilante, o pulso era imperceptível e havia esfriamento dos segmentos, palidez lívida, estado sincopal, quase a morte. Diagnosticamos imediatamente um ferimento do coração e, malgrado a imensa gravidade, acreditamos que uma intervenção de urgência absoluta era a única maneira de evitar a morte iminente. Começamos por fazer uma incisão no sentido do ferimento, traçando retalho de forma quadrangular, de eixo de rotação externa. Com uma rugina atacamos a terceira e quarta costelas, o que nos permitiu ver a ferida da pleura e da borda lateral do pulmão, havendo uma grande quantidade de coágulos. Limpamos o campo rapidamente e uma ferida do pericárdio apresentou-se à nossa vista. Ressecamos outra costela, o que nos ofereceu um espaço ainda mais amplo à exploração. Ampliamos verticalmente a fenda do pericárdio e o coração nos apareceu recoberto de uma grande quantidade de coágulos, este momento os batimentos cardíacos cessaram. Esvaziamos o pericárdio de todos os coágulos e fizemos massagem no coração, que reiniciou os batimentos e ao mesmo tempo tornou-se mais difícil ver o ferimento cardíaco; com efeito, guiados pela direção da fenda do pericárdio, encontramos uma ferida do ventrículo esquerdo, medindo mais ou menos 14 mm no sentido vertical, babando sangue. Imediatamente fizemos um ponto de catgut que nos serviu de ponto de apoio para chuleio que assegurou definitivamente a hemostase da ferida do miocárdio. (LIMA, 1905 apud COSTA, 1998)

O paciente sobreviveu apenas uma hora (Figuras 3 e 4). (PRATES, 1999)

Novos registros somente apareceram após cerca de 20 anos, o próprio Alves de Lima, em 1923, e Benedicto Montenegro, Walter Seng, Pacheco Mendes, Silvio Heilborn, Silvio Brauner, Elizeu Guilherme, nos anos seguintes. Nos registros oficiais, datados de 17 de novembro de 1927, o primeiro caso bem-sucedido de sutura cardíaca foi realizado por Silvio Brauner, no pronto-socorro do Rio de Janeiro. Tratava-se de ferida, por objeto cortante, da aurícula esquerda, suturada com pontos de catgut montados em Agulha de Reverdin. (COSTA, 1998)



Figura 3 – João Alves de Lima
Fonte: Costa (1998).

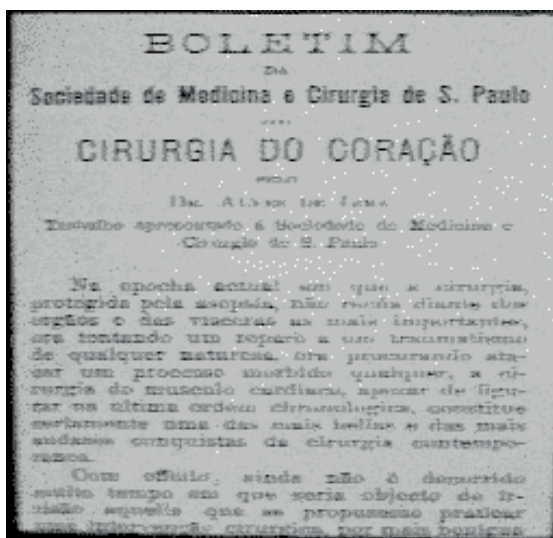


Figura 4 – Comunicação da cirurgia realizada
por João Alves de Lima
Fonte: Costa (1998).

PERÍODO DE SILÊNCIO

No final do século XIX, duas grandes técnicas contribuíram para o crescimento de todas as modalidades cirúrgicas: a antissepsia e a anestesia. Esses dois adventos levaram a um crescimento explosivo de escolas cirúrgicas em todo o mundo e culminaram no surgimento de grandes mentores da Cirurgia que desenvolveram diversos procedimentos cirúrgicos e instrumentais, utilizados até hoje, como Theodor Kocher, William Halstead, James Paget – todos alunos de Theodor Billroth. (TESLER, 2020) Entretanto, a Cirurgia Cardiovascular permaneceu sem grandes novidades durante décadas após a intervenção de Ludwig Rehn que lançou suas bases. Alguns problemas seriam bastante significantes e desafios muito grandes deveriam ser vencidos: além da falta de métodos diagnósticos confiáveis, os cirurgiões da época não tinham dominado a técnica de suturas de vasos, o que ocasionava em perdas sanguíneas expressivas e elevadas taxas de mortalidade; a transfusão sanguínea ainda não existia, o coração permanecia batendo, o que dificultava abordá-lo cirurgicamente; e além disso, não havia como garantir a oxigenação e a ventilação dos pulmões dos pacientes com o peito aberto. Dois grandes marcos foram alcançados no início do século XX através das contribuições de duas pessoas excepcionais, Alexis Carrel e Karl Landsteiner – ambos europeus que posteriormente migraram para os Estados Unidos (EUA) e desenvolveram trabalhos junto ao Rockefeller Institute de Nova Iorque, onde ambos conseguiram um Prêmio Nobel.

Alexis Carrel passou anos de sua vida estudando e desenvolvendo técnicas de suturas de vasos após testemunhar a falta de habilidade de cirurgiões de sua cidade natal – Lyon – em reparar uma laceração de veias hepáticas que o presidente francês Sadi Carnot sofreu após ser apunhalado pelo anarquista Sante Caserio em 1894. Após dedicar-se por muito tempo, dominou a técnica e passou a utilizá-la em uma série de experimentos de transplante de órgãos e em cirurgias cardíacas e de vasos. Sua abordagem veio ser aplicada clinicamente aproximadamente 50 anos depois e foi premiado com Prêmio Nobel de Medicina em 1912. (TESLER, 2020)

Karl Landsteiner identificou os grupos sanguíneos A, B, AB e O no início do século XX e comprovou que eram geneticamente transmitidos, resolvendo o mistério sobre complicações que ocorriam após tentativas de transfusão sanguínea posteriores. Sua descoberta esclareceu o mecanismo imunológico e tornou possível que acontecesse. As maiores dificuldades estavam no armazenamento do sangue, que acabava por coagular, sendo solucionado apenas em anos posteriores por descobertas como o uso de citrato de sódio por Albert Hustin, em 1914, e por Peyton Rous e J.R. Turner que acrescentaram glicose ao citrato de sódio, conservando o sangue por mais tempo. A criação de bancos de sangue e armazenamento em

grande escala foram estimulados durante a Primeira Guerra Mundial, quando a pesquisa sobre transfusão sanguínea foi intensificada. Landsteiner continuou a pesquisar antígenos sanguíneos e descobriu o sistema Rh em 1937. Foi premiado com o Nobel em 1930. (TESLER, 2020)

BEM-VINDO ÀS CÂMARAS

O período entre guerras foi marcado por melhoria das técnicas e início de implementação e tentativas de cirurgias intracardíacas, entretanto os resultados não eram satisfatórios. Nesse período, iniciou-se a difusão do uso de técnicas diagnósticas mais apuradas, como o emprego de raio-x e do eletrocardiograma. Durante esse contexto, em 1929, Werner Forssman, um jovem assistente de cirurgia, em Eberswalde, uma cidade próxima a Berlim, tentou desenvolver uma técnica que permitisse a injeção de medicações diretamente nas câmaras cardíacas. Com a ajuda de uma enfermeira segurando um espelho, ele inseriu um cateter através de uma veia do braço e empurrou até que sua ponta chegasse ao coração. Depois, desceu até o porão, onde ficava o laboratório de radiologia e tirou um raio-x que mostrou que a ponta do cateter estava posicionada dentro de uma câmara cardíaca. Ele publicou em artigos, argumentando que essa técnica permitiria medição da pressão dentro das câmaras cardíacas e, através da injeção de substâncias passíveis de serem vistas no raio-x, possibilitaria a visualização da anatomia interna do coração. Entretanto, seu experimento em si próprio foi severamente criticado no meio acadêmico: o prof. Ferdinand Sauerbruch recusou-se a apontá-lo para um cargo no Hospital Universitário de Berlim, o que levou ao encerramento precoce de sua carreira acadêmica. Assim, por conta da repercussão extremamente negativa, Forssman abandonou seu experimento e passou os anos seguintes trabalhando como médico generalista, urologista e, somente durante a Segunda Guerra Mundial, como cirurgião. (FORSSMANN, 1929; TESLER, 2020)

No entanto, suas descobertas não foram completamente ignoradas e passaram, nos anos 1930, a serem estudadas em Lisboa, Paris e Buenos Aires, onde pesquisadores conseguiram obter a visualização radiológica da artéria pulmonar através de contraste injetado por um cateter no átrio direito. Em Praga, com uma metodologia ainda utilizada hoje, o débito cardíaco – a quantidade de sangue que sai do coração – foi mensurada. Os estudos mais relevantes derivaram de experimentos feitos por André Cournand e Dickinson Richards no Hospital Bellevue, associado a Universidade de Nova Iorque, entre o início dos anos 1940 e meados dos anos 1960, que resultaram em pesquisas fundamentais sobre a fisiologia do coração e a circulação pulmonar, o que lhes rendeu um Prêmio Nobel de Medicina em 1956. Todavia, André Cournand telefonou para o Comitê Nobel e informou que seus

estudos derivaram de uma pesquisa feita por um médico alemão em 1940, Werner Forssman, e exigiu que este fosse encontrado, já que Cournand somente aceitaria o prêmio se também fosse concedido a ele. O comitê encontrou Forssman trabalhando como urologista em um hospital de uma pequena cidade no interior da Alemanha. O reconhecimento de seu trabalho lhe trouxe grande surpresa e alegria, fazendo-o retomar seu prestígio e ser reconhecido pela Sociedade Alemã de Cirurgia como membro honorário, além de reconhecimento internacional. Forssman estava à frente seu tempo na época e, felizmente, foi notado enquanto ainda vivo, embora existam outros precursores de técnicas revolucionárias que acabaram por não serem suas descobertas reconhecidas. (TESLER, 2020)

Durante a Segunda Guerra Mundial, houve notório desenvolvimento de Cirurgia Torácica e Cirurgia Cardíaca relacionado ao trauma. Um grande exemplo disso foi a retirada de 134 projéteis de armas de fogo do mediastino, incluindo 55 do pericárdio e 13 de câmaras cardíacas, sem uma morte sequer, por Dwight Harken. No entanto, era difícil imaginar esse tipo de cirurgia eletiva, já que não existiam equipamentos sofisticados de monitorização. Para se ter ideia, a infusão rápida de sangue era feita através de bombeamento de ar dentro de garrafas de vidro cheias de sangue. (HARKEN, 1946; STEPHENSON, 2008; TESLER, 2020)

Houve apenas casos isolados de tentativas de dilatação de valvas cardíacas entre 1912 e 1949, ano em que Charles Bailey publicou o artigo “The surgical treatment of mitral *stenosis*”. Apenas a quinta cirurgia, executada em 10 de junho de 1948 nos EUA, dos cinco casos publicados no artigo, obteve êxito. Alguns dias após o sucesso de Bailey, Dwight Harken executou com sucesso sua primeira valvulotomia para estenose mitral – uma cirurgia que consiste numa incisão para deixar a valva mais livre, podendo abrir normalmente. (NAEF, 1990) Esses dois cirurgiões dilatavam a valva às cegas, passando o dedo ou algum instrumento pela aurícula do ventrículo esquerdo. Outras técnicas desenvolveram-se nos anos seguintes, utilizando instrumentos adaptados ou inventados para abordagem das valvas, como uma faca de tenotomia – usada para cortar tendões – utilizada por Thomas Holmes Sellors em 1947. A primeira valva artificial desenvolvida por Charles Hufnagel, no início dos anos 1950, tratava-se de uma bola móvel em uma caixa de acrílico implantada na aorta descendente para tratar insuficiência aórtica e continuou como único tratamento disponível para essa doença até o surgimento da CEC. Esses procedimentos não tinham taxas de sucesso muito boas e a sobrevivência dos pacientes não era alta, mas consistia nos únicos tratamentos disponíveis naquela época. (HARKEN, 1946; STEPHENSON, 2008; TESLER, 2020)

A essa altura, estudos sobre as características anatômicas das doenças cardíacas congênitas correlacionados com estudos sobre características fisiopatológicas e sinais e sintomas clínicos foram cruciais na identificação e classificação de di-

versas anormalidades congênitas. Essa classificação serviu como base para teorizar e conseqüentemente alcançar suas correções cirúrgicas. Antes de entrar na cirurgia propriamente dita, duas personalidades merecem ser mencionadas devido a sua importância e contribuição, a canadense Maude Abbott e a americana Helen Taussig.

Abbott nasceu em Quebec em 1869 e sempre foi uma estudante excepcional, entretanto teve sua admissão recusada na Faculdade de Medicina da Universidade McGill, em Montreal, apenas porque, na época, não eram aceitas estudantes do sexo feminino. Ao invés desta, ela concluiu a graduação com honra em 1894 no Bishop's College of Medicine, em Sherbrooke. Dedicou-se, desde o princípio, a estudar a anatomia das doenças congênitas do coração e acabou por receber, em 1910, o doutorado *honoris causa*, ironicamente, pela mesma universidade que havia recusado sua admissão. Seu entusiasmo e dedicação chamaram atenção de Sir William Osler, considerado o Pai da Medicina Moderna, que, em 1905, confiou a ela a escrita do capítulo de doenças cardíacas congênitas em seu famoso tratado, em tradução livre, *Um sistema de Medicina Moderna*.¹ Maude continuou nas próximas décadas, estudando e relatando casos, resultando, em 1936, na publicação de seu monumental *Atlas das doenças congênitas do coração*,² mundialmente famoso e prestigiado. (TESLER, 2020)

Helen Taussig nasceu em Cambridge, Massachusetts, em 1898 e passou por problemas semelhantes à Abbot, não sendo aceita na Harvard Medical School por ser mulher. Passou a estudar Histologia, Bacteriologia e Anatomia na Universidade de Boston, sem expectativas de receber um diploma. Lá, ela tinha que se sentar separada dos colegas homens e era proibida de falar com eles. Entretanto, em 1925, publicou seu primeiro artigo científico orientado pelo seu professor Alexander Begg sobre estudos com músculo cardíaco bovino. Esse professor a encorajou a transferir-se para a John Hopkins University School of Medicine, uma das poucas universidades de Medicina que aceitavam mulheres naquela época, e foi aceita. Concluiu sua graduação em 1927 e continuou dedicando-se a especializar-se em Cardiologia e Pediatria, finalizando em 1930. Helen continuou a trabalhar no Departamento Pediátrico do Johns Hopkins e desenvolveu um interesse muito grande em estudar bebês com defeitos cardíacos congênitos e febre reumática. Utilizava a fluoroscopia – consiste na observação em tempo real de sequências de raios-x com contraste transitando no corpo – como método diagnóstico e desenvolveu um interesse particular em bebês com cianose, ou seja, com a pele azulada, frequentemente causada por uma doença chamada tetralogia de Fallot. A cianose

1 *A system of Modern Medicine*, em título original.

2 *Atlas of congenital heart diseases*, em título original.

é causada por oxigênio insuficiente no sangue circulante do corpo. Nessa época, em 1939, Robert Gross, nos EUA, conseguiu executar a primeira correção cirúrgica da persistência do canal arterial – doença que causa uma mistura do sangue rico em oxigênio da aorta com o pobre em oxigênio da artéria pulmonar, fechando-o com ligaduras e pontos. (GROSS; HUBBARD, 1939) Concomitantemente, Helen percebeu que bebês com tetralogia de Fallot que também tinham persistência do canal arterial tinham menores sintomas e sobreviviam por mais tempo, o que levou ela a teorizar que se fosse criado cirurgicamente um canal arterial, aumentaria a sobrevivência desses pacientes.

A essa altura, o feito de Gross já era conhecido e Helen o procurou, entretanto ele respondeu-lhe que já tinha problema suficiente com fechamento do canal arterial e certamente não queria tentar fazer um artificial. Esse fato fez com que dois anos depois, em 1945, ela conseguisse, juntamente com o recém nomeado chefe de cirurgia Alfred Blalock e sua assistente de laboratório, Vivien Thomas, desenvolvessem a técnica que ficou conhecida como *shunt* de Blalock-Taussig, ligando a artéria subclávia com a artéria pulmonar esquerda, desviando sangue para o pulmão, o que foi um grande passo, já que a operação tratava paliativamente uma complexa doença intracardíaca focando em sua fisiopatologia. (BLALOCK; TAUSSIG, 1945; TESLER, 2020)

Outras conquistas no campo da Cirurgia Cardíaca, referentes a doenças congênitas, foram alcançadas ainda durante a Era Pré-Circulação Corpórea, tais como: a ressecção da coarctação da aorta em 1944, por Clarence Crafoord, em Estocolmo; a correção de uma anomalia na qual uma das artérias coronárias emerge da artéria pulmonar ao invés da aorta, por Gunnar Biorck e Clarence Crafoord, em 1946; a correção parcial da transposição de veias pulmonares por Muller em 1951 e, ainda nessa década, Gott, Varco, Lillehei e Cooley reportaram operações com sucesso em casos semelhantes; Gross também foi pioneiro na cirurgia de correção de fechamento da janela aortopulmonar em 1948, uma cirurgia extremamente difícil e perigosa que só melhorou após o desenvolvimento da CEC; tratamentos para cardiopatias congênitas cianóticas diversas, como a criação do *shunt* de Glenn em 1958 – utilizando a mesma lógica do Blalock-Taussig – e os cirurgiões russos Meshalkin, Vishnevsky e Galankin que também se inspiraram nessa técnica para tratar clinicamente pacientes com tetralogia de Fallot e atresia tricúspide. (BIORCK; CRAFOORD, 1946; CRAFOORD; NYLIN, 1945; GLENN, 1958; GROSS, 1952; KONSTANTINOV; ALEXI-MESKISHVILI, 1999; TESLER, 2020)

EM TERRAS TUPINIQUINS

A Cirurgia Torácica no Brasil apresentou marcado desenvolvimento com a inauguração do Hospital das Clínicas de São Paulo em 1944. Contando com Alípio Correa Neto na orientação, um grupo foi criado e liderado por Euryclides Zerbini, um grande cirurgião cardíaco e torácico de prestígio nacional. Devido a esse grupo, criou-se uma relação de intercâmbio de tecnologias entre o Brasil e cirurgiões europeus e norte-americanos, tendo em vista que, nesses grandes centros, já havia tecnologia e medidas de procedimentos paliativos para cardiopatias congênitas e realizações bem-sucedidas de comissurotomia mitral. O Hospital das Clínicas de São Paulo, então, estabeleceu esse intercâmbio e recebeu vários cirurgiões como visitantes, a fim de ensinarem essas novas tecnologias de cirurgias torácicas e cardíacas fechadas para os cirurgiões brasileiros (Figura 5). (COSTA, 1998)



Figura 5 - Lord Russell Brock (dir.) e Euryclides Zerbini (esq.) no H.C. em 1952
Fonte: Costa (1998).

ADVENTO DA CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA

Neste ponto da história, diversas dificuldades já tinham sido superadas, entretanto o universo da cirurgia cardíaca ainda seria impactado com uma das invenções que mais propiciaram seus avanços e que ainda hoje é utilizada em larga escala em todo o mundo, tornando-se um marco divisor e há quem diga ser a maior criação nessa área.

A MÁQUINA DOS SONHOS

Embora diversas técnicas cirúrgicas já haviam sido desenvolvidas e sucessos já haviam sido alcançados, a abordagem cirúrgica intracardiaca propriamente dita permanecia sem sucessos, pois algumas barreiras pareciam grandes demais para serem vencidas: operar um coração batendo era extremamente difícil, comparável a um mecânico consertar um motor de carro ligado. Dessa forma, três grandes obstáculos tinham de ser superados: fazer o coração parar, conseguir oxigenar todo o corpo com o coração parado e encontrar formas de evitar que o sangue coagulasse dentro desse equipamento, pois o sangue, ao entrar em contato com oxigênio e com objetos artificiais, coagula-se.

A heparina foi descoberta acidentalmente, em 1916, por um estudante de Medicina, Jay McLean, que procurava em corações e fígados substâncias que modificassem a coagulação, acabando por descobrir em extratos de fígado hepático uma substância capaz de retardar a coagulação, denominada “heparfosfatide” e, posteriormente, batizada de “heparina” em virtude de ter sido encontrada no fígado. Em 1937, Chargaff e Olson descobriram um peptídeo, a protamina, que neutralizava os efeitos da heparina. Essas duas descobertas revolucionaram o campo da anti-coagulação, abrindo portas para outros estudos na área, permitindo sua aplicação na prática cirúrgica. (CHARGAFF; OLSON, 1937; HOWELL; HOLT, 1918; MCLEAN, 1959)

O desenvolvimento de uma máquina coração-pulmão foi um processo lento e gradual e começou com tentativas de cirurgias de retirada de coágulos do pulmão, em 1908, por Frederic Trendelenburg, em que todos os seus pacientes vieram a óbito e, somente em 1924, Martin Kirschner, aluno de Trendelenburg, conseguiu executar o procedimento com um paciente que se recuperou totalmente. (KIRSCHNER, 1924; TRENDELENBURG, 1908) Em 1937, Jonh Gibbon, um americano, estimou que apenas 9 dos 142 pacientes no mundo submetidos ao procedimento de Trendelenburg sobreviveram. (GIBBON JR., 1937) Esses resultados catastróficos levaram Gibbon (1937) a começar a trabalhar em uma bomba oxigenadora que pudesse manter a circulação sanguínea durante a embolectomia pulmonar. No mesmo ano, Gibbon demonstrou que a vida poderia ser mantida através de uma máquina coração-pulmão, recuperando a função do coração e pulmões nativos do paciente, mas apenas três animais recuperaram a função normal e morreram algumas horas depois. Seu trabalho foi interrompido com a Segunda Guerra Mundial. Entretanto, outros grupos continuaram pesquisando essa possibilidade, incluindo Clarence Crafoord na Suécia, J. Young-blood na Holanda, Clarence Dennis nos EUA, Mario Dogliotti na Itália e Forest Dodrill, também nos EUA. (STEPHENSON, 2008) Em 1951, Dogliotti utilizou uma máquina como suporte circulatório em

uma cirurgia de tumor de mediastino, mas sem dependência total da máquina. (DOGLIOTTI, 1952) Dodrill, em parceria com a General Motors, conseguiu fazer uma substituição da função do coração esquerdo, em 1952, para substituir o coração direito – nessa máquina, realizava-se apenas a função de bombear, enquanto a oxigenação era feita pelo próprio pulmão do paciente. (STEPHENSON et al., 2002a, 2002b) Depois da Segunda Guerra Mundial, em 1949, Gibbon retomou seu trabalho e, juntamente com engenheiros da International Business Machines (IBM), conseguiu desenvolver uma nova máquina coração-pulmão que culminou com a primeira cirurgia efetuada com sucesso com CEC em maio de 1953 (Figura 6). (GIBBON JR., 1954) Importante salientar que, nessa primeira cirurgia, Gibbon utilizou a heparina e protamina para manuseio da coagulação – substâncias que ele já vinha testando a viabilidade desde 1939. (GIBBON JR., 1939)



Figura 6 – Primeira cirurgia com CEC bem-sucedida em 1953 – no centro, J. Gibbon (dir.) e seu auxiliar F. Albritten Jr (esq.)
Fonte: Bordley e Harvey (1976).

Em 1952, Jonh Lewis fechou um defeito no septo atrial utilizando cobertores refrigerados que abaixavam a temperatura retal do paciente para 28°C, na tentativa de diminuir os batimentos cardíacos. A cirurgia foi um sucesso, o paciente foi reaquecido posteriormente com imersão em água quente, recuperando-se da anestesia e sem intercorrências pós-operatórias. (LEWIS; TAUFIC, 1953) Posteriormente,

Swan e demais autores (1953) reportaram sucesso utilizando uma técnica semelhante, entretanto a hipotermia para cirurgias intracardíacas tinha um efeito pouco duradouro. Com o uso clínico da CEC, durante a década de 1960, Hikasa e demais autores (1967) publicaram o uso da máquina para reaquecer o paciente, outros grupos, em pouco tempo, divulgaram o uso da CEC para induzir e manter a hipotermia profunda e depois reaquecer o paciente. Foi somente em 1955 que Melrose desenvolveu a primeira solução química que induzia uma parada com o coração relaxado e sua posterior retomada com a lavagem da solução aplicada. Tal solução era composta por altas doses de citrato de potássio e por conta disso demonstrou causar diversas lesões no músculo cardíaco e foi abandonada. Diversos estudos posteriores surgiram com diferentes composições, objetivando que o coração diminuísse seu consumo energético através da parada cardíaca e com isso não sofresse com a falta de oxigênio. Com o tempo, essas soluções melhoraram muito e passaram a ser rotina usada juntamente com a CEC e a indução de hipotermia. (MELROSE et al., 1955; SOUZA; ELIAS, 1995)

No Brasil, a história da CEC liga-se diretamente à figura de Hugo Felipozzi. No dia 12 de novembro de 1956, praticou, no Brasil, pela primeira vez na América Latina, abertura das cavidades cardíacas sob CEC total (Figuras 7 e 8) – tratava-se de uma correção de um defeito no septo atrial. Felipozzi já vinha desenvolvendo oxigenadores e sistemas de CEC juntamente com outros cirurgiões brasileiros como Adib Jatene, Valdir Jazbik, Domingos Junqueira de Moraes, Domingo Marcolino Braile, Marcos Cunha, Hélio Magalhães, Otoni Moreira Gomes e outros. (BRAILE; GODOY, 2012; COSTA 1998; PRATES, 1999) Estava aberta uma nova fase na Cirurgia Cardíaca brasileira. No Brasil, o feito de Felipozzi fez uma revolução nesse campo, o que inspirou a classe médica. Em São Paulo, o grupo do Hospital das Clínicas, liderado por Euryclides Zerbini, se transformara no maior Centro de Cirurgia Cardíaca do país e logo passou a empregar o novo método. No Rio de Janeiro, a CEC foi iniciada, em 1957, por Earl Kay e Cid Nogueira e passou a ser praticada em vários serviços, notabilizando-se, logo, o grupo de Casa de Saúde São Miguel, sob a liderança de Domingos Junqueira de Moraes (Figura 9). (COSTA, 1998)



Figura 7 – Hugo João Felippozi
Fonte: Associação Brasileira dos Residentes de Cirurgia Cardiovascular ([200-]).



Figura 8 – Primeira operação com CEC na América Latina – na mesa de cirurgia, Hugo Felippozi (dir.), Rubens Santos (esq.) e Laio D’Oliveira (fundo), 1º e 2º assistentes, respectivamente
Fonte: Costa (1998).

BRASIL ADENTRO

Como feito no Rio e em São Paulo, citados anteriormente pela sua importância e pioneirismo, criou-se também um novo polo fora desse eixo. O primeiro cirurgião a empregar essa técnica foi Luis Tavares da Silva, no Recife, em 1960. Após Luis Tavares da Silva, cirurgiões e serviços cirúrgicos de outras cidades passaram a praticá-la, como: Washington Pinto, em Niterói Sebastião Rabelo em Belo Horizonte. Em Curitiba, passou-se a realizá-la em 1961. Cid Nogueira introduziu-a em Porto Alegre, Isaac Lobato em Florianópolis, e assim por diante. (COSTA, 1998)



Figura 9 – Primeira operação com extracorpórea no Rio de Janeiro, 1957
Fonte: Costa (1998).

Em 1963, Jessé Teixeira reuniu praticamente todos os casos de cirurgias com CEC no país, a fim de analisar a mortalidade operatória desse procedimento. Através de seu estudo, pode-se criar um panorama da Cirurgia Cardíaca no Brasil. Dos mais de 1.600 casos, cerca de mil foram realizados pela equipe de Zerbini, demonstrando sua liderança nessa técnica no Brasil. (COSTA, 1998)

Os grandes avanços tecnológicos ocorriam principalmente fora do país e encareciam os procedimentos realizados no Brasil. Dessa forma, as importações de equipamentos eram bem restritas, fazendo com que os cirurgiões brasileiros desenvolvessem improvisações para acompanhar a evolução das cirurgias cardíacas no mundo. Com um alto grau de criatividade, graças a nomes como Adib Jatene, Hélio Pereira Magalhães, Décio Silvestre Kormann, Domingos Junqueira de Moraes e Waldir Jsbik, passaram a ser fabricados no país aparelhos de CEC, próteses valvulares, marca-passos, entre outros. Foi um momento de vitória

para a Cirurgia Cardíaca brasileira, mantendo-se atualizada através da evolução de tecnologias próprias que mantiveram o país no encalço dos grandes avanços mundiais (Figuras 10, 11 e 12). (COSTA, 1998)

CONSERTANDO O ENCANAMENTO

Em 1962, Sones Jr. e Shirey publicaram um artigo intitulado “Cine Coronary Arteriography”, em que relataram a injeção de contraste diretamente nas artérias coronárias, permitindo visualizar obstruções nessas artérias e um melhor estudo da anatomia coronariana – surgiu aqui a cineangiografia que levou diretamente a um impulso na busca pela técnica de revascularização de artéria obstruídas.

Nos anos seguintes, apenas algumas tentativas isoladas de revascularização foram divulgadas e nenhuma reproduzida. Doutor Goetz realizou, aparentemente, a primeira cirurgia de revascularização com sucesso bem documentada, no ano de 1960, em Nova York. Entretanto, ele não suturou a artéria mamária direita com a artéria coronária direita, apenas colocou um tubo de metal ligando-as e o paciente morreu no ano seguinte de infarto e Goetz foi bastante criticado, o que o levou a abandonar a técnica.

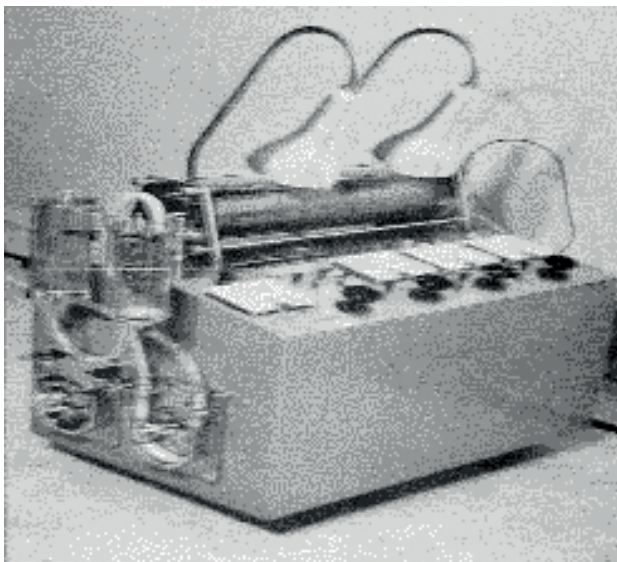


Figura 10 – Máquina coração-pulmão fabricada em São Paulo, no Instituto de Cardiologia Sabbato D’Angelo
Fonte: Costa (1998).

Em 1964, Garret, Dennis e DeBakey executaram em um paciente uma cirurgia ligando um pedaço de veia safena à aorta e à artéria descendente anterior, mas

só divulgaram o caso em 1973 (o paciente ainda estava vivo e o enxerto, patente). Em 1968, Green, Stertzer e Reppert e Bailey e Hirose publicaram resultados de cirurgias de revascularização com sucesso, mas divergiam quanto ao uso de CEC: enquanto os primeiros defendiam seu uso, os segundos defendiam que deveria ser feita com o coração batendo. É importante salientar a contribuição de Rene Favalaro, um brasileiro residente nos EUA, que divulgou, em 1968, um artigo focado em 15 pacientes, em que ele executou uma interposição de veia safena colada entre a aorta ascendente e a artéria coronária direita após a lesão, inserindo posteriormente um adendo, acrescentando 55 outros casos, 52 de artéria coronária direita e outros 3 de artéria circunflexa. (FAVALARO, 1968; GARRETT; DENNIS; DEBAKEY, 1973; KONSTANTINOV; ROBERT, 2000)

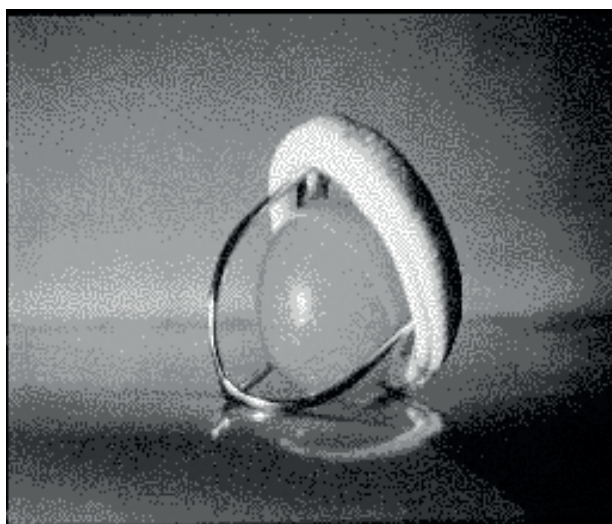


Figura 11 – Prótese de bola de fabricação nacional – Instituto Dante Pazzanese
Fonte: Costa (1998).

A contribuição desses cirurgiões foi muito importante. No entanto, a data oficial de início da cirurgia de revascularização, como conhecemos hoje, iniciou-se em 1969, quando W. Dudley Johnson e seus colegas de Milwaukee divulgaram uma série de 301 pacientes que foram submetidos à cirurgia de revascularização, demonstrando que múltiplos enxertos de veia poderiam ser conectados em todos os três grandes troncos arteriais e seus ramos principais, além do uso da artéria mamária interna. (JOHNSON et al., 1969)

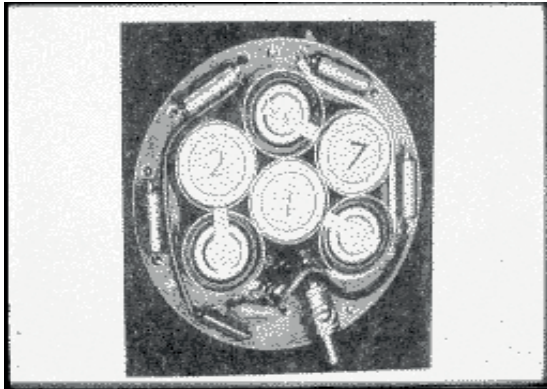


Figura 12 – Marca-passo de fabricação nacional – Instituto Dante Pazzanese
Fonte: Costa (1998).

DE UM PEITO PARA OUTRO

Foi durante a fase de expansão da Cirurgia Cardíaca em todo o Brasil, mencionada anteriormente, que um fato aconteceu e revolucionou o mundo inteiro: o primeiro transplante cardíaco humano, realizado por Christiaan Barnard, em 1967, na África do Sul. O transplante de Barnard foi realizado em 4 de dezembro de 1967, e em 25 de maio de 1968 no Hospital das Clínicas, em São Paulo, Euryclides Zerbini realizou o primeiro transplante brasileiro, sendo o 17º em todo o mundo. Deve-se ressaltar que o grupo de Zerbini já se preparava para o transplante há muito tempo, como demonstram seus trabalhos experimentais, apresentados já em 1965. A repercussão do feito de Zerbini foi muito favorável à Cirurgia Cardíaca brasileira, pois não era despido de valor ufanístico, e trouxe prestígio social à especialidade, que beneficiou os serviços em todo o país. (BRAILE; GODOY, 2012; COSTA, 1998; PRATES, 1999)

O advento do transplante cardíaco fez com que a evolução da ciência trouxesse também um avanço na questão da revascularização do miocárdio. Essa nova operação, debutada no Brasil por Favaloro em 1968, foi logo reproduzida por Jatene e Zerbini em São Paulo e no Rio de Janeiro por Jsbik e Moraes. Esse novo procedimento se tornou o carro-chefe das cirurgias cardíacas no mundo e também serviu de esteio para criação de grandes centros regionais. (COSTA, 1998)

PIONEIRISMO NA BAHIA

A cirurgia cardiovascular no estado da Bahia é um embrião quando comparada com outros estados brasileiros. O dr. Gibbison, na década de 1970, no Hospital

Ana Nery, realizava procedimentos “rudimentares” dentro da Cirurgia Cardíaca em solo baiano, sendo a primeira operação uma implantação de marca-passo. No entanto, somente em meados de 1973, foi solicitado um convite para um diálogo entre o dr. Nilzo Ribeiro e dr. Raimundo Perazzo diretor daquela época da Santa Casa de Misericórdia da Bahia, Hospital Santa Izabel, com a finalidade de introduzir Nilzo como cirurgião cardíaco no hospital em questão (Figura 13). Na época, a cirurgia cardíaca já havia sido realizada em poucos pacientes, entretanto os resultados estavam bem distantes de serem satisfatórios.



Figura 13 – Homenagem ao dr. Nilzo pelos 40 anos da primeira cirurgia cardíaca no Hospital Santa Izabel (21/07/2014)
Fonte: Hospital Santa Izabel (2014).

Nesse período, após pedido feito pelo dr. Nilzo, dr. Adib Jatene, médico e precursor da Cirurgia Cardíaca no Brasil (Figura 14), aceita ir para a terra soteropolitana, trazendo seu conhecimento para melhorar o desempenho, a acessibilidade e a qualidade das cirurgias cardíacas em Salvador, já que, até aquele o momento, o estado baiano, como um todo, não tinha estruturas na área quando comparado com São Paulo, Recife e Rio de Janeiro.

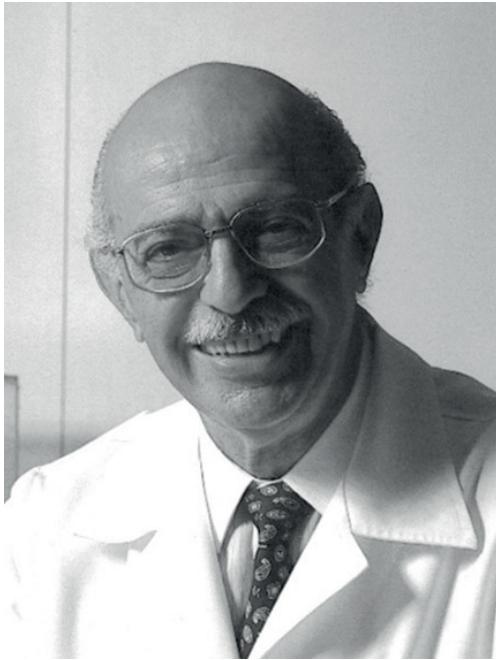


Figura 14 – Adib Domingos Jatene
Fonte: Associação Brasileira dos Residentes de Cirurgia Cardiovascular ([200-]).

Naquele momento, a acessibilidade era tão pouca que a sala utilizada para a realização das cirurgias era um depósito de objetos envelhecidos, e o grupo, composto por clínicos e cirurgiões cardíacos, teve que desbravar e ressignificar a sala que levava o nome de um nobre cirurgião: dr. Pacheco Mendes. Além do espaço físico, nesse período, a grande maioria dos objetos utilizados para o procedimento eram importados e muitas vezes montados pela própria equipe. Em meio aos desafios com relação à infraestrutura precária para Cirurgia Cardíaca aqui na Bahia, o cirurgião conta que a diferença da estrutura da Bahia para outros estados já bem desenvolvidos na área era gritante. Na época, as enfermarias tinham estrutura ainda com resquícios da Segunda Guerra Mundial. Nessa perspectiva, dr. Nilzo e sua equipe trouxeram, além do conhecimento e habilidade, a vontade necessária para o fomento da Cirurgia Cardiovascular em Salvador.

Na semana de 17 a 20 de junho de 1974, o milagre aconteceu, sete operações cardíacas foram realizadas com sucesso e um bom prognóstico na cidade de São Salvador surgiu. A primeira cirurgia realizada por dr. Nilzo Ribeiro, em solo baiano, foi uma correção de comunicação interatrial em um paciente de cinco anos. Naquele momento, um marco fora realizado, haja vista que eram feitas entre quatro a cinco cirurgias por ano no Hospital Santa Izabel com desfechos insatisfatórios (Figuras 15, 16 e 17).

ENDEREÇO		DATA	CIRURGIA
10	DIAGNOSTICO	17.6.74	At. Sep. Placida Correção total de válvula
11	CIA - BAVP?	17.6.74	Insuflação e sutura SEC SUT
12	FE	19.6.74	Correção total
13	PAAT T.FALL.	19.6.74	Insuflação e sutura SEC SUT
14	FE	19.6.74	Atroscopia
15	CIA	19.6.74	Correção mitral
16	EMP e inj. de ar EM	20.6.74	Implante MP endoc.
17	DAVT	20.6.74	Implante MP endoc.
18	DAVT	20.6.74	Implante MP endoc.
19	DAVT	10.8.74	Implante MP
20	Insuflação - Insuflação de válvula TRAIL	18.9.74	Implante MP
21	DAVT	18.9.74	Implante MP
22	Insuflação - Insuflação	19.9.74	Insuflação eletrônica
23	CIA	19.9.74	Atroscopia
24	FE	24.9.74	Correção Ao
25	FE	25.9.74	Correção mitral
26	DAVT	13.9.74	Implante MP
27	DAVT	12.9.74	Implante MP
28	DAVT	26.9.74	Implante MP
29	EMP e inj. de ar EM	30.9.74	Implante MP
30	EMP e inj. de ar EM	30.9.74	Implante MP

Figuras 15 e 16 – Registros do caderno pessoal das primeiras cirurgias de dr. Nilzo Ribeiro
Fonte: acervo dos autores.

Com isso, toda a logística estava sendo modificada. Os pacientes, quando tinham necessidade de realização de cirurgia cardíaca, antes do ano de 1973, no estado da Bahia, tinham que se deslocar para os principais centros da área: São Paulo, Rio de Janeiro e Recife. Dessa forma, a partir daquele momento, os pacientes não precisariam mais gastar recursos financeiros e tempo para migrar a outras capitais para a realização de cirurgias cardíacas. Salvador havia entrado para a história.



Figura 17 – Hospital Santa Izabel, década de 1970
Fonte: Guia Geográfico (2021).

Com os avanços na melhora do diagnóstico prévio, e no cenário da Anestesia, ocorreram melhorias expressivas na Cirurgia Cardiovascular, além do pós-operatório, com o fomento das drogas. Com isso, a evolução do prognóstico nos pacientes foi extremamente significativa, com grande redução da mortalidade pós-procedimento.

Dessa maneira, a partir da vinda de dr. Nilzo Ribeiro para Salvador, outros grandes nomes da Cirurgia Cardíaca foram contemporâneos nesse cenário, como: dr. Álvaro Rabelo, no Hospital Universitário Professor Edgard Santos, e dr. Paulo Moniz de Arago Porciuncula, no Hospital Português. Nesse difícil início, os professores Natalino, Álvaro Rabelo e Jehorvan Carvalho foram determinantes na consolidação da Cirurgia na Bahia, sendo os dois últimos os pioneiros da primeira revascularização do miocárdio com utilização de CEC, realizada no final da década de 1970.³ Dessa forma, todos esses nomes são fundamentais para se falar da história da Cirurgia Cardiovascular no estado da Bahia (Figuras 18 e 19).

TUDO CERTO NA BAHIA



Figura 18 – Doutor Álvaro Rabelo
Fonte: Álvaro Rabelo [201-].

A década de 1990 foi um momento de consolidação de todo percurso desbravado para introdução da Cirurgia Cardiovascular na Bahia. Quase duas décadas após a primeira cirurgia cardíaca em solo soteropolitano, observou-se um excelente cenário para mais um grande passo: o primeiro transplante cardíaco do estado da Bahia. O dr. Eduardo Freire, primeiro perfusionista e instrumentador da Bahia, relata que o primeiro transplante cardíaco teve um viés mais político, haja vista

3 Entrevista do dr. Nilzo Ribeiro sobre a história da Cirurgia Cardiovascular na Bahia para as alunas Mylla Andrade e Paula Stelitano, coautoras deste capítulo, em 2021.

que a cidade soteropolitana crescia em diversos setores e o setor médico precisava acompanhar os avanços na primeira capital do país.⁴



Figura 19 – Doutor Paulo Porciuncula
Fonte: Candidatos... (2016).

Dessa maneira, ao final dos anos de 1990, dr. Paulo Porciuncula e sua equipe, no Hospital Português, entraram para a história ao realizar o primeiro transplante cardíaco da Bahia. No entanto, o pós-operatório desse tipo de procedimento ainda era algo que assombrava a todos. Com isso, o pontapé inicial foi dado e desse momento em diante, o grande desafio para as cirurgias realizadas na Bahia era a melhora do prognóstico do paciente com a manutenção do doente e a redução da rejeição no momento pós-cirurgia.

Ao adentrar os anos 2000, observou a necessidade de um centro de referência na Bahia para as questões cardíacas da população. Sendo assim, em 2006, o Instituto do Coração da Bahia (Incoba) surge na perspectiva de criação de ambiente favorável para fomento e desenvolvimento da área médica cardiovascular para atender exclusivamente aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). O Incoba foi fruto de um investimento milionário do estado da Bahia para funcionar em um prédio anexo ao Hospital Ana Nery, lugar que iniciou o processo de desenvolvimento da Cirurgia Cardiovascular em solo baiano (Figura 20).

4 Entrevista do dr. Eduardo Freire sobre a história da Cirurgia Cardiovascular na Bahia para as alunas Mylla Andrade e Paula Stelitano, coautoras deste capítulo, em 2021.



Figura 20 – Hospital Ana Nery (Incoba)
Fonte: Bahia ([200-]).

Além do importante papel como centro de referência em alta complexidade cardiovascular, o Incoba tem programas e protocolos estabelecidos para ensino e pesquisa, estimulando o desenvolvimento profissional e novas descobertas científicas em Salvador. De acordo com Heraldo Rocha, médico e deputado estadual pela Bahia, o instituto conta também com suporte a outros tratamentos, como Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Clínica Geral, Endocrinologia, Nefrologia, Pneumologia, Pediatria, Infectologia, Endoscopia Digestiva, Hematologia e Imunologia, sendo um serviço de excelência para a população soteropolitana há mais de 15 anos.

Dessa maneira, o Incoba, ao adentrar a capital baiana, conseguiu preencher uma grande lacuna existente na área de Saúde Pública, privilegiando uma parcela significativa da população atingida por diferentes patologias, em especial, as doenças do coração.

TEMPOS ATUAIS

No contexto atual, observa-se uma considerável variedade de vias de acesso para a abordagem de um mesmo distúrbio cardiovascular cirurgicamente tratável, com diferentes graus de complexidade e satisfatórios resultados pós-operatórios. (POFFO et al., 2009) “Houve um salto de uma forma empírica de executar a cirurgia para uma forma mais científica de fazer uma”. (MURAD, 2019) Dentre as possibilidades, para além da abordagem mais convencional da cirurgia cardiovascular por esternotomia mediana, podemos listar as abordagens percutâneas nas doenças valvares, as cirurgias por miniesternotomia e a minitoracotomia

(consideradas cirurgias minimamente invasivas), que inclui a cirurgia videoassistida e/ou robótica e os procedimentos híbridos, realizados através da associação da minitoracotomia com acessos percutâneos, sendo o Brasil um importante contribuinte para o desenvolvimento dessas novas técnicas. (MOREIRA; CELULLARI, 2011) Ademais, se no passado a ausência da CEC era um importante impedimento para a realização da cirurgia cardiovascular, hoje é possível uma abordagem cirúrgica do coração sem o seu uso para algumas indicações específicas, devido ao exponencial avanço tecnológico e à criação de instrumentais mais sofisticados. (MOREIRA; CELULLARI, 2011)

Pode-se verificar, assim, que o desenvolvimento tecnológico é encorajador, entretanto algumas variáveis devem ser colocadas na balança. Se, por um lado, os procedimentos minimamente invasivos na cirurgia do coração proporcionam um menor trauma cirúrgico e, portanto, algumas vantagens na recuperação do paciente, por outro, o preço que se paga é o maior tempo operatório e a menor exposição cirúrgica. (IRIBARNE et al., 2011) Por isso, os estudos clínicos são tão essenciais para transformar a inspiração e a hipótese em saber científico. Dessa forma, desde o aprimoramento da técnica laparoscópica, cirurgias cardiovasculares buscam implementar os acessos mínimos para a correção de patologias cardíacas (IRIBARNE et al., 2011), com os primeiros relatos sendo publicados entre 1996 e 1997 por Cosgrove e Cohn, na cirurgia minimamente invasiva de valvopatias. (COHN et al., 1997; COSGROVE; SABIK; NAVIA, 1998) Em 1998, Carpentier e demais autores publicaram o registro da primeira cirurgia cardíaca com o uso do sistema cirúrgico robótico Da Vinci. A paciente era uma mulher de 52 anos que apresentava um aneurisma e um grande defeito do septo atrial; ela foi extubada (retirada do tubo) 8 horas após a operação, retornou ao quarto 16 horas depois e recebeu alta hospitalar 8 dias no pós-operatório com função cardíaca normal e sem *shunt* residual. (CARPENTIER et al., 1998) Esses relatos trouxeram grande entusiasmo, mas, apesar de suas vantagens, a significativa curva de aprendizagem, as peculiaridades de cada procedimento, os custos, além das questões já citadas, tornam a abordagem minimamente invasiva na cirurgia cardíaca um procedimento com limitações importantes e não tão amplamente utilizado. Certo é que, prezando pelo velho e bom conhecimento científico, essas técnicas têm demonstrado, de modo geral, evidência de segurança e durabilidade equivalentes em relação à abordagem convencional. (IRIBARNE et al., 2011)

No Brasil, o dr. Robinson Poffo deu início a um projeto pioneiro de cirurgia cardíaca minimamente invasiva videoassistida em 2006, nos estados de São Paulo e Santa Catarina, publicando os primeiros resultados da sua experiência em 2009. (POFFO, 2009) Na Bahia, esse mesmo procedimento começou a ser replicado pelo dr. Wanewman Andrade, com a primeira cirurgia sendo realizada no Instituto

Cárdio Pulmonar de Salvador, em 26 de junho de 2010 (SANTANNA, 2017); hoje, a técnica é mais amplamente praticada em outros hospitais do estado, considerando as limitações já descritas.

Como já discutido neste capítulo, o uso da máquina coração-pulmão, ou CEC, causou uma verdadeira revolução no mundo da Cirurgia Cardíaca. Agora, vejamos: se uma máquina consegue exercer o papel do coração em um período suficiente para que uma correção cirúrgica seja feita, seria possível, então, que um dispositivo mais versátil cumprisse esse papel por um período mais prolongado, sendo, ele próprio, a terapia? Bom, esse questionamento tem particular importância porque, mesmo o transplante cardíaco sendo a terapêutica padrão-ouro na Insuficiência Cardíaca (IC) refratária à terapia medicamentosa otimizada, nem todos os pacientes, infelizmente, terão a oportunidade de entrar em uma fila de transplantes, devido a contraindicações importantes, algumas das quais são hipertensão pulmonar fixa e idade avançada. (BACAL et al., 2018) Sendo assim, uma inovação que responde à pergunta anterior são os Dispositivos de Assistência Ventricular (DAV) que, desde instrumentos usados como ponte para transplante e ponte para recuperação até como terapia definitiva, provam que a evolução em tecnologia na Cirurgia Cardiovascular está a passos galopantes (EISEN, 2019), e, quem sabe em um futuro próximo, os pacientes não elegíveis para o transplante cardíaco estejam tão contentes com um DAV quanto aqueles que receberam um coração doado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A história da Cirurgia Cardíaca é um relato impressionante, porém, por mais que se relate grandes feitos, outros tantos ficarão obtusos, pois são diversos e impossíveis de compilá-los em um breve capítulo, também porque como o conhecimento é um processo contínuo, a todo momento surgem novos avanços e fatos dignos de nota, tornando qualquer relato incompleto diante de tantas evoluções. Além disso, muitas descobertas permanecem ocultas e por muitas vezes grandes cientistas foram apagados por mentes que não conseguiram compreendê-los ou foram calados pelo preconceito. Alguns dos grandes avanços que não foram explorados estão a transposição dos grandes vasos, a hemodiluição, as endomiocardectomias, as aneurismectomias geométricas, as válvulas de dura-máter, as variantes técnicas em cardiopatias congênitas complexas, e coarctação de aorta, ventriculectomias, a revascularização sem CEC, as endopróteses nas dissecções aórticas, as válvulas sem anel de suporte, os hétero e homoenxertos mitrais. Esses são exemplos de grandes assuntos que poderiam ser abordados e que não foram, pois não cabem dentro de um único capítulo.

REFERÊNCIAS

- ABSOLON, Karel B.; MCGOON, Dwight C. Theodor Billroth and Cardiac Surgery. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, St. Louis, MO, v. 86, n. 3, p. 451-452, 1983.
- ÁLVARO Rabelo - O médico que deixou um legado de amor à medicina e ao próximo. *Revista Saúde News*, [201-]. Disponível em: <https://revistasaudenews.com.br/post/896>. Acesso em: 3 ago. 2021.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS RESIDENTES DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR. *Cirurgiões*. São Paulo, [200-]. Disponível em: <http://sbccv.org.br/residentes/cirurgioes.asp>. Acesso em: 3 ago. 2021.
- BACAL, Fernando *et al.* 3ª Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 111, n. 2, p. 230-289, 2018.
- BAHIA. Secretaria de Saúde. *Hospital Ana Nery*. Salvador, [200-]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/hospital/hospital-ana-nery/>. Acesso em: 3 ago. 2021.
- BAILEY, Charles P.; HIROSE, Teruo. Successful Internal Mammary-Coronary Arterial Anastomosis Using a Minivascular Suturing Technic. *International Surgery*, Chicago, v. 49, n. 5, p. 416-427, 1968.
- BAILEY, Charles P. The Surgical Treatment of Mitral Stenosis. *Diseases of the Chest*, Chicago, v. 15, n. 4, p. 377-397, 1949.
- BARNARD, Christiaan N. A Human Cardiac Transplant: An Interim Report of a Successful Operation Performed at Groote Schuur Hospital. *South African Medical Journal*, Cape Town, v. 30, n. 41, p. 1271-1271, 1967.
- BIORCK, Gunnar; CRAFOORD, Clarence. Arteriovenous Aneurysm on the Pulmonary Artery Simulating Patent Ductus Arteriosus Botalli. *Thorax*, London, v. 2, n. 2, p. 65-74, 1947.
- BLALOCK, Alfred; TAUSSIG, Helen B. The Surgical Treatment of Malformations of the Heart in Which There is Pulmonary Stenosis or Pulmonary Atresia. *JAMA*, Chicago, v. 128, n. 3, p. 189-202, 1945.
- BORDLEY, James; HARVEY, A. McGehee. *Two Centuries of American Medicine, 1776-1976*. Philadelphia: Saunders Co., 1976.
- BRAILE, Domingo Marcolino; GODOY, Moacir Fernandes de. História da cirurgia cardíaca no mundo. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 125-136, mar. 2012.
- CANDIDATOS a vereador em Primavera do Leste (MT). *Diário Cidade*, Brasil, 2016. Disponível em: <https://www.diariocidade.com/mt/primavera-do-leste/eleicoes/2016/candidatos/vereador/dr-paulo-10000>. Acesso em: 3 ago. 2021.

- CARPENTIER, Alain *et al.* Chirurgie à coeur ouvert assistée par ordinateur. Premier cas opéré avec succès First computer assisted open heart operation. *Comptes Rendus de l'Académie des Sciences - Series III - Sciences de la Vie*, Paris, v. 321, n. 5, p. 437-442, May 1998.
- CHARGAFF, Erwin; OLSON, Kenneth B. Studies on the Chemistry of Blood Coagulation: VI. Studies on the Action of Heparin and Other Anti-Coagulants: The Influence of Protamine on the Anticoagulant Effect in Vivo. *Journal of Biological Chemistry*, Bethesda, v. 122, n. 1, p. 671-679, 1937.
- COHN, Lawrence H. *et al.* Minimally Invasive Cardiac Valve Surgery Improves Patient Satisfaction While Reducing Costs of Cardiac Valve Replacement and Repair. *Annals Of Surgery*, Philadelphia, n. 226, v. 4, 421-426, Oct. 1997.
- COSGROVE, Delos M.; SABIK, Joseph F.; NAVIA, José L. Minimally Invasive Valve Operations. *The Annals of Thoracic Surgery*, Amsterdam, v. 65, n. 6, p. 1535-1538, June 1998.
- COSTA, Iseu Affonso. História da cirurgia cardíaca brasileira. *Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery*, São Paulo, v. 13, n. 1, 1998.
- CRAFOORD, Clarence; NYLIN, G. Congenital Coarctation of the Aorta and its Surgical Treatment. *Journal of Thoracic Surgery*, Saint Louis, MO, v. 14, n. 5, p. 347-361, 1945.
- DOGLIOTTI, Achilles. Mario. Clinical use of the Artificial Circulation With a Note on Intra-Arterial Transfusion. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, Baltimore, v. 90, n. 2, p. 131-132, 1952.
- EISEN, Howard J. Left Ventricular Assist Devices (LVADS): History, Clinical Application and Complications. *Korean Circulation Journal*, Seoul, v. 49, n. 7, p. 568-585, July 2019.
- FAVALARO, Rene G. Saphenous Vein Autograft Replacement of Severe Segmental Coronary Artery Occlusion. *The Annals of Thoracic Surgery*, Boston, v. 5, n. 4, p. 334-339, 1968.
- FORSSMANN, Werner. Die sondierung des rechten herzens. *Klinische Wochenschrift*, [s. l.], v. 8, n. 45, p. 2085-2087, 1929.
- GARRETT, H. Edward; DENNIS, Edward W.; DEBAKEY, Michael E. Aortocoronary Bypass with Saphenous Vein Grafts: Seven-Year Follow-Up. *JAMA*, Chicago, v. 223, n. 7, p. 792-794, 1973.
- GIBBON JR., John H. Application of a Mechanical Heart and Lung Apparatus to Cardiac Surgery. *Minnesota Medicine*, St. Paul, v. 37, n. 3, p. 171-185, 1954.
- GIBBON JR., John H. Artificial Maintenance of Circulation During Experimental Occlusion of The Pulmonary Artery. *Archives of Surgery*, Chicago, v. 34, n. 6, p. 1105-1131, 1937.

- GIBBON JR., John H. The Maintenance of Life During Experimental Occlusion of the Pulmonary Artery Followed by Survival. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, Chicago, v. 69, p. 602-614, 1939.
- GLENN, William W. L. Circulatory Bypass of the Right Side of the Hearts: IV. Shunt Between Superior Vena Cava and Distal Right Pulmonary Artery-Report of Clinical Application. *The New England Journal of Medicine*, Boston, v. 259, n. 3, p. 117-120, 1958.
- GREEN, George E.; STERTZER, Simon H., REPPERT, Edmund H. Coronary Arterial Bypass Grafts. *The Annals of Thoracic Surgery*, Amsterdam, v. 5, n. 5, p. 443-450, 1968.
- GROSS, Robert E.; HUBBARD, John H. Surgical Ligation of a Patent Ductus Arteriosus: Report of First Successful Case. *JAMA*, Chicago, n. 112, p. 729-731, 1939.
- GROSS, Robert E. Surgical closure of an aortic septal defect. *Circulation*, Hagerstown, n. 5, n. 6, p. 858-863, 1952.
- GUIA geográfico - Salvador Antiga. *Nazaré*. Disponível em: <http://www.salvador-antiga.com/nazare/hospital-santa-izabel.htm>. Acesso em: 3 ago. 2021.
- HARKEN, Dwight E. Foreign Bodies in and in Relation to the Thoracic Blood Vessels and Heart: I. Techniques for Approaching and Removing Foreign Bodies from the Chambers of the heart. *Surgery, Gynecology & Obstetrics*, Chicago, n. 83, p. 117-125, 1946.
- HIKASA, Yoshiaki *et al.* Open Heart Surgery in Infants With the Aid of Hypothermic Anesthesia. *Nihon Geka Hokan. Archiv für Japanische Chirurgie*, Kyoto, v. 36, n. 4, p. 495-508, 1967.
- HOSPITAL SANTA IZABEL. *Pioneiro da cirurgia cardíaca recebe homenagem da Santa Casa de Misericórdia da Bahia*. Salvador, 24 jul. 2014. Disponível em: <https://www.hospitalsantaizabel.org.br/noticias/2014/07/24/pioneiro-da-cirurgia-cardiaca-recebe-homenagem-da-santa-casa-de.html>. Acesso em: 3 ago. 2021.
- HOWELL, William H.; HOLT, Emmett. Two new factors in blood coagulation – Heparin and Pro-Antithrombin. *American Journal of Physiology-Legacy Content*, [s. l.], v. 47, n. 3, p. 328-341, 1918.
- IRIBARNE, Alexander *et al.* The Golden Age of Minimally Invasive Cardiothoracic Surgery: Current and Future Perspectives. *Future Cardiology*, London, v. 7, n. 3, p. 333-346, 2011.
- JOHNSON, W. Dudley *et al.* Extended treatment of severe coronary artery disease: a total surgical approach. *Annals of Surgery*, Philadelphia, v. 170, n. 3, p. 460-470, 1969.
- KIRSCHNER, Martin. Ein durch die Trendelenburgische operation geheiter fall von embolie der art. pulmonalis. *Arch Klin Chir*, [s. l.], n. 133, p. 312-359, 1924.
- KONSTANTINOV, Igor E.; ALEXI-MESKISHVILI, Vladimir V. Cavo-pulmonary Shunt: from the first experiments to clinical patients. *The Annals of Thoracic Surgery*, Amsterdam, v. 68, n. 3, p. 1100-1106, 1999.

KONSTANTINOV, Igor E. Robert H. Goetz: The Surgeon Who Performed the First Successful Clinical Coronary Artery Bypass Operation. *The Annals of Thoracic Surgery*, Amsterdam, v. 69, n. 6, p. 1966-1972, 2000.

LEWIS, F. Jhon; TAUFIC, Mansur. Closure of Atrial Septal Defects with The Aid of Hypothermia: Experimental Accomplishments and The Report of One Successful Case. *Surgery*, St. Louis, MO, v. 33, n. 1, p. 52-59, 1953.

MCLEAN, Jay. The Discovery of Heparin. *Circulation*, Hagerstown, v. 19, n. 1, p. 75-78, 1959.

MELROSE, Dennis G. *et al.* Elective cardiac arrest. *The Lancet*, London, v. 266, n. 6879, p. 21-23, 1955.

MOREIRA, Luiz Felipe Pinho; CELULLARI, Alex Luiz. Cirurgia cardíaca minimamente invasiva no Brasil. *Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery = Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, São Paulo, v. 26, n. 4, p. III-V, dez. 2011.

MULLER JR, W. H. The Surgical Treatment of Transposition of the Pulmonary Veins. *Annals of surgery*, Philadelphia, v. 134, n. 4, p. 683-692, 1951.

MURAD, Henrique. Reflections on the Cardiac Surgery Practiced in the 1970s when Compared with the Current Practice. *Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery*, São Paulo, v. 34, n. 4, p. V-VII, 2019.

NAEF, Andreas Paul. *The Story of Thoracic Surgery*. New York: Hogrefe & Huber, 1990.

PAGET, Stephen. *The Surgery of the Chest*. Bristol: John Wright, 1896.

POFFO, Robinson. Cirurgia cardíaca minimamente invasiva. *Einstein: educação continuada em saúde*, São Paulo, v. 7, n. 4, pt. 2, p. 206-210, 2009.

POFFO, Robinson *et al.* Cirurgia cardíaca videoassistida: resultados de um projeto pioneiro no Brasil. *Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery = Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, São Paulo, v. 24, n. 3, Sept. 2009.

PRATES, Paulo R. Pequena história da cirurgia cardíaca: e tudo aconteceu diante de nossos olhos... *Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery = Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 177-184, 1999.

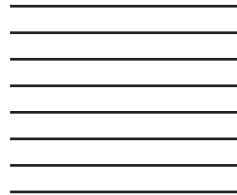
REHN, Ludwig. On Penetrating Cardiac Injuries and Cardiac Suturing. *Arch Klin Chir*, [s. l.], v. 55, p. 315, 1897.

REHN, Ludwig. Zur chirurgie des herzens und des herzbeutels. *Zentralbl. f. Chir*, [s. l.], v. 34, p. 42, 1907.

SANTANNA, Daiana. *Cirurgia cardíaca minimamente invasiva e convencional*. Instituto Córdio Pulmonar. 2017. Disponível em: <http://sociedades.cardiol.br/sbc-ba/aulas/Daiana%20SantAnna.pdf>. Acesso em: 3 ago. 2021.

SONES JR., F. Mason; SHIREY, Earl Kimmel. Cine Coronary Arteriography. *Modern Concepts of Cardiovascular Disease*, New York, n. 31, p. 735-738, 1962.

- SOUZA, Maria Helena L.; ELIAS, Decio O. *Fundamentos da circulação extracorpórea*. Rio de Janeiro: Centro Editorial Alfa Rio, 1995.
- STEPHENSON, Larry W. *et al.* Forest Dewey Dodrill: Heart Surgery Pioneer. Michigan Heart, Part II. *Journal of Cardiac Surgery*, Mount Kisco, NY, v. 17, n. 3, p. 247-257, 2002a.
- STEPHENSON, Larry W. *et al.* The Michigan Heart: The World's First Successful Open Heart Operation? Part I. *Journal of Cardiac Surgery*, Mount Kisco, NY, v. 17, n. 3, p. 238-246, 2002b.
- STEPHENSON, Larry W. History of cardiac surgery. *In*: NORTON, Jeffrey (ed.). *Surgery: Basic Science and Clinical Evidence*. New York: Springer, 2008. p. 1471-1479.
- SWAN, Henry *et al.* Surgery By Direct Vision in the Open Heart During Hypothermia. *JAMA*, Chicago, v. 153, n. 12, p. 1081-1085, 1953
- TESLER, Ugo Filippo. *A History of Cardiac Surgery: An Adventurous Voyage from Antiquity to the Artificial Heart*. [S. l.]: Cambridge Scholars Publishing, 2020.
- TRENDELENBURG, Frederic. Operative Management of Pulmonary Emboli. *Verh Dtsch Ges Chir*, [s. l.], v. 86, p. 686-700, 1908.



6 HISTÓRIA DA NEUROCIRURGIA

Daniel Marques

Ítalo Neves

Lázaro Junior

Luana Reis

Pedro Bastos

Rodrigo Braga

DA PRÉ-HISTÓRIA À MEDICINA MODERNA

Desde os primórdios, o ser humano relaciona o crânio e todo seu conteúdo a funções importantes, como a manutenção da vida, o desempenho de atividades motoras, sensitivas, sensoriais e até de caráter místico e mágico. Estudos arqueológicos e antropológicos catalogaram a realização de perfurações cranianas como vestígios de civilizações pré-históricas, dessa forma, a trepanação que consiste em simples perfurações cranianas e a craniectomia, que, por sua vez, é a abertura mais ampla, foram os procedimentos cirúrgicos mais antigos da história. Os vestígios mais antigos são do Período Neolítico, com cerca de até 10 mil anos, sendo as civilizações andinas as que realizaram o maior número de procedimentos.

Por conta dos locais de escolha das incisões, entende-se que havia um conhecimento básico de Anatomia, pois frequentemente o seio sagital superior era poupado de intervenções. Além disso, acredita-se que a sobrevivência após a cirurgia era cerca de 60% a 80%, já que muitos crânios com calcificações foram encontrados, o que sugere a regeneração tecidual de forma saudável. (RIBAS, 2006)

Na Grécia Antiga, Hipócrates (460-371 a.C.), que é considerado o Pai da Medicina, acreditava que o cérebro era a sede de toda a vida mental e era o órgão que provocava as convulsões. Naquela época, a dissecação de humanos não era permitida, o que dificultou suas pesquisas e o entendimento anatômico. No entanto, por volta do ano 300 a.C., em Alexandria, essas pesquisas foram autorizadas e dois anatomistas se destacaram: Herophilus (335-280 a.C) e Erasistratus (310-280 a.C.). O primeiro estudou o cérebro, cerebelo, ventrículos, diferenciou nervos motores e sensitivos, e a união dos seios venosos sagital, reto e transversos que levam seu nome atualmente. O segundo se envolveu com estudos comparativos da superfície cerebral em diferentes espécies, principalmente os giros. Apesar da importância das descobertas gregas, foi em Roma que Galeno (130-200) fez diversas dissecações e que a anatomia mais conhecida da Antiguidade Clássica foi produzida, destacando-se a descrição da cadeia simpática e dos gânglios autonômicos. (RIBAS, 2006)

A Idade Média, do século IV ao século XIV, contribuiu pouco para o desenvolvimento científico. Apesar disso, há registros de Avicena (980-1037), no mundo árabe, ter sido o primeiro a ilustrar o cérebro humano no ano 1000. Já no Período da Renascença, a liberdade de pesquisa e dissecações de cadáveres foram novamente aceitos e, com isso, houve desenvolvimento do conhecimento anatômico geral, como é possível ver nas ilustrações de Leonardo da Vinci (1472-1519), o qual chegou a dissecar cerca de 300 cadáveres, estudando com destaque os ventrículos encefálicos. Com base em todos esses conhecimentos, Ambroise Paré (1510-1590) criou fundamentos básicos da cirurgia geral e craniana ao desenhar uma série de trépanos. (RIBAS, 2006)

Ao longo dos séculos XVI, XVII, XVIII e XIX, o conhecimento neuroanatômico se desenvolveu de maneira minuciosa. Em 1600, Franciscus de la Bøe (1614-1672), conhecido como Sylvius, detalhou o sulco lateral que posteriormente recebeu seu nome. (ROMERO, 2015) Próximo a esse período, em 1710, no Brasil, foi realizada a primeira intervenção neurocirúrgica do país pelo cirurgião Luís Gomes Ferreira -em Minas Gerais. A cirurgia pretendia tratar um trauma crânio encefálico com fraturas expostas e afundamento ósseo provocado pela queda de galho de árvore sobre a cabeça de uma pessoa escravizada. Foi feita a remoção óssea, hemostasia, proteção da falha óssea e utilização de aguardente na ferida como fim antisséptico até a cicatrização final. O paciente evoluiu bem e se recuperou, retornando ao

trabalho com a seqüela de alteração da fala. (MARTIRE JUNIOR, 2005a) Um tempo depois, o anatomista Luigi Rolando (1773-1831) foi o primeiro autor a ilustrar com precisão os sulcos e giros cerebrais, inclusive o sulco central que posteriormente recebeu seu nome. (ROMERO, 2015)

Em meados do século XIX, ocorreram inúmeras transformações políticas, econômicas e sociais na Europa e, conseqüentemente, no mundo. Esse foi o período em que o misticismo, os estigmas religiosos e o absolutismo deram espaço para o pensamento científico baseado em metodologia e empirismo. Por conta de tanto crescimento, houve o aumento populacional expressivo. Junto a isso, ocorreram diversas epidemias e surtos de doenças relacionadas à higiene e à alimentação. A partir desse momento, os estudiosos e médicos descobriram, aos poucos, a antissepsia, assepsia e anestesia, as quais proporcionaram a evolução da qualidade cirúrgica e, posteriormente, do desenvolvimento da Neurocirurgia como especialidade médica. (ROMERO, 2015)

Nessa mesma época, houve um interesse crescente sobre as funções cerebrais e seu mapeamento. Uma das primeiras hipóteses foi a frenologia, estudo da estrutura do crânio relacionado à capacidade mental e ao caráter do indivíduo, mas não foi baseada em evidências, por isso não foi aceita. Outros cientistas, como Pierre Flourens (1794-1867), retomaram o trabalho, mas, dessa vez, analisaram o córtex cerebral de animais e humanos, por volta de 1825, utilizando técnicas de ablação cirúrgica seletiva de partes do cérebro. A partir de então, houve um avanço considerável no entendimento das funções encefálicas, como as funções cognitivas e vitais, motricidade, circulação e respiração, já que os estudos seguintes também envolveram o cerebelo e tronco encefálico. (ROMERO, 2015)

Com a continuação da investigação, por volta de 1860-1870, na França, Pierre Paul Broca iniciou um trabalho de abordagem clínica para a delimitação dessas funções no parênquima cerebral. Após analisar o encéfalo de um paciente afásico com lesão secundária à neurosífilis, em um território específico do hemisfério cerebral, descobriu a região conhecida como “área de Broca”. Algum tempo depois, o neurologista alemão Carl Wernicke descobriu uma área similar no lobo temporal, ligada por fibras nervosas à área recém-descoberta por Broca. A partir de então, diversos neurologistas atestaram as duas descobertas, o que permitiu um entendimento da integração do funcionamento cerebral. Ao final do século XIX, os conceitos de mapeamento e localização cerebral foram consolidados na Neurociência, o que permitiu o trabalho pioneiro de Harvey Cushing e Victor Horsley na construção da Neurocirurgia moderna. Victor Horsley (1857-1916), cirurgião do National Hospital em Queens Square, em Londres, é considerado o Pai da Neurocirurgia, pois realizou inúmeras cirurgias intracranianas de sucesso e foi o primeiro a remover um tumor intramedular. (ROMERO, 2015)

NEUROCIRURGIA NO BRASIL E SEUS AVANÇOS

Nas primeiras décadas do século XX, as intervenções cirúrgicas no sistema nervoso eram realizadas por cirurgiões gerais e se limitavam a casos de neurotraumatologia e abscessos cerebrais. No Brasil, a determinação e a regulamentação da especialidade neurocirúrgica só nasceram ao final dos anos 1920 devido a três marcos históricos: o primeiro foi a independência da Neurologia do componente da Psiquiatria, com destaque à inauguração do ensino oficial da disciplina na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, no ano de 1912; o segundo foi a afinidade de cirurgiões gerais com a Neurologia, passando a fazer procedimentos cirúrgicos cada vez mais complexos; e o terceiro foi o esforço do neurologista Antônio Austregésilo em importar as ideias da Neurocirurgia moderna que estavam se desenvolvendo nos Estados Unidos e na Europa. (GUSMÃO, 2002)

O prof. Antônio Austregésilo Rodrigues de Lima (1876-1960) foi a primeira centelha que daria início à Neurocirurgia brasileira. Nascido na cidade de Recife, Austregésilo desbravou diversos obstáculos em sua vida, saiu do Nordeste brasileiro para o Rio de Janeiro com 16 anos, quando ingressou no curso de Medicina. Tornou-se professor em 1912 na Cátedra de Neurologia da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Com grande experiência nos campos da Medicina Interna e da Psiquiatria, Austregésilo se tornou o principal catedrático da recém-fundada cadeira de Neurologia, disciplina que havia se tornado independente da Psiquiatria. Com objetivo de desenvolver a recém-criada Neurologia brasileira, Antônio Austregésilo utilizou-se de sua reputação profissional para excursionar em diversos serviços renomados da Europa e dos Estados Unidos.

No continente europeu, dois principais países influenciaram sua jornada científica, primeiramente na França, que na época vivenciava uma erupção de ideias no campo da ciência, contando com grandes nomes da ciência mundial: o casal Pierre e Marie Curie, pioneiros na pesquisa da radioatividade; Joseph Babinski, importante nome da semiologia neurológica e descobridor do reflexo plantar patológico, conhecido como sinal de Babinski; Joseph Déjerine, um dos maiores neurologistas clínicos contemporâneos; e Fernand Widal, notável ensaísta sobre doenças infecciosas, como a febre tifoide e sífilis. Em seguida, Austregésilo visitou a Alemanha, onde teve contato com os serviços de Fedor Krause, neurocirurgião pioneiro no tratamento da epilepsia e da eletroestimulação cortical, e de Robert Oppenheimer, físico estadunidense que, alguns anos depois, participaria do polêmico Projeto Manhattan. Em 1928, o médico fez, provavelmente, a viagem mais importante da história da Neurocirurgia brasileira, visitando os serviços de Neurologia e Neurocirurgia de Harvey Cushing e Charles Frazier nos Estados Unidos, onde entrou em contato com inovações tecnológicas na área diagnóstica e procedimental que mudariam para sempre a prática da Medicina. (RIBAS, 2006)

Harvey William Cushing (1869-1939) foi um dos principais neurocirurgiões da história, tendo um gigante legado em toda a Neurocirurgia, principalmente no estudo do monitoramento da pressão intracraniana e no aperfeiçoamento da localização cerebral. Cushing foi responsável por trazer para os Estados Unidos da América uma nova maneira de medir a pressão intracraniana por influência do italiano Scipione Riva-Rocci (1863-1937) que é considerado inventor da técnica de utilização do esfigmomanômetro para medição da pressão arterial. A utilização do esfigmomanômetro de Riva-Rocci na Neurocirurgia criou um imenso legado na Medicina Diagnóstica. Charles Harrison Frazier (1870-1936), contemporâneo de Cushing, foi outro importante neurocirurgião estadunidense que recebeu Antônio Austregésilo em seu serviço de Neurocirurgia. Assim como Cushing, o dr. Frazier criou um legado inestimável para a evolução da Medicina e da Neurocirurgia, sendo seus principais trabalhos na área da remoção de tumores cerebrais e do tratamento da dor, com técnicas que influenciaram futuros neurocirurgiões brasileiros. O contato com esses dois expoentes da Neurocirurgia mundial motivou Austregésilo a retornar para o Brasil e designar alguns de seus discípulos da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil (antiga Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro). Para implementar as inovações trazidas de sua excursão, foram convocados alguns cirurgiões gerais que buscavam cruzar o limite da cirurgia neurológica do trauma e de abscessos cerebrais, sendo eles: Augusto Brandão Filho, Alfredo Alberto Pereira Monteiro e José Ribe Portugal. (GUSMÃO, 2002)

Inicialmente, o professor Austregésilo designou o cirurgião geral Augusto Brandão Filho¹ (1881-1957), catedrático na Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil, para iniciar a implementação da Neurocirurgia no Rio de Janeiro. A escolha do nome se deu principalmente porque, nesse tempo, Brandão Filho acumulava experiências necessárias em intervenções cirúrgicas do sistema nervoso. Antes do convite de Austregésilo, Brandão Filho ocupava o cargo de diretor de enfermarias no Hospital da Misericórdia do Rio de Janeiro, local que recebia visitas constantes de inúmeros cirurgiões de todo Brasil, sendo uma das enfermarias o berço da Anestesia brasileira. Além de gerir o Serviço de Cirurgia Geral do Hospital da Misericórdia, Brandão Filho possuía a alcunha de Príncipe dos Cirurgiões Brasileiros, tamanha era sua afinidade com a técnica cirúrgica. A partir do convite feito por Austregésilo, novidades cirúrgicas foram implementadas, sendo ou importadas dos centros de referências europeus e americanos ou desenvolvidas por Brandão Filho e seus colaboradores. Ainda que, nessa época, alguns cirurgiões gerais brasileiros operassem pacientes com traumas neuro-

1 Entrevista concedida a Ítalo Neves, Pedro Bastos e Rodrigo Braga, coautores deste capítulo, Salvador, jul. 2021.

lógicos, a pouca complexidade das operações não exigia técnicas específicas da Neurocirurgia. O pioneirismo de Augusto Brandão Filho se deu ao ser o primeiro brasileiro a ir além da cirurgia do trauma, inovando ao tentar tratamentos cirúrgicos tanto para tumores intracranianos quanto para intervenção cirúrgica da dor. Em seu livro *Tumores do encéfalo*, ele expôs, detalhadamente e em pormenores, as técnicas cirúrgicas empregadas, com ilustrações e textos precisos, além das limitações e obstáculos enfrentados, como as causas dos erros de localização. Tudo isso era feito com base nos grandes mestres da Neurocirurgia do século. Quanto à exploração do tratamento cirúrgico da neuralgia do trigêmeo, essa ocorreu entre 1922 e 1923, sendo relatada a secção da raiz sensitiva do trigêmeo como forma de tratamento bem-sucedido. (GUSMÃO, 2002)

Nesse âmbito de limitações e obstáculos, destaca-se a limitação da Neurorradiologia. Em 1928, antes do retorno de Austregésilo, Augusto Brandão Filho estava no ápice da tentativa de tratamentos neurocirúrgicos para tumores cerebrais. Além disso, Brandão Filho teve importante destaque ao implementar em suas cirurgias duas técnicas radiológicas desenvolvidas, respectivamente, nos Estados Unidos e em Portugal: a ventriculografia e a angiografia cerebral. (GUSMÃO, 2002) A ventriculografia e a pneumoencefalografia (PEG) foram procedimentos diagnósticos introduzidos pela primeira vez pelo neurocirurgião americano Walter Edward Dandy (1886-1946), colega de ofício de Harvey Cushing, no Hospital Johns Hopkins. No procedimento, o líquido do paciente era substituído por ar, oxigênio ou gás hélio, formando um contraste radiopaco que facilitava a visualização de estruturas cerebrais em radiografias do cérebro. Walter Dandy é considerado, junto a Cushing e Victor Mosley, fundador da Neurocirurgia moderna e, entre suas diversas contribuições, se encontram a localização de tumores cerebrais a partir da análise do deslocamento de ar nos ventrículos cerebrais, o tratamento da hidrocefalia por remoção do plexo coróide, que produz o líquido cefalorraquidiano, e a abordagem de aneurismas com a técnica de clipagem metálica. (RIBAS, 2006) O procedimento de ventriculografia, realizado por Brandão Filho, foi auxiliado por outro nome icônico da Medicina nacional, o radiologista Manoel Dias de Abreu, inventor da abreugrafia, uma técnica barata e rápida de diagnosticar tuberculose e câncer de pulmão. Em 1928, mesmo ano em que Antônio Austregésilo visitava os serviços de Cushing e Frazier nos Estado Unidos, o governo brasileiro convidou o neurologista português António Egas Moniz (1874-1955) a visitar o Brasil e divulgar sua nova técnica diagnóstica, introduzida em 1927, chamada de angiografia cerebral. Nessa visita, Moniz auxiliou Augusto Brandão Filho a realizar a primeira angiografia cerebral da história do país. Além da descoberta da angiografia cerebral, Egas Moniz contribuiu com o desenvolvimento da Neurocirurgia pela técnica de leucotomia pré-frontal, utilizada

no tratamento de certas psicoses e na descrição neuroanatômica do trajeto da artéria carótida interna no interior do osso temporal.

O segundo discípulo a ser convocado por Austregésilo, em 1928, foi Alfredo Alberto Pereira Monteiro (1891-1961), que na época tinha seus interesses voltados para estudos de Anatomia e Medicina Operatória na Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil. Alfredo possuía como assistente um promissor cirurgião geral chamado José Ribe Portugal e, em conjunto, iniciaram a realização dos primeiros procedimentos neurocirúrgicos na Santa Casa do Rio de Janeiro. Em 1932, Alfredo Monteiro integrou a recém-criada Cátedra de Neurocirurgia da Faculdade Nacional de Medicina do Rio de Janeiro, sendo considerado o primeiro professor de Neurocirurgia do Brasil. Além da docência, por meio de suas publicações, deu impulso à especialidade. Vale destaque o *Tratado de técnica cirúrgica*, dividido em três volumes, nos quais Alfredo Monteiro descreve e destaca a importância das técnicas neurocirúrgicas. Apesar da sua grande contribuição, sendo considerado, junto ao dr. Brandão Filho, como precursor da Neurocirurgia brasileira, Alfredo Monteiro ocupou o cargo de catedrático por apenas três anos, até decidir abandonar a especialidade de Neurocirurgia em prol da Cirurgia Geral. (GUSMÃO, 2002)

O discípulo José Ribe Portugal (1901-1992) foi o terceiro grande influenciado pela viagem de Antônio Austregésilo para os Estados Unidos no ano de 1928. Após alguns anos como seu assistente na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, Portugal assumiu o cargo de Alfredo Alberto Monteiro em 1935, dedicando-se completamente à Neurocirurgia. No início de seu desbravamento pela especialidade, José Portugal foi autodidata, adquirindo conhecimento por meio da literatura neurocirúrgica da época e por troca de correspondências com os grandes nomes da área que trabalhavam fora do Brasil, como Cushing, Frazier e Alfred Adson. Além disso, José Portugal é considerado o grande expoente da especialidade neurocirúrgica brasileira, sua dedicação no desenvolvimento desse campo foi realizada através de três pilares principais: o aprimoramento da qualidade do serviço, as visitas em outros centros de Neurocirurgia e a formação de inúmeros discípulos. (BROCK, 1994; GUSMÃO, 2002)

O aperfeiçoamento da Neurocirurgia implementado por Portugal iniciou-se pela reformulação da logística do Serviço de Cirurgia da Santa Casa do Rio de Janeiro. José Portugal adquiriu recursos para ministrar cursos técnicos para o corpo de auxiliares, importou novos aparelhos adequados para os procedimentos neurocirúrgicos e modernizou as instalações do hospital. Além disso, a partir de 1930, Portugal passou a excursionar por diversos serviços no exterior com objetivo de importar as inovações da Neurocirurgia mundial. Em Buenos Aires, visitou Manuel Balado (1887-1942), fundador da Neurocirurgia argentina, pioneiro da

especialidade na América do Sul, além de grande estudioso da Neuroanatomia, sendo o primeiro a descrever a topografia detalhada da via visual, incluindo os tratos ópticos e corpos geniculados. Balado também aperfeiçoou a técnica de pneumoencefalografia introduzida por Walter Dandy, substituindo a injeção de ar por lipiodol, um meio de contraste iodado, inaugurando o procedimento de iodo ventriculografia. (RIBAS, 2006)

Em 1945, 17 anos após a viagem de Austregésilo, Portugal viajou aos Estados Unidos, visitando os serviços de Dandy, que, na época, se debruçava nos trabalhos de clipagem de aneurismas e de Franc Ingraham (1898-1965) que era pupilo de Cushing e considerado como um dos pais fundadores da Neurocirurgia Pediátrica junto com seu discípulo Darrow Matson (1913-1969). Também conheceu de perto o trabalho do professor sueco Herbert Olivecrona (1891-1980), fundador da Neurocirurgia sueca, e de seu mais promissor aluno Olof Sjöqvist (1901-1954) que introduziu a técnica de tractomia trigeminal para aliviar dores faciais sem causar danos à sensação de tato. As excursões realizadas por Portugal impactaram muito em seu trabalho e durante toda sua trajetória como neurocirurgião o tratamento da neuralgia do trigêmeo foi o seu principal alvo, sendo ele o responsável pelo desenvolvimento da técnica de secção intradural seletiva da raiz do nervo trigêmeo.

As publicações e participações de José Ribeiro Portugal em congressos, com foco na abordagem da Neurocirurgia, impulsionaram a especialidade neurocirúrgica no Brasil. Assim como Augusto Brandão, Portugal expunha seus trabalhos com detalhes pormenorizados e os ilustrava com desenhos próprios. Durante sua atuação, formou vários discípulos, dentre os quais se destacam Renato Tavares Barbosa, Pedro Sampaio, Otoide Pinheiro, Feliciano Pinto e Mário Brock. A formação de discípulos foi de extrema importância para o desenvolvimento da Neurocirurgia, uma vez que cada um deles contribuiu para o crescimento da especialidade no próprio Rio de Janeiro, o berço e grande centro da Neurocirurgia no Brasil da época, além de espalhar a especialidade para outros locais do Brasil. (BROCK, 1994)

Em paralelo ao desenvolvimento e nascimento da Neurocirurgia no Rio de Janeiro, outro grande nome surgiu como pioneiro da Neurocirurgia no Brasil. Elyseu Paglioli (1898-1985) iniciou as primeiras intervenções neurocirúrgicas no interior do Rio Grande do Sul, em 1929, apenas um ano após o retorno de Austregésilo. (GUSMÃO, 2000) O início de sua caminhada profissional foi de grande dificuldade por conta da precariedade dos recursos disponíveis. Em 1930, Elyseu Paglioli dirige-se a Paris e, por oito meses, atua como assistente de Thierry de Martel (1875-1940), pioneiro da Neurocirurgia francesa. O seu regresso ao Brasil foi acompanhado da importação de vasto material científico, aprimorando o conhecimento sobre a Neurocirurgia europeia e adquirindo equipamentos moder-

nos para o Hospital Alemão, onde prosseguiu com seus serviços. (GUSMÃO, 2000) A contribuição de Elyseu Paglioli para a literatura também é inegável. Em 1932, publica alguns trabalhos sobre tumores do ângulo ponto-cerebelar operados com êxito. No ano seguinte, em 1933, fez uma apresentação, na Academia Nacional de Medicina, de 11 casos de tumores cerebrais operados com sucesso. Em 1945, Elyseu Paglioli idealiza a fundação da Sociedade Latino-Americana de Neurocirurgia, organizando o primeiro congresso da especialidade na América Latina. Um ano mais tarde, em 1946, desenvolveu a Neurocirurgia em melhores condições, com a inauguração do Instituto de Neurocirurgia da Santa Casa, com 112 leitos, formando também vários especialistas na área. No encontro das duas escolas da Neurocirurgia brasileira, José Ribeiro Portugal e Elyseu Paglioli uniram suas experiências, sendo responsáveis pela criação das duas principais organizações dedicadas à Neurocirurgia: a Sociedade Brasileira de Neurocirurgia (SBN) e a Academia Brasileira de Neurocirurgia (ABNc). (GUSMÃO, 2000)

Em 1957, na Bélgica, enquanto acontecia o I Congresso Internacional de Cirurgia Neurológica, José Ribeiro Portugal idealizou a criação da SBN, junto com alguns jovens neurocirurgiões que dariam continuidade ao seu trabalho, entre os quais se inclui Elyseu Paglioli. O primeiro presidente eleito foi o dr. Portugal e, um ano depois, nos dias 18, 19 e 20 de julho de 1958, o I Congresso da SBN foi realizado na cidade de Petrópolis, no Rio de Janeiro. O tema oficial do congresso foi “Tumores intracranianos na infância”, com a apresentação de 12 trabalhos relacionados. No total, 54 trabalhos foram submetidos e apresentados, 44 deles na seção de temas livres. No ano seguinte, em 1959, a SBN foi filiada à Federação Mundial de Sociedades de Neurocirurgia, um órgão não governamental e internacional que reunia as sociedades de Neurocirurgia de diversos países. (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2017)

Apenas 15 anos mais tarde, em 18 de outubro de 1974, a ABNc foi fundada, com o objetivo de reunir um grupo de pessoas ligadas à especialidade, para discutir e elaborar planos sobre a Neurocirurgia. Foram 13 os fundadores da ABNc e, atualmente, suas cadeiras são ocupadas por membros titulares vitalícios, divididos por cadeiras chamadas “cadeiras dos Patronos Fundadores da ABNc”. O primeiro presidente da ABNc foi José Ribeiro Portugal, que ocupava a cadeira I, Elyseu Paglioli ocupava a cadeira II. (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2017)

A NEUROCIRURGIA NA BAHIA: DO PIONEIRISMO NO ESTADO ATÉ A CONSOLIDAÇÃO DA PRIMEIRA RESIDÊNCIA

Na Bahia, a história da Neurocirurgia não pode ser contada sem citar a trajetória de dr. Márcio César de Mello Brandão, membro fundador da Sociedade Nordestina de Neurocirurgia, da Sociedade de Neurocirurgia da Bahia, titular da ABNc e membro titular da SBN. Filho primogênito, nascido em Santos Dumont, em Minas Gerais, formado na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e especialista pelo tradicional Hospital dos Servidores do Rio de Janeiro, onde foi residente de um dos médicos pioneiros da Neurocirurgia no Brasil, dr. José Ribeiro Portugal. Doutor Márcio desembarcou na Bahia em 1982. Na sua chegada, propôs a fundação do Serviço de Neurocirurgia do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS), recém-inaugurado em 1979, com uma ótima estrutura, tanto em termos de equipamento, quanto de profissionais qualificados. Naquele período, os principais neurocirurgiões do Estado não haviam feito Residência em Neurocirurgia, porém possuíam o título de especialista devido à atuação em procedimentos neurocirúrgicos, a exemplo de dr. César Vaz, que era urologista, e de dr. Carlos Bastos, que era cirurgião geral.

A primeira cirurgia realizada por um neurocirurgião no serviço público do HGRS foi uma Derivação Ventrículo Peritoneal, em abril de 1982, para correção de uma hidrocefalia. Assim, deu-se início na Bahia, em concomitância com o Hospital Jorge Valente, fundado na década de 1970 e coordenado pelo dr. Carlos Bastos, mais um centro de referência em Neurocirurgia. Em 10 de abril de 1990, o Hospital Geral do Estado (HGE) foi inaugurado e, na mesma década, iniciou-se o Serviço de Neurocirurgia do hospital, com a atuação do dr. Márcio, que atualmente é o coordenador do serviço. Na época, os hospitais Jorge Valente, Português, Espanhol, Aliança e São Rafael já eram referência e estavam abertos aos plantonistas da Neurocirurgia, o que impedia o avanço dos hospitais públicos, devido à fuga dos profissionais para esses grandes centros privados que pagavam melhor e possuíam melhores condições materiais e estruturais.

No ano de 1999, a SBN conseguiu, por meio da Associação Médica Brasileira e do prof. José Maria de Magalhães Netto (professor da Faculdade de Medicina do Estado da Bahia (FMB) e secretário estadual de Saúde da época), o reconhecimento da Neurocirurgia como uma especialidade de alta complexidade no Sistema Único de Saúde (SUS). Logo, foram estabelecidas melhores condições estruturais e de remuneração, com maior estímulo à atuação dos neurocirurgiões no serviço público. Além disso, os trabalhadores dos hospitais públicos, que até então eram concursados, começaram a atuar por meio de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ). Nesse contexto, houve um grande avanço do serviço

de Neurocirurgia nos hospitais públicos, a exemplo do HGE, que passou a possuir a presença de um plantonista todos os dias da semana, além de um grande volume cirúrgico. Tal fato contribuiu para que a Neurocirurgia se difundisse na Bahia, inclusive por meio de publicações de estudos científicos e realizações de congressos, o que acarretou maior visibilidade nacional para a Neurocirurgia baiana.

Um grande acontecimento para a época foi a chegada do primeiro tomógrafo ao Brasil em meados da década de 1970, no Hospital da Santa Casa de São Paulo, substituindo exames neurorradiológicos de baixa precisão e muito invasivos, a exemplo da pneumoencefalografia. Na Bahia, a chegada da tomografia ocorreu quase uma década depois, no Hospital Jorge Valente, sendo o primeiro do Norte-Nordeste. Assim, os casos que necessitavam de exame de imagem eram encaminhados para a Bahia, ao invés de irem para o Sudeste. Tal realidade fez com que os hospitais que realizavam os exames se tornassem referência para as cirurgias. Outra grande inovação para o estado foi a participação de estudantes como instrumentadores nas neurocirurgias, inovação que logo ficou popular para as outras especialidades cirúrgicas da época. Dentre os instrumentadores pioneiros, destaca-se Raimundo Fernandes, que hoje é médico, formado pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), e seguiu a área da Neurocirurgia. Naquele período, a SBN, por meio de uma publicação, destacou o baixo número de neurocirurgias presentes no estado da Bahia, dado que acabou promovendo, por incentivo do dr. Márcio, a criação do estágio em Neurocirurgia no HGE para os estudantes ainda na graduação. Foi a partir dessa implementação que houve um maior contato dos estudantes com a especialidade, o que acabou servindo de estímulo para o surgimento de grandes nomes da Neurocirurgia brasileira. Assim, baseado nesse contexto, surgiu também a ideia para a criação da primeira Residência de Neurocirurgia da Bahia.

O projeto de criação da residência do HGRS levou em média cinco anos para ser consolidado e foi criado pelo dr. Márcio Brandão. O estágio, que antes era do HGE, migrou para o HGRS e se juntou à nascente e pioneira Residência de Neurocirurgia da Bahia, em 2009, que teve a sua primeira turma formada em 2014, composta pelos neurocirurgiões Tiago dos Santos e Adriano Donizeth Moraes. Assim, a residência foi criada a partir das exigências e nos moldes da SBN, com aulas teóricas baseadas em discussões de casos e artigos, além de um campo de prática rico em volume cirúrgico, que é, atualmente, coordenado pelo neurocirurgião dr. Leonardo Avellar.

Doutor Leonardo é oriundo de Belo Horizonte, onde se formou em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Sua ligação com a Neurocirurgia surgiu já no início do curso, por conta de um aneurisma desenvolvido pelo pai. Isso ocorreu porque, durante esse processo de adoecimento, ele conheceu a equipe

que operou seu pai e criou uma ligação com eles, passando a acompanhar cirurgias. Nessa época, esse maior contato com a especialidade fez com que o médico buscasse aproximar-se mais de temas ligados à área, por isso optou por ser monitor de Neuroanatomia. Após terminar a graduação, fez Residência em Neurocirurgia no Hospital das Clínicas da UFMG, concluindo em 2003 e posteriormente optou por ir para França, onde ficou por dois anos.

Quando voltou do exterior, em 2005, o médico optou por vir atuar na Bahia por acreditar que seria possível exercer uma Neurocirurgia mais generalista e sem a necessidade de se subspecializar em excesso – como haveria se voltasse para Belo Horizonte. O processo de inserção no mercado de trabalho em Salvador, apesar de não ter sido um processo fácil, aconteceu de maneira relativamente rápida – principalmente pela ausência de uma residência no estado – o que fazia com que a cidade absorvesse mais profissionais de outros estados.

Doutor Leonardo começou a trabalhar no HGE, onde conheceu o dr. Márcio Brandão, que, na época, já era uma figura importante no HGE e no HGRS. Começou seu serviço como diarista da enfermaria do HGE e substituto de plantões. Aos poucos, conseguiu maior espaço no hospital e uma vaga no HGRS. Nessa época, trabalhava também em alguns hospitais particulares de Salvador. Quando entrou no HGRS, em 2006, encontrou condições bastante diferente das condições que estava adaptado em experiências passadas. Isso ocorria porque havia poucos plantonistas no hospital e, por isso, os neurocirurgiões tinham que evoluir todos os pacientes, operar sozinhos, atender à enfermaria, intercorrências e quaisquer outras demandas que surgissem para a especialidade – reflexo do grande volume cirúrgico e das condições de baixo investimento do setor público. As cirurgias geralmente eram realizadas apenas com o médico e os instrumentadores – mesmo nos casos complexos. Na época, a parte estrutural da rede pública baiana não era muito diferente da estrutura da rede pública de Belo Horizonte, mas, como ele estava recém-chegado da França, notou uma diferença enorme.

Em 2006, com a mudança de governo – com ênfase para gestão do secretário da época, Jorge Solla –, houve a “abertura” do HGRS. Quando o neurocirurgião chegou em Salvador, a enfermaria de Neurocirurgia tinha 6 ou 7 doentes, muitos leitos vagos e cerca de 30 a 40 cirurgias no mês. Na nova gestão, o governo começou a colocar o hospital para abrir a emergência, aumentando o número de cirurgias e atendimentos, o que forçou uma evolução no seu modo de atendimento. Com o passar do tempo, vários serviços do HGRS abraçaram a ideia de possuir uma residência (assim como a Neurocirurgia), demanda que também era compartilhada pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab). Contudo, houve também uma forte oposição à Residência de Neurocirurgia pelos profissionais que atuavam no hospital na época, por conta da possibilidade de diminuição de

oportunidades no mercado de trabalho devido à maior disponibilidade de neurocirurgiões formados por uma residência local.

Com a chegada do programa de residência, por volta de 2009, o residente acabou tornando-se um “policia” do hospital, que fiscalizava tudo e estava sempre buscando aprender com excelência. Tal característica fez com que começassem a ocorrer transformações positivas em efeito dominó, o que contribuiu para que o hospital melhorasse tanto a ponto de chegar no ponto que chegou hoje. Ainda nessa época, dr. Leonardo recebeu um convite de dr. Paulo Barbosa, então diretor do HGRS, para o cargo de coordenador do Serviço de Neurocirurgia. Assim, o neurocirurgião virou coordenador geral e da residência, desde 2010, do HGRS, cargo que mantém até hoje.

Em relação à residência e à evolução do HGRS, há naturalmente uma maior exigência da qualidade do serviço do neurocirurgião preceptor, devido à cobrança do próprio residente. Além disso, a residência também acabou elevando o serviço médico geral do hospital, porque o residente fica mais tempo com o paciente e isso melhora bastante a linha de cuidado. O forte da residência do HGRS está na quantidade de casos, cirurgias e procedimentos disponíveis. O hospital atualmente tem uma quantidade de recursos de tecnologias razoáveis e, quando comparado aos outros hospitais públicos, pode-se dizer que é um serviço relativamente bem equipado – o que não faz deixar de existir uma lacuna enorme em relação à tecnologia de maneira geral. Hoje, segundo informações colhidas com o próprio dr. Leonardo,² o HGRS faz 80% das cirurgias de tumores do estado, com boas estatísticas em relação a outros serviços, além de provavelmente estar entre os três hospitais que mais fazem cirurgias de correção de aneurismas no Brasil, também com boas estatísticas nos desfechos dos quadros.

A NEUROCIRURGIA NA BAHIA: PANORAMA ATUAL E PERSPECTIVAS PARA O FUTURO

O atual mercado de trabalho da Neurocirurgia na cidade de Salvador é relativamente competitivo. Isso ocorre devido à grande quantidade de médicos formados em relação à quantidade de vagas disponíveis, o que se torna um entrave para as pessoas que estão iniciando a vida na especialidade. Contudo, para quem realmente quer seguir a área, a Neurocirurgia se mostra uma especialidade bastante satisfatória, principalmente quando há uma formação qualificada e muito empenho do formando com o seu aprendizado. A especialidade requer do médico uma responsabilidade enorme, digno de quem lida com a vida e a morte diariamente.

² Em entrevista concedida aos autores, em Salvador, jul. de 2021.

É nesse contexto que o dr. Leonardo Avellar refere, em uma de suas citações, que quando uma cirurgia tem um desfecho fora do esperado ele fica impactado por semanas e sente a necessidade de repassar o procedimento várias vezes durante diversos dias, na tentativa de buscar entender o que de fato aconteceu.

O dr. Leonardo Avellar realizou a primeira cirurgia de Parkinson do HGRS. O procedimento consistiu em introduzir eletrodos no cérebro do enfermo, buscando atenuar a sua sintomatologia. E, apesar de essa cirurgia já ser feita em alguns hospitais pelo país, o fato de ter acontecido no HGRS – pertencente ao SUS –, que, nas últimas décadas, passou por um significativo processo de melhoria, torna-a um feito impactante e demonstra a qualidade da equipe técnica do Serviço de Neurocirurgia do hospital.

Após a análise de vários relatos de procedimentos, conclui-se que a maioria dos casos que marcam a vida do neurocirurgião são aqueles em que há esperança de resolução e aqueles em que a morte cessou a certeza do procedimento “bem-sucedido”. Dessa forma, no acervo de cirurgias do doutor Leonardo Avellar, destaca-se o caso de uma paciente com tumor de glândula pineal no qual o procedimento cirúrgico foi bem-sucedido, com a paciente acordando bem. No entanto, ao contrário do que se esperava para o desfecho, ela acabou indo a óbito horas depois, sem qualquer explicação específica para o acontecido. Entretanto, notam-se relatos de casos, no mesmo acervo, de indivíduos paraplégicos que, após intervenção cirúrgica, passaram a readquirir seus movimentos. A história da Neurocirurgia na Bahia, portanto, vem se moldando através de desfechos negativos e positivos, porém segue crescendo rumo a uma evolução salutar da especialidade.

Na carreira do dr. Márcio Brandão, alguns casos também foram marcantes. Dentre esses, um caso que chamou atenção foi o nascimento de uma criança sem o cérebro. Além de nascer sem o órgão, ela necessitava da colocação de uma válvula para atenuar a pressão intracraniana. Contudo, na ausência de massa cerebral, a perspectiva de vida de uma pessoa é quase inexistente e o procedimento acarretaria risco de desenvolvimento e de infecção meníngea. Entretanto, a mãe da criança se mostrava inconformada com o provável desfecho do quadro de saúde da sua filha e demonstrava uma fé muito forte na recuperação da criança. Após muita conversa e explicação sobre os possíveis impactos cirúrgicos para a criança, o neurocirurgião realizou o procedimento. E, para a surpresa de todos, o desfecho mais improvável aconteceu: a criança passou a desenvolver tecido encefálico e cresceu sem apresentar nenhum déficit neurológico. Atualmente, ela tem mais de 15 anos, para surpresa de muitos. O estudo do cérebro das crianças que foram vitimadas pela microcefalia causada pelo Zika vírus também foi um ponto impactante para a Neurocirurgia da Bahia. Segundo o dr. Márcio, foi publicada uma série de relatos de casos que trouxeram uma projeção interessante para o trabalho realizado pelos neurocirurgiões do estado.

A pandemia de covid-19, por sua vez, impactou de maneira significativa a atuação profissional de grande número dos neurocirurgiões do estado devido ao cancelamento de cirurgias eletivas e menor procura dos pacientes pelo serviço, principalmente pelo potencial de contaminação em ambientes hospitalares. Houve também um déficit de insumos como Equipamentos de Proteção Individual (EPI) por conta da grande demanda mundial por esse tipo de material. Em relação à mortalidade dos pacientes, o neurocirurgião Leonardo Avellar afirma que não notou diferenças significativas e que a equipe do HGRS não vivenciou diretamente o impacto de ter um grande número de pacientes contaminados no hospital como em outros serviços da cidade.

Já o futuro da Neurocirurgia na Bahia, para ambos os neurocirurgiões entrevistados, está relacionado às condições tecnológicas, principalmente no desenvolvimento da parte neurofuncional, que é deficiente no estado. Segundo dr. Leonardo, uma das áreas que também vai contribuir para o avanço da especialidade é a iniciativa de realização de cirurgia intrauterina no HGRS, que já está em discussão com a equipe de Obstetrícia do hospital.

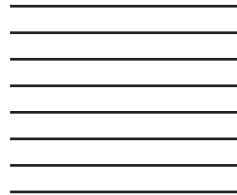
REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. *Sociedade Brasileira de Neurocirurgia completa 60 anos*. São Paulo, 26 jul. 2017. Disponível em: <https://amb.org.br/noticias/sociedade-brasileira-de-neurocirurgia-completa-60-anos/>. Acesso em: 24 jul. 2021.
- BLAKEWAY, Megan. The Early History of Neurosurgery in the Transvaal. *Adler Museum Bulletin*, Johannesburg, v. 28, n. 2/3, p. 6-7, 2002.
- BROCK, Mario. “O sol nasce para todos” José Ribeiro Portugal – pai da Neurocirurgia brasileira. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 118-122, 1994.
- GUSMÃO, Sebastião Silva. História da neurocirurgia no Rio de Janeiro. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, São Paulo, v. 60, n. 2, p. 333-337, 2002.
- GUSMÃO, Sebastião Silva; SOUZA, José Gilberto de. *História da neurocirurgia no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Sociedade Brasileira de Neurocirurgia, 2008.
- GUSMÃO, Sebastião Silva; SOUZA, José Gilberto de. O nascimento da neurocirurgia brasileira. *Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia*, São Paulo, v. 19, p. 92-96, 2000.
- MARTIRE JUNIOR, Lybio. História da cirurgia plástica. *Sociedade Brasileira de História da Medicina*, São Paulo, p. 7-8, 2005a.
- MARTIRE JUNIOR, Lybio. História da cirurgia plástica. *Sociedade Brasileira de História da Medicina*, São Paulo, p. 1-4, 2005b.

RIBAS, Guilherme Carvalhal. Das trepanações pré-históricas à neuronavegação: evolução histórica das contribuições da neuroanatomia e das técnicas de neuroimagem à prática neurocirúrgica. *Arquivo Brasileiro de Neurocirurgia*, São Paulo, v. 25, n 4, p. 166-175, 2006.

ROMERO, Flávio Ramalho. Neurocirurgia e filosofia no século XIX: como o pensamento da época influenciou o desenvolvimento da neurocirurgia moderna. *Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia*, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 258-262, 2015.

SCHEINVAR, Estela; AGUIAR, Katia; NASCIMENTO, Maria Livia do. Editorial – Arquivos brasileiros de psicologia. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 70, p. 3-5, 2018.



7

HISTÓRIA DA CIRURGIA PLÁSTICA NA BAHIA

Murilo Sussumu Shibata Passos

Ana Luisa Soares Chiaretti

David de Oliveira Faria

Letícia Maria de Almeida Vieira

Marília Chadud de Pádua Resende

José Valber Lima Meneses

A busca da cirurgia plástica emana de uma finalidade transcendente. É a tentativa de harmonização do corpo com o espírito, da emoção com o racional, visando estabelecer um equilíbrio que permita ao indivíduo sentir-se em harmonia com sua própria imagem e com o universo que o cerca. (PITANGUY apud SANTIAGO, 2016, p. 26)

INTRODUÇÃO

Para nós, autores deste capítulo, conservar a história é tão importante quanto forjá-la, porque sem ter acesso às conquistas dos que nos antecederam, hoje não haveria a possibilidade de cristalizar o atual conhecimento intelectual que temos

na Medicina. Nesse sentido, explorar a história da Cirurgia Plástica de um modo geral, além de prazeroso, é algo relevante para compreender uma especialidade cirúrgica completa, versátil e constantemente inovadora.

O termo “plástica” vem do grego *plasticos*, que significa moldável. A sua origem figurativa foi relacionada à mitologia, há muito tempo, ao uso do termo grego *plassein*, que representa o retrato da modelagem de mortais por divindades na mitologia helênica. Nesse sentido, a origem de muitos dos princípios teórico-metodológicos e filosóficos que embasam a Cirurgia Plástica contemporânea reside nos povos antigos e sempre esteve associada à reparação de feridas, à otimização do processo de cicatrização e a procedimentos reparativos. (GURTNER; NELIGAN, 2017; MACIONIS, 2018)

Mais de um milênio depois, Gaspare Tagliacozzi (1545-1597), professor de Cirurgia da Universidade de Bolonha, na Itália, determinou a cirurgia plástica como “a arte especializada na reparação de defeitos congênitos ou adquiridos”, a fim de corrigir um dano funcional e restabelecer a estética mais próxima possível da normalidade. Em 1590, Tagliacozzi colaborou com o ofício do cirurgião plástico por meio da célebre frase: “Nós restauramos, reconstruímos e fazemos inteiras as partes que a natureza nos deu, mas que a chance tirou. Não tanto para deleitar os olhos, mas para estimular o espírito e ajudar a mente dos aflitos”. (GURTNER; NELIGAN, 2017, p. 43, tradução nossa)

A profissão do cirurgião plástico foi, ao longo de sua história, sendo comparada, de maneira alegórica, ao trabalho de um escultor ou de um pintor – tal qual Michelangelo Buonarroti (1475-1564), que transformava, através do erro e da repetição, o mármore de Carrara, proveniente do extremo norte da Toscana, em extraordinárias obras de arte, como *Pietà* (1499) e *David* (1504). (ROHRICH; SULLIVAN, 2011)

Embora carreguem algumas características em comum, a cirurgia plástica e a arte da escultura propriamente dita são essencialmente diferentes. (GOLDWYN, 2003; SWANSON, 2013) Uma imagem pós-operatória pode parecer esplêndida para um cirurgião, mas pode incomodar um leigo. A liberdade do médico é limitada pelas regras da Medicina baseada em evidências, enquanto o artista é livre para expressar seus próprios anseios. Na mesa de cirurgia, o paciente não é uma pedra de mármore e a margem para erros deve ser mínima. No entanto, a ciência da Cirurgia Plástica é uma espécie de arte especial, cuja verdadeira valorização passou a ser palpável somente por meio do desenvolvimento de uma perspectiva profissional, acadêmica, clínica, ética e humanizada. (MACIONIS, 2018)

O cirurgião plástico, então, tem as ferramentas para restaurar a funcionalidade e a harmonia da anatomia humana em pacientes com danos físicos e sofrimentos biopsicossociais relacionados a sua autoimagem física. Nessa perspectiva, essa referida ciência tem por finalidade transformar vidas através de duas vertentes: a cirurgia reparadora e a estética.

A Cirurgia Plástica, na contemporaneidade, é reconhecida por boa parte do público leigo apenas como uma especialidade cirúrgica que proporciona a metamorfose corporal, a fim de atender às rígidas regras da indústria da beleza. Todavia, sua história traz uma percepção muito mais ampla de todas as suas vertentes, incluindo a cirurgia plástica reparadora. Essa possui a finalidade de corrigir deformidades congênicas ou adquiridas, procurando, ainda, aprimorar ou recuperar as funções e a fisionomia de determinadas partes do corpo. Por outro lado, a cirurgia estética é voltada para a melhoria de condições físicas que trazem sofrimento psicológico aos pacientes que buscam a melhora de sua autoestima e, conseqüentemente, de sua qualidade de vida. (GURTNER; NELIGAN, 2017)

É a partir dessa prática cirúrgica que milhões de vidas são transformadas todos os anos. Corpos e faces lesados por queimaduras são reconstruídos. Mulheres que tiveram câncer de mama podem ter, novamente, seios. Pessoas com deformidades congênicas conseguem ter melhora na autoestima. Esses e vários outros procedimentos restauram e ressignificam a existência de cada sujeito em seu universo. Dessa forma, a cirurgia plástica é uma atividade que sempre transborda as fronteiras da estética e coexiste com a prática da cirurgia reparadora.

Ao longo deste capítulo, vamos aprofundar o conhecimento sobre: a Cirurgia Plástica mundial e regional e o competente papel do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (Hupes) em oferecer um serviço excepcional mesmo diante de vários desafios. Ademais, citaremos as principais personalidades envolvidas nesse processo de construção histórica e suas jornadas, bem como os impactos gerados pela pandemia por covid-19 nos atendimentos dentro da especialidade.

A CIRURGIA PLÁSTICA DA ANTIGUIDADE A IDADE MÉDIA

Como já mencionado, a Cirurgia Plástica, em contrariedade ao que o senso comum nos leva a crer, tem sua origem em procedimentos de restauração e cicatrização primitivos, relatados em textos e imagens produzidos por várias civilizações ao longo da Antiguidade. Assim como em outras especialidades cirúrgicas, considera-se que a evolução da Plástica foi, e ainda é, determinada por quatro fatores: necessidade, aspectos culturais, conhecimento anatômico e sucesso da aplicação das técnicas. (MARTIRE JUNIOR, 2005)

Desde seus primórdios, a cirurgia reparadora se mostra necessária frente à ocorrência de traumas, de lesões corporais e de muitas enfermidades. Com o desenvolvimento industrial e tecnológico ao longo da história, novas e aprimoradas armas são criadas, diferentes e perigosos cenários de trabalho e de vida urbana são instituídos e doenças inéditas assolam a população, demandando o constante

avanço da Cirurgia Plástica a fim de se adequar às novas exigências humanas. (MARTIRE JUNIOR, 2005)

Quando estudamos a história da Medicina, sobretudo da Cirurgia, considerar os domínios religiosos, sociais e políticos torna-se de suma importância. Isso porque tais elementos já interferiram, por exemplo, na possibilidade ou não do acesso ao corpo humano por parte dos especialistas da época. Consequentemente, as crenças e tradições soberanas em cada cultura limitaram, em muitos momentos, o desenvolvimento das técnicas da cirurgia, de um modo geral, e da plástica. (MARTIRE JUNIOR, 2005)

Influenciado pelos aspectos culturais descritos anteriormente, o conhecimento anatômico foi essencial para o desenvolvimento do campo da Cirurgia, já que permite ao médico atuar sobre o corpo humano com menor possibilidade de erro e maior habilidade nas técnicas reparadoras. Apesar do estudo da Anatomia Humana ter sido descrito em algumas culturas antigas, como na Índia de 2000 a.C. e no Império Romano, no Ocidente, foi a partir do Renascimento, no século XVI, que os estudos anatômicos tomaram impulso. O assunto passou a figurar entre os interesses de cientistas como Leonardo Da Vinci e Andreas Vesalius. Esse último, inclusive, publicou a obra *De Humani Corporis Fabrica* (1543), considerado por certos estudiosos como marco inicial da Anatomia moderna. (MARTIRE JUNIOR, 2005)

O amplo reconhecimento de seu sucesso é uma condição primordial para que qualquer terapia, medicamentosa ou cirúrgica, seja aceita na prática médica. Antes da idealização da anestesia geral, em 1846, por Willian T. G. Morton (1819-1868), e do desenvolvimento do método de antisepsia por Joseph Lister (1827-1912), a cirurgia era entendida como um último recurso, porque, geralmente, possuía um desfecho fatal. Foi depois de tais avanços que as intervenções cirúrgicas conquistaram certa margem de segurança e taxas de sucesso jamais vistas, permitindo que passassem de atestados de óbito para tratamentos eficazes, capazes de cura e restauração. (MARTIRE JUNIOR, 2005) Consolidados esses quatro fatores determinantes para o avanço das práticas cirúrgicas, é possível compreender o processo não linear de evolução da Cirurgia Plástica, que se inicia, se perde e se retoma, ao longo do tempo e conforme a metamorfose das civilizações.

As primeiras descrições de procedimentos cirúrgicos reparadores remontam à Mesopotâmia, ao Egito e à Índia nos últimos milênios que antecederam a Cristo, geralmente associados à reconstrução de mutilações faciais, que eram utilizadas como meios de punição aos adúlteros, ladrões e prisioneiros de guerra. (MARTIRE JUNIOR, 2005) As informações que temos acerca dessas práticas são extraídas de manuscritos e gravuras encontrados em sítios arqueológicos, dentre eles o chamado *Papiro de Edwin Smyth*, o documento médico mais antigo já encontrado, transcrito

de sua versão original – datada entre 3000 e 2500 a.C. –, por volta de 1650 a.C., no Egito. O papiro descreve 48 casos cirúrgicos, incluindo feridas, fraturas, luxações, úlceras e tumores, além de trazer sugestões de tratamentos e instruções para curativos e suturas que visavam suavizar as cicatrizes de diversos traumas. (GURTNER; NELIGAN, 2017)

Na Mesopotâmia, uma biblioteca com mais de 800 blocos de argila com inscrições médicas foi descoberta durante as escavações do palácio de Nineveh. Sua Medicina era fortemente influenciada pela astrologia e por crenças divinas pagãs e, mesmo hoje, considerada bastante desenvolvida. Tal tradição abrangia algumas técnicas rudimentares de cirurgia plástica, concentrada na cicatrização de feridas e no reparo de anomalias congênitas, essas que eram consideradas sinais de infortúnio e ruína para toda a população. Contudo, a prática cirúrgica encontrava no Código do Rei Hammurabi uma grande limitação ao seu desenvolvimento, já que punia com leis precisas e severas qualquer insucesso ou imperícia dos cirurgiões. (GURTNER; NELIGAN, 2017)

A Cirurgia indiana floresceu durante o segundo milênio a.C., sendo relacionada à arte de reconstrução de áreas mutiladas, tais como narizes, orelhas e órgãos genitais, frequentemente lesionados como forma de castigo. (MARTIRE JUNIOR, 2005) No *Áyurvédam*, o livro de conhecimentos médicos indianos, há orientações para o preparo e a dissecação de cadáveres, prática permitida na época na localidade, além de descrições de instrumentos e técnicas cirúrgicas, entre elas a reconstrução nasal com retalho frontal, similar à utilizada atualmente. (GURTNER; NELIGAN, 2017) Com o fortalecimento das religiões na Índia, ainda no século V a.C., a preservação do corpo sem interferência para a vida pós-morte tomou grande importância, o que fez a Cirurgia e Anatomia declinarem na Índia. (MARTIRE JUNIOR, 2005)

Concomitantemente, na Grécia e na Roma Antigas, a Medicina incorporava princípios científicos baseados na observação da natureza e certos limites considerados éticos pela sociedade intelectual da época, mas ainda era marcada pela crença na intervenção divina e no sobrenatural. Apesar da religião proibir a dissecação de cadáveres humanos, o estudo da Anatomia em animais era permitido e bastante popular entre os estudiosos greco-romanos. (GURTNER; NELIGAN, 2017)

Por volta de 460 a.C., a Medicina grega passou a ser influenciada por Hipócrates (c. 460-370 a.C.), considerado pela literatura moderna o maior médico de seu tempo. Além de introduzir a metodologia científica baseada na experimentação com a natureza e a observação direta das doenças em sua prática médica, seu conhecimento cirúrgico era vasto e foi preservado em sua obra *Corpus*, construída ao longo de toda sua carreira. A obra contém ensaios sobre os mais diversos tópicos

da Medicina e descrições do uso da cauterização, correção de fraturas desalinhadas, evacuação de hematomas cranianos, cuidados com a estética de curativos e até mesmo tratamentos para a calvície. (MARTIRE JUNIOR, 2005)

Assim como na Grécia havia Hipócrates, se reconhecem Aulus Cornelius Celsus (25 a.C-50 d.C.) e Claudius Galeno (c. 129-201 d.C.) como representantes da Medicina romana. (MARTIRE JUNIOR, 2005) Apesar de provavelmente não ter sido médico, já que não há provas de sua formação na Escola de Medicina Asklepieion, Celsus foi um escritor e importante autor de textos médicos, considerado o primeiro a descrever os quatro sinais cardeais da inflamação aguda: “vermelhidão, edema, calor e rubor”. (GURTNER; NELIGAN, 2017) Galeno que, por sua vez, era médico formado em Asklepieion, fez grandes contribuições para a Anatomia ao descrever mais de 300 músculos e sete pares de nervos cranianos, além de demonstrar que os nervos se originam no cérebro ou na medula espinhal. (GURTNER; NELIGAN, 2017)

Com a queda do Império Romano e o fortalecimento da doutrina cristã e do sistema feudal na Europa, a Cirurgia Plástica declina e deixa de ser um objeto de estudo por grande parte da Idade Média, preservada pelos estudiosos fora de territórios europeus, como pelas civilizações bizantina e árabe.

No território do Império Bizantino, foram produzidos textos e enciclopédias com a descrição de procedimentos reconstrutivos para correção de defeitos faciais, além de instruções para traqueostomia e amigdalectomia. A cirurgia das civilizações árabes, por sua vez, foi representada por médicos persas, sírios e espanhóis, entre eles Albucasis (936-1013), autor do primeiro tratado cirúrgico independente e detalhado, que incluía mais de 200 ilustrações precisas de instrumentos cirúrgicos. (GURTNER; NELIGAN, 2017)

Na Europa Medieval, apesar de historicamente ser descrita uma produção científica nos primeiros séculos da Idade Média, foi por volta do século IX que houve uma intensificação desse processo, com o surgimento das primeiras universidades, coordenadas pelos representantes religiosos que preservaram diversas obras dos grandes intelectuais da Antiguidade dentro de mosteiros. (MARTIRE JUNIOR, 2005) A princípio, ensinavam-se apenas cursos de Filosofia e Teologia, que depois foram seguidos por outras linhas de ensino, incluindo os estudos da Anatomia Humana e Medicina. Mais de 400 anos depois, com a invenção da imprensa, a disseminação do conhecimento médico se acelerou e o acervo sobre o assunto das bibliotecas de universidades e de mosteiros crescia com constância. (GURTNER; NELIGAN, 2017)

A CIRURGIA PLÁSTICA DA MODERNIDADE À CONTEMPORANEIDADE

Durante o Período do Renascimento, no século XVI, ampliaram-se os estudos anatómicos e recuperaram-se certas técnicas operatórias antigas, o que impulsionou o campo da Cirurgia Plástica e Reparadora. A reconstrução de anomalias faciais e o reparo de mutilações tornaram a ser praticados em uma escala mais ampla. (MARTIRE JUNIOR, 2005)

Nesse mérito, destaca-se a rinoplastia com retalho do antebraço, realizada por Gaspare Tagliacozzi (1545-1599), pioneiro na utilização desse método. Apesar de pouco utilizada atualmente, sua técnica rendeu o primeiro trabalho artístico ilustrativo da Cirurgia, que descrevia cada etapa da operação. Seu esforço em produzir um manual instrutivo e detalhado incentivou a construção de relatos cada vez mais claros, minuciosos e sistematizados da metodologia empregada por cada cirurgião em seus procedimentos. A partir dessas referências, tornou-se possível a reprodução das operações ao redor do mundo e, assim, o aprimoramento conjunto dos conhecimentos cirúrgicos. Por tal contribuição, Tagliacozzi é considerado por alguns autores como o Pai da Cirurgia Plástica. (GURTNER; NELIGAN, 2017)

Entre os séculos XVI e XVII, surgem novas técnicas e proposições para o tratamento de feridas e amputações para cujo desenvolvimento contribuíram Ambroise Paré (1510-1590) e James Yonge (1647-1721), respectivamente.

Ainda que a Cirurgia Plástica tenha contado com importantes contribuições no Renascimento, as condições sanitárias e as tecnologias rudimentares da época tornavam a aplicação prática dos procedimentos inviável. Por isso, foram mínimas as experiências na área e o desenvolvimento da especialidade até meados do século XIX. (GURTNER; NELIGAN, 2017)

Uma carta ao editor da revista inglesa *Gentleman's magazine* de 1794, que compartilha a técnica de rinoplastia com retalho frontal, descrita pelos indianos da Antiguidade, tem papel-chave no renascimento da Cirurgia Plástica no século XVIII. Inspirado pelo texto, Joseph Constantine Carpue (1764-1846) realiza a primeira rinoplastia com retalho indiano da modernidade, no Hospital São Bartolomeu, em Londres. Ao publicar um artigo sobre a reconstrução feita em 1814, Carpue abriu o caminho para o surgimento da Cirurgia Plástica moderna, que só viria a ocorrer 100 anos mais tarde. (GURTNER; NELIGAN, 2017)

O estudo de Carpue foi traduzido pelo alemão Karl Ferdinand von Gräfe (1787-1840), que passou a replicar o procedimento descrito pelo colega inglês. A partir de seus próprios experimentos, von Gräfe publicou o artigo “Rinoplastia: ou a arte de reconstruir o nariz” em 1818, marcando a primeira vez em que o termo “plástica” foi utilizado para denominar os procedimentos da cirurgia reparadora. (MACIONIS, 2018) As publicações de ambos os médicos estimularam inúmeros cirurgiões europeus a realizarem reconstruções faciais, especialmente nasais.

Simultaneamente, no outro lado do Atlântico, a Medicina brasileira começava a dar seus primeiros passos, com a fundação das primeiras instituições de ensino médico no país, as Escolas de Cirurgia da Bahia (fevereiro de 1808) e a Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro (abril de 1808), por D. João VI (1767-1826). As instituições, que foram as únicas no país até 1899, só se desvincularam totalmente de Portugal em 1826, quando D. Pedro I (1798-1834) deixou de exigir que os médicos formados no Brasil fossem reconhecidos por universidades portuguesas para exercer a profissão. (MARTIRE JUNIOR, 2005) Seis anos depois, em 1832, as escolas se tornaram faculdades e o curso, que antes durava quatro anos, passou a ser de seis anos. Se comparado com o curso norte-americano, que durava apenas poucos meses, o ensino da Medicina no Brasil ocorria de forma bastante prolongada. (MARTIRE JUNIOR, 2005)

De forma similar ao restante do mundo, a Cirurgia Plástica brasileira, em seus primórdios, estava vinculada à prática da Cirurgia em geral, ainda longe de ser reconhecida como especialidade. As primeiras publicações acerca de procedimentos plásticos no país datam de 1842, produção científica essa centralizada na Bahia e no Rio de Janeiro, centros da Medicina até então. Esses primeiros trabalhos, bem como os primeiros procedimentos, eram partes complementares do trabalho de cirurgiões de outras especialidades, como a Cirurgia Geral e a Otorrinolaringologia, que viam o estudo da Cirurgia Plástica como anexo aos seus ofícios principais, mas, ao fazê-lo, iniciavam a lenta expansão da especialidade, atraindo outros profissionais que cedo se dedicariam plenamente ao exercício dessa arte. (MARTIRE JUNIOR, 2005)

Retornando à Europa, o advento da anestesia geral (1846) e da antissepsia fez do século XIX a idade de ouro da Cirurgia Plástica ocidental, segundo alguns autores. (MARTIRE JUNIOR, 2005) A eliminação da dor e a redução dos riscos de infecção pós-operatória viabilizaram muitas cirurgias. Com um novo e ilimitado campo de práticas, a Cirurgia Plástica se desenvolveu de forma importante. Um dos maiores avanços do século XIX foi a demonstração bem-sucedida da enxertia de pele autóloga para o tratamento de feridas crônicas. Em um primeiro momento, a técnica foi realizada por Giuseppe Baronio (1759-1811) em uma ovelha, em 1804, e, 65 anos depois, reproduzida com sucesso em um humano por Jacques Reverdin (1842-1929) no Hospital Necker, em Paris. Ao final do século, a técnica de enxertia de pele já havia se tornado a preferida para tratamento de ferimentos do tipo. (GURTNER; NELIGAN, 2017)

Ainda no século XIX, a correção de orelhas proeminentes realizada por Edward Ely (1850-1885), em 1881, marcou o início da cirurgia estética, por ser considerada a primeira operação feita com objetivos puramente estéticos. Poucos anos depois, em 1887, John Orlando Roe (1848-1915) demonstra à Sociedade Médica

de Nova York a primeira rinoplastia utilizada para correção estética de um nariz “bulboso”, e Robert Weir (1838-1927) descreve a excisão da base alar para corrigir a projeção do nariz, atualmente conhecida como “cirurgia de Weir”. Na mesma época, em Berlim, a rinoplastia estética dava seus primeiros passos com Jacques Joseph (1865-1934), que detalhou cada etapa do procedimento em uma sequência minuciosa, utilizada com poucas alterações até hoje. Sua vasta experiência como um dos principais cirurgiões estéticos europeus da época foi compilada em *Rinoplastia e outras plastias faciais*, sua obra publicada em 1931 e usada como referência por várias décadas. (GURTNER; NELIGAN, 2017)

Cem anos após o experimento de Joseph Carpue com o retalho indiano, a desoladora realidade da Primeira Guerra Mundial marca o nascimento da Cirurgia Plástica moderna. Empilhados em trincheiras, nas quais geralmente expunham suas cabeças, os soldados eram vítimas frequentes de dilacerações e mutilações faciais de trágicas proporções. Para os homens que voltavam deformados da guerra, a reinserção na sociedade tornava-se um processo muito difícil. (GURTNER; NELIGAN, 2017)

Formou-se, assim, um contexto no qual os quatro fatores determinantes se encontravam propícios ao desenvolvimento da Cirurgia Plástica: demanda crescente por procedimentos, maior liberdade na produção científica, uma base sólida de trabalhos para o estudo da Anatomia e melhores condições sanitárias para a *performance* de cirurgias bem-sucedidas. (MARTIRE JUNIOR, 2005)

Nesse cenário, surgem os primeiros cirurgiões considerados plásticos do mundo, isso por serem os primeiros a focarem sua atuação em procedimentos cirúrgicos inerentes à especialidade plástica e reparadora. Por serem oriundos de outras especialidades como Cirurgia Geral, Otorrinolaringologia e Ortopedia, seu treinamento e sua perícia na correção de lesões em tecidos moles, associados à vasta experiência de cirurgiões-dentistas na estabilização de fraturas ósseas, garantiram o sucesso das operações reconstrutivas realizadas nos soldados vitimados na Primeira Guerra Mundial (1914-1918). (GURTNER; NELIGAN, 2017)

Um dos grandes nomes da cirurgia reconstrutiva do século XX foi Sir Harold Gillies (1822-1969), otorrinolaringologista neozelandês radicado na Inglaterra. Em visita ao Hospital Val-de-Grâce, enquanto trabalhava para a Cruz Vermelha, na França, em serviço humanitário durante a Primeira Guerra, Gillies conheceu o trabalho do cirurgião Hippolyte Morestin (1868-1919) e do dentista Charles Auguste Valadier (1873-1931), pioneiros na cirurgia reconstrutiva de face. Impressionado e inspirado pelos resultados encontrados, Gillies retornou à Inglaterra, em 1917, e criou o centro para tratamento de desfigurações faciais no Queen’s Hospital, na cidade de Sidcup, que logo viria a ser um centro de referência da Europa. (PICCININI et al., 2017)

Ao longo de sua carreira, Harold Gillies contribuiu de forma inestimável para o desenvolvimento da Cirurgia Plástica e Reparadora. Além de seu trabalho excepcional na cirurgia facial reconstrutiva, foi pioneiro na cirurgia reconstrutiva genital, principalmente em cirurgias de redesignação sexual. Foi o responsável pela redesignação do sexo feminino para o masculino em Laurence Michael Dillon (nascido Laura Dillon, 1915-1962), procedimento inédito feito em mais de 13 cirurgias distintas entre 1946 e 1949, no qual obteve certo êxito, apesar do formato imperfeito do genital. (PICCININI et al., 2017)

No entanto, a primeira cirurgia de redesignação sexual documentada foi realizada pelo ginecologista alemão Kurt Warnekros na artista dinamarquesa Lili Elbe, atribuída como Einar Wegener ao nascer. Lili passou por cinco cirurgias entre 1930 e 1931, a última delas sendo um transplante de útero e ovários, procedimento que levou a sua morte, em setembro de 1931, por complicações decorrentes da rejeição dos órgãos transplantados. A história de Elbe, retrada no livro *Man into woman*, de 1933, e adaptada para o cinema em 2015 no longa *A garota dinamarquesa*, traz reflexões profundas sobre quais os atributos que constituem uma mulher. A determinação do sexo feminino é historicamente associada à anatomia do aparelho reprodutor e ao papel de gestação e concepção, considerados, por muitos séculos, a verdadeira aspiração, dever e condição fundamental para ser uma mulher. (TOLEDO; DORNELAS, 2017)

Ademais, Gillies desenvolveu e aprimorou diversos instrumentos cirúrgicos e foi um grande proponente da abordagem multidisciplinar dos cuidados pré e pós-operatórios descritos em sua obra *Principles and Art of Plastic Surgery*, de 1957. Ele trabalhou ao lado de grandes nomes da Cirurgia Plástica e da Anestesiologia, como o cirurgião norte-americano Wilray Blair (1871-1955), que, depois de treinado no Queen's Hospital, viria a introduzir a Cirurgia Plástica nos Estados Unidos (EUA), e Stanley Rowbotham (1890-1979) e Ivan Magill (1888-1986), anestesiologistas que desenvolveram o método de intubação nasal e endotraqueal, largamente difundido posteriormente. (PICCININI et al., 2017)

No final da Primeira Guerra Mundial, as técnicas reconstrutivas atingiam resultados surpreendentes. Tornaram-se necessários programas de treinamento ao redor do mundo, a fim de formar novos cirurgiões plásticos. Um dos mais famosos foi o da cidade de Sidcup, no Queen's Hospital, liderado por Gillies a partir do final da guerra. Estabeleceram-se inúmeros programas de residência e especialização na Europa e nos EUA no Período Entreguerras, de 1918 a 1939. (GURTNER; NELIGAN, 2017)

Assim, o número de especialistas aumentou e a força da Cirurgia Plástica, como especialidade independente, também. Agora o campo não estava mais res- trito à reconstrução de faces mutiladas, revelando um potencial de aplicação mais

amplo. Notoriamente, Sir Harold Gillies previa a evolução da Cirurgia Plástica do século XX, focada na reconstrução de lesões até aquele momento, para a cirurgia estética e reparadora da atualidade, quando disse que “a cirurgia reparadora é uma tentativa de retornar o paciente à normalidade, a cirurgia estética, uma tentativa de ultrapassar a normalidade”. (PICCININI et al., 2017)

Influenciada por tantas mudanças, em solo brasileiro, a realidade da especialidade ganhava novas perspectivas. Novas faculdades de Medicina haviam sido instituídas em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul (1899); em Belo Horizonte, em Minas Gerais (1911); em Curitiba, no Paraná (1912); em São Paulo (1913) e em Belém, no Pará (1919). Importantes trabalhos acerca da cirurgia reparadora continuaram a ser produzidos, agora menos concentrados nas comunidades científicas baiana e carioca.

Nesse novo momento, considerado por alguns autores como um dos mais promissores para a Cirurgia Plástica, cirurgiões brasileiros de várias especialidades passaram a buscar o aperfeiçoamento de suas habilidades e conhecimentos da área em centros de especialização e serviços de saúde na Europa e América do Norte, porém ainda sem abandonar seus ofícios primários. Assim, no Brasil e no mundo, “pode-se dizer que, nas primeiras três décadas do século XX a cirurgia plástica era considerada [...] uma terra de ninguém, pois não pertencia a alguém em particular nem a todos em geral”. (MARTIRE JUNIOR, 2005) Isso porque, apesar da existência de serviços, cursos e profissionais que se concentravam na prática e no estudo da Cirurgia Plástica, ainda faltava a oficialização do campo como especialidade, para que este deixasse de ser uma linha de estudo adjacente a outras práticas médicas e se consolidasse como uma estrutura independente.

No Período Entreguerras, a Cirurgia Estética explodiu na Europa e nos EUA. A aparência passa a ter nova importância entre as classes mais privilegiadas e o aperfeiçoamento, rejuvenescimento e embelezamento cirúrgicos passaram a ser mais procurados. (GURTNER; NELIGAN, 2017)

Entretanto, com o crescimento da especialidade, crescia o número dos considerados pela comunidade médica como “charlatães” ou “doutores da beleza”, assim taxados por prometerem à população resultados milagrosos a altos preços e, muitas vezes, não possuírem a perícia necessária para realizar os procedimentos que vendiam. A fim de proteger o público e melhorar o nível científico da especialidade, surgiram as sociedades científicas, a primeira delas a Associação Americana de Cirurgiões Orais e Plásticos, em 1921. Seguiu-se a inauguração de inúmeras outras sociedades ao redor do mundo, incluindo American Society of Plastic Surgeons em 1931, e American Board em 1937, este que foi idealizado para certificar os cirurgiões plásticos. (GURTNER; NELIGAN, 2017)

Em cenário similar, o dr. José Rebello Netto cria, no início da década de 1930, a primeira clínica específica em Cirurgia Plástica em São Paulo, que contribuiu de forma importante para a formação de especialistas na área em solo brasileiro. Em 1938, seu serviço de atendimento em Cirurgia Plástica, que antes era uma subunidade pequena de outra especialidade dentro do hospital, torna-se um departamento independente e bem-estruturado na Santa Casa de Misericórdia, na cidade de São Paulo. Em sua clínica, Rebello Netto passou a promover o intercâmbio de conhecimento com cirurgiões renomados de todo mundo, tais como Sir Harold Gillies, citado anteriormente. Soma-se à contribuição de Rebello Netto a criação da primeira disciplina de Cirurgia Plástica em uma faculdade do país, em 1933, processo liderado por Antônio Prudente Meirelles de Moraes (1906-1965), que foi então seu primeiro professor. (MARTIRE JUNIOR, 2005)

A semente plantada pelos dois levaria ao surgimento de inúmeros cursos, clínicas independentes e programas de residência no país. As iniciativas de Rebello Netto e Prudente Meirelles foram imprescindíveis para que a especialidade fosse individualizada e passasse a ter independência clínica dentro dos hospitais e das faculdades de medicina. (MARTIRE JUNIOR, 2005)

Ao final da mesma década, a Cirurgia Plástica brasileira já era reconhecida e respeitada mundialmente por sua excelência na formação de profissionais e pelos avanços técnicos e científicos que traziam à área. Nesse momento, Ernesto Malbec, cirurgião argentino, procurou Antônio Prudente com a proposta da criação da Sociedade Latino-Americana de Cirurgia Plástica (SLACP), a fim de congregare os especialistas latino-americanos e fortalecer a especialidade no continente. Em 1940, no Hospital Alemão, na cidade de São Paulo, foi fundada a SLACP, que mais tarde viria a incluir também países ibéricos, como Portugal e Espanha. Ficou consolidada, assim, a presença da Cirurgia Plástica brasileira na América Latina e, aos poucos, no mundo, pela representação da classe como uma organização séria e bem-estruturada. (MARTIRE JUNIOR, 2005)

Vista a magnitude que a área havia conquistado no Brasil, Rebello Netto idealizou a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP) em 1948. Ao longo dos anos seguintes, a agremiação se tornaria um órgão de autoridade dentro da especialidade, responsável por criar a legislação que resguarda o valor e a seriedade da profissão, credenciar e fiscalizar serviços, verificar títulos de especialista e subsidiar a constante evolução da área. (MARTIRE JUNIOR, 2005)

Agora melhor respaldados e institucionalizados em sociedades científicas, os cirurgiões plásticos davam passos maiores e mais confiantes no caminho de tornar o campo uma especialidade reconhecida e respeitada. (GURTNER; NELIGAN, 2017)

Grandes foram as contribuições à Cirurgia Estética na época, tanto por cirurgiões respaldados nas sociedades, quanto pelos conhecidos como “charlatões

inescrupulosos”. Entre eles, está Charles C. Miller, considerado farsante por alguns e o Pai da Cirurgia Estética Moderna por outros, por conta de seu artigo “A correção de imperfeições características” em 1907, um trabalho pioneiro sobre procedimentos estéticos, sobretudo faciais, em que compilava o passo a passo para diversos procedimentos e preservava sua vasta experiência para as gerações futuras. (GURTNER; NELIGAN, 2017)

Apesar de mal visto pelas agremiações, provavelmente por investir mais na realização de procedimentos estéticos em massa que em cirurgias de reconstrução, Miller conquistou uma multidão de pacientes satisfeitos com a correção dos “defeitos” estéticos, experimentou diversas técnicas e produziu trabalhos importantes para a comunidade médica. Suas obras serviram como referência para a reprodução de técnicas bem-sucedidas ou como exemplo do efeito maléfico da aplicação de algumas substâncias pouco conhecidas, como as injeções de parafina para a remodelação nasal, que deixaram devastadoras sequelas locais a longo prazo. (GURTNER; NELIGAN, 2017)

Ainda até a metade do século XX, muitos cirurgiões contribuíram para o desenvolvimento e aprimoramento de técnicas de rinoplastia, rejuvenescimento facial, correção palpebral, abdominoplastias e mamoplastias, como Jacques Maliniak (1889-1976), Jerome P Webster (1888-1974), Ferris Smith (1884-1957) e Suzanne Noël (1878-1954), esta que ganhou grande reconhecimento pela publicação de seu livro-texto *La chirurgie esthétique, son rôle sociale*, o primeiro do gênero sobre o assunto e o primeiro escrito por uma mulher. Em Berlim, Eugen Holländer (1867-1932) se consagrou na Cirurgia Estética como o primeiro a realizar um levantamento facial em 1901, a pedido de uma dama da nobreza. (GURTNER; NELIGAN, 2017)

Ao final de mais de 100 anos de desenvolvimento, em meio a duas grandes guerras, descobertas científicas revolucionárias, como a antisepsia, a anestesia e muitas novas técnicas cirúrgicas, a Cirurgia Plástica finalmente passa a ser reconhecida como uma especialidade séria e independente. (GURTNER; NELIGAN, 2017)

A cirurgia plástica reconstrutiva, no período pós-guerra, observa uma importante evolução, com o aprimoramento e padronização a nível global de várias operações. Essa nova era se inicia em 1960, com a descoberta da técnica de transferência microvascular, permitindo um novo espectro de aplicações de retalhos arterializados. Assim, os transplantes de tecido poderiam ser feitos de forma a extrair em conjunto o vaso sanguíneo responsável por sua irrigação, o que melhoraria a adaptação e cicatrização do tecido no sítio para onde fosse transplantado. Seguiram-se inúmeros avanços, tais como a aplicação de retalhos musculocutâneos (Iginio Tansini, 1855-1943) na reconstrução de amputações com transplante de

tecido muscular; a introdução de novas técnicas de intervenção craniofaciais (Paul Tessier,1917-2008); o uso de enxertos de tecido adiposo no preenchimento de lesões e depressões na pele; a criação de uma metodologia padronizada para a reconstrução da mama; e o mais recente transplante de face (GURTNER; NELIGAN, 2017), além de outros avanços importantes na Cirurgia Estética.

A exemplo disso, temos o desenvolvimento de próteses de silicone, na década de 1960, para o manejo de mamas hipoplásicas (consideradas esteticamente pequenas), antes preenchidas com esponjas, com tecido adiposo e até com parafina. Na correção do contorno e da forma dos seios, a mastoplastia modificada de Georges Arié, desenvolvida pelo brasileiro Ivo Pitanguy (1926-2016) em 1968, é hoje aplicada mundialmente, conferindo excelentes resultados e consolidando o Brasil como importante expoente da Cirurgia Plástica no mundo. (GURTNER; NELIGAN, 2017)

É relevante também homenagear o prof. Pitanguy, patrono da SBPCP, pois ele contribuiu para a projeção internacional e difusão da especialidade com o primeiro Serviço de Cirurgia de Mão em 1949 e de Cirurgia Plástica Reparadora no Hospital Santa Casa da Misericórdia no Rio de Janeiro em 1962, uma das maiores escolas de cirurgias plásticas brasileiros, além do Instituto Ivo Pitanguy que funciona até os dias atuais, prestando assistência médica gratuita em cirurgia plástica e reparadora para pacientes de baixa renda. (WOLFENSON et al., 2019)

Idealizada em 1980, a lipoaspiração é considerada um dos procedimentos estéticos mais populares da atualidade e passou por transformações constantes até atingir seu patamar atual. Hoje, utilizam-se ferramentas menos invasivas no procedimento em questão, o tempo de recuperação tende a ser bem menor, assim como os incômodos pós-operatórios, além de resultados melhores e cicatrizes muitas vezes imperceptíveis. O uso de preenchedores, de toxina botulínica, de ácido hialurônico, de injeção e a remoção de tecido adiposo também solucionaram uma ampla variedade de incômodos estéticos e passaram a envolver procedimentos minimamente invasivos, muitas vezes fora do ambiente hospitalar e por profissionais de outras áreas da saúde, como dentistas e biomédicos. (GURTNER; NELIGAN, 2017)

Para além das inovações plásticas, o desenvolvimento de antibióticos e de anti-inflamatórios mais eficazes, ao longo da segunda metade do século, otimizou os cuidados pós-operatórios e o prognóstico dos pacientes. (MARTIRE JUNIOR, 2005) Outro grande marco foi a aplicação da microcirurgia – a cirurgia feita através do microscópio – que permite a intervenção em estruturas menores e mais delicadas, que ocorreu a partir de 1970, com o desenvolvimento dos equipamentos necessários.

A microcirurgia mostrou diversas aplicações na cirurgia plástica, como a reconstrução de pequenos vasos e nervos lesados em uma amputação traumática.

(PATRÍCIO, 2012) Além disso, o uso da impressão 3D se mostrou promissor na construção de tecidos e, até mesmo, de órgãos sintéticos. Sua aplicabilidade é muito ampla na cirurgia e tem o potencial de revolucionar o modelo cirúrgico que temos hoje. Quem sabe, a técnica poderá traçar novos limites para a intervenção médica no corpo humano. (GERSTLE et al., 2014)

Ao longo dessa evolução, a Cirurgia Plástica passou a protagonizar um novo papel em um universo em que a sociedade não mais se contenta com o reparo e a reconstrução do que foi corrompido, mas exige o aprimoramento constante dos corpos até que se alcance o intangível estado de perfeição. Diante de tal realidade, tornou-se relevante discutir os impactos biopsicossociais que o mercado da beleza traz às populações e qual o papel da Cirurgia Plástica nesse contexto.

Do cinema à propaganda, a beleza está associada ao sucesso. A aparência se torna essencial para conquistar o trabalho ideal, o relacionamento equilibrado, a felicidade tão ansiada. (HAAG, 2011) Apesar dos padrões de beleza variarem ao longo do tempo e conforme as diferentes culturas, o modelo arquitetado como “belo” parece estar, frequentemente, distante do corpo considerado real. (EDMONDS; SANABRIA, 2016) Essa busca pela aparência perfeita fez do Brasil o líder mundial em cirurgias plásticas, com mais de 1 milhão e 498 mil cirurgias realizadas em 2018, ultrapassando os EUA. (COLTRO, 2020)

A contribuição que a intervenção cirúrgica estética vem trazendo para o reparo de dismorfismos corporais e para a melhoria dos danos psíquicos inerentes a eles é nítida. Contudo, enquanto a beleza for elevada a padrões inatingíveis e vendida como veículo essencial para a ascensão, a insatisfação com a aparência continuará sendo um problema de saúde pública. Se a perfeição sempre tem um rosto e um manequim novos e a cirurgia plástica é vista como uma forma de terapia, o cirurgião se torna um “psicólogo com bisturi” (HAAG, 2011), frente a um problema com raízes bem mais profundas, que talvez nunca sejam tratadas. No novo século, enfrenta-se um dos maiores dilemas éticos da Cirurgia Plástica e da Medicina: misturam-se os limites tênues entre a saúde e a engenharia do novo ser humano. (COLTRO, 2020)

A CIRURGIA PLÁSTICA BAIANA

O processo de consolidação da nacionalidade brasileira, assim como a identidade do povo baiano, não ocorreu de forma pacífica. A nação *brasilis* e a Bahia foram constituídas em meio a diversos conflitos sociais, econômicos e políticos que faziam parte de um grande teatro de desigualdades de direito e poder. Nesse sentido, o desenrolar histórico até a conquista de uma democracia representativa e de uma Constituição Cidadã (1988) foi forjado através de conflitos,

insurgências e revoluções a ferro, fogo e sangue. (SCHWARCZ, 2015) Portanto, a figura do médico-cirurgião tem destaque na tentativa de zelar pela vida, afastar a sombra da morte e reparar as sequelas físicas que surgissem desse violento processo de formação da sociedade brasileira.

Os primeiros trabalhos relacionados à Cirurgia Reparadora, no Brasil, remontam ao século XIX e confundiam-se com o exercício da Cirurgia Geral. Vale ressaltar que eles eram provenientes da Bahia e do Rio de Janeiro, cidades-sede das primeiras faculdades de medicina e onde naturalmente estavam os maiores centros médicos do Brasil. Durante esse período foram produzidas teses para obter o grau de doutorado em Medicina, como *Lesões e cicatrizes* (1872), do dr. Rodrigo Aprígio de Carvalho, e *Queimadura* (1873), do dr. José Maria Velho da Silva Junior. Essas fazem parte de um conjunto de obras que podem ser consideradas como os embriões da Cirurgia Plástica Reparadora baiana, pois foram os trabalhos mais antigos registrados até então pela Bibliotheca Gonçalo Moniz.

No início do século XX, o exercício da Cirurgia Plástica ainda era incipiente na Bahia. Sua expansão foi gradativa e o seu domínio era exercido por diversas outras especialidades, como a Cirurgia Geral de Tórax, Cirurgia Infantil e Otorrinolaringologia. Um dos grandes destaques baianos na área foi o ilustre prof. dr. Antônio Carlos Aleixo Sepúlveda, médico formado pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) em 1952.

Posteriormente, ele ingressou para trabalhar no Hospital Getúlio Vargas (HGV), consagrando-se cirurgião geral e ortotraumatologista. Nesse cenário, a carência de conhecimentos especializados no tratamento de pacientes queimados, deformados e mutilados incentivaram-no a fazer estágio no serviço do prof. Ivo Pitanguy, na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, no ano de 1960. (ALEIXO SEPÚLVEDA, 1998; EULALIO, 2015; MENESES et al., 2019)

Ao retornar para a cidade de Salvador, o professor Aleixo foi convidado para trabalhar na clínica do professor Carlos Moraes, catedrático de otorrinolaringologia, a fim de organizar um Serviço de Cirurgia Plástica, atuando na função de assistente voluntário. (MENESES et al., 2019) É importante destacar que, na perspectiva de prof. Aleixo, o prof. Moraes pode ser apontado como um dos pioneiros da Cirurgia Plástica no Brasil, pois era grande conhecedor de otorrinolaringologia e exímio em realizar cirurgia plástica reparadora, cirurgia bucomaxilar e cirurgias de cabeça e pescoço. (LESSA; BALEEIRO, 2007)

Em uma sessão de 22 de maio de 1961, o conselho administrativo do Hupes finalmente autorizou o funcionamento do primeiro Serviço de Cirurgia Plástica da Bahia, na clínica oftalmológica, a convite do dr. Heitor Marback, professor catedrático de clínica oftalmológica da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB). Dentre os cirurgiões plásticos do Hupes, destacou-se o dr. Carvalho França,

um dos pioneiros baianos na realização da cirurgia plástica reparadora, que, nessa época, já possuía diversos trabalhos sobre retalhos e enxertos. (MENESES et al., 2019) Vale destacar que, em seu início, a Cirurgia Plástica na Bahia teve um caráter predominantemente reparador, ainda que a cirurgia reparadora e a estética não sejam divisíveis, já que ambas têm o enorme potencial de promover a autoestima e saúde para as pessoas.

No ano seguinte, em maio de 1962, o prof. Aleixo inaugurou o Serviço de Queimados e Cirurgia Reparadora do HGV, com a presença de cirurgiões renomados, como dr. Pitanguy, dr. José Neiva Eulálio, dr. Moura Costa e dr. Carvalhal França. Dessa forma, foram criados serviços fundamentais para consolidar a formação de novos cirurgiões plásticos no estado da Bahia. (MENESES et al., 2019) Dessa forma, o começo da Cirurgia Plástica na Bahia teve como contribuição os trabalhos realizados por dr. Aleixo, dr. Neiva, dr. Peixoto e dr. Carvalhal França.

Posteriormente, o dr. Aleixo contribuiu com diversos trabalhos na seara do conhecimento sobre queimaduras e lábio leporino, criando concomitantemente o Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Santa Izabel. Em 1970, com a fundação da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica Regional da Bahia (SBCP-BA), prof. Sepúlveda foi eleito o primeiro presidente dessa instituição. Atualmente, com mais de 50 anos de existência, a SBCP-BA passou por diversas transformações e buscou tornar a regional um órgão de proeminência, cumprindo seu papel de estimular o cirurgião plástico recém-formado a se aperfeiçoar continuamente. (MENESES et al., 2019)

O caráter dedicado do prof. Aleixo Sepúlveda, além de catalisar sua grande ascensão como cirurgião, esteve também presente na política estudantil. Ele participou de vários eventos de Cirurgia Plástica, tendo sido agraciado com títulos honoríficos, bem como a publicação de trabalhos científicos. Além disso, é considerado um dos mais ativos presidentes que o Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia já teve. Inclusive, sua sede atual foi construída na sua dupla gestão entre 1993 e 2002. (EULALIO, 2013)

Em 1992, o Serviço de Cirurgia Plástica do Hupes foi reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC) como um programa de residência, tendo como seu primeiro regente o dr. José Neiva Eulálio, professor adjunto do Departamento de Cirurgia da FMB, além de coordenador da disciplina optativa de Cirurgia Plástica Reparadora. (LIMA MENESES et al., 2019) Uma rica trajetória acadêmica fez parte de sua vida, sendo professor adjunto da instituição até 2006. Eulálio desenvolveu, durante esse período, extensa experiência na área de Cirurgia Plástica, atuando principalmente nos seguintes temas: cicatrização, mamoplastia, cirurgia plástica, técnica cirúrgica e microcirurgia. (EULALIO, 2013)

Importante destacar também o dr. Marcelo Cunha, o qual contribuiu para o Hupes, em 2006, com importantes avanços para a Cirurgia Plástica baiana, como

os avanços nas técnicas de microcirurgia, com os quais teve contato em São Paulo, durante sua residência na Universidade de São Paulo (USP). Além disso, o prof. Marcelo Cunha, quando aluno da FMB, esteve à frente da criação da Liga Baiana de Cirurgia Plástica (LBCP), a primeira liga estudantil na Bahia que integrava os alunos do curso de Medicina ao Serviço de Cirurgia Plástica. Tais contribuições se tornaram muito importantes para o desenvolvimento de um serviço ainda mais sofisticado e completo. (MENESES et al., 2019)

Dessa forma, a trajetória do prof. Marcelo Cunha no meio acadêmico traz à tona a relevância da articulação entre o aluno e a pesquisa científica durante a graduação. Nesse cenário, a formação do pesquisador é um elemento significativo no preparo do médico com um perfil crítico, reflexivo e consciente de seu papel social e acadêmico. Por isso, as iniciações científicas proporcionam aos alunos uma experiência em que frequentemente se unem a teoria e a prática, ensino e pesquisa, a fim de que ele aprofunde a preparação para sua futura ação profissional.

A história do dr. José Valber Lima Meneses, atual regente do Serviço de Cirurgia Plástica do Hupes, nos evidencia os motivos pelos quais seu nome encontra-se entre os imortais membros da Academia de Medicina da Bahia. Sua admirável trajetória como aluno, docente e pesquisador permitiu à Cirurgia Plástica baiana alcançar grande parte do conhecimento relevante para o tratamento de feridas e úlceras crônicas através do uso de células-tronco autógenas. Quando aluno, além das aulas na própria faculdade e a preparação para diversos exames das disciplinas semestrais, ainda encontrava tempo para frequentar o Instituto Médico Legal (IML) no Terreiro de Jesus,¹ onde aprendeu a ciência da dissecação de cadáveres, o que aprimorou seus conhecimentos sobre Anatomia Humana. (MENESES, 2019)

A relevância do aprendizado da disciplina de Anatomia de Sistemas no currículo médico, estudada através de peças anatômicas reais, contribuiu para alavancar o interesse do dr. Válber pelo estudo do corpo humano. É necessário, então, que o estudante tenha esse contato com cadáveres, a fim de contribuir para que o médico em formação desenvolva autoconfiança, aperfeiçoe determinadas habilidades e aprenda, de modo mais profundo, certas técnicas, antes de executá-las em pessoas vivas. Portanto, é necessária a solidariedade na doação de cadáveres às instituições de ensino médico, para que os alunos da área aprimorem seu conhecimento sobre o funcionamento do corpo humano. Assim, faz-se importante lembrar aqui o altruísmo dos doadores e a preocupação de muitos deles em contribuir para o avanço do conhecimento médico.

Importante destacar que o precoce contato de prof. Valber com o mundo da Cirurgia Plástica ocorreu por meio de dr. Gerardo do Rego Peixoto, reconhecido

1 Sede Mater da FMB, Largo do Terreiro de Jesus, Praça XV de novembro, s/n, Salvador, Bahia, Brasil.

por seu trabalho em diversas instituições e hospitais da capital baiana. Peixoto desenvolveu uma tese inovadora sobre a retração da pele, que ocorria no pós-operatório de cirurgias de mama, não havendo, portanto, necessidade de cicatrizes tão extensas. Essa brilhante tese atraiu olhares do mundo inteiro e atualmente se tornou referência na Cirurgia Plástica Estética. (MENESES, 2019)

Um ano após a graduação na FMB, o prof. Valber iniciou sua residência médica em Cirurgia Geral no Hospital Ana Nery, entre os anos de 1979 e 1983. Em seguida, começou seu segundo programa de residência, em Cirurgia Plástica, no serviço de dr. Gerardo Peixoto na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), de 1981 a 1983. Posteriormente, buscou consolidar, em Barcelona, seu conhecimento e técnica em cirurgia reparadora e estética, no serviço do renomado professor Jaime Planas, durante 1984 e 1985. (MENESES, 2019)

Retornando ao Brasil, o prof. Válber começou a trabalhar como cirurgião plástico, atuando em diversos hospitais da capital baiana, como Aristides Maltez, onde conseguiu introduzir a técnica de reconstrução das mamas com retalhos musculocutâneos. Em 2008, encabeçou as demandas para que a disciplina de Cirurgia Plástica se tornasse obrigatória na graduação em Medicina da UFBA. A partir disso, houve uma melhora do suporte na formação médica, visto que a cirurgia plástica participa de diversos outros procedimentos cirúrgicos. Após sete anos como professor da disciplina, alcançou a condição de professor titular e o cargo de vice-diretor da FMB. (DANTAS, 2012; MENESES, 2019)

As pesquisas do dr. Valber também trouxeram contribuições para o conhecimento sobre a cura das feridas e úlceras crônicas. Em diferentes situações em que há esses tipos de lesão, foi possível despertar um processo chamado de angiogênese (formação de novos vasos sanguíneos). O princípio para se estimular a angiogênese reside na semeadura de células-tronco no leito de uma ferida de difícil cicatrização. Tal procedimento otimiza o processo de reparo tecidual. Por consequência, os trabalhos desenvolvidos pelo dr. Válber exerceram um grande impacto na *expertise* relativa ao tratamento de feridas crônicas. Foi possível, então, tratar com sucesso úlceras nas pernas de diabéticos e na comunidade negra atingida pela anemia falciforme. (DANTAS, 2012)

O estigma presente na ferida crônica, como na úlcera em doentes falciformes, é um grave problema que afeta amplamente a esfera biopsicossocial do enfermo. Nesse contexto, os pacientes vagam por tempo indeterminado pelos ambulatórios médicos, com curativos úmidos e mal cheirosos, na esperança de encontrar uma cura. Além disso, segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) existe uma predominância dessas lesões na população negra e de baixa escolaridade. (CAMBAÚVA, 2012) Assim, as complicações oriundas dessa doença afetam não apenas a fisiologia da pessoa, transborda também para questões como segregação de minorias, preconceito e exclusão. (BRAGION et al., 2017)

Diante disso, o benefício social do trabalho “Úlceras maleolares em portadores de anemia falciforme: manejo clínico e operatório”, de 2010, do dr. Valber com o dr. Gildásio Daltro, é enorme. Após o estudo, feridas de difícil cicatrização passaram a estar completamente cicatrizadas em poucas semanas, por causa do uso de células-tronco autógenas retiradas da medula óssea. Com isso, os resultados dessa pesquisa, além de contribuírem para o avanço da ciência, possuem impactos positivos na qualidade de vida dos pacientes. (MENESES, 2019)

Ainda, quando falamos da Cirurgia Plástica na Bahia e consideramos as especificidades étnicas do estado, cuja capital é a cidade mais negra fora da África, vemos que uma das principais demandas dessa população é o tratamento para queloides. Tal patologia é caracterizada por uma cicatrização anormal de difícil tratamento, com maior incidência na população negra devido aos fatores genéticos. Os tratamentos mais atualizados e com melhores resultados para essa patologia são de difícil acesso no serviço público, apresentam alto custo e não possuem garantia de sucesso, impactando negativamente pacientes com vulnerabilidade socioeconômica e com tendência à quelóide realizarem procedimentos cirúrgicos.

Assim, tornou-se ainda mais clara a importância dos conhecimentos básicos na área de Cirurgia Plástica e da necessidade de maior ênfase no seu estudo, visando ampliar o acesso das populações de baixa renda a eles. Apesar da educação médica local enfrentar dificuldades estruturais devido à redução dos investimentos estatais no setor da saúde pública, o Hupes continua ofertando um serviço de referência em Cirurgia Plástica para a população brasileira. Diante disso, o hospital universitário otimiza seus recursos materiais e humanos para atender as demandas, além de formar excepcionalmente estudantes de Medicina da FMB na área em questão. Dessa forma, esse hospital cumpre um papel desafiador na educação, na pesquisa e na cura de diferentes moléstias que afligem a sociedade, buscando contemplar também os princípios do Sistema Único da Saúde (SUS): integralidade, universalidade e equidade.

Com relação ao Programa de Residência em Cirurgia Plástica no Hupes, um dos grandes desafios foi incluir a Cirurgia Estética no local. Em 2007, o dr. Valber conseguiu inserir tais procedimentos no serviço, incluindo cirurgia de mama, abdome, face, entre outros. Atualmente, a Residência em Cirurgia Plástica do Hupes recebe quatro residentes por ano através do concurso do SUS, totalizando 12 ativos no serviço, que vêm de todas as regiões do país. O programa conta com cinco professores, todos membros da SBCP e com experiência para ensinar os jovens médicos aprendizes. Além disso, visando ampliar as experiências práticas, tal residência inclui estágios em diversos hospitais da Bahia, como Hospital Geral do Estado (HGE), Hospital Aristides Maltez e em serviços dos Hospitais das Clínicas da USP e da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Com isso,

o serviço proporciona o treinamento adequado para que seus residentes se tornem excelentes profissionais.

Como vimos até aqui, a Cirurgia Plástica na Bahia representa um papel transformador na vida de milhares de pessoas, seja por meio da cirurgia reparadora, seja por meio da estética. Entretanto, como todas as outras áreas da Medicina, ainda existem desafios locais a serem superados por essa especialidade. Assim, é imprescindível a luta pela implantação de ambulatórios voltados a atender às demandas da população transgênero, a fim de tornar acessível procedimentos, como o de redesignação sexual, através da rede pública de saúde. Ademais, é fundamental uma distribuição mais equânime dos cirurgiões plásticos no estado, com o objetivo de enriquecer ainda mais a pluralidade de procedimentos dos hospitais baianos. Dessa forma, será possível contribuir para que a saúde se torne, em algum momento, um direito de todos os brasileiros, seguindo os princípios do SUS e ofertando atendimento humanizado, integral e equânime a toda uma população que ainda carece de tais serviços.

A CIRURGIA PLÁSTICA NA BAHIA EM TEMPOS DE PANDEMIA

O problema da covid-19, doença respiratória aguda causada por um tipo de coronavírus (SARS-CoV-2), foi primeiramente identificada na cidade de Wuhan, na China, no dia 31 de dezembro de 2019. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2021) Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que o planeta se encontrava em estado de pandemia por conta da disseminação do referido microrganismo. (BRANSWELL; JOSEPH, 2020) Essa questão, enfrentada por todos os setores da sociedade, gerou graves repercussões na conjuntura social, econômica e política do Brasil. Na Medicina, não foi diferente; a Cirurgia Plástica, em especial, é uma das áreas que tem sido muito impactadas pela pandemia, tanto na cirurgia reparadora quanto na estética.

O cirurgião plástico vem enfrentando problemas e desafios inéditos durante a pandemia do novo coronavírus. A suspensão de procedimentos cirúrgicos eletivos ameaçou a sobrevivência de inúmeras clínicas particulares, por consequência, impactou negativamente a vida econômica de milhares de pessoas, que dependem do funcionamento desse setor. Além disso, desde o início da pandemia, houve mudanças nos hospitais, que passaram a limitar o atendimento cirúrgico apenas a procedimentos emergenciais, tais quais as cirurgias reparadoras em centros de tratamento de queimados. Dessa forma, o cirurgião plástico permanece enfrentando uma nova perspectiva de vida, cheia de incertezas, rodeada pelo elevado risco de contágio.

O próprio Serviço de Residência em Cirurgia Plástica está sofrendo com as consequências que a pandemia trouxe para os hospitais. Nesse momento, em que médicos poderiam estar realizando procedimentos reconstrutivos e estéticos, muitos cirurgiões gerais foram realocados em unidades de tratamento intensivo, ficando distantes do aprendizado prático de sua especialidade. Essa situação pode futuramente prejudicar a capacitação técnica desses profissionais.

Entretanto, a redução das cirurgias plásticas estéticas ampliou o interesse de muitos cirurgiões para os procedimentos reparadores, uma vez que diversos dos profissionais que se dedicavam mais à estética tiveram que se concentrar nas operações reparadoras para a manutenção de suas rendas e de seus trabalhos. Ademais, foi percebido que as cirurgias reparadoras são menos sazonais do que as estéticas, sendo realizadas durante todo o ano de forma mais constante.

Além da redução das operações, a Cirurgia Plástica passou por dificuldades, como a falta de insumos para a realização de procedimentos de reconstrução. Em entrevistas realizadas com cirurgiões plásticos de renome do estado da Bahia, foi-nos explicitada a falta de insumos cirúrgicos, medicamentos e equipamentos de proteção individuais. Ademais, as mudanças nos protocolos durante a pandemia também dificultaram a realização de operações, devido à divergência de orientações recomendadas pelos órgãos responsáveis brasileiros.

Outro aspecto relevante que ocorreu durante esse tenebroso período foi o aumento de acidentes de queimaduras. Essas lesões ocorreram principalmente em decorrência do uso de álcool como medida preventiva contra a infecção pela covid-19, aliado à pobreza da divulgação de informações sobre os perigos do uso de produtos inflamáveis. Esses acidentes domésticos de queimaduras cresceram, principalmente, devido ao uso de álcool antes da manipulação do fogão para o preparo de alimentos.

Outrossim, as lesões por pressão aumentaram de forma expressiva durante a pandemia, em decorrência da intubação prolongada em alguns dos pacientes mais graves de covid-19. Essas lesões eram mais prevalentes nas regiões da cabeça. Além dessas, outras lesões habituais continuaram acontecendo (região sacral, isquiática, trocantérica) devido à grande limitação de mobilidade desses pacientes. Com isso, o Hospital das Clínicas de São Paulo fez um protocolo específico para a prevenção e tratamento de úlceras de pressão nos pacientes com covid-19. (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2020)

Com a redução dos novos casos de infecção pelo coronavírus em meados de 2020 e o retorno da atuação do cirurgião plástico nas operações estéticas, foi percebido um aumento substancial na procura por esses procedimentos. Essa modificação pode ser explicada pela maior facilidade da realização de um

pós-operatório em decorrência das atividades laborais estarem sendo realizadas preponderantemente de forma virtual e em *home office*. Com isso, pessoas que anteriormente não realizavam cirurgias estéticas por conta da impossibilidade de se ausentarem do emprego, após a operação, tiveram uma maior facilidade de fazerem essas cirurgias estéticas.

As redes sociais cumprem um papel importante de ferramenta para interação, todavia seus usuários são constantemente bombardeados por imagens editadas que transmitem um ideal de beleza intangível. Além disso, durante o período da quarentena, aumentou-se o número de pessoas infelizes, ansiosas, angustiadas por passarem um longo tempo em isolamento. Dessa maneira, motivaram-se as pessoas a buscarem clínicas de cirurgia plástica para tentarem se adequar ao padrão de beleza imposto pelos filtros, efeitos e fotos de aplicativos de redes sociais. (HOEXTER, 2020)

Diante de tempos difíceis, como os vividos atualmente com a pandemia do coronavírus, a procura por procedimentos estéticos desnecessários tornou-se mais proeminente. Com isso, fica clara a importância do cirurgião plástico reconhecer o estado biopsicossocial de cada paciente, com o intuito de informar sobre as vantagens e desvantagens que cada operação pode vir a oferecer. (HOEXTER, 2020)

REFERÊNCIAS

ALEIXO SEPÚLVEDA, Antônio Carlos. Discurso de posse na Academia de Medicina da Bahia. *Anais Academia de Medicina da Bahia*, Salvador, v. 11, p. 423-435, 1998.

BRAGION, Grace Kelly Portes *et al.* Aspectos sociais dos pacientes com úlcera de perna na doença falciforme: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, Divinópolis, MG, v. 7, p. 1-9, 2017.

BRANSWELL, Helen; JOSEPH, Andrew. *WHO declares the coronavirus outbreak a pandemic*. *Stat*, Boston, 11 mar. 2020. Disponível em: <https://www.statnews.com/2020/03/11/who-declares-the-coronavirus-outbreak-a-pandemic/>. Acesso em: 24 jan. 2021.

CAMBAÚVA, Daniella. Melhores práticas: uma luta invisível. *Desafio do Desenvolvimento*, Brasília, DF, n. 9, ed. 71, 8 maio 2012. Disponível em: http://desafios.ipea.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2721:catid=28&Itemid=23. Acesso em: 21 fev. 2021.

CARVALHAL, Rodrigo Aprigio de. *Lesões e cicatrizes*. Bahia: Typographia de J. G. Tourinho, 1872.

COLTRO, P. O Brasil ultrapassou os Estados Unidos e se tornou o país que mais realiza cirurgias plásticas no mundo. São Paulo, 13 fev. 2020. Disponível em: <http://www.cirurgioplastica.org.br/blog/2020/02/13/lider-mundial/>. Acesso em: 24 jan. 2021.

DANTAS, Antônio Natalino Mantas *Saudação de Antonio Natalino Manta Dantas a José Valber Lima Meneses*. 12 dez. 2012. Disponível em: <https://www.academiademedicina-ba.org.br/discursos/saudacoes/saudacao-de-antonio-natalino-manta-dantas-a-jose-valber-lima-meneses.html>. Acesso em: 15 jan. 2021.

EDMONDS, Alexander; SANABRIA, Emilia. Entre saúde e aprimoramento: a engenharia do corpo por meio de cirurgias plásticas e terapias hormonais no Brasil. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 193-210, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/FV8LZv84VWG7f9yFbX4mCkD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 jan. 2021.

EULALIO, José Neiva. *Discurso de Posse na Academia de Medicina da Bahia de José Neiva Eulalio*. 3 dez. 2013. Disponível em: <https://www.academiademedicina-ba.org.br/discursos/discursos-de-posse/discorso-de-posse-na-academia-de-medicina-da-bahia-de-jose-neiva.html>. Acesso em: 9 jan. 2021.

GERSTLE, T. L. *et al.* A Plastic Surgery Application in Evolution. *Plastic and Reconstructive Surgery*, Baltimore, v. 133, n. 2, p. 446-451, Feb. 2014.

GURTNER, Geoffrey C.; NELIGAN, Peter (ed.). *Plastic Surgery: Volume 1: Principles*. 4th. ed. Philadelphia: Elsevier, 2017.

GOLDWYN, Robert M. The Plastic Surgeon as an Artist. *Plastic and Reconstructive Surgery*, Baltimore, v. 112, n. 1, p. 327, July 2003.

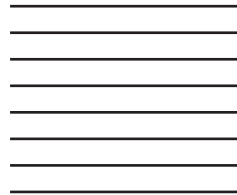
HAAG, Carlos. A economia das aparências: cirurgias plásticas reforçam ideal do corpo como capital social. *Revista Pesquisa FAPESP*, São Paulo, ed. 187, p. 78-83, set. 2011. Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/a-economia-das-aparencias/>. Acesso em: 27 jan. 2021.

HOEXTER, Renata Duarte. Reflexões sobre quem seremos após a pandemia. *Revista Plástica Paulista: o que esperar do pós-pandemia*, São Paulo, ano 19, n. 74, p. 25, 2020. Disponível em: <https://sbcp-sp.org.br/downloads/revista-plastica-paulista-2020-ed74.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2021.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. *Protocolo de manejo dos casos graves confirmados de Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (COVID-19) tratados na UTI COVID*. Ribeirão Preto, SP, 2 out. 2020. Disponível em: <https://www.limaocravo.srv.br/sitecovid/anexos/9142f5c74d281e38de439605077a72e6.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2020.

LESSA, Hélio Andrade; BALEEIRO, Eduardo Moraes. A história da otorrinolaringologia na Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 2, p. 219-222, jul./dez. 2007.

- MACIONIS, Valdas. History of Plastic Surgery: Art, Philosophy, and Rhinoplasty. *Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery*, Amsterdam, v. 71, n. 7, p. 1086-1092, July 2018.
- MARTIRE JUNIOR, Lybio. *História da cirurgia plástica*. 2005. Disponível em: <https://sbhm.webnode.com.br/products/historia-da-cirurgia-plastica/>. Acesso em: 27 jan. 2021.
- MENESES, José Valber Lima. *Discurso de Posse na Academia de Medicina da Bahia de José Valber Lima Meneses*. 1 jan. 2019. Disponível em: <https://www.acemiademedicina-ba.org.br/discursos/discursos-de-posse/discurso-de-posse-na-academia-de-medicina-da-bahia-de-jose-valber-lima.html>. Acesso em: 15 jan. 2021.
- MENESES, José Valber Lima *et al.* História da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica 70 anos. In: JERONYMO, Valter; FERREIRA, Jairo (org.). *História da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica*. São Paulo: Life, 2019. p. 166-261.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Folha informativa COVID-19*. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em: 24 jan. 2021.
- PATRÍCIO, J. A. B. História da cirurgia portuguesa. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, [s. l.], p. 5-6, 2012.
- PICCININI, Pedro *et al.* História da cirurgia plástica: Sir Harold Gillies, pioneiro da cirurgia plástica reconstrutiva. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 608-615, out./dez. 2017.
- SANTIAGO, Alice. Uma estrela da medicina no céu. *Vida e ética CREMEB: revista do Cremeb*, Salvador, ano 7, n. 22, p. 26, 2016. Disponível em: https://www.cremeb.org.br/wp-content/uploads/2016/10/revista-CREMEB-2016_ed22-FINAL-web.pdf. Acesso em: 21 fev. 2021.
- ROHRICH, Rod J.; SULLIVAN, Daniel. So You Want to Be Like Leonardo da Vinci or Michelangelo? Which one are you? *Plastic and Reconstructive Surgery*, Baltimore, v. 128, n. 6, p. 1309-1311, Dec. 2011.
- SCHWARCZ, Lilia Moritz. *Brasil: uma biografia*. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.
- SILVA JUNIOR, José Maria Velho da. *Queimaduras*. Bahia: Typographia de J.G. Tourinho, 1873.
- SWANSON, Eric. The Plastic Surgeon: Artist or Scientist? *Plastic and Reconstructive Surgery*, Baltimore, v. 131, n. 1, p. 182-183, Jan. 2013.
- TOLEDO, Eliza Teixeira de; DORNELAS, Isabela de Oliveira. Identidade de gênero, sexualidade e intervenções terapêuticas em A garota dinamarquesa (2015). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 848-852, set. 2017.
- WOLFENSON, Moises. *et al.* História da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica 70 anos. In: JERONYMO, Valter; FERREIRA, Jairo (org.). *História da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica*. São Paulo: Life, 2019. p. 14.



8

HISTÓRIA DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ANTIGA

Aline Canária Alves de Sousa

Bruno Bastos Bittencourt

Camila Lima Almeida Midlej de Moraes

Esther Louise Freire Costa

Thais Velasques Dias

Victória Maria Peixoto Lima da Costa

O QUE É MEDICINA DE EMERGÊNCIA?

Quem nunca precisou para si mesmo, familiares, parentes ou amigos de um atendimento médico de emergência? Todo mundo já passou ou provavelmente vai passar por uma situação dessa na vida. Segundo a Federação Internacional de Medicina de Emergência (Ifem), a Medicina de Emergência (ME) é uma especialidade médica definida pelo conhecimento e pelas habilidades necessárias para a prevenção, para o diagnóstico e para o tratamento de lesões ou de doenças emergenciais e não previstas, que afetem pacientes de qualquer idade, tanto em ambiente pré-hospitalar quanto intra-hospitalar. Diferente da maioria das especialidades médicas, a ME não se propõe a estudar processos fisiopatológicos que

acometem apenas um órgão ou sistema humano, mas sua transdisciplinaridade possibilitou a alcunha de “a especialidade que lida com os 15 minutos mais importantes de todas as outras”.

A importância da ME é inegável para a saúde pública. O Brasil sofre uma transição no seu perfil epidemiológico e demográfico, e doenças infectocontagiosas ainda coexistem com doenças do aparelho circulatório, como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Acidente Vascular Cerebral (AVC). Somado a isso, há ainda uma progressão da morbimortalidade por causas externas, principalmente por violência, trauma e envenenamento. (BRASIL, 2013) Todos esses acometimentos compreendem áreas de atuação da ME no Brasil.

A história da ME é muito antiga, visto que já existiam atendimentos às condições graves e potencialmente fatais desde os primórdios da Medicina, antes mesmo desta ser nomeada de “Medicina de Emergência”. Sua origem, na verdade, se deu há milhares de anos antes de Cristo e o atendimento de emergência acontece desde que o homem existe: desde que alguém se queimou tentando acender uma fogueira, desde que alguém quebrou um osso ou mesmo se engasgou com uma espinha de peixe. Ainda que a ME só venha a ser oficializada no século XX, diversas técnicas e manobras utilizadas hoje no atendimento de emergência, como o estancamento de sangue e as talas, foram relatadas em épocas muito antigas, a exemplo dos papiros egípcios em 1500 a.C., nos quais se documentou que existiam registros de talas feitas com bambu, cana e madeira para a imobilização de fraturas. (SILVA, L., 2014)

Na Antiguidade, tendo em vista a carência de escolas médicas formais, as guerras poderiam ser consideradas como campos de estágio, haja vista que proporcionavam treinamento intensivo diante do ambiente caótico e sangrento característico de uma guerra – assim como afirmava Hipócrates (460-370 a.C.): “se você quer aprender Medicina... vá para a guerra”. Além disso, a Medicina militar foi muito importante, pois contribuiu com o desenvolvimento do sistema de triagem médica. No final do século XVIII, um cirurgião do exército de Napoleão Bonaparte, chamado Baron Dominique-Jean Larrey, foi o responsável por criar uma sistematização por prioridade de atendimento dos soldados golpeados em uma batalha. Ele acreditava que aqueles que estavam gravemente feridos deveriam receber a primeira atenção, enquanto que aqueles que estavam com um menor grau de gravidade nos ferimentos poderiam aguardar. Larrey foi ainda o pioneiro em se preocupar com o resgate de soldados feridos, nascendo, assim, as primeiras ambulâncias. Em 1846, o cirurgião britânico John Wilson buscou agregar uma outra perspectiva para o atendimento médico de urgência, uma vez que considerou que os primeiros pacientes a serem atendidos deveriam ser aqueles com maior probabilidade de êxito na recuperação e tratamento, em detrimento daqueles que apresentassem condições fatais ou possuíssem ferimentos menos graves. (ISERSON; MOSKOP, 2007)

Tendo em vista o cenário supracitado, sabe-se que a ME está presente desde o início do desenvolvimento da Medicina, contudo a especialidade do Médico de Emergência é recente. A primeira Residência de ME do mundo foi implantada nos Estados Unidos (EUA) em 1970 e, somente em 1979, o Conselho Americano de Especialidades Médicas criou oficialmente a especialidade. (ALAGAPPAN; HOLLIMAN, 2005)

No Brasil, a ME é uma especialidade médica reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), pela Associação Médica Brasileira (AMB) e pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) desde setembro de 2015. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DE EMERGÊNCIA, 2021) Em território brasileiro, a ME tem sido realizada sobretudo nos Serviços Pré-Hospitalares Móveis de Urgência e Emergência (como Samu e Corpo de Bombeiros); nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência (como os prontos-socorros, pronto atendimentos e emergências hospitalares e de especialidades) e nos Serviços de Atenção às Urgências não Hospitalares (como as unidades de pronto atendimento e congêneres).

Representada no país pela Associação Brasileira de Medicina de Emergência (Abramede), a especialidade abrange o diagnóstico e o tratamento de qualquer paciente que necessite cuidados diante de uma situação imprevista, como uma doença aguda ou uma lesão que requeira atendimento imediato. Embora ainda haja uma confusão semântica entre os termos emergência e urgência, o CFM excluiu a área de atuação Medicina de Urgência do rol de especialidades médicas em 2018.

Neste capítulo, vamos entender a origem dessa especialidade e como se desenvolveu durante os longos anos de sua história, a fim de compreender a necessidade de lutarmos por uma ME integrada e de qualidade. Assim, tem-se como objetivo explanar a história do desenvolvimento da área até a sua oficialização nos EUA no ano 1970, abordar o desenvolvimento das técnicas utilizadas ao longo da história e dos seus sistemas precoces, além de dissertar sobre os caminhos iniciais para o seu desenvolvimento no Brasil. Você, caro leitor, está convidado para passear nesse incrível bosque da ME, cheio de pedras, desafios e conquistas que florescem pelo caminho. Sejam bem-vindos à incrível história da ME.

A EVOLUÇÃO DAS TÉCNICAS USADAS NA ME

Os relatos das práticas de emergência datam de milhares de anos antes de Cristo. Isso não poderia ser diferente, uma vez que as emergências em si fazem parte da história da humanidade. A parte interessante, contudo, é vermos que algumas dessas práticas tão antigas são muito parecidas com as que usamos atualmente.

No *Talmude*, uma coleção de tradições judaicas orais do século VI, há um relato de uma espécie de curandeiro que salvou a vida de um cordeiro através de um buraco na traqueia; na *Bíblia*, há um capítulo em que o profeta Elisha salva a vida de uma criança através de respiração boca a boca. (COOPER; COOPER; COOPER, 2006) A primeira ressuscitação cardiopulmonar registrada ocorreu na Dinastia Han, na China, por volta de 200 a.C., quando Zhongjing Zhang conseguiu salvar um homem, que fora enforcado, enquanto um de seus ajudantes realizava compressões cardíacas na vítima. (YU et al., 2020) Ainda que tudo que tenhamos de mais antigo sejam apenas relatos e que seja impossível se ter a história de como todos os povos ao redor do mundo lidavam com suas situações emergenciais, conseguimos ter uma breve noção de como certas ideias se desenvolveram e culminaram no que hoje conhecemos como as práticas da ME. Nos próximos parágrafos, trataremos de como tais práticas evoluíram ao longo dos séculos e sobre eventos importantes que tenham estimulado o desenvolvimento delas, afinal, para entendermos sobre o que é hoje a ME, é fundamental analisarmos o seu passado.

RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR

Soprar ar ou tabaco na boca ou no reto do paciente, pendurá-lo de cabeça para baixo, prendê-lo no dorso de um cavalo e colocar o animal para trotar, rolá-lo por cima de um barril: essas são apenas algumas técnicas de ressuscitação relatadas ao longo da história. (LISS, 1986) Não se sabe muito bem a lógica por detrás de certos métodos, mas, em alguns deles, o que se buscava era estimular compressões que ajudassem na respiração e, conseqüentemente, fazer com que a vítima voltasse a respirar. A relevância que se dava em relação ao retorno da respiração mostra como se sabia que havia algo errado, mas não exatamente como reverter a situação. A noção que se tinha da importância disso é extremamente interessante, tendo em vista que o retorno da respiração espontânea – ou sua manutenção – é um dos principais objetivos em um tratamento emergencial.

A importância da respiração, contudo, foi deixada de lado por um tempo, quando, em 1829, o médico Leroy d’Etiolles demonstrou que o excesso da distensão dos pulmões poderia matar um animal e, assim, práticas como respiração boca a boca deixaram de ser utilizadas por muitos anos.

Durante os séculos XIX e XX, acreditava-se que a perda do calor corporal era um fator que separava a vida da morte, portanto a principal medida na tentativa de realizar a ressuscitação passou a ser aquecer a vítima. Muitas das técnicas na época consistiam em tentar esquentar o corpo da vítima colocando cinzas, água e excrementos quentes na região do abdome. Além da temperatura corporal, considerava-se que a estimulação física tinha um papel importante em “acordar”

o paciente. Para fazê-la, as mais variadas técnicas foram empregadas: gritos, tapas, socos, cheiros fortes como amônia para a vítima sentir e até passar uma pena na garganta para tentar estimular o vômito. (LISS, 1986)

A importância da ventilação voltou a ser fortemente discutida em 1856, quando Marshal Hall demonstrou que a respiração era importante e que a posição do paciente importava durante a ressuscitação, uma vez que a língua poderia ficar no caminho e dificultar o processo. Hall e vários outros médicos tentaram desenvolver os melhores métodos para realizar as respirações de resgate – com a melhor posição do paciente e a melhor técnica –, contudo, alguns anos depois, chegou-se à conclusão de que, em casos que não necessitam de via aérea definitiva, a respiração boca a boca era o tipo de ventilação mais eficaz e indicado e a maioria dos métodos anteriormente desenvolvidos deixaram de ser indicados. (LISS, 1986)

Antes da massagem cardíaca ser realizada como é hoje, ela costumava ser feita em cirurgia, diretamente na cavidade cardíaca, com taxas de eficácia extremamente baixas devido à gravidade da operação. (COOPER; COOPER; COOPER, 2006) A transição para uma prática sem necessidade de cirurgia ocorreu em 1960, quando a prática da massagem cardíaca se popularizou, apoiada por instituições como a Associação Americana do Coração, e se tornou oficial, nos moldes que conhecemos hoje, em 1966. (LISS, 1986)

MANUTENÇÃO DA VIA AÉREA

Apesar de já termos falado superficialmente sobre alguns pontos da evolução das técnicas usadas na respiração, vamos voltar um pouco, cerca de quatro mil anos, para nos aprofundar nas origens destas.

Os primeiros relatos da prática de traqueostomia datam de 2000 a.C., em um livro hindu sobre tradições orais. A prática seguiu, sendo relatada no Egito, na Grécia, e até o próprio Alexandre, o Grande salvou a vida de um soldado que estava sufocando, cortando sua traqueia. Apesar de vários descritos do sucesso da prática, tanto a traqueostomia como outras práticas para ajudar na respiração não receberam atenção e não avançaram por muitos anos. (SZMUK, 2008)

Foi apenas no período da Renascença Francesa que essas práticas voltaram a receber atenção. A traqueostomia voltou a ser feita e os médicos renascentistas enfatizavam a importância de manter a via aérea do paciente aberta devido à sua relevância na manutenção da vida. (SZMUK, 2008)

O advento do tubo endotraqueal esteve muito ligado, na verdade, com a busca de salvar pacientes afogados, visto que o número de vítimas, no século XVIII, só aumentava. Apesar de Benjamin Pugh ter sido o primeiro a descrever uma

ressuscitação neonatal com um tubo de ar, Charles Kite foi o primeiro a usar o tubo endotraqueal para ressuscitar um paciente afogado. O tubo era um método visto como mais eficiente na ressuscitação do que a respiração boca a boca. (SZMUK, 2008)

A importância do tubo endotraqueal ficou evidente durante o período da Primeira Guerra, em que essa prática era realizada em soldados que possuíam lesões severas de face e, portanto, tinham a respiração prejudicada. Junto com o tubo, avanços na anestesia também ocorriam na época e foram extremamente importantes para facilitar os procedimentos para manter a via aérea aberta, principalmente nos casos de via aérea definitiva. (SZMUK, 2008)

ATENDIMENTO A PACIENTES QUEIMADOS

Os primeiros relatos de queimaduras datam de mais de 3.500 anos. Documentos tanto do Egito quanto da China mostram que os principais tratamentos consistiam em cobrir o ferimento com as mais diversas substâncias. No Egito, usava-se cera de abelha, chifre de carneiro, mingau de cevada e esterco de gado, enquanto na China encontrava-se extrato de folhas de chá. (LIU; ZHANG; LINEAWEAVER, 2017)

A ocorrência das duas guerras teve um papel importante no tratamento das queimaduras, que ocorriam com abundância, sendo necessário encontrar o melhor meio de tratá-las. Assim, após a Primeira Guerra, resolveu-se uma parte do problema: fazia-se a excisão da pele, enxerto e controle da dor, contudo muitas pessoas ainda morriam porque não se sabia os efeitos fisiológicos que as queimaduras ocasionavam no corpo humano. O primeiro estudo sobre esses efeitos foi feito apenas em 1942, um marco para o acontecimento de grandes cirurgias em queimados, pois se passou a se saber como controlar as infecções nesses pacientes. (LIU; ZHANG; LINEAWEAVER, 2017)

AMPUTAÇÕES E CONTROLE DE HEMORRAGIA

Durante a guerra, as amputações, a cauterização e os torniquetes eram práticas comuns – assim como as complicações dessas práticas. Apesar do torniquete poder ser usado em certas situações, durante a guerra os pacientes poderiam ficar várias horas garroteados, o que poderia gerar necrose dos membros e possíveis infecções, além de aumentar a necessidade de amputações. Sobre estas, a mortalidade era altíssima devido à falta de assepsia, que contaminava os ferimentos. (WOOSTER, 2012)

A técnica de cauterizar os vasos sanguíneos com ferro quente, controlando, assim, a hemorragia, era usada pelos romanos e se espalhou no oeste, após o século XII, devido à influência da Medicina árabe no mundo. (FORNACIARI, 2011) Essa técnica, contudo, sofreu uma reviravolta com um importante médico francês: Ambrose Paré. Durante seu trabalho na guerra, ele percebeu que os pacientes que tinham os vasos cauterizados com essa técnica evoluíam com desfechos piores do que aqueles em que ela não era feita, pois o ferro quente era aplicado tanto nos tecidos necrosados quanto nos saudáveis, o que piorava a saúde dos pacientes. Assim, ele aprimorou a técnica de ligar os vasos, deixou de usar a cauterização dessa maneira e evoluiu a prática da amputação ao reduzir o sangramento e diminuir a quantidade de infecções relacionada à antiga técnica. (WOOSTER, 2012)

ULTRASSOM NA EMERGÊNCIA

O uso do ultrassom na emergência é um fenômeno recente. Até por volta de 1970, seu uso era extremamente limitado pelo fato do equipamento ser fixo, sem a rapidez necessária para alterar os ângulos de observação, e ter difícil manuseio. Isso mudou, contudo, em meados de 1980, quando um novo equipamento emergiu: o ultrassom móvel. Um diagnóstico que antes era feito em 45 minutos passou a ser feito em muito menos tempo. (COHEN, 2004) Atualmente, o ultrassom à beira leito é extremamente importante, pois ajuda, por exemplo, a identificar rapidamente possíveis sangramentos internos ou líquidos livres na cavidade, o que ajuda a direcionar e melhorar o atendimento, principalmente em uma situação de emergência. O manuseio adequado e compreensão do ultrassom à beira leito, portanto, são habilidades extremamente necessárias para um médico emergencista.

O ATENDIMENTO ÀS EMERGÊNCIAS

Embora os registros oficiais de organizações voltadas para o atendimento emergencial sejam escassos e apareçam mais do início do milênio em diante, técnicas e remédios para tratar condições típicas da ME, como fraturas e crises convulsivas, são descritas em textos tão antigos quanto papiros egípcios datados em 1550 a.C. (CUNHA, 1949)

No entanto, é principalmente em tempos de catástrofes que a ME assume papel de destaque. Considerando que as guerras exerceram um papel de destaque no contexto geopolítico atual, esforços e recursos foram destinados para esses conflitos, resultando tanto em formas organizadas – ainda que rudimentares – de atendimento emergencial, quanto em uma riqueza maior de registros históricos.

A MEDICINA DE GUERRA

Muito antes da invenção do primeiro estetoscópio ou da descoberta de microrganismos, o antigo Império Romano, conhecido por seu forte poderio militar, já possuía médicos que atuavam na linha de frente, cuidando dos combatentes. (VAN WAY, 2016) Outro exemplo claro são os Cavaleiros de St. John (ou Hospitalários), pertencentes à Ordem de Malta, eram responsáveis por tratar os cristãos feridos durante as numerosas batalhas em Jerusalém, travadas desde a Primeira Cruzada, iniciada em 1095. (HUME, 1938)

Assim, uma forma não oficial de ME é, desde o início do milênio passado, reconhecida como uma ferramenta importante para diminuir a mortalidade de soldados e civis nos episódios de combate. A partir daí, com o desenvolvimento de novas técnicas, o cuidado de emergência se torna cada vez mais importante, tornando a presença de profissionais de saúde imprescindível para os esforços militares.

Um conceito-chave para a ME: a triagem, que consiste na classificação de pacientes para atendimento por ordem de prioridade, se desenvolveu nessa mesma perspectiva. Em 1792, o conceito foi descrito em um manual de cuidados médicos militares francês, derivado das práticas estabelecidas dentro do exército napoleônico, principalmente por dois dos cirurgiões militares mais importantes e próximos de Napoleão à época: Pierre-François Percy e Dominique Jean Larrey. (NAKAO; UKAI; KOTANI, 2017) Com o tempo, o conceito se desenvolveu e modificou, possibilitando a criação de protocolos cada vez mais otimizados que orientam a alocação de recursos em diferentes cenários de emergência. Isso é de grande importância para o atendimento de emergência, uma vez que a existência de protocolos e práticas regulamentadas, embora geralmente diferentes entre instituições, possibilitam que profissionais de saúde ajam de forma integrada e uniforme, de maneira a garantir a eficiência no uso dos recursos e o melhor cuidado possível diante da situação, minimizando a influência de critérios pessoais.

O ATENDIMENTO MÓVEL

Larrey também é conhecido por ser o idealizador das ambulâncias de guerra, embora existam registros de uso de formas de locomoção, como cavalos, para transporte de feridos desde a Ilíada, de Homero, datada em aproximadamente 1000 a.C. (ANDA; MOY, 2022) As ambulâncias criadas por Larrey eram carruagens movidas a cavalos, permitindo que o paciente fosse movido deitado em uma maca. Mais do que simplesmente adaptar as carruagens utilizadas no dia a dia para fins médicos, Larrey foi responsável por colocar em prática um sistema

eficiente de transporte de feridos, contribuindo para seu papel notável em reduzir a mortalidade nos campos de batalha napoleônicos. (RODRÍGUEZ-PÉREZ; SANDOVAL-OLVERA; HERNÁNDEZ-SALINAS, 2020)

Um século mais tarde, na Primeira Guerra Mundial, os meios de locomoção terrestre deixaram de ser utilizados apenas para transporte de pacientes com a criação das unidades cirúrgicas móveis. Embora a Itália assumisse ainda uma posição de neutralidade, o envolvimento na guerra era iminente e essas unidades surgiram como fruto de debates dentro da comunidade médica e política italiana de como minimizar os problemas sanitários relacionados à guerra. O sistema móvel desenvolvido pelos italianos incluía tendas para triagem de pacientes, incluindo máquina de raio-x e tratamento de lesões menores. As unidades móveis de cirurgia propriamente ditas e também tendas voltadas para o cuidado pós-operatório, as quais poderiam ser instaladas em seis horas e desmontadas em quatro, possibilitavam grande dinamicidade para as equipes médicas e permitiam que se movessem para onde o conflito estava à medida que as tropas avançavam. (VERGANI, 2020)

O SURGIMENTO DA CRUZ VERMELHA

Ao falar de ME e, principalmente, de ajuda humanitária, um nome conhecido vem à mente: a Cruz Vermelha. Junto com o Médicos sem Fronteiras, é provavelmente uma das instituições mais conhecidas a trabalhar de forma tão próxima com a ME em um contexto internacional. Sua criação, em cerca de 1859, foi motivada pela Batalha de Solferino, uma sangrenta batalha italiana, e é fruto dos esforços de um empresário suíço, Jean Henry Dunant, em promover acesso a cuidados médicos de qualidade para todos os feridos na guerra, independente do lado em que lutassem. Assim, surgiu a ideia de uma instituição neutra, cujo único objetivo era prover atenção médica àqueles que precisassem. Oficialmente reconhecida em 1964, na primeira Convenção de Genebra, que contou com a participação de todos os países europeus, do Brasil, EUA e México, a Cruz Vermelha foi instituída como um movimento de neutralidade médica, dispostos a cuidar de todos os envolvidos, e tendo assegurada a liberdade e o respeito aos seus membros, identificados pelo bracelete branco com uma cruz vermelha. Embora originada da guerra, a ideia de Dunant era prover ajuda também em tempos de paz, ajudando a aliviar o peso de desastres naturais. Atualmente, a missão da Cruz Vermelha, composta de 192 sociedades nacionais, se expande além do cuidado médico, ajudando também a promover tratamento justo de prisioneiros de guerra, agindo como uma terceira parte neutra na mediação entre lados opostos em guerras e ajudando na busca por pessoas desaparecidas em conflitos armados. (MCFARLAND, 2017)

DA ERA MILITAR PARA A VIDA CIVIL

Apesar do desenvolvimento constante desses sistemas otimizados de atendimento médico de emergência, no que diz respeito aos civis a maior parte dos atendimentos, mesmo emergenciais, era realizada nas casas, geralmente pelo “médico da família” que era chamado quando havia necessidade. No entanto, no período pós Segunda Guerra, o cenário mudou: houve um grande crescimento no uso das “salas de emergência”, indicando que mais e mais pacientes estavam procurando atendimento em hospitais à medida que menos médicos estavam dispostos a locomover-se até os pacientes em finais de semana, durante a noite e feriados, e que cenários de urgência como acidentes de carro se tornavam mais comuns. (KELLERMANN; MARTINEZ, 2011) Como não podia ser diferente, o aumento do uso de salas de emergência refletiu na necessidade de melhorias do funcionamento dessas unidades, incluindo o estabelecimento de profissionais especializados no atendimento de emergências nesses locais, ao contrário do antigo perfil de funcionários, que consistia em médicos inexperientes ou sistemas de rodízio em que médicos eram designados ao atendimento nas salas de emergência, independentemente de seu treinamento ou especialidade. (KELLERMAN et al., 2013) Dessa forma, a ME começa, ainda que a passos curtos, a se moldar na especialidade que conhecemos hoje.

A OFICIALIZAÇÃO DA ME

A emergência médica sempre esteve presente em incontáveis marcos históricos e foi constantemente alvo de inovações. Dessa forma, a necessidade de especialistas no manejo de traumas é concebida desde os primórdios dos tempos. Em especial, destaca-se o tratamento das feridas em guerras, mas também o grande lado negativo trazido pela Revolução Industrial. As máquinas de grande porte trouxeram tanto o aumento da produção, quanto o aumento de injúria e problemas de saúde para os trabalhadores que as operam. Nesse contexto, a necessidade de médicos especialistas em doenças agudas e emergências médicas tornou-se ascendente na sociedade civil.

Assim, foram adotados dois principais modelos para o cuidado de emergências médicas ao redor do mundo. No modelo anglo-americano, o paciente é trazido ao hospital a fim de obter o cuidado mais adequado, com os equipamentos dispostos pela unidade de tratamento, sendo o modelo pelo qual usualmente os médicos de emergência são reconhecidos. Já no modelo franco-germânico, os profissionais são movidos para a cena do trauma e a maior parte do atendimento é feita no local, sobressaindo-se à parte pré-hospitalar do atendimento. (ARNOLD, 1999)

Como bem notado, a Medicina utilizada para tratar os soldados feridos durante as guerras, ocorridas no século XX, foi importante no aperfeiçoamento das práticas de emergência médica que empregamos hoje. Inúmeras técnicas foram refinadas nesse período, a exemplo da difusão da Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) como técnica de reanimação. Dessa forma, tornou-se ainda mais comum a existência de médicos peritos nessas práticas e habituados às novas técnicas. Além disso, o desenvolvimento de sistemas de saúde públicos ou mais acessíveis para a população em geral, como o Medicare ou o Medicaid, aproximou a população desses profissionais. (SUTER, 2012)

Nessa conjuntura, não havia, em nenhum lugar do mundo, especialização médica oficial em emergência. Foi então que, no fim dos anos 1960, as primeiras sociedades de emergência médica surgiram com a primeira reunião do College of Emergency Medicine, em 1967, na Grã-Bretanha, e a fundação do American College of Emergency Physicians (Acep), nos EUA, em 1968. O Canadá e a Austrália formariam suas sociedades alguns anos depois, tornando-se, então, os quatro países pioneiros na oficialização da especialização médica em emergência. Assim, cabe o aprofundamento no processo de formação e evolução dessa especialidade nesses países pioneiros.

DESENVOLVIMENTO DA ME NA GRÃ-BRETANHA

Após a Primeira Guerra Mundial, diversas unidades de cuidados foram implementadas para os tratamentos dos feridos e, com isso, diversos ortopedistas e cirurgiões começaram a se aprofundar no manejo do trauma, o que foi intensificado com os terríveis acontecimentos da Segunda Guerra Mundial em todo o continente. Um dos marcos desse período foi o desenvolvimento do Hospital de Acidentes de Birmingham, em 1941, que além de feridos de guerra, trazia acidentados de indústria e do trânsito. Nesse hospital, foram conduzidos os primeiros estudos para associação do uso de penicilina ao tratamento de traumas, logo, com os resultados expressivos de tais estudos, criaram-se diversas discussões sobre como as emergências médicas e os acidentes deveriam ser implementados e geridos. Dessa forma, em 1959, oficializou-se a necessidade do que seria o embrião dos serviços de emergências britânicos, também conhecido como Accident and Emergency (A&E Cares). (SARK; WARDROPE, 2000)

Ao longo dos primeiros anos dos serviços de emergência, muitos notaram que diferentes habilidades da Ortopedia eram necessárias para os casos nesses serviços e logo diversas dificuldades surgiram entre os funcionários dos A&E. Entre essas dificuldades, estavam as condições inadequadas para um trabalho tão exaustivo, que, com o passar dos anos, tornaram o trabalho nos A&E Cares não atrativos para

novos médicos. Então, após uma série de investigações e entrevistas entre os trabalhadores desses serviços, uma nova medida foi empregada, utilizando o modelo de consultores para auxiliarem os cirurgiões. Assim, Mr. William Rutherford se tornaria o primeiro consultor de uma A&E no Hospital Royal Victória, em Belfast, Irlanda do Norte. Ao longo dos anos, os consultores seriam reconhecidos como especialidade médica, não só na Grã-Bretanha, como no resto da Europa. (TOTTEN; BELLOU, 2013)

DESENVOLVIMENTO DA ME NA AMÉRICA DO NORTE

Os primeiros marcos do desenvolvimento da ME na América do Norte são resultados de pequenas equipes de médicos: um pequeno sistema de saúde criado pelo médico William. Esse sistema, idealizado para tratar traumas sofridos por mineiros e trabalhadores de ferrovias no nordeste da Pensilvânia, foi objeto de diversos estudos sobre o conceito da evitabilidade de mortes por trauma e otimização do manejo de trauma. (GROSSMAN, 2009) No início dos anos 1960, observaram-se ações de pequenos grupos de médicos, que organizavam departamentos de emergências, dando início ao intitulado Plano Alexandria e Pontiac pela ME – uma das primeiras execuções de serviços de emergência médica em toda a América. (SUTER, 2012)

Aliado a esses marcos de iniciativas pontuais, houve o estabelecimento e a utilização das ambulâncias no território dos EUA, a Guerra do Vietnã, além do estudo “Morte acidental e deficiência: a doença negligenciada da sociedade moderna”, produzido pela Academia Nacional de Ciências e Conselho Nacional de Pesquisa, ambos dos EUA, que evidenciaram o quanto as emergências médicas eram tratadas de forma deficiente entre os americanos. Diante desse cenário de controvérsias quanto ao assunto, oito médicos que se aprofundaram no estudo das emergências médicas criaram Acep, buscando aperfeiçoar os conhecimentos médicos nessa área. Buscaram, então, a realização de congressos, textos e materiais para treinamento, objetivando a difusão das melhores formas para manejo dos pacientes, bem como reconhecimento para a área. (SUTER, 2012)

Então, após alguns anos de atividade da Acep, a Associação Médica Americana reconheceu a ME como especialidade médica, em 1972. Assim, buscou-se a oficialização das primeiras residências em território americano, sendo a Universidade de Cincinnati a primeira. Houve também o desenvolvimento das primeiras edições da *Advanced Trauma Life Support (ATLS)* e *Advanced Cardiac Life Support (ACLS)*, livros de extrema importância para o aprendizado médico. (SUTER, 2012)

No Canadá, um caminho semelhante foi traçado, sendo propostos pelo Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPSC) programas educacionais

para o desenvolvimento de protocolos e abordagens médicas ao trauma, fomentando, então, as discussões no país sobre as práticas de ME. Então, em 1978, foi formada a Associação de Médicos de Emergência Canadenses (Caep), que obteve o reconhecimento da especialidade em 1980.

DESENVOLVIMENTO DA ME NA AUSTRÁLIA

Os atendimentos primários à saúde tradicionalmente eram realizados por um médico geral denominado de *General Practitioner* (GP), então não era incomum esse profissional realizar o atendimento de emergências médicas. Essa forma de atendimento seguiu até meados de 1981, quando a *Australasian Society for Emergency Medicine* (Asem) foi formada, reconhecendo a necessidade da formação em âmbito nacional de profissionais para manejo de emergências médicas. Já no ano seguinte, obteve-se o reconhecimento das demais associações de médicos e cirurgiões da Austrália, formando-se a *Australasian College for Emergency Medicine* (Acem). A formulação de programas de residências e programas de especializações certificadas foi então iniciada, entretanto a especialidade médica somente foi reconhecida em 1993. (CAMERON; BRADT; ASHBY, 1996)

DESENVOLVIMENTO DA FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE EMERGÊNCIAS MÉDICAS

As associações de emergências médicas pioneiras então fundaram a Federação Internacional de Emergências Médicas, com o propósito de discutir políticas de saúde e problemas de saúde em comum, além da construção de colaboração e conexões entre médicos de diversas regiões. O primeiro encontro foi sediado em Londres em 1986 e contava com Acep, dos EUA, a Associação Britânica de Medicina de Acidentes e Emergências, da Grã-Bretanha, a Acem, da Austrália, e a Caep, do Canadá. Com o passar dos anos, as reuniões passavam dos 1.000 inscritos e, a partir de 1998, outras associações de outros países passaram a compor as reuniões internacionais. (ALAGAPPAN; HOLLIMAN, 2005)

A ME NO BRASIL

Um dos períodos em que a ME tem papel fundamental para o Brasil ocorreu por meio da missão militar de profissionais de saúde, evidenciando importante trabalho médico de emergência. Sabe-se que a Medicina apresenta um construto teórico permeado de peculiaridades imersas num escopo geográfico/cronológico

de sociedades e culturas diversas, interligada ao contexto geopolítico que, neste momento, era o cenário de guerra.

BRASIL NA PRIMEIRA GUERRA: MISSÃO MÉDICA-MILITAR BRASILEIRA

Um dos estopins para a entrada do Brasil na Primeira Guerra, ao lado dos Aliados, foi o afundamento de seus navios mercantes pela Marinha Imperial Alemã, o que determinou a proclamação do estado de guerra em outubro de 1917. A pedido do chefe da legislação da República Francesa no Brasil, ministro Paul Claudel, formalizado por meio de nota ao ministro das Relações Exteriores, o Brasil enviou uma missão médica à França com intuito de construção de um hospital, inserindo-se na modernidade internacional. Chefiada pelo cirurgião, deputado federal, professor de Ginecologia e diretor do Hospital da Gamboa, José Tomaz Nabuco Gouveia, escolhido pela sua eminência na Cirurgia e por seu lastro político e diplomático, essa missão era constituída por 131 homens, dentre profissionais da saúde e pessoal de apoio – havia muitos médicos civis de prestígio. Além dos médicos, faziam parte da missão técnicos em saúde, enfermeiros, dentistas e farmacêuticos, totalizando 112 especialistas para ajudar no atendimento aos feridos da guerra. (BRUM, 2015; RAMOS, 2020)

O envio das equipes ocorreu através do navio La Plata que zarpu do Rio de Janeiro em 18 de agosto de 1918 em direção ao Porto de Marselha, realizando algumas paradas na costa africana para abastecimento. Em Dakar, além de 1.500 soldados senegaleses, o agente infeccioso da gripe espanhola embarcou no navio brasileiro, gerando uma epidemia que acometeu 95% dos tripulantes, dentre os quais cinco brasileiros. (RAMOS, 2020) Destaca-se um relato que exemplifica a experiência de um missionário sobre a epidemia dentro do navio presente:

Das salas repletas de doentes partiam confusos gemidos, indecisas lamentações na escuridão da noite. A razão toldava-se com a atrocidade dos sofrimentos e médicos enchiam o tapete de escarros! Não se podia ali socorrer ninguém. Naquela promiscuidade não se podia despir pessoa alguma para aplicar ventosas, fazer uma lavagem intestinal às vezes imprescindível, dar-se um purgativo que obrigasse o trôpego doente descer e subir as escadas, cercado de trevas. Era uma cena dantesca. Não tínhamos remédios de espécie alguma e os alimentos eram infames, capazes de tornar doente o organismo mais são. Não tínhamos água susceptível de ser bebida, nem gelo, nem o estimulante de um vinho do porto ou de um conhaque, nem uma gota de leite, nem uma única fruta! (A MISSÃO..., 1919b, p. 3 apud BRUM, 2018, p. 119)

Por conseguinte, a missão médica brasileira, em Paris, se dividiu em dois contingentes, o menor direcionado às cidades no interior da França e a maior parte permaneceu na capital, onde se instalou um hospital em um antigo colégio jesuíta. O Hospital Franco-Brasileiro funcionava com 360 leitos, foi idealizado para atender feridos oriundos da frente de batalha, mas além disso executou atendimento a civis acometidos pela epidemia de gripe espanhola que assolava praticamente toda a Europa ocidental. Por isso, tinha alta ocupação. (RAMOS, 2020) A estruturação do hospital, desde a escolha do prédio até a organização da instituição hospitalar, foi de responsabilidade do governo brasileiro, através da equipe enviada, contando com o apoio do governo francês. Houve uma grande polêmica sobre a efetividade da missão, visto que o atraso da chegada da equipe associado ao número reduzido de profissionais resultou no adiamento na entrega do serviço. Apesar desse atraso, o hospital foi ativado após apenas um mês e meio de obras, sendo que todos os outros hospitais de guerra levaram cerca de seis meses para serem ativados. Contudo, após a ativação do hospital, outros países já iniciavam o fechamento dos hospitais de guerra, visto que a guerra já chegava ao fim e os casos de gripe espanhola estavam diminuindo. Isso quase causou o fechamento do hospital, porém o coronel Nabuco insistia em mantê-lo, efetuando esforços positivos, visto que, pouco tempo depois, o número de pacientes voltou a subir, por causa do fechamento de um hospital em Paris, cujos pacientes foram encaminhados para o Hospital Franco-Brasileiro. (BRUM, 2015; SILVA, C., 2014)

Ademais, antes do fim da guerra, o Brasil enviou equipes cirúrgicas para a linha de frente, atuando no socorro avançado e enriquecendo o conhecimento da Medicina de Guerra. Em relatório intitulado “Cirurgia da Guerra”, Nabuco de Gouveia oferece dados de diversas inovações no campo da Cirurgia, dentre as quais: a logística de remoção dos feridos para hospitais de retaguarda, visando minimizar taxas de infecções relacionadas ao trauma e aumentar a sobrevivência. Os profissionais de saúde utilizavam-se de novos conceitos de atendimento inicial ao traumatizado, modernas ambulâncias motorizadas, contavam com inovação em aparelhos de radiografia, utilizados pela primeira vez no campo de batalha, com intuito de localizar projéteis e avaliar fraturas. (RAMOS, 2020)

Destaca-se, nesse período, a mudança na intervenção nas feridas abdominais, nas quais, anteriormente, utilizava-se a abstenção operatória, mesmo em traumatismos penetrantes, passando a realizar-se a laparotomia exploradora no trauma. Quando indicada, a laparotomia era realizada tardiamente, com pouca chance de sucesso. Após o período dos conflitos, a indicação de laparotomia imediata já era a regra, salvando-se as penetrantes localizadas em hipocôndrio direito e “quando não há sinal de hemorragia profunda – lividez no semblante e pulso filiforme”, segundo Nabuco Gouveia. Entretanto, intervenções em tórax permaneciam com indicações muito restritas. (RAMOS, 2020)

Já as técnicas transfusionais sofreram uma verdadeira revolução durante a guerra, devido à adição da solução de citrato ao sangue, impedindo sua coagulação, de modo que o sangue era coletado do doador e infundido no receptor. Ainda ocorriam reações transfusionais, com relatos de óbito, pois, embora o sistema ABO já houvesse sido identificado por Karl Landsteiner em 1901, a descoberta do fator Rh só viria anos depois, com Alexander Salomon Wiener. (RAMOS, 2020)

Em 11 de novembro de 1918, os Aliados e a Alemanha assinaram o Armistício de Compiègne e a Primeira Guerra Mundial foi encerrada. (RAMOS, 2020)

Apesar das divergências sobre a efetividade da missão médica-militar em relação à sua eficácia para a França, não há discussões sobre como o Brasil se beneficiou dela. Com ela, a Medicina brasileira alcançou visibilidade mundial e estabeleceu um espaço para fortalecer as relações científicas com a França. (BRUM, 2015)

REFERÊNCIAS

- ALAGAPPAN, Kumar; HOLLIMAN, James C. History of the development of international emergency medicine. *Emergency Medicine Clinics*, Philadelphia, v. 23, n. 1, p. 1-10, Feb. 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15663970/>. Acesso em: 20 jul. 2021.
- ANDA, Heather H. de; MOY, Hawnwan P. EMS Ground Transport Safety. In: STATPEARLS. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32644397/>. Acesso em: 16 jul. 2021.
- ARNOLD, Jeffrey L. International Emergency Medicine and the Recent Development of Emergency Medicine Worldwide. *Annals of Emergency Medicine*, St. Louis, MO, v. 33, n. 1, p. 97-103, Jan. 1999. DOI: 10.1016/s0196-0644(99)70424-5. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0196064499704245>. Acesso em: 20 jul. 2021.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DE EMERGÊNCIA. *Breve resumo da história da especialidade de medicina de emergência no Brasil*. Disponível em: <https://abramede.com.br/a-medicina-de-emergencia-no-brasil/>. Acesso em: 25 jun. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. *Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf. Acesso em: 22 jun. 2021.
- BRUM, Cristiano Enrique de. *A (des)mobilização de médicos na Grande Guerra: o caso da Missão Médica brasileira na França (1918-1919)*. 2018. Tese (Doutorado em História) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

BRUM, Cristiano Enrique de. A missão médica brasileira na Primeira Guerra Mundial através de relatos de seus participantes. *Oficina do Historiador*, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 43-61, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/2178-3748.2015.1.19876>. Acesso em: 1 jul. 2021.

CAMERON, Peter A.; BRADT, David A.; ASHBY, Richard. Emergency Medicine in Australia. *Annals of Emergency Medicine*, St. Louis, MO, v. 28, n. 3, p. 342-346, Sept. 1996. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0196064496700367>. Acesso em: 20 jul. 2021.

COHEN, Harris L.; MOORE, William H. History of Emergency Ultrasound. *Journal of Ultrasound in Medicine*, Philadelphia, v. 23, p. 451-458, 2004. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Harris-Cohen-2/publication/8605623_History_of_Emergency_Ultrasound/links/570c199a08ae2eb94223ba6a/History-of-Emergency-Ultrasound.pdf. Acesso em: 9 jul. 2021.

COOPER, Jonas A.; COOPER, Joel D.; COOPER, Joshua M. Cardiopulmonary Resuscitation: History, Current Practice, and Future Direction. *Circulation*, Hagerstown, v. 114, n. 25, p. 2839-2849, 19 Dec. 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17179033/>. Acesso em: 8 jul. 2021.

CUNHA, Felix. I. The Ebers Papyrus. *The American Journal of Surgery*, New York, v. 77, n. 1, p. 134-136, 1949. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0002961049903943>. Acesso em: 5 jul. 2021.

FORNACIARI, Antonio; GIUFFRA, Valentina. Surgery in the early Middle Ages: Evidence of Cauterisation from Pisa. *Surgery*, St. Louis, MO, v. 151, n. 3, p. 351-352, Mar. 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22099185/>. Acesso em: 12 set. 2021.

GROSSMAN, Michael D. The role of Emergency Medicine Physicians in Trauma Care in North America: Evolution of a specialty. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, London, v. 17, n. 37, p. 1-6, Aug. 2009. Disponível em: <https://sjtrem.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1757-7241-17-37.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2021.

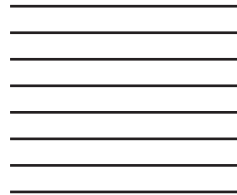
HUME, Edgar E. Medical Work of the Knights Hospitallers of Saint John of Jerusalem. *Bulletin of the Institute of the History of Medicine*, Baltimore, v. 6, n. 6, p. 495-613, 1938. Disponível em: www.jstor.org/stable/44438518. Acesso em: 5 jul. 2021.

ISERSON, Kenneth V.; MOSKOP, John C. Triage in Medicine, Part I: Concept, History, and Types. *Annals of Emergency Medicine*, St. Louis, MO, v. 49, n. 3, p. 275-281, Mar. 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17141139/>. Acesso em: 30 jun. 2021.

KELLERMANN, Arthur L.; MARTINEZ, Ricardo. The ER, 50 Years On. *New England Journal of Medicine*, Boston, v. 364, n. 24, p. 2278-2279, 2011. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1101544>. Acesso em: 16 jul. 2021.

- KELLERMANN, Arthur L. *et al.* Emergency Care: Then, Now, and Next, *Health Affairs*, Millwood, VA, v. 32, n. 12, p. 2069-2074, Dec. 2013. Disponível em: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2013.0683>. Acesso em: 16 jul. 2021.
- LISS, Howard P. A History of Resuscitation. *Annals of Emergency Medicine*, Boston, v. 15, p. 65-72, 1986. Disponível em: [https://www.annemergmed.com/article/S0196-0644\(86\)80490-5/pdf](https://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(86)80490-5/pdf). Acesso em: 8 jul. 2021.
- LIU, Hai-Fei; ZHANG, Feng; LINEAWEAVER, William C. History and Advancement of Burn Treatments. *Annals of Plastic Surgery*, Boston, v. 78, n. 2, Supl. 1, p. S2-S8, Feb. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28079548/>. Acesso em: 15 jul. 2021.
- MCFARLAND, Sam. A Brief History of An Unsung Hero and Leader–Jean Henry Dunant and the Founding of the Red Cross at the Geneva Convention. *International Journal of Leadership and Change*, Bowling Green, KY, v. 5, n. 1, p. 5, 2017. Disponível em: <https://digitalcommons.wku.edu/ijlc/vol5/iss1/5>. Acesso em: 16 jul. 2021.
- NAKAO, Hiroyuki; UKAI, Isao; KOTANI, Joji. A review of the history of the origin of triage from a disaster medicine perspective. *Acute Medicine & Surgery*, Hoboken, v. 4, n. 4, p. 379-384, Oct. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5649292/>. Acesso em: 10 jul. 2021.
- RAMOS, Rodrigo Felipe. A cirurgia brasileira na Primeira Guerra Mundial. *Boletim CBC*, Rio de Janeiro, n. 184, p. 10-11, 2020. Disponível em: <https://cbc.org.br/wp-content/uploads/2020/03/Boletim-CBC-184-a-cirurgia-brasileira-na-primeira-Guerra-Mundial.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2021.
- RODRÍGUEZ-PÉREZ, Martha E.; SANDOVAL-OLVERA, Federico; HERNÁNDEZ-SALINAS, Horacio. Jean Dominique Larrey y su Reconocimiento en México. *Cirugía y Cirujanos*, México, D.F., v. 88, n. 3, p. 89-394, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32539011/>. Acesso em: 16 jul. 2021.
- SAKR, Magdy; WARDROPE, Jim. Casualty, accident and Emergency, or Emergency Medicine, the Evolution. *Journal of Accident & Emergency Medicine*, Oxford, v. 17, n. 5, p. 314-319, Sept. 2000. DOI: 10.1136/emj.17.5.314 on. Disponível em: <https://emj.bmj.com/content/emj.17/5/314.full.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2021.
- SILVA, Carlos Edson Martins da. A missão médica especial brasileira de caráter militar na Primeira Guerra Mundial. *Navigator*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 20, p. 94-108, 2014. Disponível em: http://revistanavigator.com.br/navig20/art/N20_art2.pdf. Acesso em: 1 jul. 2021.
- SILVA, Larissa Aragão da. Órteses em PVC para membro superior: utilização por terapeutas ocupacionais brasileiros, propriedades térmicas, físico-mecânicas e de toxicidade e desempenhos funcional e mioelétrico. 2014. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/6876/5737.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 20 jul. 2021.

- SUTER, Robert E. Emergency Medicine in the United States: a Systemic Review. *World Journal of Emergency Medicine*, [Hangzhou], v. 3, n. 1, p. 5-10, 2012. DOI: 10.5847/wjem.j.1920-8642.2012.01.001 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4129827/pdf/WJEM-1-5.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2021.
- SZMUK, Peter *et al.* A brief history of tracheostomy and tracheal intubation, from the Bronze Age to the Space Age. *Intensive Care Medicine*, Berlin, v. 34, n. 2, p. 222-228, Feb. 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17999050/>. Acesso em: 13 jul. 2021.
- TOTTEN, Vicken; BELLOU, Abdelouahab. Development of Emergency Medicine in Europe. *Academic Emergency Medicine*, Philadelphia, v. 20, n. 5, p. 514-521, May 2013. DOI: 10.1111/acem.12126/. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/acem.12126>. Acesso em: 20 jul. 2021.
- VAN WAY, Charles. War and Trauma: A History of Military Medicine. *Missouri Medicine*, Jefferson City, MO, v. 113, n. 4, p. 260-263, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6139913/>. Acesso em: 6 jul. 2021.
- WOOSTER, Meghan E. *Escape from a Greater Affliction: The Historical Evolution of Amputation*. [Des Moines], 3 Feb. 2012. Disponível em: <https://www.dmu.edu/wp-content/uploads/Howard-A-Graney-Submission-M-Wooster.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2021.
- YU, Yang *et al.* History of Cardiopulmonary Resuscitation in Ancient China: a Narrative Review. *Journal of Cardiothoracic Surgery*, London, v. 15, n. 1, p. 50, 23 Mar. 2020. Disponível em: <https://cardiothoracicsurgery.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13019-020-1086-5>. Acesso em: 8 jul. 2021.



9

HISTÓRIA DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA MODERNA

Ana Luísa de Aguiar Almeida Silva

Aurélio Murilo Vilas Boas Pedreira

Levi Cardozo Santos

Lucy Rodrigues Ribeiro

Marcela Gordilho Aras

UM RETRATO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO CENÁRIO BRASILEIRO E COMO CHEGAMOS ATÉ AQUI: O SURGIMENTO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

A partir dos anos 2000, houve um aumento do número de acidentes, bem como da violência e da prevalência de doenças crônicas no Brasil. Tais fatores, associados à insuficiência da rede básica de saúde em nosso país, contribuíram para a superlotação dos serviços de Urgência e Emergência (UE). Por conseguinte, o sistema,

incapaz de suprir as demandas crescentes, ficou marcado por atendimentos de baixa qualidade e altos índices de mortalidade, sendo alvo de críticas por parte da mídia e de diversos outros setores da sociedade. (DOURADO, 2013)

Como forma de responder a essas demandas à época, o governo federal normatizou a atenção aos serviços de UE por meio da aprovação do Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência (Portaria GM/MS nº 2.048/2002). Essa portaria teve como uma de suas prioridades aperfeiçoar as normas e os sistemas já existentes para esses serviços e servir como base para o desenvolvimento de uma política nacional para as emergências médicas: a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), grande marco na história da Medicina de Emergência no Brasil.

Nesse sentido, dando continuidade às pretensões do governo, uma portaria do ano seguinte (GM/MS nº 1.863/2003) instituiu a PNAU. Foram, então, instituídos os componentes dessa política, definindo não só o tradicional atendimento hospitalar, mas também os âmbitos pré e pós-hospitalar, sendo esse último centrado nos cuidados de reabilitação. A política pautou também a instalação de centrais de regulação médica das urgências, com a finalidade de realizar a triagem do atendimento de UE, visando à otimização do uso de recursos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao longo da implementação da proposta de rede de urgência da PNAU, são identificadas três fases: a primeira com Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar, baseados na implantação de centrais de regulação para atendimento de UE e com o surgimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) como serviço de atendimento pré-hospitalar; a segunda, focada na implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), que funcionam durante 24 horas; e a terceira, na qual se discute as urgências dentro da política de rede de atenção. (DOURADO, 2013)

O SAMU COMO COMPONENTE PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL DA PNAU

No Brasil, antes da regulamentação federal do atendimento pré-hospitalar na década de 1990, os atendimentos móveis de saúde eram realizados, predominantemente, pelo Corpo de Bombeiros, sendo que nem todas as corporações possuíam profissionais de saúde em sua equipe e as abordagens se restringiam a vias públicas. Nas regiões Norte e Nordeste, havia as chamadas “ambulâncias brancas”, veículos ocupados apenas por um condutor, que tinham a função de transportar o paciente do domicílio à unidade de saúde, de modo que não havia o acompanhamento pré-hospitalar com profissionais de saúde como conhecemos hoje. Os avanços chegaram primeiro na cidade de São Paulo, onde os bombeiros contaram

com o apoio dos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar (APH) e do Samu, que realizavam atendimento médico antes da chegada ao hospital. Após o surgimento do Samu, na cidade de São Paulo em 1989, também foram alcançadas as cidades de Belém em 1994 e Porto Alegre em 1995. (MINAYO; DESLANDES, 2008; O'DWYER et al., 2017)

Nessa perspectiva, em 1998, foi instituído o programa de apoio à implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar para o atendimento de UE, por intermédio da Portaria nº 2.923/1998. Foi nesse cenário que passaram a ser estabelecidas diversas políticas com o objetivo de implantar, regulamentar e financiar os serviços de UE, tanto no âmbito intra-hospitalar e de UPAs, quanto no pré-hospitalar. Assim, por intermédio das Portarias nº 824/1999 e nº 814/2001, houve a normatização dos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Urgências no Brasil. (CABRAL; SOUZA; 2008; MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011; VIEIRA; MUSSI, 2008)

No entanto, apenas a partir de 2003, com a instituição da PNAU, houve um incentivo mais substancial para a implantação do Samu em municípios e regiões de todo o território brasileiro. O serviço foi defendido como a primeira etapa da política sob o argumento de que receberia as demandas diretamente da população e que as centrais de regulação seriam importantes para organização do fluxo dos atendimentos de UE, devido ao seu papel de triagem e coordenação da assistência, o que permitiria a análise das redes do SUS, fator relevante no planejamento de novas ações do atendimento de UE no país. (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011; OLIVEIRA et al., 2019)

Muitas das referências para a formação do nosso serviço móvel de urgência como conhecemos hoje vieram do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel francês, também denominado Samu (Service d'Aide Médicale Urgente), cujas características e objetivos foram definidos por lei em 1986. A organização se deu por intermédio de um centro de regulação onde eram recebidos os chamados de emergência através de ligações telefônicas, que eram atendidas por médicos qualificados. A partir desses chamados, era estabelecida uma conduta, que variava desde uma simples orientação até mesmo, quando necessário, o envio de uma ambulância à cena. (CARLI, 1997; MINAYO; DESLANDES, 2008)

No Brasil, segue-se uma organização parecida, com o atendimento solicitado por meio de uma ligação telefônica gratuita para o número 192. A solicitação é atendida por um técnico, que identifica a emergência e coleta informações básicas. A ligação é, então, transferida para um médico regulador, que pode realizar orientações remotas ou acionar o componente assistencial, composto pelos profissionais de saúde que realizam as intervenções em campo. Nesse caso, existem

dois tipos de ambulância, que são mobilizadas para o local da ocorrência a depender do nível de complexidade dos atendimentos: as Unidades de Suporte Básico (USB), cuja equipe é composta por um técnico de enfermagem e um condutor, e as Unidades de Suporte Avançado (USA), com equipe formada por um médico, um enfermeiro e um condutor. A depender da região do país, podem ser necessários meios de transportes auxiliares, como motocicletas, lanchas, helicópteros ou aviões, a fim de chegar em regiões de mais difícil acesso. (CABRAL; SOUZA, 2008; LOPES; FERNANDES, 1999; O'DWYER et al., 2017)

No que diz respeito ao acesso ao serviço, é importante destacar que, em 2017, o Samu esteve presente em 3.049 municípios do país, com concentração nas regiões Nordeste e Sul. No estado da Bahia, 295 municípios têm o serviço à sua disposição, com cobertura populacional de 83,22%, sendo esta, inclusive, maior do que a cobertura nacional, que foi de 76,28% em 2015. No entanto, apesar da alta cobertura, o estado sofre com a distribuição desigual de recursos para o Samu dentre suas regiões e também com as deficiências nos serviços de saúde hospitalares e pré-hospitalares fixos, visto que eles, muitas vezes, não são capazes de absorver as demandas dos pacientes atendidos pelo Samu. Esse problema se repete no restante do país, com uma menor oferta de leitos que a demanda, sobretudo em hospitais menores e mais interiorizados, o que compromete o funcionamento de hospitais em grandes centros, para onde muitos pacientes são levados quando há poucas vagas no interior. (HORA et al., 2019; O'DWYER et al., 2017; TELES et al., 2017; VIEIRA; MUSSI, 2008)

Além do financiamento desigual e da superlotação dos hospitais e unidades de pronto atendimento, outro grande desafio são as ocorrências inapropriadas. Por muito tempo, em nosso país, o atendimento pré-hospitalar móvel foi utilizado como uma moeda de troca, geralmente por motivos políticos, fazendo com que as ambulâncias fossem utilizadas como um mero transporte de cidadãos com necessidade de acesso a algum serviço de saúde, e não emergências de fato. Esse histórico, somado à baixa cobertura das Redes de Atenção Básica e à falta de educação em saúde em nosso meio, traduziu-se em muitos chamados recebidos pelo Samu que não correspondem ao perfil do serviço. A cidade de Salvador, capital da Bahia, segue as tendências do restante do país, com cerca de 12,3% das ocorrências canceladas após acionamento e envio da ambulância, em casos sem indicação para atendimento de emergência. (ALMEIDA et al., 2016; AMARAL et al., 2018; HORA et al., 2019; O'DWYER et al., 2017)

UPA COMO COMPONENTE PRÉ-HOSPITALAR FIXO DA PNAU: DO PLANEJAMENTO À PRÁTICA

Como componente pré-hospitalar fixo da PNAU, foi implementada, em 2008, a UPA, a qual é classificada como estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Saúde da Família e a Rede Hospitalar, para com essas compor uma organização em Rede de Atenção às Urgências.

Antes do surgimento das UPAs, o atendimento pré-hospitalar fixo era responsabilidade principalmente dos gestores municipais, que mantinham unidades abertas à demanda espontânea, mas que, na maioria das vezes, dispunham de estruturas insuficientes, não classificavam risco nos atendimentos e geravam consultas pouco resolutivas, a exemplo dos Serviços de Pronto Atendimento (SPA), Unidades de Atendimento Imediato (UAI) e os Centros Regionais de Saúde (CRS). Em alguns casos, também cumpriam esse papel os hospitais de pequeno porte, principalmente em municípios do interior que, incapazes de prover atendimento a casos mais complexos, recorriam a hospitais mais estruturados nos grandes centros. (KONDER; O'DWYER, 2015)

Das características de atuação das UPAs, a que mais se destaca é a competência de pronto-atender, de forma que sempre ocorra o acolhimento às demandas dos usuários. Logo, as unidades não devem atender somente os casos de urgência de acordo com a lógica dos profissionais de saúde, mas também às demandas consideradas urgentes na perspectiva dos pacientes. Além disso, é uma marca dessas unidades sua articulação com outros componentes da rede, de forma que seja retaguarda para o Samu e para a Atenção Básica e recorra a hospitais e centrais de regulação. Esse perfil de atuação está em consonância com o fluxo que deve haver nesses estabelecimentos, haja vista que, pelos objetivos e pela estrutura física dessas unidades, elas não devem permanecer com o mesmo paciente por mais de 24 horas. (O'DWYER et al., 2017)

O financiamento para esses estabelecimentos é tripartite e os repasses federais para essas unidades estão sujeitos a algumas regras, como o porte da UPA 24h ser compatível com o tamanho da população daquela localidade, o Samu 192 ser habilitado na área de cobertura da UPA 24h, haver cobertura da Atenção Básica em Saúde de, no mínimo, 50% da população do município sede da UPA 24h, pactuações de referência e contrarreferência em nível locorregional e compromisso em alimentar os sistemas de informação do SUS, dentre outras. (O'DWYER et al., 2017) As UPAs, portanto, segundo os próprios autores das portarias que as regulamentam, têm como um de seus objetivos modificar o padrão de atendimento dos antigos prontos-socorros, em que o paciente obtinha somente a “consulta de emergência”, mas não usufruía de uma horizontalidade no cuidado.

Por outro lado, na prática, a expansão das UPAs ocorreu sem essa organização em rede, o que leva à suspeita de que as unidades desse projeto possam reproduzir os tradicionais prontos-socorros muito criticados, sobretudo porque o principal desafio na política de urgência pré-hospitalar vem sendo a integração dessas unidades aos hospitais, sua principal porta de saída, e à atenção básica, porta de entrada do sistema por regulação. (KONDER; O'DWYER, 2015)

Um problema importante relacionado à formulação e à implantação das UPAs é a limitação da Atenção Primária como componente do funcionamento da rede de urgências, haja vista que esse nível de atenção, por atender também demandas programadas, não consegue assegurar um bom atendimento de urgências à população. Isso pode ser explicado, por exemplo, por grande parte das unidades da Atenção Primária não possuírem salas de observação para atender urgências, apesar da PNAU indicar a necessidade desses estabelecimentos responderem a essa demanda. (KONDER; O'DWYER, 2015)

Do outro lado da rede, a dificuldade de acesso a hospitais, seja pela superlotação, pela escassez de leitos ou por outros problemas, também restringe a efetividade das UPAs. É notório, portanto, que as dificuldades de um componente da rede de urgências impactam o funcionamento de outro, nesse caso das UPAs.

REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

Em 2011, o Ministério da Saúde, por intermédio da Portaria GM/MS 1.600/2011, reestruturou a PNAU e instituiu a Rede de Atenção às Urgências (RAU) no SUS. O surgimento da RAU tem o objetivo de assegurar atendimento aos usuários com quadros agudos em todas as portas de entrada do SUS, de forma que o serviço gere resolutividade à demanda ou transfira o paciente cuidadosamente a um serviço de maior complexidade se for necessário.

Nesses atendimentos, é aplicada uma classificação de risco com objetivo de definir prioridades clínicas, facilitando a gestão do serviço e permitindo uma comunicação mais efetiva entre os diferentes componentes da rede nos momentos de regulação, o que irá gerar atendimentos em locais com recursos adequados a cada situação e pode evitar, por exemplo, a superlotação de hospitais. (MARQUES, 2014)

No planejamento do Ministério da Saúde, a RAU possui os componentes de Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde, Atenção Básica em Saúde, Samu 192 e suas centrais de regulação médica das urgências, Sala de Estabilização, Força Nacional de Saúde do SUS, que aglutina esforços para garantir integralidade na assistência, UPA 24h, Atenção Hospitalar, que objetiva organizar as urgências nos hospitais, e Atenção Domiciliar, que busca reorganizar o trabalho das equipes que prestam cuidados domiciliares na Atenção Básica. (GRANJA et al., 2013)

A RESSIGNIFICAÇÃO DA MEDICINA DE EMERGÊNCIA

Caracterizada como o exercício da Medicina no atendimento às enfermidades agudas ou descompensações agudas de condições crônicas, que exigem atendimento imediato, rápido diagnóstico e intervenção precoce para favorecer o prognóstico do paciente,¹ a Medicina de Emergência (ME) antecede em muito o surgimento da sua especialidade médica.

Desenvolvida pelas demandas sociais, a ME se consolidava em contextos nos quais se fazia necessária, como no socorro aos feridos de trincheiras da Guerra do Paraguai fornecido por preceptores e acadêmicos da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), na cidade de Salvador. (NEVES, 2008) Entretanto, mudanças epidemiológicas provenientes da Revolução Industrial e do êxodo rural no século XX fizeram com que situações de emergência se tornassem cada vez mais presentes nos grandes centros, seja por trauma de acidentes automobilísticos ou laborais em indústrias, seja pela maior ocorrência de Parada Cardiorrespiratória (PCR), em contrapartida ao perfil predominantemente infeccioso das patologias rurais. (ALAGAPPAN; HOLLIMAN, 2005) Esse fato evidenciava às autoridades a importância de um serviço de emergência que pudesse acolher esses indivíduos e estivesse a par das constantes mudanças de perfil dos pacientes.

Dessa forma, buscando prover o atendimento às enfermidades que necessitavam de um atendimento imediato, hospitais começaram a ser construídos para suprir a grande carga de emergências locais. (ALAGAPPAN; HOLLIMAN, 2005) Essa trajetória foi semelhante em todo o mundo, embora não tenha ocorrido simultaneamente: o atendimento às urgências, predominantemente rural, sofre uma inversão em decorrência da mudança do perfil epidemiológico para o urbano, e com esse aumento de demanda, surgem hospitais com pronto-socorro, como foi o caso do Hospital Getúlio Vargas (HGV), na década de 1950, também em Salvador. (NEVES, 2008)

A FIGURA DO EMERGENCISTA

Nesse contexto, o desenvolvimento da ME levou ao surgimento de duas vertentes: o modelo anglo-americano e o modelo franco-germânico. O primeiro consiste em um médico treinado para atender qualquer paciente que chegue ao Departamento de Emergência, enquanto o segundo não enxerga a ME como especialidade, sendo o atendimento realizado por médicos de outras áreas, como cirurgias gerais,

1 Para mais informações: Advanced Trauma Life Support – American College of Surgeons, disponível em: <https://www.facs.org/quality-programs/trauma/atls>.

intensivistas ou anestesistas. (ARNOLD, 1999) Nesses moldes, a ME brasileira se desenvolveu almejando o modelo anglo-americano. (PAZIN FILHO; SCARPELINI, 2010)

A instauração desses serviços trazia consigo um desafio: encontrar profissionais aptos a assumir a responsabilidade da identificação e manejo precoce de toda e qualquer urgência ou emergência médica, independente do sistema orgânico acometido. Nesse contexto, surge a figura do emergencista, o médico especialista em Emergência cuja formação é voltada inteiramente para a atuação em cenários que necessitam de atendimento, diagnóstico e intervenções imediatas. Contudo, a formação de um emergencista parte do princípio de que há o reconhecimento da especialidade e de que existe um programa capaz de fornecer as aptidões necessárias ao médico, o que ainda não era uma realidade no país até então. (PIVA; BORGES, 2010)

Nesse contexto, o desenvolvimento da ME como uma nova área de atuação não se deu de forma homogênea ao redor do mundo. O primeiro país a reconhecer a ME como especialidade médica foi os Estados Unidos da América (EUA), no ano de 1973, o que incentivou outros países a desenvolverem, dentro de suas academias, as condições necessárias para esse mesmo propósito. Assim, sucedeu-se a criação e o reconhecimento da especialidade de ME no Canadá em 1980, na Austrália em 1981 e no Reino Unido em 1986. (ALAGAPPAN; HOLLIMAN, 2005)

AMADURECIMENTO NACIONAL DA ME

No Brasil, a especialidade é mais recente. Com uma carência de atendimento qualificado em emergências, a capacitação de médicos para a atuação na linha de frente se dava por meio de jornadas, cursos ou simpósios. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DE EMERGÊNCIA, [201-], 2020) O conhecimento que era escasso tinha que ser buscado ativamente por aqueles que almejavam atualizar-se, haja vista que a primeira disciplina de Emergência instituída em uma faculdade brasileira foi em 1992, na Faculdade de Medicina de São Paulo, sendo chamada de Emergências Clínicas. (PAZIN FILHO; SCARPELINI, 2010) Desse modo, com o intuito de qualificar os profissionais, em 1996, foi instituída a primeira Residência de Medicina de Emergência, na cidade de Porto Alegre, no Hospital do Pronto Socorro, como iniciativa dos médicos atuantes em unidades de terapia intensiva e no pronto-socorro de pacientes politraumatizados, que reconheciam a necessidade de uma especialidade que os permitisse atuarem com uma maior competência na área. (AZEREDO, 2015)

Esse pioneirismo se deparou, contudo, com o estranhamento dos médicos, que enxergavam na prática emergencial um complemento de renda e não uma área de atuação propriamente dita. (PAZIN FILHO; SCARPELINI, 2010) Além disso,

a falta de estrutura e remuneração adequada fizeram com que a ME não conquistasse seu devido espaço no cenário do nosso país, sendo o Hospital do Pronto Socorro, por um período de dez anos, a única Residência de Medicina de Emergência no Brasil.

Nos anos seguintes, a desorganização do sistema de atendimento às urgências e emergências se tornou cada vez mais nítida, principalmente após a criação do Samu, que necessitava de infraestrutura e profissionais capacitados. Buscando atenuar a situação, os egressos do Hospital de Pronto Socorro promoveram, em 2007, o Congresso Brasileiro de Medicina de Emergência, o qual possibilitou que grupos engajados no desenvolvimento da ME de todo o Brasil se reunissem para traçar metas comuns que seriam a fundamentação para a instituição da especialidade no país. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DE EMERGÊNCIA, [201-], 2020)

No ano seguinte, em 2008, o congresso já começa a dar seus primeiros frutos: é fundada a Associação Brasileira de Medicina de Emergência (Abramede), expoente no desenvolvimento da ME nacional, e é instituído, através da Portaria nº 180/2008-A, o Programa de Residência Médica em Medicina de Emergência da Escola de Saúde Pública do Ceará, no Hospital de Messejana, em Fortaleza. Logo após, em 2009, Fortaleza sedia o II Congresso Brasileiro de Emergência, mantendo acesa a chama da valorização do emergencista. Com o passar dos anos, eventos a favor da ME foram realizados no intuito de promover o seu reconhecimento no cenário nacional.

O RECONHECIMENTO DA ESPECIALIDADE NO BRASIL

Em 2013, essa longa jornada teve êxito, pois, com aprovação por unanimidade do Conselho Federal de Medicina (CFM), a especialidade de ME foi reconhecida, o que levou à aprovação da criação dessa área de atuação pelo Conselho Científico de Especialidades da Associação Médica Brasileira (AMB) no ano de 2015. Assim, novas residências surgiram em todo o Brasil, sendo atingida a marca de mais de 40 Residências de ME em 2021. No estado da Bahia, a primeira Residência de ME surgiu em março de 2019, no Hospital Municipal de Salvador.

Os Programas de Residência em ME são regulamentados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e possuem duração de três anos, sendo ingressados por acesso direto. O objetivo geral é capacitar médicos na área de ME, tanto no conhecimento, diagnóstico e conduta das principais enfermidades encontradas em um pronto-socorro, quanto na monitorização dos pacientes ou na realização de manobras e procedimentos. Espera-se que, ao término do programa, o médico esteja apto a atuar tanto no ambiente pré-hospitalar quanto

no ambiente hospitalar, dominando os principais protocolos de atendimento a vítimas, sempre pautado nos princípios éticos e legais que regem a boa prática da Medicina. (BRASIL, 2021)

Existe, também, uma outra maneira de se tornar especialista em ME: através da prova de título promovida pela Abramede em convênio com a AMB. Dessa forma, é possível se candidatar ao título de especialista por meio da comprovação de uma jornada de trabalho de, no mínimo, 24 horas semanais como plantonista/coordenador em serviço de emergência fixo, móvel ou unidade de pronto atendimento por um período de, ao menos, seis anos de atividade ininterrupta. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DE EMERGÊNCIA, 2020)

Contudo, mesmo após o reconhecimento da ME como especialidade, esta ainda encontra grande refratariedade no meio profissional, seja por conta do preconceito ou do protecionismo de mercado. O preconceito se desenrola principalmente por outros especialistas, que acreditam que as emergências de sua área devem ser manejadas apenas por seus pares de formação, como no proposto pelo modelo franco-germânico da ME, enquanto que o protecionismo de mercado surge no momento em que a presença de emergencistas confere risco às vagas de generalistas no sistema de emergência, os quais utilizam desse serviço para complementar sua renda. (PAZIN FILHO; SCARPELINI, 2010)

Dessa forma, a ME se consagra como um solo fértil no âmbito da Medicina brasileira e mundial. É uma especialização recente com um potencial notável de crescimento, mesmo que ainda encontre alguns desafios e seja vista de maneira preconceituosa. Há quem acredite que o emergencista esteja fadado a trabalhar pelo resto de sua vida em condições insalubres de plantões exaustivos, mas exemplos de países que apresentam essa especialidade mais amadurecida demonstram que as opções de trabalho no que tangem à emergência são inúmeras: Medicina de Emergência Pediátrica, Medicina de Emergência em Áreas Remotas, Gestão Hospitalar, Medicina de Emergência Pré-Hospitalar, além de turnos de plantão fixo mais flexíveis, de seis a dez horas de jornada de trabalho. (BAYRAM 2010)

Assim, a ME possui um futuro próspero e tende a ser cada vez mais valorizada. Espera-se que o sistema de saúde, com o tempo, perceba que a relação de custo e eficácia de um emergencista é vantajosa, pois possibilita que um indivíduo assuma para si a função que antes era realizada por especialistas de outras áreas. Já os pacientes, em uma situação de vulnerabilidade, serão atendidos por médicos experientes e capazes de prover o melhor cuidado a ser oferecido.

O USO DE PROTOCOLOS PARA O ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: SUPORTE AVANÇADO DE VIDA NO TRAUMA (ATLS)

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), trauma é uma doença que é responsável por cerca de 5,8 milhões de óbitos por ano, correspondendo mundialmente a aproximadamente 10% do total de óbitos. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010) No Brasil, estima-se mais de 100 mil óbitos por ano em decorrência de causas externas, como violência interpessoal e acidentes de trânsito. Além de sua expressiva taxa de mortalidade, estima-se que, para cada óbito em decorrência de trauma, outros três pacientes evoluem com sequelas. Assim, considerando o impacto dos números, trauma é considerado como uma doença negligenciada, uma área ainda incipiente em termos de estudos, pesquisa e adequação curricular. (DRUMOND, 2014)

Um marco histórico no atendimento ao paciente vítima de trauma foi o surgimento do Suporte Avançado de Vida no Trauma (ATLS) em 1976, em Nebraska, nos EUA, concebido após um grave acidente aéreo, que envolveu James K. Styner, um médico cirurgião ortopedista, e sua família. No artigo “The birth of Advanced Trauma Life Support”, o próprio Styner (2006) relata, anos depois, o estado de despreparo em que aqueles profissionais de saúde se encontravam frente ao atendimento de pacientes politraumatizados.

Observando o vácuo de agilidade e uniformização deixado pela ausência de um protocolo que guiasse o atendimento a vítimas de trauma, Styner e outros profissionais de saúde colaboradores deram início à construção de um curso de atendimento local nos hospitais rurais, em Nebraska, no ano de 1977. (CARMONT, 2005; COLLICOTT; HUGHE, 1980; STYNER, 2006) Inicialmente, o curso foi inspirado nos moldes do Suporte Avançado de Vida Cardiovascular (ACLS), criado na década de 1970, desenvolvido pela Associação Americana do Coração (AHA), por tratar-se de um curso baseado em treinamentos e ser essencialmente prático. (CARMONT, 2005; COLICOTT; HUGHE, 1980)

O curso ATLS, como é conhecido hoje, com suas raízes em Nebraska, recebeu o apoio do American College of Surgeons, tendo sido difundido nacionalmente nos EUA a partir de 1980. (CARMONT, 2005) Atualmente, o curso ATLS2 é ministrado em quase 60 países (NASR, 2020) e pode ocorrer durante um a três dias, podendo variar de acordo com a localidade.

O planejamento da formação no ATLS é dividido entre lições teóricas, estações de habilidade práticas, com procedimentos, interpretação de exames radiológicos

2 Para mais informações: Advanced Trauma Life Support – American College of Surgeons. <https://www.facs.org/quality-programs/trauma/atls>.

e simulações de atendimento. (CARMONT, 2005; COLLICOTT; HUGHE, 1980) De forma a esquematizar a avaliação inicial do paciente vítima de trauma, levando em consideração quais ameaças à vida são prioritárias, os princípios do ATLS são sumarizados em cinco etapas fundamentais, a partir do mnemônico ABCDE: A – *Airway with C-spine protection*; B – *Breathing*; C – *Circulation*; D – *Disability*; E – *Exposure and environmental control*. (NASR, 2020)

Estudos apontam o impacto positivo do ATLS no atendimento de vítimas de trauma pelo mundo em relação aos atendimentos prévios à sua aplicação, a exemplo de redução de mortalidade, menor intervalo entre admissão e operação, redução de tempo de permanência no Departamento de Emergência, bem como melhora de desfecho na primeira hora. (VAN OLDEN, 2004; WANG et al., 2010) A prática do ATLS também demonstrou bons resultados em relação à capacitação por meio de simulação de médicos e estudantes: dois estudos demonstraram que, separadamente, tanto médicos quanto alunos que foram expostos ao curso prático integral, ou a seus conhecimentos, tiveram melhores *performances* no manejo de pacientes vítimas de trauma em simulação. (ALI et al., 1998; WILLIAMS, 1997)

No ano de 1993, ocorre o Congresso de Atualização na Morte Súbita, em Viena, Áustria, que teve como principal objetivo obter um consenso acerca do manejo das emergências cardiovasculares que serviria como base para a elaboração de diretrizes. Desse evento, então, surgiram métodos de ensino de suporte de vida que foram introduzidos no Brasil ainda no século XX, como o próprio ATLS e outros cursos voltados para a sistematização do atendimento no contexto de suporte de vida. Nesse contexto, podemos incluir desde o Suporte de Vida Básico (BLS), que engloba também a população leiga, até o ACLS e o Suporte Avançado de Vida em Pediatria (PALS), mais voltados para os profissionais de saúde. (PAZIN FILHO et al., 2007)

A criação desse tipo de protocolos, relacionados ao atendimento de emergência, busca minimizar atrasos no manejo de pacientes em situações críticas que necessitam de suporte imediato. Nesses termos, o desfecho em questão tem relação direta com atendimento sistematizado e prontamente iniciado. (GONZALEZ; TIMERMAN, 2010) A implementação de protocolos de sistematização se faz presente na realidade médica, sendo preconizado que hospitais possuam seus próprios fluxogramas de atendimento à emergência, visando otimizar o atendimento. (DALLAN; TIMERMAN, 2010)

PROTOKOLO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM)

No ano de 2009, em Salvador da Bahia, foi implementada a Rede Regional Integrada de Atenção ao Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnívelamento

do ST (IAMCSST), conhecida como Protocolo IAM. O Samu é responsável pela coordenação do sistema, que engloba hospitais gerais, hospitais referência em Cardiologia, unidades de pronto atendimento e unidades móveis. (SOLLA et al., 2013)

O Protocolo IAM foi criado a partir da integração dos múltiplos serviços de atendimento médico ao paciente vítima de IAMCSST, pelo qual a rede de telemedicina encaminha exames eletrocardiográficos suspeitos via dados móveis para uma equipe de plantão 24 horas por dia. Nos casos com confirmação do IAMCSST, a equipe é responsável por viabilizar, em conjunto com os serviços médicos de emergência, o encaminhamento desse paciente ao centro de referência para realização do tratamento definitivo e/ou fornecer orientações necessárias ao suporte e manejo em caso de necessidade de terapia de reperfusão química. As unidades móveis do Samu foram devidamente incorporadas a essa rede, tanto para transferência do paciente ao hospital de referência em Cardiologia, quanto para assistência nas medidas terapêuticas realizadas nas unidades de origem. (SOLLA et al., 2013)

Um estudo realizado após sua implementação observou que, entre julho de 2009 e setembro de 2010, 433 pacientes suspeitos de IAMCSST foram identificados entre atendimentos em unidades móveis, unidades de pronto atendimento e hospitais gerais. Dos 433 pacientes, 86,6% dos casos houve contato telefônico com a unidade de saúde respectiva e 76,5% destes o paciente foi localizado e o IAMCSST confirmado. Do total, 119 pacientes foram inicialmente admitidos com < 12 horas do início dos sintomas, dos quais em 75,6% dos casos foi possível oferecer a terapia de reperfusão primária para o manejo agudo do quadro. (SOLLA et al., 2013) Os resultados desse estudo evidenciaram que redes integradas, como o Protocolo IAM, são eficazes em alcançar taxas de reperfusão primária comparáveis àquelas obtidas em países desenvolvidos. (SOLLA et al., 2013)

O impacto da Rede Regional Integrada de Atenção ao IAMCSST na saúde, em Salvador, foi expressivo e, em 2011, o Ministério da Saúde instituiu a Linha de Cuidado ao IAM na Rede de Atenção às Urgências a nível do SUS, através da Portaria GM nº 1.600. (DALLAN; TIMERMAN, 2010)

PROTOCOLO ONDA VERMELHA – HOSPITAL DO SUBÚRBIO

Quanto aos protocolos de atendimento ao paciente no contexto da emergência, vale recordar acerca do Protocolo Onda Vermelha, instituído no Hospital do Subúrbio (HS), serviço médico localizado na região metropolitana de Salvador, Bahia. A Onda Vermelha tem como objetivo otimizar o atendimento ao paciente

grave admitido no Departamento de Emergência a partir da redução do tempo-resposta entre esse setor e setores fundamentais, como agência transfusional, laboratório e centro cirúrgico. (ROMEO et al., 2017)

Consoante a tal protocolo, o paciente é atendido no setor de emergência do HS, momento no qual a equipe deve realizar uma análise simplificada dos parâmetros hemodinâmicos do Escore de Trauma Revisado (RTS: frequência respiratória, escala de coma de Glasgow e pressão arterial sistólica). Além disso, um médico cirurgião deve realizar a avaliação do paciente para choque hipovolêmico hemorrágico, utilizando a classificação do ABC escore. Segundo o ABC escore, deve-se avaliar 4 critérios: PAS < 90mmHg; FC > 120 batimentos por minuto; um *Focused Assesment with Sonography for Trauma* (Fast) com achado positivo; e mecanismo de trauma penetrante. (ROMEO et al., 2017) A Onda Vermelha é ativada no Departamento de Emergência se forem preenchidos dois ou mais critérios do ABC escore.

Com o acionamento do protocolo, são estabelecidas algumas metas: o paciente deve estar no centro cirúrgico em até 15 minutos; o setor transfusional deve fornecer hemocomponentes em até 20 minutos; e exames de sangue devem ser coletados simultaneamente. (ROMEO et al., 2017)

Um estudo realizado no HS após implementação da Onda Vermelha avaliou 96 pacientes vítimas de choque hemorrágico entre setembro e dezembro de 2015. Em relação ao objetivo de otimizar o atendimento das vítimas, a Onda Vermelha se mostrou bastante eficiente: 81,6% dos pacientes chegaram à sala de operação no tempo-alvo e em 86,8% dos casos a chegada de hemocomponentes cumpriu seu objetivo. (ROMEO, 2017)

O ENSINO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NAS UNIVERSIDADES BRASILEIRAS: POR QUE ABORDAR ESSE TEMA AINDA NA GRADUAÇÃO?

A introdução de um novo médico no mercado de trabalho, geralmente, perpassa por experiências no atendimento às Urgências e Emergências. Desde UPAs até UBS na Atenção Primária, o campo da UE oferta as principais oportunidades de “primeiro emprego” para um recém-formado. Contudo, é importante recordar que a atuação nessa realidade envolve muitos riscos e requer competências específicas essenciais para o manejo rápido e adequado dos pacientes. (AGUIAR, 2011; ROSA FILHO, 2020)

Por outro lado, as escolas médicas do país, especialmente a Universidade Federal da Bahia (UFBA) vivem um contexto que nem sempre vai ao encontro dessa perspectiva. A falta de estrutura dos hospitais universitários, a escassez de docentes providos de formação acadêmica específica em UE e a inconsistência

no cumprimento das diretrizes curriculares nas graduações em Medicina pelo país no que tange à abordagem de temas relacionados à UE são algumas das características que permeiam o ensino da área no Brasil. (AGUIAR et al., 2011)

O QUE HOVE NO SÉCULO XX?

Até a década de 1930, o modelo de formação médica no Brasil era caracterizado por um ensino predominantemente teórico, com base no formato europeu. A partir de 1940, o treinamento prático começou a fazer parte do ensino acadêmico, implementando as características do modelo de ensino norte-americano nas escolas médicas do país. (AGUIAR et al., 2011) Já na década de 1950, iniciaram-se programas destinados à prática pré-profissional supervisionada no sexto ano, como complemento ao conteúdo predominantemente teórico das fases anteriores. Porém, foi apenas em 1969 que se normatizou a obrigatoriedade de um período prático no final da formação acadêmica na graduação em Medicina: o internato. (CHAVES; GROSSEMAN, 2007) Antes disso, a realidade era marcada pela busca ativa dos estudantes por treinamentos práticos em serviços hospitalares com o objetivo de suprir as deficiências do ensino universitário. A grande problemática é que muitos desses alunos acabavam se atrelando a serviços de especialidades e até subespecialidades em um contexto ainda prematuro na formação, um processo conhecido como especialização precoce e, nessa perspectiva, o internato foi criado com o objetivo de impedi-lo.

Da mesma forma, na Bahia, na década de 1950, os discentes procuravam, de forma espontânea e interessada, estágios voluntários de Cirurgia e Emergência no HGV, atual Hospital Geral do Estado (HGE), sem nenhuma relação com a grade curricular. Sendo este o único hospital de pronto-socorro da época, localizado no bairro do Canela, ele era o principal local de aprendizado das habilidades de emergências e urgências. Caracterizado por condições precárias e pequeno espaço, desproporcional à grande demanda de pacientes, essa forma de estágio era estabelecida pelo contato direto entre os estudantes e os médicos que os acompanhavam para acompanhá-los em seus plantões. (NEVES, 2008)

Apesar da inclusão do internato no currículo acadêmico, os temas abordados se limitavam às áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia, Obstetrícia e Pediatria. Nesse sentido, buscando suprir as deficiências no ensino da área de UE de forma mais específica, algumas instituições, como a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), começaram a realizar alterações em sua grade curricular. Foi assim que, em 1992, surgiu a primeira disciplina de Emergências Clínicas no Brasil. (DIAS, 2016)

Em 2001, foi publicada uma nova edição das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, chegando a incluir como parte das competências e habilidades específicas da formação médica: “Realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências em todas as fases do ciclo biológico”. (BRASIL, 2001) Tal feito se mostrou um progresso significativo na busca pela inserção desse tema na formação, ainda que na ausência de orientações mais elucidativas acerca do modo de sua implementação.

Entretanto, na maioria das faculdades de Medicina do Brasil, a matriz curricular é marcada por uma defasagem no ensino das emergências médicas, traumáticas e não traumáticas. Tal deficiência vai em direção contrária às estatísticas, que mostram que 70% dos médicos, sobretudo nas fases de iniciação e afirmação profissional, trabalham em plantões de pronto atendimento. (FRAGA; PEREIRA JÚNIOR; FONTES, 2014) Sem o devido preparo técnico e emocional, esses profissionais são expostos a longas jornadas, em múltiplos empregos, com más condições de trabalho e grandes responsabilidades. (PEREIRA JÚNIOR, 2015)

Em 2013, foi instituída a Lei nº 12.871, de modo a exigir que pelo menos 30% da carga horária do internato seja destinada às atividades na Atenção Básica e em Serviços de UE do SUS, com predomínio de atividades de caráter prático. (SORTE et al., 2020) Esse foi mais um avanço relevante na história, rumo à conquista de mais espaço para os conhecimentos de UE na grade curricular das universidades.

DESAFIOS ENFRENTADOS PARA O ENSINO DE UE NO BRASIL

Considerando que a especialidade foi oficializada apenas em 2015, os profissionais que se formaram nas primeiras turmas de Residência Médica em Medicina de Emergência constituem um grupo pequeno de pessoas que ainda estão se consolidando nesse âmbito. Em comparação com as outras especialidades, ainda não houve tempo hábil para que esses médicos ocupem a maioria dos cargos de docentes específicos da área e sejam os precursores de materiais didáticos a serem ofertados no âmbito acadêmico.

Outro ponto importante é o entendimento de que a introdução antecipada e organizada dos temas na grade curricular e do próprio estudante no contexto de atendimento nos serviços de UE permite um aprendizado prolongado e mais eficiente. (ROSA FILHO, 2020) No entanto, dentro das universidades, o contato estabelecido pelo aluno com esse ramo, muitas vezes, se restringe a oportunidades pontuais e isoladas, em que a consolidação dos conteúdos assimilados é prejudicada.

No que tange aos anos que antecedem o internato, ao longo da graduação, na maioria dos casos, como ocorre na Bahia, não há uma formação específica em UE, fazendo com que a temática seja subdividida dentro da Clínica Médica e da Clínica Cirúrgica, deixando esse ensino a cargo de profissionais que não se encontram inseridos nos serviços de UE. Isso dificulta o ensino e o aprendizado por não haver uma contextualização da realidade vivida nos locais de trabalho de UE. (DIAS, 2016)

Além disso, a promoção de experiências no campo de UE para os graduandos esbarra na questão estrutural dos principais serviços públicos de todo o país: precariedade e escassez de leitos, ausência de materiais necessários, além de uma logística desorganizada e sobrecarregada do sistema público. (AGUIAR et al., 2011) Nesse ponto de vista, é importante ressaltar que o fato do hospital universitário da UFBA não ter um serviço de pronto atendimento distancia os alunos dessa realidade, o que faz com que os alunos não tenham onde acompanhar os serviços de UE com supervisão dos professores e necessitem ir em busca de atividades extracurriculares para preencher tal demanda. (DIAS, 2016)

Por fim, destaca-se também que a inexistência de registros sistematizados, a desintegração entre hospitais de complexidade diferentes e o Instituto Médico Legal (IML) e a escassez de trabalhos científicos com enfoque na epidemiologia desse cenário resultam em um acúmulo de experiências no atendimento às urgências e emergências que é dissipado em diferentes modelos de condutas. (AGUIAR et al., 2011)

COMO É O ENSINO DE UE NA UFBA?

O ensino de UE na FMB-UFBA abrange um eixo ainda em consolidação. Até pouco tempo, os temas relacionados à UE eram abordados apenas de forma pouco aprofundada nas disciplinas Internato I em Clínica Cirúrgica (MED 232) e Internato I em Clínica Médica (MED 229). Não apenas na FMB-UFBA, mas na Bahia em geral, até o surgimento da especialidade Medicina de Emergência, o ensino desse conteúdo de forma específica era praticamente inexistente, mesmo que já constasse a sua necessidade na Lei nº 12.871.

Muitas das transformações vistas na vivência da graduação em Medicina na FMB-UFBA no sentido de expansão do contato com os temas de UE são bem recentes. Para falar sobre isso, foram entrevistados o dr. Geibel Reis e o dr. Ricardo Zantieff, ambos médicos formados pela FMB-UFBA e ex-professores do eixo de UE pelo Departamento de Cirurgia e Anestesiologia.

Em 2013, o cenário da grade curricular da faculdade era caracterizado pela ausência de disciplinas sobre a temática, inclusive no internato. Até aquele

momento, o único ambiente da faculdade no qual se falava sobre isso de maneira ampla era a Liga Acadêmica do Trauma e Emergências Médicas (Laeme). Como membro da Laeme, Geibel, juntamente com seus colegas de turma e também membros da liga, dr. Fernando Gouveia e dr. Leonardo Barbosa, prestes a entrarem no internato em 2013, constataram um déficit significativo de seus colegas de turma acerca dos conceitos de UE, com os quais eles já tinham familiaridade. Diante dessa percepção e do receio de que seus colegas fossem reconhecidos pelo despreparo para atuarem como internos, principalmente em comparação aos graduandos das universidades particulares que já tinham um contato maior com o tema, eles idealizaram o Curso de Imersão em Emergências Médicas (Cieme). Com o apoio do prof. dr. André Gusmão e a organização promovida pela Laeme, o Cieme se estabeleceu com o intuito de revisar os conceitos da UE e treinar habilidades práticas necessárias para a atuação nesse contexto, de forma singular para a turma de Geibel, Leonardo e Fernando.

Por meio de aulas teóricas intercaladas por estações de simulação prática sobre temas relevantes da UE como Trauma, Insuficiência Respiratória Aguda, Abdome Agudo, Sepsis, Choque e outros, o Cieme se perpetuou e se expandiu. Sob a supervisão do prof. André, o curso é realizado até hoje (2021) e já está em sua 16ª edição, com a participação de mais de dez ligas acadêmicas da FMB, que organizam o curso semestralmente para os alunos do 8º semestre que estão prestes a entrar para o internato.

Seguindo com o propósito de expandir o ensino de UE, o prof. André Gusmão, por intermédio do Departamento de Cirurgia e Anestesiologia da FMB-UFBA e seus docentes, conquistou a criação do eixo de U E na faculdade e a inserção da disciplina no internato. No entanto, essa realização ainda enfrentava obstáculos devido à falta de especialistas na área para ocupar o cargo de docência. Em 2017, já graduados, com mais experiência e ainda interessados pela Medicina de Emergência, os médicos Geibel, Fernando e Leonardo retornam ao contexto universitário, propondo-se a dividirem o cargo de professor do internato – dividindo, inclusive, um único salário – e a transformarem o componente curricular de modo a estabelecer uma metodologia eficiente e mais condizente com as necessidades dos alunos para despertar neles o interesse por essa área. Influenciados pelo que era desenvolvido nas sessões de ensino da Laeme, eles implementaram a metodologia baseada em simulações de casos para as aulas da matéria, tornando-as mais proveitosas para o aprendizado.

Esse rodízio funciona em um sistema de oito semanas, sendo apenas uma aula teórica em cada, enquanto nos outros dias os alunos se distribuem em plantões pelo HGE e com o Samu, tanto na regulação quanto na intervenção, sendo essas experiências enriquecedoras para complementar e amplificar o que era visto em sala de aula.

Além disso, é importante abordar a criação do módulo de Urgência e Emergência do componente curricular de Medicina Social e Clínica I (MED B10) no ano de 2017. Com a participação dos docentes do departamento supracitado e dos discentes da Laeme, o módulo abrange uma parte da carga horária da disciplina com atividades voltadas para o ensino de primeiros socorros para os estudantes ingressos no primeiro semestre do curso de graduação.

Em 2019, foi aprovado um novo projeto pedagógico do curso de graduação em Medicina pela Congregação da Faculdade de Medicina que inclui, em sua proposta, a oficialização do eixo de UE, contendo três novos componentes curriculares (Emergência I no primeiro semestre, Emergência II no quinto semestre, e Emergência III no oitavo semestre). Até o presente momento, a medida ainda não foi executada, mas representa um reconhecimento da importância da área para a formação médica e o desejo ainda existente de que sua participação seja expandida na graduação.

Nesse mesmo ano, o dr. Ricardo Zantieff foi admitido como professor substituto do eixo de UE, pelo Departamento de Cirurgia e Anestesiologia. Acerca do cenário presente no ensino de UE na FMB-UFBA, ele afirmou em entrevista³ que

O internato de Urgência e Emergência era muito bem organizado, apesar de todas as dificuldades que enfrentava - falta de infraestrutura adequada e escassez de materiais necessários, carga horária pequena, pouca organização no sentido burocrático, tendo em vista que ainda não constava como matéria no sistema, era como se a matéria não existisse para a faculdade, ocupando uma parte do que seria o internato de Clínica e uma parte do de Cirurgia - na prática, a matéria era muito bem falada pelos alunos e carregava uma motivação que foi deixada por Geibel, Leonardo e Fernando.

O dr. Ricardo também comentou sobre o impasse pedagógico enfrentado pela carga-horária da matéria no internato, tendo em vista que é composta por apenas uma aula teórica semanal com duração de seis a oito horas seguidas. Então, mesmo com simulações e atividades práticas como principal elemento da metodologia da disciplina, tanto para ensino quanto para avaliação, o período de aula se torna muito cansativo e contraproducente para os alunos e para o docente.

Em 2020, mesmo com a pandemia e a interrupção das aulas, o eixo continuou promovendo atividades de forma remota para manter a empolgação e o interesse dos estudantes pelo tema, inclusive conseguindo proporcionar uma matéria durante o semestre letivo suplementar. Chegando aos dias atuais, com o retorno das atividades presenciais, foi possível retomar os métodos utilizados previamente para a disciplina.

3 Entrevista concedida aos autores, realizada eletronicamente via aplicativo de mensagens.

Em uma perspectiva muito otimista acerca do eixo de UE, o dr. Ricardo encerrou a entrevista com a seguinte reflexão:

Apesar de todos os pesares, a matéria continua sendo muito interessante e proveitosa para todos os lados. Eu, enquanto professor, gostava muito de dar essas aulas e os alunos sempre muito motivados, gostavam de estar lá e participar, alguns chegavam até a dar plantões extras pois enxergavam a importância da matéria e se dedicavam verdadeiramente para o aprendizado.

QUAIS AS PERSPECTIVAS DA UE PARA O FUTURO?

O ensino de UE veio para ficar e continuará crescendo. As diretrizes curriculares estão evoluindo nesse aspecto em todo o país e, cada vez mais, a sua importância é reconhecida por docentes e por discentes. A quantidade de programas de residência tem aumentado e, com isso, está crescendo também a quantidade de pessoas chegando às faculdades que enxergam a importância do tema e se dedicam a espalhar esse conhecimento.

Apesar do enfoque na parte prática, a área da UE abrange muito mais do curso de Medicina do que apenas protocolos e procedimentos. Saber o que fazer para o seu paciente na emergência exige conhecimentos de Fisiologia, Anatomia, Semiologia, Terapêutica e muito mais. Tal fato elucidada a necessidade da implementação de um eixo longitudinal na matriz curricular da graduação, tanto da FMB, quanto de tantas outras universidades pelo país que ainda enfrentam a defasagem nesse âmbito. (FRAGA; PEREIRA JÚNIOR; FONTES, 2014)

Uma das perspectivas mais promissoras para o ensino de UE nas universidades é a simulação. A simulação realística engloba não apenas o treinamento de habilidades técnicas, mas também o gerenciamento de crises, liderança, trabalho em equipe, inteligência emocional e o desenvolvimento de raciocínio clínico em situações críticas ou que possam provocar prejuízos ao paciente. (BRANDÃO; COLLARES; MARIN, 2014) Quando falamos de países de primeiro mundo, muitas vezes, essas simulações incluem tecnologias e ferramentas de alto padrão e, conseqüentemente, elevado custo, algo que em um país como o Brasil, no qual os investimentos na área de educação pública são limitados, esse tipo de experiência pode demorar a chegar na FMB-UFBA. Mas espera-se que as simulações, mesmo com poucos recursos, apenas com a elaboração de casos e a interpretação de manequins, já possam, pouco a pouco, expandir-se como metodologia de aprendizado nas salas de aula.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Harley Daviddson Gomes *et al.* O ensino da medicina de urgência no Brasil. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 21, n. 4, supl. 6, p. 27-32, 2011.
- ALAGAPPAN, Kumar; HOLLIMAN, Cecil James. History of the development of international emergency medicine. *Emergency Medicine Clinics of North America*, Philadelphia, v. 23, n. 1, p. 1-10, 2005. DOI: 10.1016/j.emc.2004.09.013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15663970>. Acesso em: 19 ago. 2021.
- ALI, Jameel *et al.* Effect of the Advanced Trauma Life Support Program on Medical Students' Performance in Simulated Trauma Patient Management. *The Journal of Trauma*, Baltimore, v. 44, n. 4, p. 588-591, Apr. 1998. DOI: 10.1097/00005373-199804000-00005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9555827/>. Acesso em: 19 ago. 2021.
- ALMEIDA, Priscila Masquetto Vieira de *et al.* Análise dos atendimentos do SAMU 192: Componente móvel da rede de atenção às urgências e emergências. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 289-295, abr./jun. 2016.
- AMARAL, Carolina Siqueira do *et al.* Situações de urgência e emergência na atenção primária reguladas pelo SAMU. *Journal Health NPEPS*, Tangará da Serra, MT, v. 3, n. 1, p. 241-252, 2018.
- ARNAUD, Frederico. *Emergência já, amor pra sempre: medicina de emergência: a história no Brasil*. [S. l.]: ABRAMEDE: AMB, [2109]. Disponível em: <http://www.comedepb.com.br/wp-content/uploads/2019/05/AULA-HISTORIA-DA-ME-CAMBURIU.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2021.
- ARNOLD, Jeffrey L. International Emergency Medicine and The Recent Development of Emergency Medicine Worldwide. *Annals of Emergency Medicine*, Saint Louis, MO, v. 33, n. 1, p. 97-103, Jan. 1999.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DE EMERGÊNCIA. *Breve resumo da história da especialidade de medicina de emergência no Brasil*. Porto Alegre, [201-]. Disponível em: <https://abramede.com.br/a-medicina-de-emergencia-no-brasil/>. Acesso em: 19 ago. 2021.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DE EMERGÊNCIA. *Editais de Suficiência para obtenção do título de Especialista em Medicina de Emergência – 2020*. Fortaleza, 6 maio 2020. Disponível em: <http://abramede.com.br/wp-content/uploads/2020/03/EDITAL-V-FINAL.pdf>. Acesso em: 28 set. 2021.
- AZEREDO, Ricardo. Experiência pioneira do HPS recebe reconhecimento nacional. *Prefeitura de Porto Alegre Notícias*, Porto Alegre, 18 set. 2015. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_noticia=180900&EXPERIENCIA+PIONEIRA+DO+HPS+RECEBE+RECONHECIMENTO+NACIONAL. Acesso em: 19 ago. 2021.

BAYRAM, Jamil *et al.* Core curricular elements for fellowship training in international emergency medicine. *Academic Emergency Medicine*, Hoboken, v. 17, n. 7, p. 748-757, July 2010.

BRANDÃO, Carolina Felipe Soares; COLLARES, Carlos Fernando; MARIN, Heimar de Fatima. A simulação realística como ferramenta educacional para estudantes de medicina. *Scientia Medica*, Porto Alegre, v. 24, n. 2, p. 187-192, 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília DF, p. 38, 9 nov. 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior Resolução CNRM nº 12, de 6 de julho de 2021. Aprova a matriz de competências dos programas de Residência Médica em Medicina de Emergência no Brasil. *Diário Oficial da União*: seção: 1, Brasília, DF, n. 126, p. 451, 7 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 56, 6 out. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. *Diário Oficial da União*: seção 1, p. 32-54, Brasília, DF, 12 nov. 2002.

CABRAL, Amanda Priscila de Santana; SOUZA, Wayner Vieira de. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do Nordeste brasileiro. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 530-540, dez. 2008.

CARLI, Pierre. Prehospital Care in France, current Status and International Controversies. *Acta anaesthesiologica Scandinavica*, Oxford, v. 110, p. 69-70, 1997. DOI: 10.1111/j.1399-6576.1997.tb05507. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/Prehospital-care-in-France%2C-current-status-and-Carli/9c17be335d0b9b55fb645f590eac1dfb5489180f>. Acesso em: 20 ago. 2021.

CARMONT, Michael R. The Advanced Trauma Life Support course: A History Of Its Development and Review of Related Literature. *Postgraduate Medical Journal*, London, v. 81, n. 952, p. 87-91, Feb. 2005.

CHAVES, Igor Tavares da Silva; GROSSEMAN, Suely. O Internato médico e suas perspectivas: estudo de caso com educadores e educandos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 31, n. 3, p. 212-222, dez. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022007000300003>. Acesso em: 20 ago. 2021.

COLLICOTT, Paul E.; HUGHE, Irvane. Training in Advanced Trauma Life Support. *JAMA*, Chicago, v. 243, n. 11, p. 1156-1159, 1980.

DALLAN, Luís Augusto Palma; TIMERMAN, Ari. Síndrome coronária aguda – do pré-hospitalar à sala de emergência. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 251-72, abr./jun. 2010.

DIAS, Neemias da Silva. *Percepção dos alunos do nono semestre de graduação sobre o ensino de urgência e emergência na Faculdade de Medicina da Bahia*. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

DOURADO, Eliana Maria Ribeiro. *Análise da política nacional de atenção às urgências: uma proposta*. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2013.

DRUMOND, Domingos André Fernandes. Editorial – Trauma é uma doença. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 24, n. 4, p. 442-443, 2014.

FRAGA, Gustavo Pereira, PEREIRA JÚNIOR, Gerson Alves; FONTES, Carlos Edmundo Rodrigues. A situação do ensino de urgência e emergência nos cursos de graduação de medicina no Brasil e as recomendações para a matriz curricular. In: LAMPERT, Jadete Barbosa; BICUDO, Angélica Maria (org.). *10 anos das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Medicina*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2014. p. 41-56.

GONZALEZ, Maria Margarita Castro; TIMERMAN, Sergio. Adult Advanced Cardiovascular Life Support: Entering the New Chain or Survival. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 239-250, abr./jun. 2010.

GRANJA, Gabriela Ferreira *et al.* Análise da Política Nacional de Atenção às Urgências no SUS: avanços e desafios na efetivação das Redes de Atenção à Saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE – UNIVERSALIDADE, IGUALDADE E INTEGRALIDADE DA SAÚDE: UM PROJETO POSSÍVEL, 2., Belo Horizonte, 2013. *Anais [...]*. Belo Horizonte: [s. n.], 2013.

HORA, Ruan Sousa da *et al.* Caracterização do atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) às emergências clínicas. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, n. 23, p. 1-9, 2019.

KONDER, Mariana Teixeira; O'DWYER, Gisele. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 525-545, abr./jun. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000200525&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 30 abr. 2021.

LOPES, Sérgio Luiz Brasileiro; FERNANDES, Rosana Joaquim. Uma breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 32, n. 4, p. 381-387, out./dez. 1999. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/7740>. Acesso em: 20 ago. 2021.

MACHADO, Cristiani Vieira; SALVADOR, Fernanda Gonçalves Ferreira; O'DWYER, Gisele. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira.

Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 519-528, jun. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000300010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 abr. 2021.

MARQUES, Carla Pintas. Rede de atenção às urgências: avanços e desafios para sua consolidação. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, DF, v. 8, n. 1, p. 41-48, 29 mar. 2014. Disponível em <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1451>. Acesso em: 30 jun. 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1877-1886, ago. 2008.

NASR, Adonis *et al.* (ed.). *The Trauma Golden Hour: A Practical Guide*. [S. l.]: Springer Nature, 2020.

NEVES, Nedy Maria Branco Cerqueira (org.). *A primeira faculdade de medicina brasileira: experiências vividas pelos seus grandes alunos*. Salvador: CREMEB, 2008.

O'DWYER, Gisele *et al.* O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, p. 1-14, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000705010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 abr. 2021.

OLIVEIRA, Cátia C. Martins *et al.* Efetividade do serviço móvel de urgência (Samu): uso de séries temporais interrompidas. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 53, p. 1-9, nov. 2019.

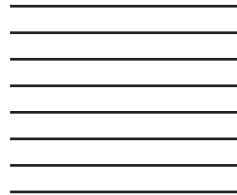
PAZIN FILHO, Antonio *et al.* Simulação de pacientes – cursos de suporte de vida acs, bls e pals na FMRP - USP. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 40, n. 2, p. 204-212, abr./jun. 2007. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/318>. Acesso em: 30 abr. 2021.

PAZIN FILHO, Antonio; SCARPELINI, Sandro. Medicina de Emergência na FMRP-USP – Você pode fugir, mas não há como se esconder! *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 43, n. 4, p. 432-443, 2010.

PEREIRA JÚNIOR, Gerson Alves *et al.* O ensino de urgência e emergência de acordo com as novas diretrizes curriculares nacionais e a lei dos Mais Médicos. *Cadernos ABEM*, Brasília, DF, v. 11, p. 20-47, out. 2015.

PIVA, Jefferson Pedro; BORGES, Luiz Alexandre Alegretti. Todo paciente em situação de emergência tem direito a ser atendido por um médico emergencista. *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre, v. 54, n. 2, p. 261-262, abr./jun. 2010. Disponível em: <https://livrozilla.com/doc/1145541/todo-paciente-em-situacao-de-emergencia-tem-direito-a>. Acesso em: 19 ago. 2021.

- ROMEO, Ana C. *et al.* Red Wave: Improving Care to Severe Trauma Victims. *Panamerican Journal of Trauma, Critical Care & Emergency Surgery*, New Delhi, v. 6, n. 3, p. 155-159, 2017.
- ROSA FILHO, Ailton Marques *et al.* A inserção de acadêmicos de medicina na sala vermelha e a complementação ao ensino de urgência e emergência: relato de experiência. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 3, n. 2, p. 2396-2405, Mar./Apr. 2020.
- SOLLA, Davi Jorge Fontoura *et al.* Background-Regionalized Integrated Networks for ST-Segment-Elevation Myocardial Infarction (STEMI) Care Have Been. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, Dallas, v. 6, n. 1, Jan. 2013. Disponível em: <http://circoutcomes.ahajournals.org/lookup/suppl/doi:10.1161/CIRCOUTCOMES.112.967505/-/DC1>. Acesso em: 21 ago. 2021.
- SORTE, Érica Manuela da Silva Boa *et al.* Análise da percepção de acadêmicos sobre o ensino de urgência e emergência em curso médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 44, n. 3, p. 1-8, 1 abr. 2020.
- STYNER, James K. The Birth of Advanced Trauma Life Support (ATLS). *Surgeon*, Edinburgh, v. 4, n. 3, p. 163-165, June 2006.
- TELES, Andrei Souza *et al.* Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Estado da Bahia: subfinanciamento e desigualdade regional. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 51-57, mar. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2017000100051&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 abr. 2021.
- VAN OLDEN, Ger D. *et al.* Clinical Impact of Advanced Trauma Life Support. *The American Journal of Emergency Medicine*, Philadelphia, v. 22, n. 7, p. 522-525, Nov. 2004.
- VIEIRA, Célia Maria Sales; MUSSI, Fernanda Carneiro. A implantação do projeto de atendimento móvel de urgência em Salvador/BA: panorama e desafios. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 793-797, dez. 2008.
- WANG, Peng *et al.* Comparison of Severe Trauma Care Effect Before and After Advanced Trauma Life Support Training. *Chinese Journal of Traumatology*, Chongqing, v. 13, n. 6, p. 341-344, Dec. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3760/cma.j.issn.1008-1275.2010.06.0014>. Acesso em: 18 ago. 2021.
- WILLIAMS, Michael J. *et al.* Improved Trauma Management with Advanced Trauma Life Support (ATLS) Training. *Journal of Accident & Emergency Medicine*, London, v. 14, p. 81-83, Mar. 1997. Disponível em: <http://emj.bmj.com/>. Acesso em: 18 ago. 2021.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Injuries Violence the Facts*. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149798/9789241508018_eng.pdf. Acesso em: 18 ago. 2021.



10

HISTÓRIA DA MEDICINA INTENSIVA

Caio Vinícius Sá de Pinho Laythiner
Camila Rodrigues Blumetti
Jamine da Silva Vieira
Maria Tereza Calchi Fanti Fernandes
Marcella Gomes
Paulo Victor dos Santos Lima Paim
Vitória Oliveira de Queirós

RAÍZES DA MEDICINA INTENSIVA

Em meados do século XIX, ocorreu um conflito a nível mundial que ficou conhecido como Guerra da Crimeia. Diante de ambições expansionistas, o Império Russo viveu, durante três anos, uma batalha contra o Império Otomano, o Reino Unido, a França e o Reino da Sardenha (atual região da Itália). Nesse cenário, surgiu uma personagem que exerceu papel crucial no combate: Florence Nightingale. Não estando na linha de frente, despida de uniforme bélicos e nem ao menos portando arma de fogo, Florence, uma enfermeira britânica, fez história nessa guerra.

Essa enfermeira, hoje mundialmente conhecida no âmbito da saúde, conseguiu com que a taxa de mortalidade entre os soldados britânicos da Guerra da Crimeia

diminuísse de 40% para 2%. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA INTENSIVA, 2020) E esse feito foi alcançado através da classificação dos doentes de acordo com a gravidade, dividindo-os em grupo de modo que os classificados como mais graves, que recebiam o que hoje equivaleria à “pulseira vermelha” nas emergências, permaneciam sob maior vigilância e melhor atendimento. Tal acompanhamento caracteriza o primórdio da monitorização do paciente grave, essência da Unidade de Terapia Intensiva (UTI). (ALHAZZANI et al., 2020; BIONDI; NIGHTINGALE, 2021)

Para além desse fato, que significou a semente da Terapia Intensiva, as UTIs, no modelo mais próximo ao qual conhecemos hoje, apenas foram criadas quase um século depois, em Boston, nos Estados Unidos. No ano de 1926, o neurocirurgião Walter Edward Dandy estabeleceu a existência de três leitos para pacientes neuropediátricos pós-cirúrgicos no Hospital Johns Hopkins. Nesses três leitos separados dos demais, as funções vitais eram monitorizadas, os pacientes recebiam cuidado mais “de perto” e estavam disponíveis medidas de suporte complementares para cada um deles. Dessa forma, dr. Walter Dandy se consagra no cenário médico como Pai da Primeira UTI do Mundo.

É curioso observar que primeiro criaram o espaço, para depois criarem a especialidade que exerceria função de acordo com o objetivo do espaço. Mas isso não demorou muito: cerca de 30 anos depois do dr. Walter Dandy criar a unidade de cuidados intensivos, surge o primeiro médico intensivista na história mundial, Peter Safar. Além de instituir na cidade de Baltimore a primeira UTI cirúrgica, preconizou outros pilares importantes para o desenvolvimento assistencial da Terapia Intensiva, dentre os quais estão o atendimento de urgência-emergência, a formulação do ABC primário em UTI, a criação da técnica de ventilação artificial boca a boca e a compressão torácica. (BIONDI; NIGHTINGALE, 2021)

Ademais, dr. Peter desenvolveu a primeira disciplina que abordava conceitos da Medicina Intensiva denominada Medicina de Apoio Crítico, na Universidade de Pittsburgh, nos Estados Unidos. Somado a todas essas realizações, contribuiu com a elaboração dos projetos das ambulâncias-UTI, fundou a Associação Mundial de Medicina de Emergência e foi cofundador da Society of Critical Care Medicine, maior organização médica dedicada à prática de cuidados críticos.

Apesar de dr. Walter e dr. Peter terem recebido o título de pioneiros da Medicina Intensiva na história, a luta pelo combate à paralisia infantil trouxe à luz um nome que não deixa de exercer função importante nesse cenário. Durante a década de 1950, alguns locais do mundo vivenciaram um dos piores surtos de poliomielite da história. Nessa circunstância, surge a relação entre o vírus e a origem das UTIs decorrente do uso dos pulmões de aço, conhecidos na atualidade como ventiladores pulmonares.

Diante de um cenário no Hospital Blegdam, na Dinamarca, onde 87% das pessoas com pólio desenvolviam alguma complicação respiratória e evoluíam para óbito, Bjorn Ibsen revolucionou a Medicina com a criação do ventilador respiratório através de uma traqueostomia. Entretanto, para o sucesso dessa prática, foi necessário o trabalho conjunto de diversos profissionais para ventilar manualmente esses pacientes de forma ininterrupta.

O resultado desse trabalho de monitorização constante, com presença de especialistas e disponibilidade de equipamentos mais avançados, foi a redução da mortalidade em 31%, além da concepção da UTI. (PAIVA, 2020)

O olhar vigilante para com o paciente crítico foi um importante precursor da Medicina Intensiva, possibilitando, assim, desfechos clínicos favoráveis em pacientes críticos. A estratificação do doente e a monitorização constante dos gravemente enfermos por médicos especialistas são, portanto, as verdadeiras raízes da Medicina Intensiva no mundo.

O INTENSIVISMO NO BRASIL

Mesmo tendo suas raízes fincadas em meados do século XIX, a Medicina Intensiva ainda é uma área recente na saúde, principalmente quando pensamos na sua chegada ao Brasil. (HASSEGAWA et al., 2017)

Como visto anteriormente, a UTI e o intensivista emergiram efetivamente há menos de 100 anos, demorando cerca de 50 anos para chegar ao Brasil. E mesmo após o surgimento da especialidade no país, o seu reconhecimento não foi imediato, visto que, até o início da pandemia da covid-19, em 2020, a Medicina Intensiva era pouco disseminada no nosso território. Nesse prisma, no Brasil, as tecnologias e técnicas mais recentes não se propagam a toda comunidade de forma célere, como em alguns outros países, devido ao nosso investimento deficiente em pesquisa e desenvolvimento tecnológico, intensificado pelas práticas de austeridade, cada vez mais fortes ao longo dos últimos anos.

No contexto brasileiro, o princípio da Medicina Intensiva é datado na década de 1950, com a importação dos primeiros ventiladores de pressão negativa pela Universidade de São Paulo (USP). As primeiras UTIs no Brasil foram implantadas a partir de 1960, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), e logo esse modelo de ambiente hospitalar se disseminou pelo Brasil, graças às discussões e às pesquisas fomentadas pela equipe do hospital acerca do paciente crítico.

A UTI é um local para pacientes em situações graves ou com risco de morte, para os quais é aplicada tecnologia de ponta com inúmeros mecanismos, visando assegurar a sobrevivência do enfermo. Nesse cenário, é possível compreender a

necessidade de um profissional devidamente especializado, que consiga interpretar o paciente da maneira mais efetiva e manusear os equipamentos/procedimentos com notória destreza. Contudo, nesse aspecto, o Brasil encontra um grande entrave, uma vez que dados estimam que, em 2020, menos de 2% dos médicos brasileiros se enquadram como intensivistas, totalizando cerca de 7.100 médicos, em números gerais. Isso denota uma carência na UTI, que com frequência precisa do auxílio de outras especialidades para suprir as necessidades da população.

Mudanças frutíferas, entretanto, foram promovidas e podem trazer uma nova perspectiva para a área em cenário nacional, tendo em vista que, em abril de 2021, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), associada à Associação de Medicina Intensiva Brasileira (Amib), modificou a Residência em Medicina Intensiva, tornando-a uma especialidade com acesso direto. Essa modificação se traduz em uma redução no tempo de formação e número de concursos necessários para ser um especialista na Terapia Intensiva, afinal, antes era preciso fazer uma residência prévia. Dessa forma, a área torna-se consideravelmente mais atrativa, tendendo a formar mais intensivistas em menos tempo.

Quanto ao número de UTIs, o Brasil se enquadra, em números gerais, adequadamente, conseguindo, nesse aspecto, suprir a necessidade da população. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde, a situação ideal é de 1 a 3 leitos de UTI para cada 10 mil habitantes. Diante disso, o solo brasileiro apresentava, em março de 2020 – contexto pandêmico –, uma razão de 2,2 leitos a cada 10 mil cidadãos, de acordo com a Amib. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA INTENSIVA, 2020) Frente ao tamanho continental do país e à desigual distribuição de recursos por seu território, é possível denotar uma diferença regional nessa escala, principalmente referente ao serviço público, ao qual a maioria da população tem acesso. Enquanto existem regiões com 1,8 leitos a cada 10 mil habitantes, como no Sul e Sudeste, a região Norte encontra-se abaixo do adequado, com uma relação de 0,9, e o Nordeste em situação limítrofe, com relação de 1 leito para cada 10 mil habitantes. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA INTENSIVA, 2020, 2021b; SCHEFFER; CASSENOTE, 2020)

No tocante à rede privada, a situação melhora consideravelmente, uma vez que todas as regiões apresentam relação maior que 3. Tendo em vista as diferenças regionais e os diferentes tipos de serviços, é muito importante ter uma visão cuidadosa acerca das particularidades de cada local e, assim, conseguir apoio para localidades mais carentes dessas unidades de cuidado intensivo.

Por fim, certamente, a Medicina Intensiva brasileira, assim como qualquer outra área, tem carências e virtudes. Nesse cenário, aparentemente, medidas estão sendo tomadas, visando formar e capacitar mais médicos a trabalhar na UTI,

umentando, dessa forma, o número de profissionais disponíveis e a qualidade do serviço. Ademais, com os avanços tecnológicos na saúde, o quadro também tende a melhorar, levando, assim, a população médica e paciente a prosperar com maior tranquilidade.

MEDICINA INTENSIVA NA BAHIA

Se a história da Medicina Intensiva no Brasil é recente, na Bahia trata-se de menos de 50 anos de trajetória dessa importante especialidade que mudou o destino de pacientes hospitalizados.

A Medicina Intensiva na Bahia tem seu início tímido na década de 1970, inicialmente restrito aos pacientes pós-cirúrgicos, com salas de recuperação anestésica, e aos poucos, disseminando-se para cuidado dos demais pacientes críticos.

A primeira UTI surgiu na Bahia em 1980, sendo instalada no antigo Hospital Getúlio Vargas (atual Hospital Geral do Estado). É importante ressaltar o nascimento da primeira UTI baiana dentro de um hospital público de portas abertas, que atendia qualquer tipo de demanda, como fator de alto impacto para o sucesso dessa implementação, haja vista o grande volume de pacientes que eram internados todos os dias no hospital, além da gravidade deles.

Com o êxito da redução da mortalidade de pacientes críticos e pós-cirúrgicos, em 1982, as unidades se espalharam para hospitais particulares de grande influência na Bahia, como o Hospital Sagrada Família, Português e Espanhol. Diante desse cenário e sob o amparo da criação da Associação Brasileira de Medicina Intensiva, médicos idealizadores das primeiras UTIs baianas se juntaram e, sob direção de dr. Jehovan Carvalho, fundaram a Sociedade de Terapia Intensiva da Bahia (Sotiba), também em 1982.

A fundação da Sotiba foi fundamental para fortalecer as primeiras UTIs, visto que muitos eventos foram organizados com sua criação e discussões em Terapia Intensiva foram fomentadas, estimulando o debate das condutas e fortalecendo a importância de um local para tratamento dos pacientes críticos dentro do hospital. O primeiro desses eventos foi o VIII Congresso Brasileiro de Medicina Intensiva (CBMI), em 1997, primeiro evento a nível nacional de Medicina Intensiva que a Bahia sediava, que abriu as portas e os olhos para a Bahia enquanto potencialidade da área emergente. Devido ao tamanho sucesso, também em 1997 a Bahia sediou I Fórum Latino-Americano de Ressuscitação, trazendo especialistas internacionais e fortalecendo ainda mais a Medicina Intensiva na Bahia.

No entanto, as primeiras UTIs diferem bastante do que chamamos de Medicina Intensiva hoje. É o que nos conta dr. Paulo André Jesuino,¹ médico intensivista que acompanhou, enquanto estudante, os primeiros protótipos de UTI e se formou concomitantemente ao surgimento das primeiras:

Não havia uma linha de cuidado ao paciente crítico – os plantonistas buscavam resolver as complicações agudas do paciente já crítico, sem, no entanto, uma passagem de plantão bem executada ou um diarista que estivesse ciente manejasse o cuidado geral do paciente.

Isso acabava atrapalhando o tratamento dos pacientes, visto que as condutas eram mudadas de um dia para o outro e o cuidado integral do paciente crítico não era priorizado.

Além disso, outro fator bastante diferente se refere à humanização das UTIs, e aqui a Bahia foi pioneira. “*Naquele momento, diversas reportagens saíram em revistas, chamando as UTIs de ‘corredor da morte’, o que gerou impacto na cultura brasileira*”, nos conta Paulo Jesuino em entrevista. “*Os familiares já não queriam que os pacientes fossem às UTIs, apesar da necessidade, por esse imaginário de que as pessoas iam pra morrer, por serem ambientes totalmente fechados e pela falta de proximidade com a família, não permitindo visitas*”, completa ele.

Foi assim que, junto a colegas como André Guanaes, começaram o movimento de Humanização das UTIs, sendo a primeira UTI humanizada a do Hospital Santo Amaro. Consistiam em pequenas mudanças, mas que faziam total diferença para o tratamento do paciente e para a percepção social desses ambientes. Dentre essas modificações, destacam-se a permissão de visitas em horários estipulados, boletim médico junto à família, implantação de ferramentas que deixassem o paciente mais confortável, como televisão, introdução de profissional da psicologia como membro da equipe de UTI, além da construção de janelas que permitissem entrada de luz solar, o que diminui drasticamente a incidência de delirium nesses pacientes.

Essas mudanças foram apresentadas na *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* e nos congressos de Medicina Intensiva subsequentes, influenciando a forma como todo o Brasil tratava e via a saúde dos pacientes críticos.

1 A entrevista com o referido doutor ocorreu no dia 28 de julho de 2021, de forma virtual, por meio da plataforma Google Meet, realizada pelos autores do capítulo.

A UTI NA PANDEMIA DA COVID-19: O GRANDE DESAFIO DA HISTÓRIA DA MEDICINA INTENSIVA

A Medicina Intensiva não apenas ficou conhecida mundialmente como sofreu um fenômeno de democratização por demanda de emergência a partir do final do ano de 2019. A pandemia da covid-19 aumentou a demanda por UTIs e intensivistas em todo o mundo, obrigando diversos governos a mobilizar, construir e até improvisar unidades de cuidados intensivos para fornecer assistência à população, sendo crucial para a sobrevivência dos infectados.

No final do ano de 2019, uma série de casos de uma pneumonia viral atípica foram notificados na cidade de Wuhan, China. O número de pessoas acometidas cresceu rapidamente dentro do país e posteriormente espalhou-se para todo o mundo. Todos eles causados pelo vírus posteriormente identificado como SARS-CoV-2.

Chegando ao Brasil em março de 2020, quando o primeiro caso importado foi identificado em São Paulo. Na Bahia, o primeiro caso foi notificado na cidade de Feira de Santana no dia 6 de março de 2020. Aproximadamente um mês depois, havia um número elevado de pessoas que procuravam as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), apresentando quadro clínico compatível com a doença pelo novo coronavírus (2019-nCoV). Assim, estabeleceu-se uma grande sobrecarga no sistema de saúde, que sofreu com o primeiro pico de casos em agosto de 2020.

Inicialmente, a covid-19 acometia principalmente pessoas idosas e que apresentavam comorbidades e parte delas evoluíam com gravidade, necessitando de terapia intensiva. Essa evolução da doença colocou as UTIs baianas diante do seu maior desafio: um elevado número de pacientes com necessidade de suporte ventilatório contínuo, sedativos, analgésicos, antipiréticos e, muitas vezes, intubação orotraqueal.

Diante disso, leitos de UTI dos hospitais gerais foram destinados aos pacientes acometidos por SARS-CoV-2, hospitais de campanha foram construídos, nos quais equipes de profissionais de saúde que, até então, não se conheciam passaram a trabalhar juntos na assistência à saúde da população na pandemia. Nesse cenário, muitos foram os desafios.

Houve momentos de desabastecimento de insumos básicos nas UTIs devido à grande demanda dos materiais de saúde e os médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem precisaram adaptar seus atendimentos àquela realidade de escassez. (ALHAZZANI et al., 2020)

A UTI, que é um ambiente onde cada paciente precisa de um atendimento personalizado à beira leito e intenso, precisou adaptar-se frente ao elevadíssimo número de pacientes em demanda desses cuidados intensivos. Os médicos que

trabalhavam nas UTIs se viram diante de um impasse, uma vez que ao mesmo tempo em que precisavam prestar o melhor atendimento a cada paciente, a eles era imposta sobrecarga de trabalho grande quando já estavam cansados e esgotados, o que resultou no adoecimento de muitos profissionais de saúde, seja por covid-19 ou *burnout*. Isso aconteceu sobretudo no início da pandemia e primeira onda, tendo em vista que a demanda de pacientes superara inclusive a capacidade de atendimento da equipe de saúde, motivo pelo qual médicos jovens recém-formados foram recrutados para as UTIs. Entretanto, mesmo diante desse reforço de mão de obra, todos trabalharam exaustivamente nesse período, como em uma verdadeira Medicina de Guerra. (EMANUEL et al., 2020)

Essa escassez de profissionais de saúde habilitados a trabalhar nas UTIs evidenciou um problema brasileiro de falta de médicos intensivistas ou mesmo habilitados a trabalhar nesses locais. Isso levou à abertura de editais de Residência Médica de Medicina Intensiva de acesso direto sem os pré-requisitos antes exigidos, que eram Residência em Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia ou Pediatria.

FUTURO DA MEDICINA INTENSIVA

A pandemia da covid-19 alavancou o estabelecimento de novos e valorosos capítulos para a história da Medicina Intensiva. As UTIs que antes eram vistas como um local desconhecido tanto no que diz respeito aos seus recursos materiais quanto humanos, hoje atraem os holofotes de todas as nações do mundo. Dessa forma, o contexto de “guerra”, em que as UTIs se tornam verdadeiros campos de batalha, impulsionou como nunca o desenvolvimento de tecnologias, materiais e especialização humana no contexto da Medicina Intensiva.

Na perspectiva do fomento às tecnologias, o avanço de equipamentos básicos que compõem o cenário tradicional das UTIs, como monitores multiparamétricos, ventiladores mecânicos invasivos e não invasivos, ecocardiogramas, eletrocardiogramas e equipamentos de diálise são os elementos imediatos de progresso e de inspiração para tecnologias que serão desenvolvidas num futuro imediato.

Assim, vislumbrando essa evolução da Medicina Intensiva, é possível enxergar tecnologias cada vez menos invasivas, apelando para inteligência artificial com o objetivo primário de monitorizar o paciente, a partir dos seus diversos sistemas, de forma integrada e contínua. (ALISSON, 2020)

Na contramão dessa “estrada ao futuro”, a pandemia da covid-19 expôs o atraso tecnológico nas escassas UTIs brasileiras, além da falta de mão de obra qualificada para administrar tais espaços, dessa forma, talvez o futuro da Medicina Intensiva, em algumas unidades nacionais, seja a oferta igualitária de tecnologias e estruturas físicas que já existem desde a primeira década do século XXI.

Apesar do fomento às tecnologias materiais, a pandemia da covid-19 pôs em protagonismo o valor subjetivo essencial no futuro da Medicina Intensiva: a humanização. A nova configuração da UTI após a pandemia traz pautas como autonomia do paciente, relação médico-paciente-família e cuidados paliativos. Apesar de ser uma área extremamente técnica, nunca foi tão clara a necessidade da humanização do cuidado à assistência ao doente crítico.

REFERÊNCIAS

ALHAZZANI, Waleed *et al.* Surviving Sepsis Campaign: Guidelines on the Management of Critically ill Adults with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Intensive Care Medicine*, Berlin, v. 46, n. 5, p. 854-887, May 2020.

ALISSON, E. Tecnologia otimiza o uso de ventiladores pulmonares e de leitos em UTI. *Agência FAPESP*, São Paulo, 8 abr. 2020. Disponível em: <https://agencia.fapesp.br/tecnologia-otimiza-o-uso-de-ventiladores-pulmonares-e-de-leitos-em-uti/32911/>. Acesso em: 10 jul. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA INTENSIVA. *AMIB apresenta dados atualizados sobre leitos de UTI no Brasil*. São Paulo, 2020. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/28/dados_uti_amib.pdf. Acesso em: 16 jul. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA INTENSIVA. *Características das UTIs Participantes*. São Paulo, 2021a. Disponível em: <http://www.utisbrasileiras.com.br/uti-adulto/caracteristicas-das-utis-participantes>. Acesso em: 15 jul. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA INTENSIVA. *Comunicado da AMIB sobre o avanço do covid-19 e a necessidade de leitos em UTIs no futuro*. São Paulo, [201-]. Disponível em: <https://www.somiti.org.br/arquivos/site/comunicacao/noticias/2020/covid-19/comunicado-da-amib-sobre-o-avanco-do-covid-19-e-a-necessidade-de-leitos-em-utis-no-futuro.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA INTENSIVA. *A terapia intensiva dá importantes passos em 2021 para garantir o futuro*. São Paulo, 2021b. Disponível em: <https://www.amib.org.br/noticia/nid/a-terapia-intensiva-da-importantes-passos-em-2021-para-garantir-o-futuro/>. Acesso em: 15 jul. 2021.

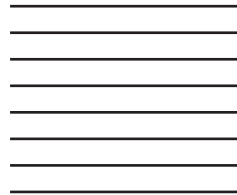
BIONDI, R.; NIGHTINGALE, F. Florence Nightingale e a História da Medicina Intensiva. Disponível em: www.amib.org.br/noticia/nid/florence-nightingale-e-a-historia-da-medicina-intensiva/. Acesso em: 5 jul. 2021.

EMANUEL, Ezekiel J. *et al.* Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *The New England Journal of Medicine*, Boston, v. 382, n. 21, p. 2049-2055, 2020.

HASSEGAWA, Luiz Carlos Ufei *et al.* Perfil da formação médica em terapia intensiva no estado de Rondônia. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 41, n. 1, p. 38-43, jan. 2017.

PAIVA, V. A epidemia que criou a UTI e deu início ao uso dos ventiladores para respiração. *Hypeness*, [s. l.], 7 abr. 2020. Disponível em: www.hypeness.com.br/2020/04/a-epidemia-que-criou-a-uti-e-deu-inicio-ao-uso-dos-ventiladores-para-respiracao/. Acesso em: 1 jul. 2021.

SCHEFFER, Mário *et al.* *Demografia médica no Brasil 2020*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP: Conselho Federal de Medicina, 2020.



11

HISTÓRIA DA GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA NA BAHIA: PERSONAGENS E FATOS CONTEMPORÂNEOS

Ana Caroline Martins Oliveira

Edson O'Dwyer Júnior

Emerson dos Anjos Oliveira

Jussara da Silva Brito

Larissa Waltrick da Silva

Maria Carolina Paraiso Lopes

Tatiana Sampaio da Silva

INTRODUÇÃO

As práticas médicas desenvolvidas em determinado tempo e espaço estão intrinsecamente relacionadas aos valores culturais, sociais e políticos da população em que se inserem. Em vista disso, a evolução das atividades desenvolvidas no âmbito da Ginecologia e Obstetrícia estão também correlatas às transformações sociais, comportamentais e culturais que se estabelecem ao longo dos anos, tal como observado na primeira edição do exemplar de *História da Ginecologia e Obstetrícia* que apresenta uma perspectiva histórica do desenvolvimento dessas práticas na Bahia.

Abordaremos, neste capítulo, temas relacionados à evolução da assistência obstétrica e perinatal, infertilidade conjugal, contracepção e planejamento familiar, prevenção e assistência ao câncer ginecológico.

ASSISTÊNCIA AO PARTO E PERINATAL

O nascer é um ato natural e, na grande maioria das vezes, acontece sem intercorrência alguma. Porém, com o passar do tempo, o parto que era realizado à beira do rio por uma mãe de cócoras e, posteriormente, domiciliar sendo assistida por uma parteira ou outra mulher em quem confiava, foi substituído progressivamente pelo parto em hospital assistido por médicos. Dessa forma, frequentemente a mulher deixou de ser sujeito do próprio parto para ser coadjuvante em um ambiente masculino, desconhecido e, por vezes, hostil, como eram os hospitais na primeira metade do século XX, com intervenções e procedimentos técnicos nem sempre necessários. Ainda, nesse período, destaca-se a ampliação da oferta e acesso aos serviços públicos de saúde materno-infantil com maior participação de instituições filantrópicas, paraestatais, patronais e de trabalhadores. (LEISTER; RIESCO, 2013)

Apesar de já praticado, o parto cesáreo era realizado em número ainda muito reduzido quando comparado ao parto normal na primeira metade do século XX. Em relação à Bahia, mais especificamente, em Salvador, a primeira cesárea foi realizada pelo prof. dr. José Adeodato de Souza, no final do século XIX, em uma de suas pacientes da clínica privada. (COSTA, 2007) Com o passar dos anos e o avanço das técnicas cirúrgicas, há uma ascensão progressiva do parto cesariano, principalmente a partir da década de 1960, de modo que, durante a década de 1970, a incidência desse tipo de parto realizado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps)¹ praticamente dobrou, de 14,6% para 31%. (FAÚNDES; CECATTI, 1991)

Além disso, à época, tinha-se o problema da esterilização cirúrgica. A Lei nº 9.263 que regula o direito da esterilização voluntária a homens e mulheres maiores de 25 anos ou com dois filhos vivos foi sancionada apenas em 1996. Dessa forma, antes dessa data, uma frequente de se obter uma esterilização cirúrgica feminina era por meio de uma cesariana, de modo que mulheres que não desejavam mais ter filhos, mesmo sem nenhuma indicação médica, realizavam cesáreas para obter laqueaduras. (FAÚNDES; CECATTI, 1991)

1 O Inamps, criado em 1977, pela Lei nº 6.439, constituía-se como a política pública de saúde que vigorava antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e foi extinto pela Lei Federal nº 8.689, em 1993. (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, [200-])

Em contrapartida ao crescimento do número de cesáreas e à medicalização do parto, surgem também movimentos pelo “parto sem dor”, “parto sem violência”, capitaneados internacionalmente pelo médico obstetra francês Frédérick Leboyer, e também pelo “parto natural” sem ou com mínima intervenção.

PARTO SEM DOR: DR. GERSON MASCARENHAS

A retrospectiva histórico-social dos movimentos concatenados a metodologias de parto alternativas à cesárea é fundamental para que se entenda o contexto ideológico em que se insere o dr. Gerson de Barros Mascarenhas. Nesse contexto, destacam-se as atuações de algumas personalidades, dentre elas a do obstetra francês Frédérick Leboyer, autor da obra *Nascer sorrindo* (1996) e criador do método Leboyer, no qual tentava garantir ao bebê uma transição lenta do útero ao mundo, oferecendo-lhe uma ambiência semelhante à vivenciada no ventre. Outro destaque deve-se ao obstetra brasileiro Moysés Paciornik que, inspirado por suas vivências em reservas indígenas, tornou-se partidário do parto de cócoras, levando-o, em 1979, à produção da obra *Parto de cócoras: aprenda a nascer com os índios* por considerar tal método menos agressivo e mais naturalizado pela posição verticalizada, que facilitava o alargamento do canal vaginal, e pela ação da gravidade, que auxiliava no desprendimento fetal. (REZENDE FILHO, 2013) Além desses, também é válido assinalar o trabalho do médico cirurgião Michel Odent que tem relevância no âmbito do parto domiciliar e do parto na água, além de ter sido precursor na introdução de piscinas de parto no ambiente hospitalar. (PEREIRA, 2017)

Em última instância, ressalta-se as contribuições do obstetra francês Fernand Lamaze na teoria do parto sem dor pelo método psicoprofilático. O método esteiava-se nos “reflexos condicionados” – conceito desenvolvido pelo médico fisiologista russo Ivan Pavlov – em que se entende que tais reflexos poderiam ser criados, reforçados, inibidos ou substituídos, sendo assim buscava-se um descondicionamento do reflexo contração/dor, em resposta a um novo condicionamento pela relação contração/relaxamento. Tal processo seria induzido por meio de aulas ofertadas às parturientes por volta do sexto mês de gestação, nas quais seriam ministradas técnicas de respiração, relaxamento e conhecimento corporal sobre a condição gestacional. (REZENDE JÚNIOR, 2013)

Apesar da chamada assistência humanizada ao parto ter se evidenciado no ramo da Ginecologia e Obstetrícia a partir do final da década de 1980, a história da Medicina já registra técnicas voltadas ao cuidado físico e mental da gestante com o objetivo de diminuir o sofrimento e a ansiedade durante o trabalho de parto desde o século XIX. (REZENDE JÚNIOR, 2013) Na Bahia, diversos nomes se realçam

em tal modalidade, a saber: dra. Marilena Pereira, dr. Jorge Sá e prof. dr. Edson O'Dwyer, além das contribuições de um dos pioneiros do chamado “parto sem dor” no cenário baiano, o dr. Gerson de Barros Mascarenhas.

Soteropolitano, nascido no ano de 1915, graduou-se em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia (FMB-UFBA) em 1939. Após a sua graduação, iniciou sua carreira vivenciando a profissão na prática, passando por diversas cidades do interior da Bahia e no norte de Minas como médico generalista. Assim, acumulou conhecimento e experiência em múltiplas áreas da Medicina.² Em 1942, ano em que o Brasil ingressou na Segunda Guerra Mundial, foi convocado pelo exército e enviado para Ilhéus, uma zona de guerra, chegando a ter cerca de 1.300 homens sob sua responsabilidade médica. (JACOBINA, 2010)

Em 1945, com o fim da guerra, dr. Gerson retornou a Salvador, desligou-se do exército e começou a atender em seu consultório particular. Nesse período, foi convidado pelo prof. José Adeodato Filho a trabalhar na, à época, Clínica Pró-Mater e, posteriormente, a assumir a gerência do Serviço de Parto a Domicílio, um projeto inovador, recém-criado pela instituição, pertencente ao serviço público, que atendia mulheres em situação de exclusão social. (MASCARENHAS, 2008)

[o projeto Serviço de Parto à Domicílio] rompia com as práticas de atenção meramente curativa pulverizada, buscando combinar a assistência preventiva e curativa à saúde da gestante, em diversos momentos do processo de procriação – o período pré-natal (com preparação, entre outras coisas, para o parto sem dor), o parto, o puerpério –, complementado pela assistência à criança na fase neonatal. (JACOBINA, 2008, p. 167)

Em 1951, o prof. Adeodato assumiu a cátedra de Obstetrícia da FMB e convidou o dr. Gerson para ser um de seus assistentes. Nessa função de docência, atuava na Maternidade Climério de Oliveira, onde prestava assistência às pacientes e ministrava aulas aos alunos de Medicina. Ainda, entre 1955 e 1960, foi plantonista na Maternidade Tsylla Balbino, desenvolvendo ali pesquisas com o prof. Elsimar Coutinho. (JACOBINA, 2010)

No campo político, o dr. Gerson era alinhado aos ideais socialistas, sendo inclusive filiado ao Partido Comunista Brasileiro (PCB). Ele possuía um extenso acervo de obras de cunho social e científico com influências notadamente socialistas, além de outros autores que, apesar de não abordarem temas políticos,

2 Ivan de Carvalho em entrevista concedida Edson O'dwyer Júnior, coautor deste capítulo, em 27 mar. 2021.

eram mal vistos pelo simples fato de serem do outro lado da Cortina de Ferro.³ Entre esses autores, destaca-se a admiração de dr. Gerson por Ivan Pavlov,⁴ que inclusive lhe serviria de inspiração para a nomeação do seu filho, também obstetra, Ivan Mascarenhas.

Inspirado pelas ideias de Pavlov também pela experiência do professor e médico francês Fernand Lamaze,⁵ dr. Gerson apresentou sua tese *O parto sem dor pelo método psicoprofilático* para o concurso de livre-docência⁶ da Clínica Obstétrica da FMB em 1958, no qual foi aprovado. No trabalho realizado ainda no período pré-natal, eram feitas ações educativas com as gestantes, preparando-as ativamente para o momento da parturição, tornando-as, assim, peças-chave na construção do processo, por meio do ensino de técnicas de respiração, exercícios de relaxamento e aulas sobre a gravidez e o processo do parto. O método foi testado em 100 gestantes, tendo sido 50 advindas da clínica particular e 50 das maternidades públicas Climério de Oliveira e Pró-Mater, para que não houvesse interferência de fatores de ordem social nos resultados da pesquisa. Como produto, obteve resposta positiva à técnica em 85% dos casos estudados, dado condizente com os experimentos francês e russo. (MASCARENHAS, 1958)

Adiante, o dr. Gerson começou a trabalhar no Albergue de Santo Antônio, atualmente conhecido como Hospital Santo Antônio, fundado pela Irmã Dulce, não se restringindo apenas ao setor de Ginecologia Obstetrícia, atuando também como diretor geral do Hospital Santo Antônio. (JACOBINA, 2010)

Por conta de suas convicções políticas, foi preso em 1964, ano de início do Golpe Civil Militar, ficando detido por três meses. Em 1968, com a instituição do Ato Institucional nº 5 (AI-5), dr. Gerson foi preso novamente, ficando detido por duas semanas. Durante o período em cárcere, escreveu o artigo “Miomias do colo uterino”, publicado em dezembro de 1964 na *Revista Médica da Bahia*. Vale destacar que, durante a prisão, diversos atores se movimentaram externamente na tentativa de conseguir a sua soltura, um deles foi já citada: irmã Dulce que solicitou sua liberdade às autoridades, alegando que “[...] não podiam prender um médico que prestava tanto atendimento à população e aos pobres...”. (JACOBINA,

3 Cortina de Ferro: refere-se à divisão da Europa entre territórios capitalista e socialista durante a Guerra Fria.

4 Ivan Pavlov: fisiologista russo, ganhador do Prêmio Nobel de Medicina em 1904. Estudou o papel do condicionamento na psicologia do comportamento, conhecido como “reflexo condicionado”.

5 Fernand Lamaze: obstetra francês, mais famoso como popularizador da psicoprofilaxia, um método de preparação para o parto e tratamento da dor que leva seu nome.

6 Livre-docência: é um título concedido no Brasil por uma instituição de ensino superior mediante concurso público aberto, desde 11 de setembro de 1976, apenas para pesquisadores que possuam título de doutorado.

2010) Além dessa ação, também houve uma articulação por parte de suas pacientes de consultório, que organizaram um abaixo-assinado dirigido ao general da VI Região Militar. (MASCARENHAS, 2008)

Nesse período, o dr. Gerson também foi peça-chave para o desenvolvimento do Movimento de Renovação Médica (Reme) na Bahia. Tal movimento vinha tomando o cenário médico nacional e ganhando forte apoio popular, tendo sido realizado por médicos, estudantes, membros da comunidade e militantes de esquerda. (MOVIMENTOS..., 2009) Além de reivindicar melhores condições de atendimento à população, melhores salários e também melhores condições de trabalho, o movimento buscava a democratização das entidades médicas como o Conselho Regional de Medicina (CRM), Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Baiana de Medicina (ABM) e Sindicato dos Médicos (Sindimed), que à época estavam controlados por figuras ligadas ao regime. O movimento conseguiu se articular, resultando em uma vitória significativa. Doutor Gerson foi indicado como candidato para a presidência da ABM para o biênio 1981-1982, concorrendo com o dr. Nelson Barros, obtendo a vitória com mais de dois terços dos votos da época.⁷

Doutor Gerson faleceu em 2009, marcando não apenas o cenário obstétrico, como também o cenário social e político.

CENTRO DE PARTO NORMAL MANSÃO DO CAMINHO

A Mansão do Caminho é uma instituição espírita fundada em 1952 na cidade de Salvador por Divaldo Franco e Nilson de Souza. Essa obra coaduna também a função social de lar para crianças, redefinindo laços e vivências familiares, além de, como um dos seus trabalhos filantrópicos, ter o Centro de Parto Normal Marieta de Souza Pereira, inaugurado em 26 de agosto de 2011, com grande valia e exultação para a sociedade baiana por ter amparado mais de 5.600 partos e nascimentos. (MANSÃO DO CAMINHO, [200-]) Tal centro está prolificamente integrado à Rede Cegonha – primeiro Centro de Parto Normal dessa rede no Brasil –, sendo válida aqui a menção a essa estratégia do Ministério da Saúde, que anseia uma perspectiva mais integral e humanizada à saúde da parturiente e do bebê, visando orientar, atender e acompanhar a gestante no pré-natal, ombreando testes e exames, assim como garantir transporte adequado, parto em consonância com evidências científicas, acolhimento e monitoramento dos recém-nascidos. (BRASIL, 2011) Nesse ponto, também é oportuna a explanação sobre o que corresponde a um Centro de Parto Normal, que se destina ao cuidado das grávidas seguindo um sistema PPP –

7 Ivan de Carvalho Mascarenhas em entrevista.

a saber, Pré-parto, Parto e Puerpério –, em uma lógica menos intervencionista e de maior autonomia da paciente, assim como de proporcionar mais atuação à equipe multiprofissional. (SILVA, 2014)

Subsidiado pelas propostas engendradas pelo Centro de Parto da Mansão, é possível uma análise que colime a compreensão de alguns aspectos que estejam o atendimento às grávidas. Há, seguindo esse espectro, o incentivo à presença de acompanhante para a gestante, o que está afinado a uma tentativa de tornar esse momento mais positivo, satisfatório e especial, pela possibilidade de ter um suporte emocional diante das fragilidades e inquietações prodigalizadas no contexto, obliterando a concepção patologizante e estritamente técnica que acompanhou o processo medicalizante do parto. (DODOU et al., 2014; STORTI, 2004) Ademais, esse centro estimula a deambulação – andar durante o trabalho de parto –, o que viabiliza a discussão acerca das perspectivas que se afastam da posição litotômica do parto, como a posição ereta, que auxilia a contração e abertura do canal de parto, além de reduzir, por exemplo, a compressão dos vasos sanguíneos. (MAMEDE; MAMEDE; DOTO, 2007)

Ainda sobre as implementações endossadas nesse local, pode-se mencionar o contato pele a pele e a ação de pugnar pelo aleitamento materno. Esses pontos envidam a reflexão sobre os benefícios dessas práticas, tendo em vista a possibilidade de estreitamento de vínculo do binômio mãe-bebê pelo contato, com reverberações, por exemplo, na respiração e frequência cardíaca, no caso do tato, e com benefícios imunológicos, nutricionais, musculares e afetivos para ambos no caso da amamentação. (MATOS et al., 2010; PERES et al., 2015) Entretanto, é necessário alijar a visão limitada que relaciona os laços emocionais inequivocamente à amamentação, o que pode avultar um sentimento de culpa ou lapso nas mães que não podem proporcionar esse momento e essa nutrição, pois, como cantado por Djavan: “Um amor tão puro, que nem sabe a força que tem”, como o da relação mãe-filho, vai além.

Dessa maneira, é possível a inserção do Centro de Parto Normal no contexto de crescimento da tendência de humanização do parto e crescimento de partos não cesarianos.

PERINATOLOGIA – PROFESSOR DOMINGOS MACHADO (IPERBA)

A Perinatologia é uma área da saúde que tem como objeto de estudo o feto e o recém-nascido durante o período perinatal, o qual compreende da 22ª semana de gestação até o 7º dia após o nascimento. (BRASIL, [200-]) Ela busca dar assistência antes, durante e após o parto, envolvendo uma equipe multiprofissional,

incluindo obstetras e pediatras responsáveis por oferecer uma rede de apoio à gestante e ao bebê.

Na Bahia, o Instituto de Perinatologia da Bahia (Iperba), inicialmente ligado à Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) e atualmente à Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), é um marco do início da Perinatologia no estado e deve sua criação ao prof. Domingos Machado, professor titular de Obstetrícia da EBMSP em 1976.

O prof. Domingos nasceu em setembro de 1915 e graduou-se em Medicina pela UFBA, tendo ainda realizado pós-graduação na Universidade de Cornell, Nova York. Após dois anos nos Estados Unidos, retornou ao Brasil e foi aprovado em segundo lugar no concurso para professor titular da UFBA. Nesse mesmo período, ocupou o cargo de professor titular de Obstetrícia na recém-criada EBMSP, a convite do prof. Jorge Valente, até sua aposentadoria, na década de 1980.⁸

O ano de 1975 foi uma data marcante para a EBMSP com a criação do Iperba, tendo o prof. Domingos Machado desempenhado papel de grande relevância na fundação dessa instituição que foi um importante campo de prática no ensino da Ginecologia e Obstetrícia para a escola.

Em entrevista a nossa equipe, o dr. Luiz Eduardo Machado, filho do prof. Domingos Machado, relata que tudo começou quando um casal suíço veio passar no Brasil. Chegando em Salvador, o rapaz passou mal e a esposa, que tinha o número do prof. Domingos, o qual lhe fora entregue por um amigo da Suíça que conhecia o médico baiano, ligou em busca de ajuda. Ele foi até o hotel em que o casal estava hospedado e suspeitou de apendicite aguda. O professor pediu ajuda ao cirurgião Augusto Teixeira e o rapaz foi operado no Hospital Português. Ficaram bastante agradecidos pela ajuda e, quando retornaram à Suíça, enviaram ao prof. Domingos um cardiotocógrafo,⁹ o primeiro da Bahia, instalado na maternidade do Hospital Ana Nery. Além disso, fizeram uma campanha de arrecadação de fundos na Suíça, junto à população e ao governo, para construir e equipar uma nova maternidade em Salvador, voltada ao atendimento da população de baixa renda. O Iperba começou a ser construído em 1974 pela EBMSP e foi inaugurado oficialmente em 1976.

O Iperba contava com os equipamentos mais avançados para a época, tais como o ultrassom, um dos primeiros do Brasil, modelo Picker-Echoview 6, atrás apenas do Rio de Janeiro que já possuía um instalado na maternidade escola do estado. Nesse contexto, Luiz Machado foi o primeiro a fazer ultrassonografia na

8 Luiz Eduardo Machado em entrevista concedida a Edson Odwyer Júnior, coautor deste capítulo, em 6 abr. 2021.

9 Cardiotocógrafo: instrumento utilizado na cardiotocografia, monitoragem eletrônica da frequência cardíaca fetal durante o trabalho de parto. (FEBRASGO, 2011)

Bahia e o segundo do Brasil, juntamente com Sérgio Simões, Jorge de Lima e toda a sua equipe do Iperba. Segundo Luiz, a imagem fornecida por esse equipamento não tinha uma resolução muito boa em comparação com a tecnologia atual e, quando o feto se mexia, borrava tudo. Naquela época, a equipe fazia as medições da cabeça fetal posicionando uma régua sob a imagem gerada pelo equipamento e usava como referência dos padrões de normalidade, curvas de crescimento, criadas no instituto após análises comparativas das medidas das cabeças dos fetos atendidos. Foi um marco para a especialidade, conforme dizeres do dr. Luiz Eduardo Machado sobre o ultrassom:

Ele nasceu, na sua origem, em obstetrícia. O ultrassom, na realidade, é uma sonda. Foi idealizado, a partir daí, das sondas que eram utilizadas por submarino na guerra para captar as minas no fundo do mar [...]. E, a primeira especialidade que ele viu onde o objeto está imerso em meio líquido foi a obstetrícia, foi o feto. Por isso que o ultrassom nasceu na obstetrícia.

O ultrassom, sem dúvida, revolucionou a Obstetrícia ao possibilitar a visualização do feto com grande riqueza de detalhes e, assim, acompanhar o seu desenvolvimento, podendo, desde cedo, estimar o peso, a idade gestacional, detectar doenças e malformações, e assim, implementar intervenções precoces caso sejam necessárias. (NORONHA NETO et al., 2009) Desse modo, esse equipamento é de grande relevância nas indicações de parto cesárea, por exemplo, ao oferecer as informações referentes ao estágio de desenvolvimento do feto e orientar uma conduta médica mais assertiva.

Foi enviado também pelo governo da Suíça um espectrofotômetro – só existiam dois nesse período na América do Sul, com os quais se podia fazer dosagem de substâncias no líquido amniótico – e vários cardiotocógrafos, um para cada leito de pré-parto e dois no pré-natal. Além disso, o Iperba foi pioneiro, na Bahia, na implementação da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal, pediatria de rotina na sala de parto, monitorização da vitalidade fetal, analgesia de parto, entre outras técnicas e procedimentos.¹⁰ De acordo com o dr. Luiz Eduardo Machado: “Só pra você ter ideia, vinha gente do Brasil inteiro conhecer o IPERBA, era um fenômeno”. (MACHADO, 2021, p. 5)

REPRODUÇÃO HUMANA E PLANEJAMENTO FAMILIAR

Até meados da década de 1970, os estudos em Reprodução Humana no Brasil, incluindo a infertilidade conjugal e os métodos contraceptivos, ainda eram

¹⁰ Luiz Eduardo Machado em entrevista.

bastante rudimentares. No país, somente três instituições de ensino superior se dedicavam especificamente à área: a Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), em Minas Gerais, a Universidade Federal do Paraná (UFPR) e a UFBA. (PEREIRA, 2011)

Ainda na década de 1950, o professor catedrático de Fisiologia da FMB-UFBA, o prof. Jorge Novis, convidou o dr. Arpad Csapo¹¹ a Salvador para implantar pesquisas na área de Reprodução Humana. Csapo era um defensor da teoria que indicava a progesterona¹² como hormônio responsável pela imobilização do útero durante a gravidez. (JACOBINA, 2012) Da equipe do dr. Jorge Novis, o prof. Elsimar Metzker Coutinho foi um dos pesquisadores que se interessaram em fazer parte dos estudos com Csapo, visto que já se interessava pelo tema de Fisiologia Endócrina desde a graduação. (COUTINHO, 2007) O prof. Elsimar nasceu em Pojuca, na Bahia, em 1930 e formou-se médico pela UFBA em 1957. Ao contrário do que muitos pensam, Coutinho não era ginecologista ou obstetra. Entre 1957 e 1958, especializou-se na Universidade de Sorbonn, Paris, em Endocrinologia Reprodutiva e, em 1959, estudou Fisiologia da Reprodução no Instituto Rockefeller, em Nova York. (CONSTANTINI, [200-?])

Com o propósito de criar um instituto especializado em Reprodução Humana, o prof. Adeodato Filho,¹³ então diretor da Maternidade Climério de Oliveira (MCO) – maternidade-escola da UFBA – levou Csapo para a instituição. (JACOBINA, 2012) Na década de 1960, o prof. Elsimar Coutinho também se integrou à MCO, onde ficaria até os anos 2000, quando se aposentou compulsoriamente aos 70 anos. (COUTINHO, 2007) Coutinho participou de pesquisas acerca da fisiologia tubária e, em 1963, assumiu alguns estudos clínicos, dentre eles com a medroxiprogesterona (MPA),¹⁴ com alguns experimentos realizados também na Maternidade Tsylla Balbino e a colaboração do dr. Gerson Mascarenhas e equipe. Essas pesquisas com MPA representaram o início do caminho para a produção de anticoncepcionais injetáveis. (MANICA, 2004)

11 Arpad Csapo: pesquisador húngaro com cidadania estadunidense, do Instituto Rockefeller, em Nova York.

12 Progesterona: hormônio feminino, produzido pelos ovários, responsável por regular o ciclo menstrual da mulher e preparar o útero para receber e manter uma gestação.

13 José Adeodato de Souza Filho: professor catedrático de Obstetrícia da UFBA (1951), fundador da Maternidade Pró-Mater da Bahia (em meados dos anos 1940) e diretor da MCO (em meados dos anos 1950).

14 Medroxiprogesterona: progesterona sintética usada como medicamento inibidor da ovulação.

O planejamento familiar era e continua sendo uma preocupação no contexto mundial Pós-Segunda Guerra devido às teorias malthusianas¹⁵ que levavam a crer em uma possível falta de recursos por conta do crescimento populacional. Os Estados Unidos e outros países desenvolvidos começaram a se preocupar com as consequências de uma explosão populacional, sobretudo em países mais pobres, como o Brasil. (COSTA et al., 2013) Ainda na década de 1960, as pesquisas na MCO atraíram financiamentos internacionais, como do Instituto Rockefeller e da Fundação Ford, ambos norte-americanos, fato que impulsionou a instituição como um Centro Internacional de Pesquisas da Organização Mundial da Saúde (OMS), envolvendo o Departamento de Fisiologia da UFBA, sob a responsabilidade do prof. dr. Luiz Fernando Macedo Costa,¹⁶ e o Departamento de Bioquímica e Obstetrícia, do prof. Elsimar Coutinho. (COUTINHO, 2007; LOPES, 2013) Houve um investimento considerável na área de contracepção por parte dessas instituições e Salvador (BA) era um dos locais estratégicos para o desenvolvimento dessas pesquisas. (GARDENAL, 2009)

As pesquisas realizadas pelo dr. Elsimar e equipe nem sempre foram bem vistas e suscitaram embates: 1. com entidades religiosas por serem contra métodos artificiais de contracepção; 2. com a esquerda que denunciava haver interesses imperialistas no controle da natalidade no terceiro mundo; 3. com o governo militar que achava que a decisão de “controle de natalidade” não deveria sofrer interferências externas; 4. com profissionais e entidades que acusavam as pesquisas de faltar com a ética. (COSTA et al., 2013) Até o ano de 1988, no Brasil, não havia Comitê de Ética e Pesquisa para avaliar a responsabilidade de estudos com seres vivos e, desse modo, Coutinho gozava de certa liberdade para realizar seus estudos. (BATISTA; ANDRADE; BEZERRA, 2012) Em 1978, o dr. Elsimar já havia testado oito hormônios diferentes em 5 mil mulheres e, na década de 1980, o pesquisador foi denunciado ao Conselho Regional de Medicina da Bahia (CRMB), acusado de utilizar substâncias masculinizantes em suas pacientes. Foi absolvido e deu continuidade aos seus estudos. (MANICA, 2009; PIMENTEL et al., 2017) A partir da década de 1980, com a redemocratização, as mulheres começaram a se movimentar em prol das suas escolhas no que concerne ao direito de contracepção. (COSTA et al., 2013)

Como produto desses estudos, o dr. Elsimar Coutinho e equipe produziram anticoncepcionais injetáveis de uso prolongado com MPA, injetáveis de uso mensal,

15 Teoria Malthusiana: acreditava-se que a população crescería em um ritmo acelerado comparado a uma progressão geométrica, enquanto os recursos seriam produzidos em progressão aritmética.

16 Luiz Fernando Macedo Costa: médico ginecologia e obstetra, professor na FMB (a partir de 1950) e na EBMS (a partir de 1957).

pílulas anticoncepcionais, implantes hormonais e dispositivos intra-uterinos. Além disso, também foi estudada a anticoncepção masculina, com a utilização de gestrinona e também do próprio acetato de MPA associado ao enantato de testosterona e a infertilidade conjugal. A partir dos últimos anos da década de 1980 e na década de 1990 em diante, Coutinho e sua equipe ampliaram seus estudos para a terapia dos miomas uterinos e endometriose, desenvolvendo o uso da gestrinona nessas patologias, e para a terapia de reposição hormonal. (COUTINHO, 2007)

Em maio de 1981, o prof. Elsimar fundava o Centro de Pesquisas e Assistência em Reprodução Humana (CEPARH). Com a participação dos médicos Elias Darzê, Carlos Alberto Pinto Dantas, José Freitas Melo, Carlos Edmundo Rodrigues de Mattos, José Carlos de Souza, Paulo Galvão Spínola, Ana Rita da Silva, Tereza Rebouças e a Sra. Eliane Berbert de Castro. (COUTINHO, 2007; SOUZA, 2020)

O prof. Elsimar Coutinho, seja na MCO, seja no CEPARH, além de contribuir na introdução e desenvolvimento na Bahia da laparoscopia, ultrassom transvaginal, diagnóstico e tratamento da infertilidade masculina e feminina, realizou inúmeros procedimentos de fertilização assistida, esterilização masculina, histeroscopia, bem como contribuiu direta e indiretamente na formação de várias gerações de médicos, especialistas e pesquisadores. O professor ainda debruçou-se na área de Sexologia, quando escreveu o livro *O sexo do ciúme*, lançado em 1997, em que o prof. Elsimar diz que o ciúme do homem resulta de manifestações do instinto sexual, que controlam o comportamento reprodutivo masculino de qualquer espécie animal. (CAVALCANTI, 1992; COUTINHO, 2007)

O trabalho do dr. Elsimar foi importante para o desenvolvimento da Reprodução Humana e do Planejamento Familiar não só na Bahia como no mundo, embora bastante polêmico dentro e fora do meio acadêmico. Mesmo aposentando-se da UFBA em 2000, deu prosseguimento ao seu trabalho até seu falecimento aos 90 anos em 17 de agosto de 2020, vítima de complicações causadas pela covid-19. (SOUZA, 2020)

ASSISTÊNCIA E PREVENÇÃO AO CÂNCER GINECOLÓGICO

Aristides Maltez foi um dos médicos baianos que contribuíram para a construção da história da Ginecologia e Obstetrícia na Bahia. Ele nasceu dia 31 de agosto de 1882, na cidade de Cachoeira, Bahia. Em 13 de março de 1903, ingressou na FMB e graduou-se em 19 de dezembro de 1908. No ano seguinte, viajou a Nova York, Estados Unidos, onde se especializou em Ginecologia e Obstetrícia no New York Post-Graduate Medical School and Hospital e no Beth Israel Hospital. Ao retornar ao Brasil, atuou em sua clínica particular e como professor na FMB, sendo auxiliar de ensino e depois livre-docente da cadeira de Clínica Ginecológica de 1911 até

1919. Em 15 de abril de 1919, prestou concurso para professor substituto da cadeira de Clínica Ginecológica, para o qual foi aprovado e, em 1932, tornou-se professor catedrático de Ginecologia da faculdade. E ainda, no que se refere à cirurgia ginecológica, elaborou a técnica histeropexia à Maltez e a peritonização em bolsa do assoalho peritoneal. (COSTA, 2007)

Aristides Maltez trabalhou também no Hospital Santa Izabel e comovia-o a situação de sofrimento e desassistência das pacientes com câncer de colo de útero.¹⁷ Muito sensibilizado com a situação, Aristides queria fazer algo por elas, assim, juntamente com 52 companheiros, dentre eles estava o professor Rui de Lima Maltez, presidente da Sociedade de Ginecologia da Bahia na época, decidiram criar, em 13 de dezembro de 1936, a Liga Baiana Contra o Câncer. (COSTA, 2007) Os principais objetivos da liga eram desenvolver pesquisas relacionadas ao câncer, já que as informações existentes sobre o assunto eram escassas, educar os profissionais de saúde e a população sobre o assunto e construir o Instituto de Câncer da Bahia, a fim de prestar atendimento gratuito aos necessitados. (SOUZA; TEIXEIRA; LANA, 2014) Muitas frases proferidas por Maltez, tais como “o câncer é curável”, “o câncer não é contagioso” e “o maior inimigo do câncer é a ignorância”, causaram grande espanto em uma sociedade pouco instruída sobre o assunto.

A partir de 1939, iniciam-se os trabalhos pela construção do Instituto de Câncer da Bahia. Inicialmente, muitos médicos, contando com o apoio de profissionais do exterior especialistas no assunto, engajaram-se em educar a população sobre o câncer, realizando palestras e contando com o apoio da mídia para divulgar informações relacionadas às causas, prevenção e tratamento da doença. Enfatizavam também a necessidade de oferecer apoio aos doentes da Bahia que careciam de cuidados. Além disso, houve significativas contribuições das mulheres pertencentes à elite baiana, uma vez que se filiaram à liga e constituíram o Conselho Feminino de Proteção, grupo responsável em organizar festas beneficentes, a fim de angariar recursos para concretizar o projeto. Nesse período, enquanto o Instituto de Câncer ainda não tinha sido erguido, a liga contava com uma enfermaria de dez leitos cedidos pelo Hospital Santa Izabel, a enfermaria Santa Úrsula, para tratar essas pacientes. E, ainda, muitos médicos cederam seus consultórios para a realização de consultas e exames gratuitamente, com destaque para o médico Portela Lima, um dos fundadores da liga, que oferecia serviços de radioterapia. (SOUZA; TEIXEIRA; LANA, 2014)

17 Doutor Aristides Maltez Filho em entrevista concedida a Edson O'dwyer Júnior, coautor deste capítulo, 26 abr. 2021.

Em entrevista, Aristides Pereira Maltez Filho, filho de Aristides, relata um fato marcante na construção do instituto. Segundo ele, seu pai teria operado o governador da Bahia, Landulpho Alves de Almeida. Quando questionado pelo paciente acerca do valor da cirurgia, Aristides disse que se ele pudesse ajudar doando um terreno destinado à construção do Instituto de Câncer da Bahia, não cobraria pelo procedimento. Dessa forma, Landulpho contribuiu pessoalmente com 300 contos de réis, que somados às contribuições do governo e da sociedade, permitiram comprar a chácara Boa Sorte, área onde seriam construídas as instalações. Em 1940, inicia-se a construção. Aristides Maltez faleceu em 5 de janeiro de 1943, assim, não pôde presenciar a materialização do instituto que só começou a funcionar em fevereiro de 1952, recebendo o nome de Hospital Aristides Maltez (HAM). (COSTA, 2007)

O HAM foi a primeira instituição especializada em câncer no Norte e Nordeste do Brasil, com enfoque principal na detecção e tratamento do câncer de colo uterino, atendendo gratuitamente a população carente. O número de atendimentos cresceu bastante ao longo do tempo: no ano de 1952, foram realizadas 582 consultas, já em 1958, 15.398. A instituição era bancada por empresas e famílias ricas, tendo, mais tarde, começado a receber recursos do governo. Com isso, o hospital ampliou seu funcionamento, construindo, na segunda metade da década de 1950, ambulatorios de exames preventivos e serviços de colposcopia e citologia cervical. Tais instalações foram de grande importância no diagnóstico precoce da doença, haja vista que a grande maioria dos casos de câncer de colo de útero eram descobertos em estágios avançados. A fim de estimular a ampliação e difusão do conhecimento, a instituição cria o Centro de Estudos Professor Aristides Maltez e, em 1955, realiza seu primeiro curso sobre câncer na Bahia, abordando temáticas das áreas de câncer ginecológico, aparelho digestivo, urogenital, respiratório, ossos e pele. Em 1956, lança o periódico *Arquivos de Oncologia* destinado à divulgação do conhecimento científico. As campanhas educativas também foram um marco na época, disseminando orientações à população sobre o câncer através de programas de rádios, filmes, documentários e cartazes. (SOUZA; TEIXEIRA; LANA, 2014)

É importante destacar, ainda, a ampliação das campanhas de combate ao câncer para o interior da Bahia. Nessa conjectura, vários centros destinados à prevenção e ao diagnóstico precoce de câncer foram construídos no estado, contribuindo para descongestionar o HAM e ampliar o cuidado à população dos municípios interioranos. Nesse contexto, 50% dos casos atendidos no hospital correspondiam a esse público. (SOUZA; TEIXEIRA; LANA, 2014)

Um personagem relevante na história do HAM foi Carlos Maltez, filho de Aristides. Ele nasceu em 1928 e, em 1949, graduou-se em Medicina pela FMB,

aos 21 anos, com formação de cirurgião geral. Muito jovem, em virtude de um desentendimento dos membros do conselho do hospital, foi conduzido a ocupar o cargo na diretoria do HAM. Realizou, ainda, livre-docência na Bahia e no Rio de Janeiro, tendo sido, mais tarde, professor titular de Ginecologia da EBMSP e também docente da FMB. Carlos Maltez foi também chefe do Departamento de Cirurgia Pélvica e Mama do HAM, chefe de Ginecologia e coordenador do Hospital Santa Izabel, além de atuar em sua clínica privada. Destacou-se ainda com a técnica cirúrgica de grande notoriedade no Brasil, intitulada Amputação Alargada de Colo à Carlos Maltez.¹⁸

Por fim, são nítidas as mudanças que ocorreram ao longo do tempo no que diz respeito à história da assistência ao câncer ginecológico. Inicialmente, no século XIX, era marcante a estigmatização sofrida pelas mulheres com câncer de útero, uma vez que tal doença era associada a excessos sexuais, masturbação, aborto, como também estava relacionada à promiscuidade e imoralidade. Nesse cenário marcado pelo preconceito e estigma, as mulheres iam ao médico quando os sintomas eram mais graves e o câncer já estava em estágio mais avançado. A partir do século XX, divulgou-se a necessidade de procurar serviços de saúde diante dos primeiros sintomas do câncer ginecológico. Assim, muitas mulheres que se encontravam em estágio avançado da doença eram culpabilizadas por não terem recorrido ao atendimento médico precocemente. (TEIXEIRA, 2015) Com o passar dos anos, com o maior engajamento na luta contra a doença, campanhas de prevenção, acesso aos serviços de saúde, estímulo ao diagnóstico precoce e desenvolvimento no tratamento contra a enfermidade, muitos avanços significativos foram obtidos. Porém, apesar de todos os esforços empregados, é importante ressaltar que, atualmente, o câncer de colo de útero ainda é um problema grave, com número de casos crescentes, principalmente nas áreas interioranas das regiões Norte e Nordeste do país. (FREIRE; BRITO; CAMPO, 2016)

IMPACTOS DA PANDEMIA DE COVID-19 NA GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Almejando inserção da Ginecologia e Obstetrícia no panorama de pandemia vivenciado, esbarra-se em processos ainda em curso e em questionamentos, por vezes, não fixados e tácitos. Nesse sentido, destaca-se o risco da gestante e da puérpera em relação ao vírus do SARS-CoV-2, que, diante de mudanças fisiológicas durante a gravidez, pode-se verificar um agravamento dos casos de grávidas com covid-19. (ESTRELA et al., 2020; QUINTANA; FRANCISCO; DUARTE, 2021) Seguindo essa reflexão, pontua-se o medo avultado em relação aos ambientes hospitalares, o que

18 Aristides Maltez Filho em entrevista.

propala o afastamento dos acompanhantes das gestantes para reduzir o fluxo de pessoas nesses ambientes, tornando mais delicada a situação das parturientes. Nesse caso, concatena-se o crescimento do número de partos domiciliares durante a pandemia, cenário consonante à tendência do parto normal em avanço nas últimas décadas. (LEMOS, 2020) Menciona-se, nessa discussão, que não há obrigatória indicação de cesárea em caso de gestantes com covid-19, sendo indicado de acordo com a condição clínica da mulher e do bebê, assim como o quadro da severidade da doença. (WENLING et al., 2020)

Apesar da ausência de estudos sobre as vacinas usadas no Brasil no grupo de gestantes e puérperas, a partir da relação risco/benefício – com um caso no Brasil de associação da vacina AstraZeneca com trombose com trombocitopenia (quadro de formação de coágulos com plaquetopenia) até a data de 6 de julho de 2021 –, essa população foi colocada como prioridade, considerando a ampliação do risco de agravamento para mulheres no período de até 45 dias após o parto. (BRASIL, 2021) Nesse ponto, vale a menção à transmissão vertical, ainda não plenamente confirmada no caso do vírus SARS-CoV-2, com relatos de caso que obliteram essa proposição – apesar das dificuldades de avaliação do líquido amniótico e de verificação de variáveis, como gravidade do quadro e momento da testagem viral – e outros estudos que coadunam a possibilidade de transmissão transplacentária – testes positivos de RT-PCR na placenta e dos mesmos genes em mãe e bebê. (CHEN et al., 2020; ROZYCKI; KOTECHEA, 2020)

Portanto, os lapsos de confirmações pelas recentes evidências ainda em construção e as inseguranças, por exemplo quanto às orientações aos acompanhantes (critérios para grupo de risco, período de isolamento e triagens), tornam esse momento mais delicado, sendo necessários cuidados para que a gestação e o nascimento do bebê – e renascimento da mãe – sejam especiais e plenos. (BRASIL, 2020)

REFERÊNCIAS

BATISTA, Kátia Torres; ANDRADE, Rildo Rinaldo de; BEZERRA, Nilzete Laurentino. O papel dos comitês de ética em pesquisa. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 150-155, mar. 2012.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. *Definições*. [200-]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/definicoes.htm>. Acesso em: 22 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. *Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19*: nota informativa nº 13/2020 – SE. de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Extraordinária de enfrentamento à COVID-19. *Nota Técnica nº 2/2021 - SECOVID/GAB/SECOVID/MS de 06 de julho de 2021*. Brasília, DF, 6 jul. 2021. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/files/notas-tecnicas/sei-ms-0021464579--nota--tecnica-gestantes.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2021.

CARVALHO, Maria Luiza. O renascimento do amor e do parto. *Revista Estudantil Feminina*, [S. l.], v. 10, n. 2, jul. 2002. Resenha das obras de: ODENT, Michel. O renascimento do parto. Florianópolis: Saint Germain, 2002; ODENT, Michel. A cientificação do amor. Florianópolis: Saint Germain, 2002.

CAVALCANTI, Ricardo C. Alguns aspectos da história da sexologia no Brasil. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 56-65, 1992. DOI: <https://doi.org/10.35919/rbsh.v3i1.875>. Disponível em: https://www.rbsh.org.br/revista_sbrash/article/view/875. Acesso em: 20 jun. 2021.

CENTRO DE PESQUISAS E ASSISTÊNCIA À REPRODUÇÃO HUMANA. *Conheça o CEPARH*. Salvador, [200-]. Disponível em: <https://ceparh.com.br/o-ceparh/>. Acesso em: 15 jul. 2021.

CHEN, Huijun *et al.* Clinical Characteristics and Intrauterine Vertical Transmission Potential Of COVID-19 Infection in Nine Pregnant Women: a Retrospective Review of Medical Records. *Lancet*, London, v. 395, n. 10226, p. 809-815, Mar. 2020.

CONSTANTINI, Leonardo. Apresentação. *Dr Elsimar Coutinho – Saúde & Sexualidade*, Salvador, [200-]. Disponível em: <http://www.elsimarcoutinho.com/o-medico/>. Acesso em: 11 jun. 2021.

CONSTANTINI, Leonardo. CEPARH – Centro de Pesquisa e Assistência em Reprodução Humana. *Dr Elsimar Coutinho - Saúde & Sexualidade*, Salvador, [20--]. Disponível em: <http://www.elsimarcoutinho.com/o-medico/ceparh-centro-de-pesquisa-e-assistencia-em-reproducao-humana/#target>. Acesso em: 11 jun. 2021.

CONSTANTINI, Leonardo. *Currículo. Dr Elsimar Coutinho - Saúde & Sexualidade*. Salvador, [200-?]. Disponível em: <http://www.elsimarcoutinho.com/o-medico/curriculo-2/#target>. Acesso em: 11 jun. 2021.

COSTA, Alcione *et al.* História do planejamento familiar e sua relação com os métodos contraceptivos. *Revista Baiana da Saúde Pública*, Salvador, v. 37, n. 1, p. 74-86, jan./mar. 2013. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/173/357>. Acesso em: 22 jul. 2021.

COSTA, José de Souza. Histórico da ginecologia na Faculdade de Medicina da Bahia. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 77, n. 2, p. 117-124, 2007. Disponível em: http://www.gmbahia.ufba.br/adm/arquivos/artigo07_20072.pdf. Acesso em: 16 jun. 2021.

COUTINHO, Elsimar Metzker. Contribuição à história da pesquisa gineco-obstétrica e da reprodução humana na Bahia: relato pessoal. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 77, n. 2, p. 125-138, jul./dez. 2007.

DODOU, H. D. *et al.* A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 262-269, abr./jun. 2014.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. *Instituto Nacional DE Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)*. Rio de Janeiro, [200-]. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/instituto-nacional-de-assistencia-medica-da-previdencia-social-inamps>. Acesso em: 20 jun. 2021.

ESTRELA, Fernanda Matheus. Gestantes no contexto da pandemia da COVID-19: reflexões e desafios. *Physis: revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 1-5, 2020.

FAÚNDES, Aníbal; CECATTI, José Guilherme. A operação cesárea no Brasil. incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 150-173, abr./jun. 1991. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/9xcHKxSZG77NTJTZqCG6zmy/?lang=pt>. Acesso em: 6 jul. 2021.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Assistência ao trabalho de parto. In: ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Diretrizes clínicas na saúde suplementar*. [S. l.]: AMB/ANS, 2011. p. 1-12. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/assistencia_ao_trabalho_de_parto.pdf. Acesso em: 23 jul. 2021.

FREIRE, Anna Paula; BRITO, Fernanda Coutinho; CAMPO, Rita Tatiane Fernandes. Prevalência do câncer de colo de útero na Bahia, no período de 2008-2013. *Revista Atualiza Saúde*, Salvador, v. 3, n. 3, p. 24-33, jan./jun. 2016. Disponível em: <http://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2016/01/Preval%C3%Aancia-do-c%C3%A2ncer-de-colo-de-%C3%BAtero-na-Bahia-no-per%C3%ADodo-de-2008-2013-v-3-n-3.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2021.

GARDENAL, Isabel. A contracepção no centro da polêmica. *Jornal da UNICAMP*, Campinas, ano 24, n. 449, p. 5, 2009.

JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. *Memorial FAMEB: Gerson de Barros Mascarenhas*. Salvador, 2010.

JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. *Memorial FAMEB: José Adeodato de Souza Filho*. Salvador, 2012.

JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. *Memória histórica do bicentenário da Faculdade de Medicina da Bahia (2008): os professores encantados, a visibilidade dos Servidores e o protagonismo dos Estudantes da FAMEB*. Salvador: FAMEB-UFBA, 2013. v. 3. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/14218>. Acesso em: 17 jun. 2021.

LEISTER, Nathalie; RIESCO, Maria Luiza Gonzalez. Assistência ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 166-174, jan./mar. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/j3x6K34kgCjtKcfxj36W8Cz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 jul. 2021.

LOPES, Antonio Carlos Vieira. *Discurso de Posse na Academia de Medicina da Bahia de Antonio Carlos Vieira Lopes*. Salvador, 17 abr. 2013. Disponível em: <https://www.academiademedicina-ba.org.br/discursos/discursos-de-posse/discurso-de-posse-na-academia-de-medicina-da-bahia-de-antonio-carlos-1.html>. Acesso em: 15 jul. 2021.

MAGALHÃES NETTO, José Maria de. Discurso de A. *Anais da Academia de Medicina da Bahia*, Salvador, v. 9, p. 47-50, 1993.

MAMEDE, Fabiana Villela; MAMEDE, Marli Villela; DOTO, Leila Maria Geromel. Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. *Escola Ana Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 331-336, jun. 2007.

MANICA, Daniela Tonelli. *Contracepção, natureza e cultura: embates e sentidos na etnografia de uma trajetória*. 2009. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.

MANICA, Daniela Tonelli. Menstruação, natureza ou cultura. *In: CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA SOCIEDADES CONTEMPORÂNEAS: REFLEXIVIDADE E ACÇÃO ATELIER: CORPO E SEXUALIDADE*, 5., 2004, Braga. *Atas [...]*. Lisboa: Associação Portuguesa de Sociologia Pesquisar Publicações da Editora, 2004. Disponível em: https://aps.pt/wp-content/uploads/2017/08/DPR4616d63e86485_1.pdf. Acesso em: 15 jul. 2021.

MANSÃO DO CAMINHO. *A mansão*. Salvador, [200-]. Disponível em: <https://mansaodocaminho.com.br/mansao/a-mansao/>. Acesso em: 14 jun. 2021.

MASCARENHAS, Consuelo. *Gerson Mascarenhas: biografia*. Salvador: GM Gráfica e Editora LTDA, 2008.

MASCARENHAS, Gerson de Barros. *O parto sem dor pelo método psicofilático*. 1958. Tese (Livre docência da Clínica Obstétrica) – Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1958.

MATOS, Thaís Alves *et al.* O contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 63, n. 6, p. 998-1004, dez. 2010.

MOVIMENTOS populares transformaram o modelo de saúde pública no país. *Revista Ser Médico*, São Paulo, ed. 48, 2009. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Revista&id=435>. Acesso: 19 jun. 2021.

NORONHA NETO, Carlos *et al.* Importância da ultrassonografia de rotina na prática obstétrica segundo as evidências científicas. *Femina*, Recife, v. 37, n. 5, p. 240-245,

maio 2009. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/55799314/importancia-da-ultrassonografia-de-rotina-na-pratica-obstetrica-segundo-as-evide>. Acesso em: 25 jul. 2021.

PEREIRA, Dirceu Henrique Mendes. Editorial: a história da reprodução humana no Brasil. *Femina*, Recife, v. 39, n. 2, p. 59-64, fev. 2011. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n2/a2450.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2021.

PEREIRA, Cleidi. Michel Odent: “bebês precisam nascer entre uma grande diversidade de micróbios familiares”. *GZH*, Porto Alegre, 20 jan. 2017. Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/vida/noticia/2017/01/michel-odent-bebes-precisam-nascer-entre-uma-grande-diversidade-de-microbios-familiares-9473917.html>. Acesso em: 14 set. 2021.

PERES, Karen Glazer *et al.* Effect of Breastfeeding on Malocclusions: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Acta Paediatrica*, Oslo, v. 104, n. 467, p. 54-61, 2015.

PIMENTEL, Ana Cristina Lima *et al.* A breve vida do Norplant® no Brasil: controvérsias e reagregações entre ciência, sociedade e Estado. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 43-52, 2017.

PIMENTEL, Ana Cristina de Lima. *Uma via periférica para os hormônios sexuais: empresariamento, biológicas, classe e corpos femininos*. 2018. Tese (Doutorado em Ciências) – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/34716/2/ana_pimentel_iff_dout_2018.pdf. Acesso em: 15 jul. 2021.

QUINTANA, Silvana Maria; FRANCISCO, Rossana Pulcineli Vieira; DUARTE, Geraldo. *Vacinação Covid-19: perguntas e respostas*. [S. l.]: SOGESP, 2021. Disponível em: https://www.sogesp.com.br/media/2601/sogesp_covid19_cartilha_vacinacao_completa2104.pdf. Acesso em: 15 jun. 2021.

REZENDE FILHO, Jorge de. *Obstetrícia*. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

SILVA, Andréa Lorena Santos. *Dignificação, participação e autonomia de mulheres atendidas por enfermeiras em um Centro de Parto Normal*. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

SOUZA, Christiane Maria Cruz de; TEIXEIRA, Luiz Antonio da Silva; LANA, Vanessa. Hospital Aristides Maltez e as campanhas de detecção do câncer do colo do útero no interior baiano. *Revista da ABPN*, Guarulhos, SP, v. 6, n. 14, p. 129-152, 2014. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/26050>. Acesso em: 16 jun. 2021.

SOUZA, Guaraci Adeodato Alves. *Alguns dados biográficos de José Adeodato de Souza Filho*. Salvador, 2013.

SOUZA, João. Fundado por Elsimar Coutinho, CEPARH ajuda famílias com atendimentos gratuitos. *G1*, Salvador, 17 ago. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/>

ba/bahia/noticia/2020/08/17/criado-por-elsimar-coutinho-ceparh-ajuda-familias-com-atendimentos-gratuitos-fruto-de-um-sonho.ghtml. Acesso em: 15 jul. 2021.

STORTI, Juliana de Paula Louro. *O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto: expectativas e vivências do casal*. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

TEIXEIRA, Luiz. *Câncer de mama e de colo de útero: conhecimentos, políticas e práticas*. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2015. Disponível em: <http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/File/Livro%20Cancer%20de%20mama%20e%20de%20colo%20de%20utero.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2021.

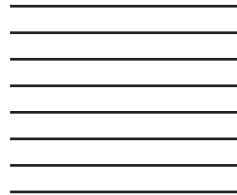
TEIXEIRA, Rodolfo. *Memória histórica da faculdade de medicina do Terreiro de Jesus (1943-1995)*. 3. ed. Salvador: Edufba, 2001. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/16773>. Acesso em: 17 jun. 2021.

LEMOS, Simone. Cresce o número de partos domiciliares nesse momento de pandemia. *Jornal da USP*, São Paulo, 28 ago. 2020. Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/cresce-o-numero-de-partos-domiciliares-neste-momento-de-pandemia/>. Acesso em: 15 jun. 2021.

ROZYCKI, Henry J.; KOTECHA, Sailesh. Covid-19 in pregnant women and babies: What pediatricians need to know. *Paediatric Respiratory Reviews*, London, v. 35, p. 31-37, 2020 DOI: 10.1016/j.prrv.2020.06.006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7293440/>. Acesso em: 2 jul. 2021.

UNIVERSIDADE Federal da Bahia e a Maternidade Climério de Oliveira. [S. l.], [200-]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/huclime.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2021.

WENLING, Yao *et al.* Pregnancy and COVID-19: Management and Challenges. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, São Paulo, v. 62, p. 1-9, 2020.



12

HISTÓRIA DA NEONATOLOGIA

Ana Flávia Vieira Xavier
Aurélio Almeida Santos Soares
Gabriela Nascimento Brugnaro
Graziele Carolina Araújo Soares
Matheus Zarpellon Campelo de Queiroz
Thaise Abdon da Silva
Wesley Leite Teixeira
Priscila Pinheiro Ribeiro Lyra

O mundo da neonatologia
Uma nova vida
Agora em um novo mundo
Um bebê que nasce
Pais e mães que renascem
Multiplicando cuidado
Afeto
E amor!



Figura 1 – Recém-nascido pelo mundo
Fonte: elaborada por Amanda Franca de Almeida.¹

A NEONATOLOGIA NO MUNDO

Antes de iniciarmos nossa viagem pelo fantástico mundo dessa especialidade médica, precisamos fazer-lhe uma pergunta, leitor: você sabe o que é Neonatologia? Neonatologia (do latim: neo = novo; nat = nascimento; logia = estudo) é uma subespecialidade médica da Pediatria dedicada aos cuidados com o Recém-Nascido (RN), desde o momento de seu nascimento até completar 28 dias de vida. Esse termo foi criado e utilizado pela primeira vez por Alexander Schaffer, em seu livro, *Doenças do recém-nascido*, publicado em 1960. (MACDONALD; SESHIA, 2018)

Mas, então, como surgiu essa especialidade?

Nos primórdios, os RNs eram cuidados, normalmente, por pessoas que assistiam ao parto, sobretudo as parteiras – mulheres que eram referência nessa prática e cujos conhecimentos eram transmitidos ao longo das gerações. No século XIX, a introdução do ensino da Obstetrícia nas faculdades de Medicina colaborou para uma maior participação de médicos na execução dos partos. Isso fez com que essas mulheres passassem a ser responsáveis pelo cuidado, higiene e nutrição do neonato. (FERRAZ; GUIMARÃES, 2016)

1 Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, 8º semestre.

As mudanças relacionadas à assistência ao RN ocorreram de forma lenta até o final do século XIX. Nesse período, em um contexto marcado por altas taxas de natalidade e de mortalidade infantil, as crianças não recebiam a devida atenção dos profissionais de saúde e havia apenas algumas fundações para o cuidado desses pacientes. (OLIVEIRA; RODRIGUES, 2005) A morte de crianças RNs e, principalmente, das prematuras, era vista como algo natural na sociedade da época, fato que pode ser comprovado pelo trecho a seguir, escrito por Willian J. Maloney (1907, p. v, tradução nossa), no início do século XX:

Nas setenta e seis grandes cidades da Inglaterra e do País de Gales, houve em agosto, setembro e outubro do mesmo ano, 14.306 mortes por diarreia. Se uma pandemia similar ocorresse entre adultos, o país rapidamente acordaria de sua letargia, o terror transformaria a apatia em ação, e um esforço nacional seria feito para combater a praga.

Com a queda nas taxas de natalidade em alguns países e a permanência de uma alta taxa de mortalidade, surgiu na Europa, entre 1870 e 1920, um movimento que tinha como objetivo preservar a vida das crianças. Era o chamado Movimento para a Saúde da Criança, reconhecido como marco histórico na Neonatologia. (OLIVEIRA; RODRIGUES, 2005)

Em 1878, a pedido de Stephane Etienne Tarnier, um obstetra francês, foi criada a primeira incubadora neonatal e, com isso, se iniciou o desenvolvimento de equipamentos médicos de atenção voltada aos RNs. O uso dessa incubadora, instalada na Maternidade de Paris, em 1880, propiciou uma diminuição de cerca de 50% nas taxas de mortalidade dos RNs com peso menor que dois quilos. (TRAGANTE, 2009)

Alguns anos depois, em 1900, o primeiro livro dedicado inteiramente aos RNs, nomeado *Le nourrison*, foi publicado em Paris e traduzido para o inglês sob o título de *The nursling*, em 1907. O seu autor, o médico obstetra francês, Pierre Constant Budin, fundou sua primeira clínica de atenção aos neonatos em 1892 – no Hospital Charité, em Paris –, na qual as crianças eram examinadas semanalmente e, além disso, as mães recebiam instruções sobre cuidados com higiene e alimentação desses bebês. Com essas medidas, houve uma diminuição considerável das taxas de mortalidade neonatal, e clínicas similares foram abertas na França e na Inglaterra. (DUNN, 1995) Dessa forma, com o interesse principal de divulgar técnicas e métodos bem-sucedidos de combate à mortalidade infantil, Budin reuniu para o livro dez palestras realizadas sobre o tema neonatal, divididas da seguinte forma: quatro sobre os cuidados com os prematuros e as outras seis sobre a assistência aos RNs a termo. (BUDIN, 1907) Logo, por todo o trabalho

realizado e pela importância dessa obra para a especialidade, Pierre Budin ficou conhecido como o Pai da Neonatologia.

Vale destacar, ainda, que a atenção aos RNs no continente americano se iniciou em 1896, quando um aluno de Budin, Martin Coney, mudou-se para os Estados Unidos (EUA) e iniciou os cuidados especializados a RNs prematuros, sendo considerado o primeiro a oferecer esse tipo de atendimento no país. (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2005) Nesse período, final do século XIX, as incubadoras já estavam sendo utilizadas de forma bem-sucedida, e outras evoluções ocorreram na Obstetrícia e no tratamento neonatal.

Nesse contexto, a partir da primeira década do século XX, diante de um panorama de elevadas taxas de mortalidade, de prematuridade e de infecções hospitalares, os pediatras passaram a desempenhar um papel muito importante no cuidado e tratamento dos neonatos. O pediatra americano Julius Hess ganhou destaque por criar, em 1922, o primeiro centro dedicado ao cuidado dos RNs prematuros em um hospital de Chicago, nos EUA. (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2005) Após esse feito, outros centros foram criados na América do Norte e na Europa, seguindo o conceito de uma sala própria para os RNs prematuros, na qual esses bebês teriam acesso a técnicas e a equipamentos mais adequados, bem como a uma equipe de enfermagem treinada para os cuidados com esses pacientes. (TRAGANTE, 2009)

No entanto, ainda no século XX, as taxas de mortalidade dos RNs se mantiveram altas. Contudo, o desenvolvimento técnico-científico, ao longo dos anos, na área da Neonatologia, proporcionou um maior controle das infecções hospitalares e, conseqüentemente, a redução da taxa de mortalidade. Dentre essas inovações, uma se configurou como marco da década de 1930, conhecida como Box de Oxigênio Hess, criada pelo já citado médico Julius Hess, utilizada para tratar problemas respiratórios. (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2005)

Nesse panorama histórico, percebe-se que os anos de 1930 foram marcados por estudos e avanços relacionados a distúrbios respiratórios. Já nos anos de 1940, uma maior atenção foi dada às questões sanguíneas – referentes a patologias e ao seu armazenamento. Nesse contexto, o fim da Segunda Guerra Mundial resultou em várias mudanças na Medicina, com grande melhoria na longevidade da população, sendo que, na Neonatologia, o destaque se dá para o uso de antibióticos e de terapia intravenosa, assim como para a modernização das incubadoras. (TRAGANTE, 2009)

Na década de 1950, novamente o olhar se voltou para o sistema respiratório, inclusive com a comprovação – por Patrick Smythi, um médico pediatra, e Arthur Bull, anesthesiologista – de que RNs poderiam, também, ser ventilados mecanicamente. (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2005) Ademais, a Neonatologia, nos anos 1950,

também foi marcada por outros momentos importantes, tais como o aumento expressivo de bancos de leite materno, a introdução da fototerapia para o tratamento da hiperbilirrubinemia (patologia ocasionada pelo acúmulo de bilirrubina no sangue), a construção e a validação do método de avaliação do estado de saúde do RN do 1º ao 5º minuto de nascimento (Teste de Apgar) por Virgínia Apgar, em 1953. Todos esses e outros feitos foram bem descritos na obra, já citada, de Schaffer, *Doenças do recém-nascido*, de 1960. De acordo com muitos pesquisadores, os anos de 1960 marca o início da Medicina Neonatal moderna, a qual é caracterizada por grande incremento em pesquisas relacionadas aos neonatos, especialmente aos nascidos prematuramente. (TRAGANTE, 2009)

Dessa maneira, os esforços empenhados por esses profissionais resultaram em um maior conhecimento dos distúrbios fisiopatológicos neonatais e seus possíveis tratamentos. As maternidades, a partir da década de 1970, se tornaram unidades especiais para o cuidado mais eficaz dos RNs, sendo denominadas, posteriormente, de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI). Tais locais eram caracterizados pela presença, em maior número e quantidade, de profissionais especializados, de equipamentos mais adequados e sofisticados, e pela determinação de regras de conduta. (FERRAZ; GUIMARÃES, 2016)

Na década de 1990, a partir do avanço tecnológico, tão bem exemplificado pela ultrassonografia e pela tomografia computadorizada, o diagnóstico pré-natal ganhou uma importância central nos cuidados com a mãe e o bebê (FERRAZ; GUIMARÃES, 2016), visão que permanece e é reforçada nos dias atuais. Além disso, a partir de várias técnicas e tratamentos incorporados e aperfeiçoados na Neonatologia, bem como a existência de equipes e equipamentos altamente especializados, percebe-se, atualmente, uma significativa redução da mortalidade de RNs, incluindo aqueles prematuros nascidos com menos de 1.000 g. (TRAGANTE, 2009)

O BRASIL NEONATO

Caro leitor, agora te convidamos a conhecer como essa história de cuidado ao RN começou no Brasil. E, para compreender a história da Neonatologia brasileira, é preciso que a gente conheça primeiramente o contexto e as visões sobre a assistência à saúde da criança e ao cuidado neonatal desde sua concepção.

Nosso país é filho de mãe e pai indígenas e sua história não se inicia apenas com a chegada dos portugueses. A relação entre o adoecer e a cura sempre foi bem estabelecida na cultura indígena e era compreendida a partir de um componente empírico, em que rituais e artefatos culturais próprios eram utilizados para o restabelecimento da saúde do indivíduo. (MIRANDA; CUNHA; GOMES, 2017) São escassos na literatura os estudos que se referem à saúde do RN na cultura

indígena, mas alguns evidenciam a visão existente entre algumas etnias sobre as diferentes etapas da vida e os cuidados que elas necessitam, conforme o trecho a seguir retirado do estudo de Garnelo, Sampaio e Pontes (2019, p. 11), a partir de entrevistas concedidas por anciões indígenas do Norte brasileiro, conhecedores de práticas ancestrais:

Ele disse do cuidado que a mulher tem que ter com seu bebê; tem que ter muito cuidado com tudo, com a comida, e depois que tem parto. Isso tudo é para não ter doença. Desde pequeno quando o bebê nasce vem o cuidado, por isso a mãe não pode comer [certos animais] quando a criança é bem novinha. A mãe tem que se cuidar, mas o marido também. O bebê não pode se alimentar logo; primeiro tem que ser amamentado. Para alimentar a criança bebezinha quando ela já começa comer algumas coisas, pode dar piaba. Só que vem processo de benzimento antes dele comer; no começo é só piaba, caldo e mandioca que pode ser dado para criança. Agora, se não obedecer às regras a doença vai acontecer mesmo. É por isso é que tem de fazer a dieta tradicional; é obrigado a fazer.

Desse modo, é possível identificar que, mesmo distante de uma realidade que vemos nos moldes atuais, os cuidados perinatais, neonatais e pós-neonatais já se faziam presentes na organização cultural dos povos pré-colombianos e esses cuidados eram compreendidos como aspectos cruciais para o pleno desenvolvimento da criança, como também é pensado na atualidade. O fato é que, antes e depois da chegada dos portugueses ao Brasil, o cuidado ao RN estava posto, seja através de parteiras, seja pelas amas-de-leite, como ocorria no Brasil escravocrata em que mulheres negras escravizadas eram forçadas a amamentar os filhos de homens e mulheres brancos e prestar-lhes os cuidados. (CARNEIRO, 2006) É preciso, contudo, destacar o período dramático vivido no Brasil Colônia em que crianças eram constantemente descartadas:

[...] um estrondoso número de bebês abandonados que eram deixados pelas mães à noite, nas ruas sujas. Muitas vezes eram devorados por cães e outros animais que viviam nas proximidades ou vitimados pelas intempéries ou pela fome. (NETO, 2000, p. 107 apud HENICK; FARIA, 2015, p. 6)

Podemos ver, então, que o olhar especial e individualizado para com as crianças e suas particularidades não era algo intrínseco à sociedade e ele só foi estabelecido lentamente com o passar dos séculos, até que as crianças deixaram de ser tratadas como adultos e tiveram a atenção voltada para o seu crescimento e desenvolvimento. (HENICK; FARIA, 2015)

Como já apresentamos no início deste capítulo, a história da Neonatologia está intimamente ligada à história da Pediatria, uma vez que a primeira é uma subespecialidade da segunda. Enquanto a Pediatria se atenta a toda a infância, a Neonatologia tem seu foco na porção inicial da vida, que necessita de atenção especial por suas peculiaridades e pelos maiores desafios que os bebezinhos precisam enfrentar quando vêm ao mundo.

Gostaríamos, dessa forma, de destacar alguns dos marcos históricos que culminaram no surgimento da Pediatria e, conseqüentemente, da Neonatologia, aqui em terras brasileiras. No dia 10 de dezembro de 1881, foi assinada a ata de fundação da Policlínica Geral do Rio de Janeiro pelo médico Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo. Esse foi o primeiro serviço de saúde do país que contou com um consultório infantil, voltado ao tratamento de moléstias de crianças. (OLIVEIRA, 1999; TONELLI, 2012) A inauguração da Policlínica aconteceu no dia 28 de julho de 1882, com a presença de Dom Pedro II. (MOREIRA, 2020) Ela desempenhou papel fundamental nos avanços do conhecimento sobre a saúde infantil, com grande contribuição científica, principalmente através da revista União Médica. (MOREIRA, 2017)

No dia 1º de agosto de 1882, aconteceu, na Policlínica Geral do Rio de Janeiro, a primeira aula do Curso Livre de Pediatria, criado e ministrado pelo dr. Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo. Foi através desse curso que se formaram, em solo brasileiro, os primeiros pediatras. Em 27 de fevereiro de 1882, Moncorvo pediu ao ministro do Império, Rodolfo Dantas, a criação da cadeira de Clínica Infantil nas faculdades de Medicina brasileiras, dado que o ensino das moléstias da infância já existia no currículo de faculdades do exterior. Nesse mesmo ano, Cândido Barata Ribeiro foi aprovado em concurso e foi o primeiro a assumir a cadeira de Clínica Médica e Cirurgia da Criança da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. (TONELLI, 2012)

Em 1899, Carlos Arthur Moncorvo Filho, pediatra pelo Curso Livre de Pediatria, criou o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004), que teve seu início efetivo no ano de 1901. O instituto era destinado a crianças de todas as classes econômicas e sociais, da vida intrauterina até os 14 anos. (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004)

Em 1903, foi organizado o Serviço de Incubadoras do Dispensário Moncorvo – parte do Instituto de Proteção à Infância que possuía duas incubadoras da marca Lion – por sugestão dos médicos Jaime Silvado e Antonieta Morpurgo. (OLIVEIRA, 2004) No mesmo ano, Fernandes Figueira, um dos primeiros alunos do Curso Livre de Pediatria, publicou o livro *Éléments de séméiologie infantile*, o primeiro Tratado Brasileiro de Pediatria. (MOREIRA, 2020)

NEOCURIOSIDADE

Não se sabe ao certo a data de importação da primeira incubadora ao Brasil. Antes da sua incorporação, diversos recursos eram empregados, a fim de prevenir a hipotermia nos bebês, tais como aplicação de envoltórios de algodão, bolsas de água quente e até mesmo de tijolo quente, nas áreas mais rurais. Pode-se imaginar que esses não eram métodos muito efetivos e que, muitas vezes, causavam danos, como queimaduras na pele frágil dos bebês.

É interessante perceber também que, apesar de resultados notáveis serem obtidos com o uso de incubadoras no exterior, o uso dessa tecnologia foi muito criticado no Brasil. Acreditava-se ser desnecessário o aquecimento dos bebês em um país tropical! Somente depois de muita argumentação foi entendido que havia uma variação climática no país ao longo dos meses e que, sobretudo na época de inverno, era sim necessária uma fonte adicional de calor aos prematuros. (OLIVEIRA, 2004)

Todo esse histórico culmina no modelo de atenção à saúde dos RNs visto atualmente e que levou a ganhos muito relevantes. É fundamental observar que, conforme foi sendo dada atenção à saúde da criança e, sobretudo, do RN, as taxas de mortalidade foram diminuindo.

Pode-se dizer que Neonatologia e mortalidade infantil são ferrenhas inimigas, estando em constante enfrentamento desde os primórdios da especialidade. Como dissemos antes, a semente da Neonatologia foi plantada quando, lá entre 1870 e 1920, na Europa, passou-se a ver a mortalidade neonatal como algo negativo. Antes disso, em meados do século XIX, a morte dos bebês logo após o nascimento era vista como algo normal, como parte da seleção natural. (RODRIGUES, 2004; AVERY, 1999)

Assim, foi para combater essa alta mortalidade que surgiram os primeiros movimentos interessados, na época, na saúde perinatal e, até hoje, a Neonatologia atua de modo a cuidar dos bebezinhos a fim de que sobrevivam às adversidades no tempo mais frágil do seu desenvolvimento. Como você viu anteriormente, o período neonatal compreende os primeiros 28 dias de vida do RN. Infelizmente, dentro dos números da mortalidade infantil, esse é o momento no qual ocorrem mais mortes (ALVES; COELHO, 2021), seja pela prematuridade dos nascimentos, malformações congênicas ou outras doenças graves que acometem esses RNs de maior risco e tudo isso era visto antigamente como algo natural. (HENICK; FARIA, 2015)

A Neonatologia teve e tem um impacto muito grande na redução dessa mortalidade. Já no século XIX, com a criação dos modelos de incubadoras mais primitivas, observou-se uma queda na mortalidade infantil de cerca de 66% para

38%. (TONELLI, 2012) Toda essa mudança foi possibilitada pelo cuidado de manter os bebês aquecidos!

Também aqui no Brasil, em 1940, a cada 1.000 crianças que nasciam, quase 150 vinham a óbito. (TRAGANTE, 2009) Contudo, com o avançar da Neonatologia e à medida que os profissionais estão cada vez mais treinados e especializados nessa área e lançando mão de intervenções cada vez mais aprimoradas, os índices de mortalidade infantil caíram de forma significativa. Após diversos aspectos com participação direta da Neonatologia, como em programas de atenção à saúde da mulher, programas de imunização, assistência pré e pós-natal, o desenvolvimento de tecnologias e a implementação de cuidados/intervenções obstétricos e neonatais, esses números de mortalidade infantil têm caído e, no ano de 2018, a cada mil nascidos vivos, os óbitos eram aproximadamente nove. (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2021) Com esses números, é possível entender a importância da Neonatologia, não é?

Por isso, atualmente, todo médico, mesmo que não siga nessa área, conhece um pouquinho da especialidade durante o curso de Medicina. O aluno costuma estudar a Neonatologia no período de imersão em Pediatria, durante o internato. Fora isso, algumas faculdades oferecem disciplinas, obrigatórias ou optativas, mais focadas nessa subespecialidade em outros momentos do curso. Ainda assim, recentemente, observando a importância da Neonatologia e querendo aprofundar-se ainda mais no assunto, muitos alunos, de diversas faculdades de Medicina do Brasil, começaram a se organizar em grupos de estudos, chamados de ligas acadêmicas, nos quais se aprende ainda mais sobre especialidades de interesse durante a graduação.



Figura 2 – RN na Bahia
Fonte: elaborada por Amanda Franca de Almeida.

A NEONATOLOGIA NA BAHIA

A história da Neonatologia na Bahia irá perpassar pelo seu desenvolvimento em sua capital, Salvador, cidade na qual ocorreram diversos marcos para o crescimento da área, não só na Bahia como também no Brasil, a exemplo da fundação, em 1910, da Maternidade Climério de Oliveira (MCO), primeira maternidade-escola construída em território nacional. (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2010)

Para iniciar essa rica história, que será aqui retratada em tão pouco espaço, é preciso retornar à década de 1960, na figura do médico pediatra Nelson de Carvalho Assis Barros, que deu os primeiros passos para o cuidado em Neonatologia e seu ensino na capital baiana. Mesmo não sendo neonatologista, iniciou o ensino de uma Neonatologia menos complicada, de baixo risco, na Maternidade Tsylla Balbino, local em que trabalhava e que era possível levar médicos pediatras e estudantes da graduação como forma de estágio, ainda que sem vínculo com qualquer universidade.²

Já entre o final da década de 1960 e os anos 1980, um novo nome na Pediatria começa a auxiliar nessa caminhada: Carlos Alberto Guerreiro Costa, médico da mesma maternidade, porém, agora, com a vinculação da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), pertencente à Universidade Federal da Bahia (UFBA), na qual atuava na condição de professor auxiliar de Pediatria. A partir daí, foi possível que os estudantes da graduação em Medicina dessa faculdade fizessem um período formal do internato em berçários, caso optassem por isso em seu último ano.

Em 1974, Nelson Barros, outrora professor assistente da FMB-UFBA, assumiu a condição de titularidade e iniciou um processo de mudanças junto com outros docentes. Dentre essas, a divisão da disciplina de Pediatria em quatro: Neonatologia, Pediatria Preventiva e Social, Pediatria Clínica e Saúde da Adolescência. (BARROS, 2007) Além disso, houve o desmembramento do Departamento II – Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia, que abrangia muitas especialidades e propostas, em Departamento de Pediatria e Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Reprodução Humana. Essa mudança ocorreu no início da década de 1980, durando cerca de quatro a cinco anos. (BARROS, 2007) Com o avanço das práticas neonatais no Brasil e a importância do ensino que já se instalava, o desenvolvimento da Neonatologia formal na graduação em Salvador praticamente se iniciou com a divisão da disciplina de Pediatria.

Um marco institucional no estado é a criação, em Salvador, do Instituto de Perinatologia da Bahia (Iperba), em novembro de 1975, com financiamento e gestão da Fundação Bahiana para o Desenvolvimento da Medicina (FBDM).

2 Ainda que sem vínculo com qualquer universidade, segundo informa Lícia Moreira.

Tornou-se um serviço voltado principalmente para a população em vulnerabilidade social. (BAHIA, 2015a) Com uma proposta de funcionar como maternidade-escola, recebia residentes em Pediatria e estudantes de graduação da escola médica pertencente à FBDM, como também residentes de Pediatria da UFBA. Pioneira em novas tecnologias em Neonatologia na Bahia, trouxe inovação ao possuir uma unidade semi-intensiva e médicos em plantões de 24h. (BAHIA, 2015a) Esse local foi fundamental para a formação de muitos pediatras que viriam a se tornar nomes importantes na Neonatologia local.

Em 1980, a neonatologista Lícia Maria Oliveira Moreira assumiu uma vaga como docente colaboradora na FMB-UFBA e foi de vital importância para o salto no crescimento do ensino de princípios nessa especialidade para estudantes ainda na graduação médica. Houve a mudança de campo de prática no último ano do internato da Maternidade Tsylla Balbino para o Hospital Geral Roberto Santos (HGRS), instituição recém-criada, pública, de nível terciário e alta complexidade, que contava com uma estrutura sólida para o cuidado do neonatal, tendo, posteriormente, base adequada para abertura da Residência Médica em Neonatologia anos depois.

Durante 1980 e 1992, o HGRS foi a casa para receber os estudantes da UFBA. A profa. Lícia Moreira, que acompanhava os estudantes durante o internato, posteriormente, em 1995, foi a responsável pela criação e administração da disciplina optativa de Neonatologia no currículo da FMB-UFBA, com o auxílio de Nelson Barros. Com isso, em 1999, há um marco para a história da Neonatologia nacional: a integração do primeiro docente titular em Neonatologia em uma faculdade no Brasil.

A disciplina surge, portanto, como contribuição singular para o ensino da Neonatologia em Salvador ao propiciar maior contato durante a formação do graduando em processos de cuidados neonatais. Em paralelo a essa criação, houve a mudança, ainda em 1995, do campo de atuação dos estudantes do internato no último ano para a MCO. Nessa época, a maternidade ainda possuía uma básica Neonatologia, de sala de parto de baixo risco, porém, com a dedicação dos docentes e insistência para uma bem-sucedida liberação de verba pelo governo, foi possível investir e melhorar a estrutura da maternidade-escola, além de aprimorar técnicas no cuidado com a cooperação de profissionais pediatras, consequentemente impactando o serviço prestado à população.

Atualmente, há uma equipe responsável pela disciplina composta por quatro neonatologistas com título de doutorado, tendo sido a participação formal da profa. Lícia Moreira, enquanto membro, encerrada em 2017, após aposentadoria de suas atividades referente ao ensino na FMB-UFBA. Dessa maneira, é possível corroborar a importância do conceito de educação médica ampla, permitindo

ao estudante ter contato com áreas com as quais tenha familiaridade, ainda que de forma opcional. Dessa maneira, é possível fortalecer a importância do processo da educação à medida que se observam as muitas conquistas no campo da Neonatologia feitas por docentes que impactam o serviço prestado à população, a exemplo das melhorias citadas na MCO.

Outros serviços não podem deixar de serem mencionados devido a suas grandes contribuições. O Hospital Jorge Valente, da rede privada, recebeu, entre 1976 e 2006, estudantes do internato e residentes em Pediatria da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) para treinamento em seu berçário. Além desse, o Hospital Ana Nery, um serviço da rede federal, também possuiu, por muitos anos, um berçário de médio risco que recebia residentes em Pediatria e, juntamente com o Iperba, na década de 1980, foram os únicos serviços estaduais que tinham plantonistas 24h em seus berçários.

Além do enfoque tido no desenvolvimento da educação em Neonatologia na graduação, faz-se necessário discorrer sobre locais de extrema importância para a formação e práticas em Neonatologia. Um local que foi o divisor de águas para o serviço prestado na Bahia foi o Hospital Santo Amaro, inaugurado em 1988, da rede privada, pois veio com a proposta de UTI neonatal, algo que, até então, não havia no estado. Nos anos 1970, houve o desenvolvimento local de unidades semi-intensivas, de médio risco, assim, o recém-inaugurado hospital com suas inovações tornou-se rapidamente uma referência para todo estado. Após isso, vários hospitais particulares, a exemplo do Hospital Português e o Hospital Aliança, seguiram os mesmos passos. Com essa grande conquista de instalações de UTI em serviços particulares, os anos 1990 foram marcados por um grande salto em práticas neonatais, servindo de influência também para a rede pública. O HGRS, que possuía *a priori* um berçário com uma ótima estrutura, logo instalou uma UTI, que presta um atendimento de qualidade até os dias atuais. E em 2006, com a inauguração da Maternidade José Maria de Magalhães Neto, mais um serviço público entrou nessa lista. (BAHIA, 2015b)

Mesmo diante de maiores investimentos no aprimoramento das estruturas de atendimentos neonatais, em 2018, a Bahia era o estado do país com maior déficit de leitos de UTI neonatal. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2018) É de extrema importância que o governo estadual se comprometa a dar mais suporte assistencial à população, principalmente àqueles com dificuldade de acesso à saúde, como também aos profissionais pediátricos. Dessa forma, torna-se necessária maior integração entre o poder público e o serviço de Pediatria/Neonatologia, visto que o número de pediatras especializados em Neonatologia formados na Bahia ainda é insuficiente para atender a grande demanda do estado.

Vale destacar que ações originadas do governo do estado já foram feitas para mitigar esse déficit. Em 2004, a FMB-UFBA foi procurada pelo estado para a realização do Curso de Extensão em Neonatologia da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab), no qual a professora Lícia Maria foi coordenadora. (BARROS, 2007) O curso foi realizado aos finais de semana, destinado principalmente aos médicos que atendiam no interior e a verba para sua realização foi disponibilizada pelo Estado. Os profissionais vieram para Salvador e foram direcionados para dar plantões no HGRS, devido aos seus leitos de UTI neonatal, o que auxiliou na formação e especialização de médicos de todo estado, tendo alguns realizado o concurso para habilitação em Neonatologia. Tais ações ainda são pontuais, o que é pouco devido ao vasto território baiano e suas dificuldades. Projetos como esse beneficiam toda a população, além de estimular os profissionais de saúde, como relatado pela neonatologista Lícia Moreira em sua experiência na coordenação do curso:

Nesse período nós sentimos que a secretaria de saúde se envolveu e deu esse retorno muito bom para a população. Então foram médicos que vieram de todo o estado, a secretaria dava transporte, hospedagem para os médicos [do interior] e os de Salvador tinham a liberação de sua carga horária naquele período para dar plantão no Roberto Santos. O hospital deu um apoio enorme, as pessoas que lá trabalhavam orientaram, ensinaram e apoiaram o curso.

Além disso, ela relata o quão é importante e necessário um atendimento, ao nascer, com um especialista

[...] porque é uma quantidade muito grande de crianças que nascem e não são atendidas por médicos. Pediatras, nem se fala! [...], são atendidas por enfermeiros, por técnicos em enfermagem e em situações graves. Porque quando é um parto tranquilo, tudo bem, mas quando é um parto em que um profissional médico deve estar presente, a criança tem o direito de ter um pediatra para atender e nós temos o dever de propiciar isso.

Dessa maneira, é direito da criança um atendimento especializado, no qual ela seja vista de forma específica na sua singularidade e peculiaridade, não só para tratar doenças, mas atuando na prevenção e orientação para um crescimento e desenvolvimento saudável. Cabe destacar que medidas para melhorar a assistência neonatal se constituem na atualização e no aperfeiçoamento dos profissionais e na melhoria dos atendimentos neonatais com a junção do poder público, ampliando o atendimento pediátrico gratuito em todas as localidades brasileiras.

MORTALIDADE EM NEONATOLOGIA NA BAHIA

Falar de Neonatologia é questionar e entender sobre o início da vida. Tão importante quanto o acompanhamento do feto ao lactente é questionar os porquês das mortes dos neonatos. A mortalidade neonatal é um problema relevante de saúde pública que reflete a necessidade de melhorar o atendimento assistencial à gestante e ao RN. Pouco se falava sobre a mortalidade neonatal, enquanto, por outro lado, era crescente o número de RNs que morriam sem assistência adequada. Em 1962, a morte do filho do então presidente dos EUA, Patrick Bouvier Kennedy, com 32 semanas de gestação, favoreceu o levantamento de recursos para os estudos em Neonatologia. Após o episódio, o número de pesquisas na área aumentou e os avanços favoreceram o aprimoramento em suporte de vida aos prematuros, fazendo com que o neonato recebesse um atendimento individualizado e de qualidade. (ALVES FILHO, 2018)

A neonatologista Lícia Moreira, quando questionada em entrevista sobre a mortalidade neonatal na Bahia, relatou que esteve à frente da presidência do Comitê Estadual de Vigilância do Óbito Materno Infantil e, no momento, assume a vice-presidência. Afirma que a mortalidade infantil na Bahia, assim como no Brasil, atingiu as metas de redução para o milênio, contudo a mortalidade neonatal ainda não conseguiu atingir com êxito essa redução. Em Salvador, tanto na rede privada, quanto na rede pública, os indicadores são satisfatórios, mas, na Bahia como um todo, os índices ainda são altos, com mortalidade neonatal precoce na primeira semana de vida. No interior da Bahia, são escassos os serviços de atendimento a gestantes que contemplem complexidades, logo nem todas as gestantes conseguem ter acesso rápido ao serviço, sendo direcionadas para Salvador. Dessa forma, cabe destacar o importante papel dos hospitais de referência, como o Hospital Santo Amaro, em Salvador, que têm indicadores semelhantes aos de primeiro mundo, com sobrevida de 24 semanas, enquanto a do Brasil é de 26 semanas. A persistência dos índices elevados de mortalidade neonatal na Bahia é devido tanto à sua extensa área territorial, quanto ao fato de ser pobre economicamente e ter uma distribuição geográfica desigual.

Cabe destacar que um estudo recente, realizado por Martins e Paixão (2021), na região de Salvador de 2009 a 2018, confirmou 5.090 casos de óbitos fetais, sendo os anos de 2010, 2013 e 2016 aqueles com maiores números. Destaca-se como fatores relacionados a esses óbitos fetais: prematuridade, sexo masculino, baixo peso, condição de saúde materna, idade, escolaridade e parto vaginal. Para a melhoria dos fatores citados, é necessária uma atenção especializada voltada para o RN, dando ênfase ao primeiro contato com um profissional que atenda às demandas e às complexidades do pós-parto.

NEONATOLOGIA E MERCADO DE TRABALHO

Caro leitor, se você chegou até aqui e está curioso sobre como tornar-se um neonatologista, preste bem atenção no que vamos falar-lhe agora: em 1977, o presidente da República da época emitiu o Decreto nº 80.281 que regulamentou, a partir de então, as residências médicas. Os programas de residência médica no Brasil constituem o principal espaço de formação médica especializada. No caso da Neonatologia, o médico não pode ingressar diretamente na residência logo após a formação, ele precisará trilhar um caminho de, pelo menos, cinco anos após se formar na graduação em Medicina: primeiro, é preciso fazer três anos de Residência em Pediatria e mais dois anos dedicados especificamente para a Neonatologia. Diante disso, podemos afirmar que nem todo pediatra é um neonatologista, mas todo neonatologista é um pediatra.

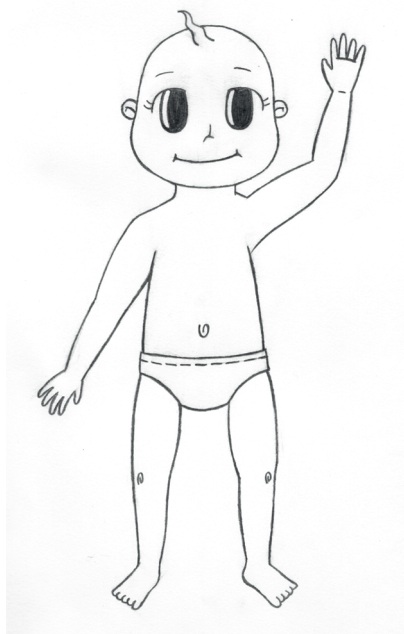


Figura 3 – Bebê saudável

Fonte: elaborada por Amanda Franca de Almeida.

A Pediatria, atualmente, é a segunda área que possui mais especialistas no Brasil, contendo 10,1% (43,699) dos médicos que possuem especialidade. Entre os pediatras, 74,4% são mulheres e a média de idade é 47,8 anos para a área. Segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM), em estudos de 2021, atualmente, 2.767 médicos estão regularmente inscritos como neonatologistas nos Conselhos Regionais de Medicina (CRMs), o que representa 6,33% do total de pediatras brasileiros.

No estado da Bahia, é possível fazer a Residência em Neonatologia no Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (Hupes), no Hospital Estadual da Criança, no Hospital Geral Roberto Santos, Maternidade de Referência Prof. José M^a de Magalhães Netto, todos inaugurados pela Sesab, no Hospital Municipal Esaú Matos, inaugurado pela Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista.

Então, recapitulando: após a conclusão do curso de graduação, quando se torna um médico generalista, é preciso de mais estudos a fim de se tornar um médico neonatologista. Para tanto, é preciso ingressar em um Programa de Residência Médica em Pediatria, com duração de três anos e, após se tornar pediatra, pode realizar a Residência Médica de Neonatologia, com duração de dois anos, para se tornar neonatologista.

Esse médico, especialista no cuidado dos bebezinhos, pode trabalhar em diferentes atuações: participar de salas de parto, sendo responsável pelo primeiro cuidado da criança que acaba de chegar ao mundo; atuar em alojamentos conjuntos, continuando o cuidado com o bebê durante os seus primeiros dias de vida; trabalhar nas UTIs neonatais, dando atenção cuidadosa àqueles casos mais graves; trabalhar em ambulatórios, fazendo o acompanhamento das crianças que nasceram prematuras ou com anormalidades congênitas, dentre outras. Há muita coisa a se fazer para cuidar cada vez melhor daqueles que serão, um dia, o futuro!

TECNOLOGIA EM NEONATOLOGIA

Com o advento de mudanças no mundo moderno e a necessidade de desenvolver, melhorar e incorporar novas tecnologias eficazes em saúde, como fármacos, equipamentos médicos, exames complementares, entre outros, é possível observar um impacto em índices e marcadores clínicos. (SECOLI et al., 2010) Isso aplica-se, conseqüentemente, também à Neonatologia, sendo possível visualizar estudos que demonstram que o desenvolvimento, sobretudo de novos equipamentos, influenciou, ao longo das décadas, diretamente no cuidado neonatal e na diminuição de índices de mortalidade, principalmente do prematuro. (MIRANDA, 2010)

Para avaliar o impacto do desenvolvimento tecnológico na Neonatologia, é necessária a existência de estudos robustos para conclusões fidedignas e baseadas em evidências. Nesse aspecto, há uma grande quantidade de estudos a nível global, no entanto há uma escassez de material científico produzido em âmbito nacional. Isso impacta o desenvolvimento de conclusões mais complexas no Brasil, visto que cada país possui suas particularidades econômicas e sociais. (MIRANDA, 2010)

É impossível falar sobre tecnologia na Neonatologia sem pensar na incubadora, esse ambiente ideal, protegido e que garante a sobrevivência de vários bebês foi um marco na história da área. Os resultados são nítidos: o nascimento de um bebê prematuro que antes era considerado um aborto agora possui grandes chances de sobrevivência. No Brasil, antes do advento da incubadora, vários recursos eram utilizados para evitar a hipotermia no bebê. Relatos apontam para a utilização de bolsas térmicas e até mesmo “tijolos quentes” nas zonas rurais, tentando evitar a perda de calor, porém os meios improvisados não obtinham êxito e muitas vezes causavam danos ao RN. (SILVADO, 1903 apud OLIVEIRA, 2004) Como relatado na “História da Neonatologia no mundo”, o advento da incubadora se deu pelo médico obstetra Stéphane Étienne Tarnier em 1878. A partir daí, houve a estimulação e produção de novos modelos. (OLIVEIRA, 2004)

A história da evolução tecnológica na Neonatologia, portanto, passou por muitos momentos desde a criação da incubadora. Inicialmente, o contato com o prematuro era o mínimo possível por parte da equipe médica e de enfermagem, assim como a restrição para o contato dos pais. Isso até chegar o momento em que, com o maior desenvolvimento de UTIs, o manuseio dos profissionais da saúde sobre os RNs se tornou cada vez maior, inclusive, para alguns autores, muitas vezes de maneira excessiva. A partir da década de 1990, passa a ser visto com bons olhos a maior participação dos pais nesse momento, principalmente o acompanhamento das crianças enquanto estas estiverem na UTI, sendo considerado um momento importante para a criação do vínculo entre crianças e pais. (SÁ NETO; RODRIGUES, 2010)

Das inovações em tecnologia voltadas para o atendimento neonatal em UTI, cabe destacar a utilização de métodos para alívio da dor, como escalas de avaliação para dor, emprego de sucção não nutritiva e uso de fármacos durante procedimentos mais invasivos. Além disso, destaca-se a utilização de cateter central de inserção periférica e a redução da estimulação ambiental, como cuidado com a iluminação e os níveis de ruído. No contexto da humanização do cuidado neonatal, há o emprego da musicoterapia, estímulo do contato pele a pele, realização de banho de ofurô, emprego do método mãe-canguru, incentivo ao aleitamento materno, inserção da família no cuidado, com livre acesso da mãe e visita ampliada da família. (FIALHO et al., 2015)

No contexto de internação em UTI, os bebês são submetidos a diversos fatores estressantes e dolorosos, vale lembrar que o RN em estado grave é submetido a vários procedimentos por dia. Ou seja, desenvolver tecnologias do cuidado que contribuem para o alívio da dor e a diminuição de efeitos estressantes do ambiente são de extrema importância para um melhor desenvolvimento do bebê. (FIALHO et al., 2015)

É inegável os inúmeros benefícios trazidos pelo advento de novas tecnologias, a exemplo da diminuição da mortalidade de neonatos prematuros e de baixíssimo peso, no entanto é inevitável dissociar de pontos negativos, a exemplo do maior número de comorbidades que irão influenciar na qualidade de vida, durante as diferentes fases do crescimento. Diante de todo o exposto, há algo que ainda se torna motivo de reflexão acerca do advento tecnológico: a dualidade entre o saber técnico e a arte do cuidar. Ambos importantes para a assistência ao neonato, mas ao mesmo tempo de difícil equilíbrio. Portanto, para uma assistência ideal, as tecnologias devem ser sempre avaliadas levando em conta benefícios, malefícios e, sobretudo, aspectos éticos. (SÁ NETO; RODRIGUES, 2010)

NEONATOLOGIA E COVID-19

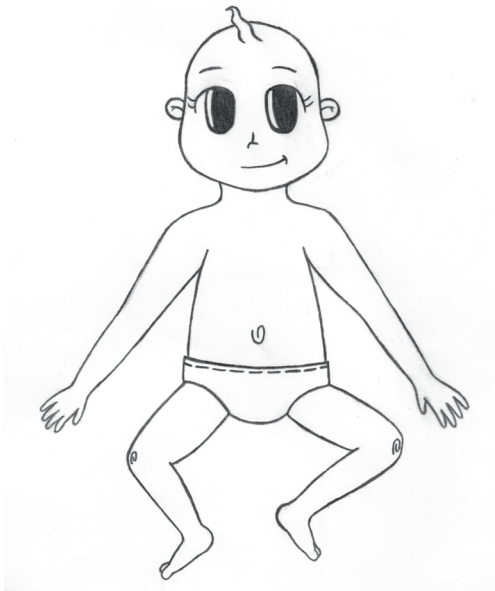


Figura 4 – Bebê sentado
Fonte: elaborada por Amanda Franca de Almeida.

Sem dúvidas, a pandemia do novo coronavírus foi um dos mais, se não o mais, marcantes períodos dos tempos atuais, sendo capaz de mobilizar e mudar a realidade do mundo. Os primeiros casos foram diagnosticados na cidade de Wuhan, na China, em dezembro de 2019. A partir da descoberta do SARS-CoV-2 como causador da covid-19, foi dado o sinal de alerta para os outros países, até que, em março de 2020, foi decretada a pandemia do coronavírus. (ESTEVÃO, 2020)

A partir do aumento do número de casos, observou-se que os pacientes infectados ou são assintomáticos ou apresentam como sintomas mais comuns: febre, falta de ar, dor no corpo, fadiga e tosse. No entanto, a gravidade do quadro e a manifestação desses sintomas se dão de forma diferente em cada paciente. O vírus pode ser transmitido através da inalação, do contato direto com as gotículas de secreção de pessoas infectadas ou do contato com superfícies contaminadas, apresentando um período de incubação de até 14 dias. (SANTOS; ALMEIDA, 2020) Dessa forma, os pacientes assintomáticos também transmitem o SARS-CoV-2, sendo, com isso, necessário redobrar as medidas de segurança, tais como a reeducação da população mundial para o isolamento social, o uso constante de máscara, a lavagem das mãos e o uso de álcool em gel para evitar a disseminação do vírus.

O desconhecimento do vírus, o descumprimento das regras de higiene e isolamento, a fragilidade do sistema de saúde e a falta de colaboração dos governantes provocaram um elevado número de mortes, principalmente em nosso país – que ocupou, por um longo período, as primeiras posições no *ranking* mundial de mortes pela covid-19. Assim, o investimento e os estudos voltados para a fabricação de vacinas para o novo coronavírus possibilitaram um suspiro de esperança de tempos melhores. Hoje, o acesso à vacina permitiu que alguns países voltassem à sua vida “normal”, mas, ao contrário do preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil ainda caminha em passos lentos para a vacinação completa da população.

Mas vocês devem estar se perguntando: qual foi o impacto da covid-19 nos neonatos? Então, por ser um vírus novo, muitas dúvidas ainda permanecem, mas há um grande empenho no desenvolvimento de pesquisas a fim de conhecer mais sobre as repercussões do coronavírus no neonato. Até agora, observa-se que os RNs são menos acometidos pela covid-19 do que os adultos. No entanto, também têm risco de transmissão horizontal, por contato ou gotículas, na maioria dos casos apresentando sintomas leves ou sendo assintomáticos. (FERRI et al., 2020)

Em relação à transmissão vertical, nada ainda está totalmente esclarecido. Sabe-se que, até o momento, é de extrema importância o seguimento do neonato por uma equipe altamente preparada e especializada multiprofissionalmente. A assistência deve ser de extremo cuidado, além de evitar o prolongamento da internação do RN e de focar sobre aspectos psicoemocionais, tanto dos familiares quanto dos profissionais envolvidos.

Atualmente, a determinação da conduta sobre o neonato com covid-19 irá depender de sua condição clínica: se houver suspeição e a mãe e o bebê estiverem estáveis, pode-se manter recomendações básicas, como higienização das mãos, máscara facial e permanência isolada no alojamento; caso a mãe ou o RN tenham confirmação do diagnóstico e estejam sintomáticos, podem ser necessárias

medidas de barreiras e recorrente monitorização clínica para evitar complicações e maiores surtos nos serviços de saúde. (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2021) No caso do RN, após confirmação da infecção pelo vírus, é importante sua internação em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), onde o neonato será mantido em uma incubadora, sendo constantemente monitorado para manutenção de seu quadro, recebendo suporte respiratório quando for necessário e alinhado aos protocolos da unidade. (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO, 2020)

Ainda dialogando um pouco sobre suporte respiratório em covid-19, a história da Neonatologia contribuiu imensamente no aperfeiçoamento e nos estudos que ajudaram a embasar cientificamente o atual uso da terapia de oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO) em pacientes graves. A ECMO nada mais é do que uma terapia que utiliza uma máquina que faz o “papel” da circulação extracorpórea de forma modificada, com a finalidade de garantir suporte pulmonar e cardíaco por um longo período em pacientes necessitados dessa condição. (KATTAN et al., 2017)

Em 1970, o uso da ECMO em adultos foi menosprezado por conta de resultados ruins em alguns estudos controlados publicados da época. No entanto, em 1975, o médico cirurgião Robert Bartlett trouxe novamente a ECMO em evidência após bons resultados pela aplicação em pacientes pediátricos e neonatos, o que fez com que o uso da terapêutica aumentasse no fim dos anos 1980. Consequentemente, a volta do uso do ECMO tanto em pacientes pediátricos quanto em pacientes adultos, nos anos 1970 e 1980, trouxeram novos estudos sobre essa terapia tão importante no tratamento intensivo de muitas patologias respiratórias, dentre elas, atualmente, destaca-se a covid-19. (KATTAN et al., 2017)

REFERÊNCIAS

ALVES, Taytiellen Fernandes; COELHO, Alexandre Bragança. Mortalidade infantil e gênero no Brasil: uma investigação usando dados em painel. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1259-1264, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nMq54VMxLcKDSMhsPhK6JYG/>. Acesso em: 21 jul. 2021.

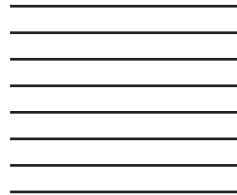
ALVES FILHO, Navantino. *História da neonatologia: algumas pérolas no Brasil*. 2012. Trabalho apresentado no 9º Congresso Iberoamericano de Neonatologia – SIBEN. Belo Horizonte, 2018. 137 slides. Disponível em: <http://paulomargotto.com.br/historia-da-neonatologia-algumas-perolas-no-brasil/>. Acesso em: 13 jul. 2021.

AVERY, Gordon B. Perspectivas na década de 1990. In: AVERY, Gordon B. *Neonatologia: fisiopatologia e cuidado do recém-nascido*. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. cap. 1, p. 37-57.

- BAHIA. Secretaria da Saúde. *Iperba completa 40 anos de serviços prestados à população*. Salvador, 11 nov. 2015a. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/2015/11/11/iperba-completa-40-anos-de-servicos-prestados-a-populacao/>. Acesso em: 22 jul. 2021.
- BAHIA. Secretaria da Saúde. Maternidade de referência comemora nove anos de fundação. Salvador, 12 jun. 2015b. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/2015/06/12/maternidade-de-referencia-comemora-nove-anos-de-fundacao/>. Acesso em: 22 jul. 2021.
- BARROS, Nelson de Carvalho Assis. Histórico do ensino da pediatria na Bahia. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 77, n. 2, p. 101-116, jul./dez. 2007.
- BUDIN, Pierre. *The Nursling: The Feeding and Hygiene of Premature & Full-Term Infants*. Tradução de Willian J. Maloney. Londron: Caxton Publishing Co., 1907.
- CARNEIRO, Maria Elizabeth Ribeiro. *Procura-se “preta, com muito bom leite, prendada e carinhosa”*: uma cartografia das amas-de-leite na sociedade carioca (1850-1888). 2006. Tese (Doutorado em História) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2006.
- FIALHO, Flavia Andrade *et al.* Tecnologias aplicadas pela enfermagem no cuidado neonatal. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 29, n. 1, p. 23-32, jan./mar. 2015.
- DUNN, Peter M. Professor Pierre Budin (1846-1907) of Paris, and Modern Perinatal Care. *Archives of disease in childhood. Fetal and Neonatal Edition*, London, v. 73, n. 3, p. F193-F195, Nov. 1995.
- ESTEVIÃO, Amélia. Covid-19. *Acta Radiológica Portuguesa*, Lisboa, v. 32, n. 1, p. 5-6, jan./abr. 2020.
- FERRAZ, Amélia Ricon; GUIMARÃES, Hercília. *História da neonatologia no mundo*. 2016. Disponível em: https://www.spneonologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/historia_da_neonatologia_no_mundo.pdf. Acesso em: 22 jul. 2021.
- FERRI, Walusa Gonçalves *et al.* Manejo do recém-nascido com SARS-CoV-2 ou COVID-19. Ribeirão Preto, 2020. Protocolo de Neonatologia - HCFMP-USP.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. COVID-19 e Neonatologia: orientações para profissionais e serviços de saúde. *Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente*, Rio de Janeiro, 10 set. 2021. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/covid-19-neonatologia/>. Acesso em: 20 jul. 2021.
- GARNELO, Luiza; SAMPAIO, Sully de Souza; PONTES, Ana Lúcia. Cuidado à saúde da criança indígena. In: GARNELO, Luiza; SAMPAIO, Sully de Souza; PONTES, Ana Lúcia. *Atenção diferenciada: a formação técnica de agentes indígenas de saúde do Alto Rio Negro*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019. p. 89-118. (Fazer saúde).

- HENICK, Angélica Cristina; FARIA, P. Maria Paula Ferreira de. História da infância no Brasil. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 13., Curitiba, 2015. *Anais* [...]. Curitiba: PUCPR, 2015.
- KATTAN, Javier *et al.* Neonatal and Pediatric Extracorporeal Membrane Oxygenation in Developing Latin American Countries. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 93, n. 2, p. 120-129, Mar./Apr. 2017.
- MACDONALD, Mhairi G.; SESHIA, Mary M. K. *Avery neonatologia: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido*. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.
- MALONEY, William Joseph. Translator's preface. In: BUDIN, Pierre. *The Nursling: The Feeding and Hygiene of Premature & Full-Term Infants*. Tradução de Willian J. Maloney. Londron: Caxton Publishing Co., 1907.
- MARTINS, Maísa Mônica Flores; PAIXÃO, Andresa Bacelar da. Perfil de óbitos neonatais em uma região do estado da Bahia. *Revista Saúde.Com*, Vitória da Conquista, BA, v. 2, n. 17, p. 2170-2181, 15 jun. 2021. DOI: 10.22481/rsc.v17i2.7993. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/7993/5824>. Acesso em: 13 jul. 2021.
- MIRANDA, Anatércia Muniz de; CUNHA, Daniella Imaculada Barros; GOMES, Silvana Maria Fagundes. A influência da tecnologia na sobrevivência do recém-nascido prematuro extremo de muito baixo peso: revisão integrativa. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 14, n. 3, p. 435-442, jul./set. 2010. Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/136>. Acesso em: 17 jul. 2021.
- MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. *A arte de curar nos tempos da colônia: limites e espaços da cura*. 3. ed. rev. ampl. e atual. Recife: Ed. UFPE, 2017.
- MOREIRA, Virlene Cardoso. Ações pioneiras do ensino de pediatria no Brasil: Carlos Artur Moncorvo de Figueiredo (Moncorvo pai) e a Policlínica Geral do Rio de Janeiro, 1882-1901. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 467-484, abr./jun. 2020.
- MOREIRA, Virlene Cardoso. *A pediatria na Bahia: o processo de especialização de um campo científico (1882-1937)*. 2017. Tese (Doutorado em Ensino, Filosofia e História das Ciências) – Universidade Federal da Bahia, Universidade Estadual de Feira de Santana, Salvador, 2017.
- OLIVEIRA, Isabel Cristina dos Santos. O advento das incubadoras e os cuidados de enfermagem aos prematuros na primeira metade do século XX. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 459-466, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072004000300017>. Acesso em: 18 jul. 2021.
- OLIVEIRA, Isabel Cristina dos Santos; RODRIGUES, Renata Gomes. Assistência ao recém-nascido: perspectivas para o saber de enfermagem em neonatologia (1937-1979). *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 498-505, dez. 2005.

- OLIVEIRA, Isabel Cristina dos Santos. *Da mãe substituta à enfermeira pediatra: a construção do saber da enfermagem à criança hospitalizada*. Rio de Janeiro: Anna Nery, 1999.
- RODRIGUES, Renata Gomes; OLIVEIRA, Isabel Cristina dos Santos. Os primórdios da assistência aos recém-nascidos no exterior e no Brasil: perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia (1870-1903). *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 6, n. 2, Goiânia, p. 286-291, 2004. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/809>. Acesso em: 11 jul. 2021.
- SÁ NETO, José Antonio de; RODRIGUES, Benedita Maria Rêgo Deusdará. Tecnologia como fundamento do cuidar em Neonatologia. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 372-377, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000200020>. Acesso em: 20 jul. 2021.
- SANTOS, Thaynara Diniz dos; ALMEIDA, Bruna. *COVID-19 no Recém Nascido*. Brasília, DF, 2020.
- SECOLI, Silvia Regina *et al.* Avaliação de tecnologia em saúde: II. A análise de custo-efetividade. *Arquivos de Gastroenterologia*, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 329-333, out./dez. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ag/a/XMCBx7ybCbs7FYBxrcvwYCS/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 10 jul. 2021.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Bahia é o estado do país com maior déficit de leitos de UTI neonatal, aponta pesquisa*. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/bahia-e-o-estado-do-pais-com-maior-deficit-de-leitos-de-uti-neonatal-aponta-pesquisa/>. Acesso em: 19 jul. 2021.
- SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO. Departamento de Pediatria. *Recomendações para cuidados e assistência ao recém-nascido com suspeita ou diagnóstico de covid-19*. São Paulo, 2020. Disponível em: <https://www.spsp.org.br/PDF/COVID%20Recomenda%C3%A7%C3%B5es%20DC%20Neo%20SPSP-6abril2020.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2021.
- TONELLI, Edward. Primórdios da pediatria brasileira. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 22, n. 1, p. 123-128, 2012.
- TRAGANTE, Carla Regina. *Estudo do perfil das famílias e de seus filhos internados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*. 2009. Tese (Doutorado em Pediatria) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. *Maternidade Climério de Oliveira comemora 100 anos de fundação*. Salvador, 29 out. 2010. Disponível em: https://www.ufba.br/ufba_em_pauta/maternidade-clim%C3%A9rio-de-oliveira-comemora-100-anos-de-funda%C3%A7%C3%A3o. Acesso em: 14 jul. 2021.



13 HISTÓRIA DA HEMATOLOGIA

Bruno Araujo de Jesus
Camila Oliveira Soares
Hana Silva Almeida
João Fernando Nascimento de Barcelos
Lucas de Lacerda Ramos

HISTÓRIA DA HEMATOLOGIA NA BAHIA: O QUE É HEMATOLOGIA?

Antes de abordar sobre a Hematologia, subespecialidades e sua história na Bahia, é imprescindível compreender o conceito de residência médica. Trata-se de uma forma de pós-graduação médica em que se confere determinada especialidade em múltiplas áreas do conhecimento. Foi instituída no país em 5 de setembro de 1977 através do Decreto nº 80.281, juntamente com a criação do Conselho Nacional de Residência Médica (CNRM), sendo exercida como forma de curso de especialização vinculada a instituições de saúde por meio de orientação de médicos, profissionais éticos e qualificados. (BRASIL, 1977)

Dentre as especialidades médicas atuais, a Hematologia será destacada neste capítulo, sendo uma área de grande importância para o entendimento das múltiplas doenças que envolvem o sangue e que acometem amplas faixas etárias da população. A Residência em Hematologia envolve a formação de profissionais capacitados no tratamento de enfermidades que envolvem o sistema hemato-poiético e doenças do sangue, como leucemias, linfomas e anemias congênitas. Com o passar do tempo, a Hematologia promoveu o surgimento de subespecialidades, tais como Hemoterapia, Transplante de Medula Óssea (TMO), Hemostasia, Citofluorimetria e Onco-hematologia. O hemoterapeuta é responsável pela atuação na Medicina transfusional e procedimentos de separação dos componentes do sangue, envolvendo hemocentros, bancos de sangue e agências de transfusão. No TMO, os hematologistas são especializados no tratamento de doenças que afetam a linhagem precursora das células sanguíneas, além disso, esse profissional tem que estar atento a condições precisas que envolvem o doador e o paciente receptor, a fim de que não haja reação transfusional. Já na Hemostasia, o hematologista preocupa-se com questões da coagulação, como distúrbios congênitos ou adquiridos do meio, sendo muito importante para a área cirúrgica na prevenção de sangramentos. Dessa forma, a subespecialidade correspondente à Citofluorimetria envolve a utilização de anticorpos monoclonais ligados a substâncias fluorescentes com o objetivo de identificar células específicas para um posterior tratamento. Nesse âmbito, há também o onco-hematologista que é o profissional envolvido no tratamento das doenças malignas do sangue e órgãos hemato-poiéticos, como leucemias e linfomas. O hematologista clínico é atuante nas mais diversas subespecialidades, está envolvido desde a análise de hemogramas até procedimentos mais invasivos, como os transplantes e transfusões sanguíneas. Portanto, a Hematologia como opção de residência médica e suas subespecialidades são fundamentais na prevenção e cura dos mais diversos tipos de doenças hematológicas que acometem toda a população mundial.

Atualmente, para realizar a Residência de Hematologia pelo Hospital Universitário Professor Edgard Santos (Hupes), em Salvador da Bahia, faz-se necessário cursar previamente dois anos de Clínica Médica. Ao final desse período, é preciso realizar mais dois anos de Hematologia com 20% da carga horária para Hemoterapia, totalizando um período de quatro anos. Há também a opção de acrescentar à carga horária o programa de transplante de medula óssea durante esse período de residência. O Programa de Residência Médica em Hematologia-Hemoterapia oferece aos médicos residentes diversos treinamentos. Esses profissionais serão preparados para atenderem os pacientes com doenças hematológicas de forma integral, incluindo a atenção primária – fase diagnóstica por meio de ambulatórios de triagem –, diagnóstico laboratorial através de citomorfologia

de medula óssea e de sangue, além de laboratório avançado por citometria de fluxo. Além disso, serão capacitados para assistência ambulatorial geral e especializados em Onco-hematologia, com atenção voltada para diversas doenças, como mieloma múltiplo, leucemias e anemia falciforme. O médico residente recebe também treinamento para elaboração de planejamento diagnóstico e terapêutico, indicação de transplante de medula óssea e protocolos de quimioterapia, além da realização de sessões científicas. Esse conjunto de capacitações favorece ao futuro hematologista uma excelente segurança profissional para atuar no tratamento dos seus pacientes, oferecendo-lhe o suporte assistencial necessário. (COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA, 2021)

TRAJETO HISTÓRICO DA HEMATOLOGIA NA BAHIA

A história da Hematologia na Bahia apresenta-se como um processo longo e singular, iniciado pela observação e estudo de células por médicos que analisavam o sangue de pacientes sadios e enfermos. Além das hemácias, foram também observados, nos laboratórios, os seus precursores da medula óssea e toda linhagem de células de defesa e de coagulação, como neutrófilos, linfócitos e plaquetas. A partir dessa análise e a correlação com os sinais e sintomas clínicos dos pacientes que buscavam atendimento, a Hematologia foi ganhando consistência e maior amplitude com o decorrer do tempo na Bahia. Alguns doutores se destacavam nessa linhagem de pesquisa no Hupes, que é localizado em Salvador, outros tornaram-se responsáveis pelos laboratórios desse hospital, além de assumirem bancos de sangue, análise de leucograma e hemograma, e o mais fundamental: foram professores na área da Hematologia, proporcionando, assim, uma propagação do conhecimento e, conseqüentemente, maior interesse por parte dos alunos.

Na década de 1940, já existia a iniciativa de construir institutos que realizavam transfusão de sangue, sendo eles os Serviços de Transfusão de Sangue (STS), que tinham diversas filiais no Brasil. Na Bahia, essa iniciativa deu origem ao primeiro banco de sangue da Bahia, fundado em Salvador, em 7 de novembro de 1937, por iniciativa dos médicos Menandro Novais e Estácio Gonzaga. Outros institutos que surgiram na Bahia ao longo da história: Associação Beneficente de Coleta de Sangue (Colsan), uma instituição particular e filantrópica, fundada na década de 1960 pelo médico Alfeu Pedreira, com a finalidade de ser um Serviço de Hemoterapia; e o Instituto da Saúde do Estado da Bahia (Iseb). Todas essas entidades se extinguíram com a criação do Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia (Hemoba), cuja história será melhor discutida mais à frente. Ainda na década de 1940, o prof. José Figueiredo realizou pesquisas em pacientes com tuberculose pulmonar, fazendo análise do leucograma e prognóstico da doença,

além de lecionar sobre hemograma, velocidade de hemossedimentação e teste de hemostase. Pesquisas na área de herança genética da anemia falciforme foram realizadas, no final dos anos 1940, pelo assistente da disciplina Propedêutica Médica, prof. Jessé Accioly da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), possibilitando um grande passo para elucidação dessa doença que é bastante recorrente e discutida nos dias atuais. (FERNANDES; BOMFIM, 2007, p. 190-191)

Ao longo da década de 1960, o Instituto de Hematologia da Bahia (Iheba) foi inaugurado, representando avanço ainda mais significativo nessa área de suma importância. Na década de 1970, foram criados o laboratório especial e ambulatório no Hupes, além de grupos de assistência a pacientes com doenças hematológicas de nível ambulatorial e de internamento. Cursos de Hematologia foram surgindo e atividades acadêmicas que envolviam temas da especialidade também foram se destacando. O Hupes foi se tornando um centro de referência em mielograma e biópsia, além dos exames laboratoriais que facilitavam o serviço. O prof. Dilson Fernandes criou a disciplina de Hematologia e parte teórico-prática, além de direcionar o Serviço de Hematologia no Hupes. Na década de 1980, a Residência Médica em Hematologia foi ofertada em Salvador para todos os médicos regularizados que quisessem se especializar na área. (FERNANDES; BOMFIM, 2007, p. 190-191)

Em relação à atualidade, alguns nomes merecem destaque: profa. Glória Bomfim, coordenadora da disciplina de Hematologia da FMB e chefe do Serviço de Hematologia; dr. Murilo Neves Jr, coordenador da disciplina de Onco-hematologia e docente da disciplina de Hematologia da FMB. Atualmente, o Hupes é referência em Hematologia na Bahia, o que se deve a um grande e consagrado processo histórico que deve ser valorizado e mostrado a toda população com muito orgulho. Muitas pessoas são beneficiadas diariamente por esse hospital e pela Hematologia. Muitas vidas são salvas em virtude da ciência e do trabalho desses excelentes profissionais. A Hematologia atualmente está presente como matéria da FMB, no hospital, ambulatório, em liga acadêmica, como a Liga Acadêmica de Hematologia da Bahia (Laheba), enfim, está presente na vida de muitas pessoas. A Hematologia na Bahia vive!

Portanto, essa breve linha do tempo demonstra, de forma resumida, o avanço e formação da Hematologia na Bahia, especificamente em Salvador, ao longo das décadas. Percebe-se que a observação laboratorial, a pesquisa e os achados clínicos foram de grande importância para o desenvolvimento da disciplina acadêmica, da residência, dos centros, dos laboratórios e das novas tecnologias na Hematologia e suas subespecialidades. É importante destacar o papel fundamental dos professores e médicos atuantes durante todo esse período: graças ao empenho, dedicação e persistência, conseguiram fazer importantes descobertas

de várias doenças hematológicas, desde patologias benignas até malignas. E isso se reflete nos dias atuais, pois tais doenças estão bem elucidadas e, quando associadas ao uso de novas tecnologias, o diagnóstico torna-se mais preciso, possibilitando melhor avaliação do prognóstico.

TRAJETO HISTÓRICO DA HEMOTERAPIA

O contexto sócio-histórico da Hemoterapia é subdividido em limites temporais marcantes que caracterizam as dificuldades e descobertas de cada período ao longo do surgimento da Hemoterapia que temos hoje no Brasil e no mundo. (BRASIL, 2013) Denominado, de acordo com o Ministério da Saúde, de Período Pré-Histórico da Transfusão no mundo, datado do início do século XVII. Essa era retrata, historicamente, a importância sociocultural do sangue e sua finalidade terapêutica, revelando o uso do sangue humano e de animais em rituais de banhos e a busca pela cura e pelo fortalecimento do organismo por meio da ingestão desse fluido. Dessa forma, o Período Pré-Científico surge apenas após a descoberta da circulação sanguínea e do funcionamento do coração pelo médico britânico William Harvey, em 1628. Desde então, o sangue humano e animal passaram a ser utilizados em transfusões e como meio de infusão para medicações intravenosas. (BRASIL, 2013)

O contexto histórico atual da Hemoterapia está situado no Período Científico da Transfusão no mundo, marcado pela classificação do sistema ABO, em 1901, e posterior descoberta do fator RH, em 1922, pelo pesquisador austríaco Karl Landsteiner. (HEIDELBERGER, 1965)

PRIMEIRO RELATO ACADÊMICO SOBRE HEMOTERAPIA NO BRASIL

No Brasil, a Era Pré-Científica da Transfusão foi marcada pela tese de doutorado de José Antônio de Oliveira Marcondes – filho legítimo do Barão e da Baronesa de Taubaté – como sendo o primeiro relato acadêmico sobre Hemoterapia do país. (JUNQUEIRA; ROSENBLIT; HAMERSCHLAK, 2005)

Em 27 de setembro de 1879, ao ser apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, a tese foi rejeitada por ser muito polêmica ao descrever experiências empíricas sobre transfusão de sangue e debater o uso do sangue de origem humana ou animal como melhor opção nas transfusões sanguíneas. (JUNQUEIRA; ROSENBLIT; HAMERSCHLAK, 2005)

Esse médico e personagem ilustre da história da Hemoterapia no Brasil não era baiano, mas fez história na FMB, em 30 de dezembro de 1879, onde sua tese

de doutorado foi sustentada e reconhecida por seu caráter revolucionário ao descrever, detalhadamente, uma reação hemolítica aguda, com alterações renais e presença de hematúria – fato desconhecido na época. (JUNQUEIRA; ROSENBLIT; HAMERSCHLAK, 2005)

RELATO SOBRE A PRIMEIRA TRANSFUSÃO DE SANGUE NA BAHIA

Em 2 de outubro de 1915, no Hospital Santa Izabel, da Santa Casa da Bahia, situado na cidade de Salvador, o dr. João Américo Garcez Fróes fez história ao realizar a primeira transfusão bem-sucedida do país, utilizando o aparelho desenvolvido pelo médico argentino dr. Luís Agote. (CADENA, 2020)

Doutor Garcez Fróes realizou a transfusão de 129ml de sangue do doador João Cassiano Saraiva, servente do hospital, em uma paciente de 29 anos com pólipos uterino com metrorragia importante. (JUNQUEIRA; ROSENBLIT; HAMERSCHLAK, 2005)

A técnica de Agote foi uma inovação que passou a evitar a coagulação sanguínea no processo da transfusão e consistia em duas bombas de sucção – uma para sugar o líquido, outra para injetá-lo – e uma mangueira por onde o sangue corria, na qual era infundida uma mistura de citrato de sódio durante o processo. (CADENA, 2020)

Outra figura ilustre que fez história nesse período foi a dra. Isaura Leitão, ao defender sua tese *Transfusão Sanguínea*, em 1916, descrevendo o caso pioneiro protagonizado pelo dr. Garcez Fróes e outros três relatos semelhantes. (JUNQUEIRA; ROSENBLIT; HAMERSCHLAK, 2005)

DESCOBERTA DO MECANISMO DE HERANÇA DA ANEMIA FALCIFORME

No ano de 1946, o então aluno do quinto ano de Medicina da FMB, Jessé Santiago Acioly Lins, realizou a surpreendente descoberta do “mecanismo da herança da anemia falciforme” que fora publicada, no ano seguinte, nos *Arquivos da Faculdade de Medicina da Bahia* – revista acadêmica conhecida como *Tertúlias Acadêmicas*. (TAVARES-NETO, 2010)

Na década de 1940 do século XX, fora do Brasil, pesquisadores americanos buscavam conhecimento sobre os mecanismos de herança da anemia falciforme. Em 1947, o geneticista James Neel publicou um artigo na revista *Medicine* que o reconhecia como o descobridor desse mecanismo de herança genética. (AZEVEDO, 2010) Já a descoberta do dr. Jessé Accioly passou despercebida do círculo acadêmico

e científico por ter sido publicada em uma revista local, na língua portuguesa, e o autor não apresentou interesse em tornar sua descoberta internacional. (AZEVEDO, 2010)

Historicamente, a descoberta do dr. Jesse Accioly antecedeu em um ano a publicação do geneticista James Neel e, em 1973, a dra. Eliane Azedo reuniu todo o material publicado por dr. Jessé, e escreveu uma carta ao editor do *American Journal of Human Genetic*, a fim de comprovar a simultaneidade da publicação americana e da publicação do dr. Jessé Accioly em Salvador, Bahia. (AZEVEDO, 1973)

A publicação da carta ao editor teve repercussão nos Estados Unidos da América, bem como entre os geneticistas brasileiros, conferindo o reconhecimento merecido ao dr. Jessé. A partir da dessa publicação em 1973, a literatura internacional cita Neel e Accioly como descobridores do mecanismo. (AZEVEDO, 2010)

A HISTÓRIA DO HEMOBA

Para entendermos como surgiu a Hemoba, é importante compreendermos o contexto nacional antes desse período. Entre 1964 e 1979, a Hemoterapia possuía uma legislação e normas adequadas, o problema, porém, é que não ocorria uma fiscalização rígida dessas atividades, acarretando uma desorganização no sistema que apresentava, ao mesmo tempo, serviços públicos e privados de qualidade e outros pautados apenas em interesses comerciais que apresentavam serviços de péssimas qualidades. Na época, entre a década de 1970 e 1980, a maioria dos bancos de sangue eram empresas particulares e lucrativas, sem interesses na criação de diretrizes para um aperfeiçoamento do sistema. Essa “indústria” estimulava a doação remunerada para poder realizar a maior captação dessas matérias-primas, não se preocupando com o estado de saúde dos doadores e com as condições do sangue que seria posteriormente utilizado. (JUNQUEIRA; ROSENBLIT; HAMERSCHLAK, 2005)

Para a reorganização desse sistema hemoterápico brasileiro, três principais iniciativas contribuíram para essa melhora: a cooperação entre Brasil e a França no Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados; a Campanha de Doação Voluntária de Sangue da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia (SBHH) e a Constituição Brasileira de 1988. (JUNQUEIRA; ROSENBLIT; HAMERSCHLAK, 2005)

A Cooperação Brasil-França iniciou-se em 1961, quando o presidente Jânio Quadros desejou “comprar” dois bancos de sangue e instalá-los no Rio de Janeiro e São Paulo, fato que não ocorreu devido à renúncia presidencial nesse mesmo ano. Em 1962, o governo francês liberou quatro bolsas de estudo para especialização em Hematologia e Transfusões de Sangue, sendo a primeira bolsa concedida a

Luiz Gonzaga dos Santos, nome muito importante na história da Hematologia brasileira. (JUNQUEIRA; ROSENBLIT; HAMERSCHLAK, 2005)

Esse programa foi intensificado em 1977, ano em que ocorreu a inauguração do Hemocentro de Pernambuco (Hemope), que seguiu o modelo dos hemocentros franceses e foi dirigido por Luiz Gonzaga dos Santos, dono da primeira bolsa de 1962. O Hemope serviu como base para a implantação do Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados, também conhecido como Pró-Sangue, em 30 de abril de 1980. (BRASIL, 2000) Esse programa foi responsável pela ordenação do sistema hemoterápico no Brasil, que criou diversos hemocentros nas principais cidades do país, como o Hemoba. Esses novos hemocentros possuíam nas suas diretrizes a doação voluntária não remunerada e medidas de segurança mais rígidas. (JUNQUEIRA; ROSENBLIT; HAMERSCHLAK, 2005)

A Campanha de Doação Voluntária de Sangue ocorreu com a inconformação do presidente da SBHH com a questão de doação remunerada, que chegou a representar 80% de todas as doações, em diversas partes do país. Essa campanha culminou, em 1980, com a extinção dessa remuneração nas doações de sangue no Brasil, passando de 80% de doação remunerada para a exclusividade da doação voluntária. (JUNQUEIRA; ROSENBLIT; HAMERSCHLAK, 2005)

A Constituição de 1988, com o artigo 199, estabeleceu a assistência à saúde livre da iniciativa privada e assegurou que todo tipo de transplante e doações fosse de responsabilidade pública, vedando a sua comercialização. Apenas em 2002, a regulamentação legal desse artigo foi aprovada, proibindo a doação gratificada de sangue e remunerando os serviços responsáveis por esses procedimentos, cobrindo os custos de processamento. (JUNQUEIRA; ROSENBLIT; HAMERSCHLAK, 2005)

Após a criação do Pró-Sangue em 1981, um grupo técnico do Ministério da Saúde, liderado por Luís Gonzaga dos Santos, identificou dois médicos: dr. Aurelino Santana, um hematologista professor da Universidade Federal da Bahia (UFBA), na época, e médico do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS), que futuramente se tornaria o primeiro diretor geral do Hemoba, e a dra. Maria Conceição Barbosa Coelho, na época, chefe do banco de sangue do HGRS, para formar um grupo que iria implantar o Hemocentro Coordenador do Estado da Bahia. (FUNDAÇÃO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO ESTADO DA BAHIA, 2012)

Em janeiro de 1983, o Hemoba inicia suas atividades como um Centro de Hematologia e Hemoterapia da Bahia em uma área adaptada do HGRS de 590 m² no bairro do Cabula, tendo o intuito de suprir a demanda de sangue e hemocomponentes da rede pública de Salvador e região metropolitana. (FUNDAÇÃO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO ESTADO DA BAHIA, 2012)

Em julho de 1989, o Hemoba deixou de ser considerado Centro de Hematologia e Hemoterapia para se tornar a Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia, incluindo a finalidade de desenvolver pesquisas e ensino diretamente ou

por meio de convênios, o que causou o crescimento nas ações de forma a otimizar a assistência e a qualidade do sangue coletado e os hemocomponentes transfundidos em toda a Bahia.

Em março de 1993, o Hemoba obtém sua sede própria na Avenida Vasco da Gama, na ladeira do Hospital Geral do Estado (HGE), em uma área de 3.400 m², com mais modernidade e melhor fluxo de doadores. Hoje, a fundação possui 25 unidades em todo o estado e ainda procura ocupar os vazios geográficos existentes na Hemoterapia.

No funcionamento como Hemocentro Coordenador, o Hemoba tem o objetivo de coordenar a Política Nacional de Sangue na Bahia, sendo criada a Hemorrede, que hoje conta com 21 unidades de coleta pelo interior e 7 unidades na capital, sendo três móveis e quatro fixas, sendo elas o Centro Hemoba próximo ao HGE, Hospital do Subúrbio, Hospital Irmã Dulce e SAC Cajazeiras. Essa distribuição garante uma média de 12 mil coletas mensais. (BAHIA, 2020)

Por fim, em 2021, o Hemoba prevê a inauguração do Centro de Referência em Doença Falciforme, que será equipado para atendimento ambulatorial nas especialidades de Hematologia, Ginecologia, Hepatologia, Neurologia, Ortopedia, Oftalmologia, Nutrição, Psicologia, Odontologia, Fisioterapia, Serviço Social, Assistência Farmacêutica e Enfermagem. (BAHIA, 2020) Esse centro de referência é apresentado também como resultado da luta diária e da presença da Associação Baiana das Pessoas com Doenças Falciformes (Abadfal) como uma importante Organização da Sociedade Civil sobre a qual falaremos no próximo tópico, destacando sua história e suas lutas.

RELATO SOBRE A HEMOTERAPIA NA BAHIA

Entrevistamos o dr. Maurício Gonzaga Chaves,¹ médico hematologista, especialista em Hemoterapia pela SBHH e que foi coordenador da unidade de transfusão de sangue do Hupes. O foco da entrevista foi entender a visão de um profissional, que trabalhou extensivamente com a Hemoterapia, a respeito do desenvolvimento dessa área na Bahia. Válido resgatar, inicialmente, a diferença conceitual entre Hemoterapia e Hematologia Clínica, visto que a primeira é uma ramificação da Hematologia que tem enfoque no suporte terapêutico das doenças hematológicas, enquanto que a segunda trata do acompanhamento clínico das doenças hemato-

1 Entrevista concedida a Bruno Araujo de Jesus, coautor deste capítulo, em Salvador, 22 jun. 2021.

REFERÊNCIAS

- AZEVEDO, Eliane. Comentários sobre a descoberta do mecanismo de herança da anemia falciforme. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 80, n. 3, p. 3-4, 2010.
- AZEVEDO, Eliane. Letters to the Editor: Historical Note on Inheritance of Sickle Cell Anemia. *American Journal of Human Genetic*, Baltimore, v. 25, n. 4, p. 457-458, July 1973. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1762459/>. Acesso em: 15 jul. 2021.
- BAHIA. Secretaria da Saúde. *Governo do Estado da Bahia. Dia 19 de junho é comemorado o Dia Mundial de Conscientização sobre a Doença Falciforme*. Salvador, 18 jun. 2019. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/2019/06/18/dia-19-de-junho-e-comemorado-o-dia-mundial-de-conscientizacao-sobre-a-doenca-falciforme/>. Acesso em: 23 jul. 2021.
- BAHIA. Secretaria da Saúde. *Hemoba completa 31 anos com uma das maiores qualificações na oferta de sangue no Brasil*. Salvador, 23 jul. 2020. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/2020/07/23/hemoba-completa-31-anos-com-uma-das-maiores-qualificacoes-na-oferta-de-sangue-no-brasil/>. Acesso em: 14 jul. 2021.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL. Ministério da Educação. *Decreto nº 80.281 de 05 de setembro de 1977. Regulamentação da residência médica, criação da Comissão Nacional de Residência Médica*. Brasília, DF, 1977. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEC&numero=80281&ano=1977&ato=62fATWU1EerRVT80e>. Acesso em: 27 jul. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Doença Falciforme*. Brasília, DF, [201-]. Folder. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/doenca_falciforme_flyer_web.pdf. Acesso em: 23 jul. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Qualidade do sangue: sangue e hemoderivados*. Brasília, DF, dez. 2000. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualidade_sangue.pdf. Acesso em: 14 jul. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão do Trabalho na Saúde. *Técnico em hemoterapia: livro texto*. Brasília, DF, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tecnico_hemoterapia_livro_texto.pdf. Acesso em: 14 jul. 2021.
- CADENA, Nelson. *O pioneirismo na transfusão de sangue na Bahia e Norte e Nordeste. Correio*. Salvador, 13 mar. 2020. Disponível em: <https://blogs.ibahia.com/a/blogs/memoriasdabahia/2020/03/12/o-pioneirismo-na-transfusao-de-sangue-na-bahia-e-norte-e-nordeste/>. Acesso em: 15 jul. 2021.
- COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA (Brasil). Resolução CNRM Nº 15, de 6 de julho de 2021. Aprova a matriz de competências dos programas de Residência

- Médica em Hematologia e Hemoterapia no Brasil. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 126, p. 453, 7 jul. 2021.
- FERNANDES, Dilson; BOMFIM, Glória. O histórico da Hematologia na Bahia. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 77, n. 2, p. 190-192, 2007. Disponível em: http://www.gmbahia.ufba.br/adm/arquivos/artigo12_20072.pdf. Acesso em: 27 jul. 2021.
- FUNDAÇÃO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO ESTADO DA BAHIA. *Histórico do HEMOBA*. Salvador, 2012. Disponível em: <http://www.hemoba.ba.gov.br/pagina/view/12>. Acesso em: 14 jul. 2021.
- FUNDAÇÃO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO ESTADO DA BAHIA. *Hemoba lembra o Dia Mundial de Conscientização sobre a Doença Falciforme*. Salvador, 17 jun. 2016. Disponível em: <http://www.hemoba.ba.gov.br/noticia/view/386/dia-mundial-de-conscientizacao-sobre-a-doenca-falciforme>. Acesso em: 23 jul. 2021.
- JUNQUEIRA, Pedro C.; ROSENBLIT, Jacob; HAMERSCHLAK, Nelson. História da Hemoterapia no Brasil. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapiamatologia e Hemoterapia*, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 201-207, set. 2005.
- HEIDELBERGER, Michael. Karl Landsteiner. *Science*, Washington, v. 98, n. 2541, 10 Sept. 1965. Disponível em: <https://doi.org/10.1126/science.98.2541.233>. Acesso em: 15 jul. 2021.
- SANAR RESIDÊNCIA MÉDICA. *Hematologia e Hemoterapia: residência, áreas de atuação, rotina e mais*. Salvador, [200-]. Disponível em: <https://www.sanarmed.com/hematologia-e-hemoterapia-residencia-areas-de-atuacao-rotina-e-mais>. Acesso em: 27 jul. 2021.
- TAVARES-NETO, José. Nota histórica do editor: descobridor brasileiro do mecanismo de herança da anemia falciforme. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 80, n. 3, p. 5-7, 2010.

APÊNDICE A – A HISTÓRIA DO HEMOBA

O Serviço de Hemoterapia na Bahia teve início em 1949, com a fundação do banco de sangue. Esse banco de sangue surgiu ao mesmo tempo que se fundou o Hospital das Clínicas e, portanto, desde a sua fundação, o hospital, em novembro de 1948, já possuía banco de sangue. Inicialmente, o banco de sangue era coordenado por dr. Walter Hupsel, primeiro chefe do serviço. Nessa época, a produção, preservação e aplicação das unidades de sangue ocorria no próprio hospital, bem como a doação e coleta. O sangue era preservado em frascos de vidro na sua forma não fracionada, o que foi, durante muito tempo, um limitador para a Hemoterapia, visto que só era possível realizar transfusão de sangue total. Logo, não era possível fracionar o sangue em seus componentes para aplicar somente aquilo que o paciente precisava. Com a implementação das bolsas plásticas de sangue e das técnicas de fracionamento, foi possível transfundir só aquilo que o paciente precisava, evitando a chance de reações secundárias à transfusão total, sobretudo com relação à sobrecarga volêmica. Os principais concentrados realizados por meio do fracionamento do sangue são os de hemácias (responsáveis pela oxigenação dos tecidos), plaquetas (responsáveis pela cascata de coagulação, que serve para parar sangramentos), crioprecipitado e plasma fresco congelado (ambos apresentam diversos fatores de coagulação que também participam da cascata de coagulação).²

Atualmente, o banco de sangue apresenta-se como uma agência transfusional, vinculada à Fundação Hemoba, de forma que todos os hemocomponentes são fornecidos por essa fundação. O Hemoba é um órgão estadual, fruto de uma política nacional, instituída na Lei Federal nº 10.205 de 2001 e que tem o propósito de controlar todo o processo de coleta e testagem do tipo sanguíneo e das sorologias. Dessa forma, o processo de doação e padronização da qualidade do sangue que é transfundido na Bahia está atualmente centralizado nesse órgão. Essa centralização na doação de sangue foi algo muito positivo, visto que, com a descoberta das diversas patologias que são transmissíveis pelo sangue (a exemplo do HIV, Hepatite B e C, entre outras), é necessário ter maior rigor e padronização das técnicas de testagem e preservação do sangue, a fim de prevenir contaminações. Dessa forma, é possível garantir a qualidade do sangue que é disponibilizado para os serviços médicos de todo o estado. A construção do órgão, nas palavras de dr. Maurício, surgiu da iniciativa exclusiva do governo. Portanto, infelizmente, não contou com nenhuma associação ou movimento social que pudesse ter interesse em participar e ter voz nesse espaço, com exceção da Abadfal.

2 Entrevista de Maurício Gonzaga Chaves, Salvador, 22 jun. 2021.

O serviço de banco de sangue do Hospital das Clínicas passou a focar na aplicação clínica dos hemocomponentes. O hospital começou a realizar transplantes de medula óssea, o banco de sangue tornou-se uma unidade de hemoterapia. Esse serviço é composto pelo corpo médico – atualmente são três médicos –, pela enfermagem – serviço responsável pela hemovigilância (busca ativa do paciente nas primeiras 24 horas após a transfusão para verificar reações e intercorrências que necessitem ser comunicadas ao Hemoba) – e pelos funcionários administrativos – responsáveis pelo controle da destinação de todos os hemocomponentes do serviço, a fim de prestar contas com a vigilância sanitária.

A Hemoterapia sofreu grandes avanços nas últimas décadas com a implementação das técnicas de imunofenotipagem, as quais diminuíram drasticamente a chance de ocorrência de reações imunológicas à hemoterapia. Contudo, isso não é justificativa para banalizar a realização da transfusão, pois, nas palavras dele, “a melhor transfusão é aquela que você não necessita fazer”. Isso porque a hemoterapia, assim como qualquer tipo de medicação que é administrada em um paciente, precisa ocorrer somente quando é necessário. Logo, é fundamental que o médico esteja atento aos critérios de transfusão para não indicar tratamentos desnecessários.

Em relação às políticas públicas direcionadas à Hemoterapia, o Hemoba realiza campanhas de conscientização da doação de sangue, as quais normalmente ocorrem em baixa quantidade. As campanhas ocorrem em períodos estratégicos em que a quantidade de doações diminui significativamente, a exemplo do São João e do Carnaval. Essas campanhas são vitais, visto que o estoque de sangue é um bem público e precisa se manter abastecido, pois, a qualquer momento, qualquer um de nós pode precisar de transfusão sanguínea. A doação de sangue é uma questão educativa e uma atitude cidadã. Na época em que a doação de sangue era remunerada, a manutenção da qualidade do sangue era extremamente difícil, pois as pessoas doavam por causa do dinheiro e eventualmente omitiam informações a respeito do seu histórico médico. A veracidade desses dados clínicos é de vital importância para a triagem do sangue, a fim de determinar se ele pode ou não ser utilizado em transfusões. O processo de transição, com o surgimento do Hemoba, foi bem difícil. A mudança ocorreu de forma abrupta, o que causou problemas com relação ao estoque de sangue, uma vez que a noção cidadã da doação de sangue não tinha até então sido apresentada à população em geral. Por esse motivo, fez-se necessária uma divulgação maciça por parte do Estado, que continua até os tempos atuais, utilizando as grandes mídias para tentar diminuir o impacto da falta de uma política na educação de base sobre a doação de sangue.

Fica evidente que a doação de sangue precisa ser altamente altruísta, pois o doador precisa compreender a importância do estoque de sangue para a sociedade. No momento atual de pandemia, a conscientização da doação de sangue está mais desafiadora, visto que as pessoas não estão mais procurando os centros de doação por medo de contrair o coronavírus em possíveis aglomerações. Além disso, por causa da contraindicação da doação de sangue após a vacinação, muitos que normalmente doam não estão também procurando os hemocentros. O principal fator que causa a baixa adesão independente da pandemia é a falta do costume em nossa sociedade de tratar a doação de sangue como algo que deve ser feito periodicamente. Em momentos de maior necessidade, de falta de estoque de sangue, é comum recorrer às forças armadas, igrejas e empresas para colaborar com a doação. Esse processo de busca de doações é algo extremamente dramático, visto que um doador do sexo masculino pode doar no máximo quatro vezes ao ano, enquanto um do sexo feminino, no máximo três vezes ao ano. Além disso, o concentrado de hemácias fica em conservação por, no máximo, 42 dias, enquanto que o de plaquetas, somente cinco dias. Assim, a renovação do estoque tem que ser frequente, caso contrário ele rapidamente deixa de existir, seja pelo uso, seja pelo tempo máximo de preservação. Contudo, com a doação pela técnica de aférese, é possível um mesmo doador doar concentrados de plaquetas com maior frequência, o que ajuda na renovação do estoque desse componente que dura tão pouco.

Ao final da entrevista fornecida aos autores deste capítulo, o dr. Maurício Gonzaga Chaves deixou a mensagem de que a Hemoterapia é a “engrenagem do hospital”, pois várias outras áreas médicas dependem da utilização das unidades sanguíneas e dos hemoderivados para o tratamento do paciente. Logo, é fundamental que o serviço do banco de sangue esteja sempre funcionando adequadamente e com estoque suficiente, uma vez que sem ele a maior parte do hospital para de funcionar, tanto na parte clínica quanto cirúrgica.

APÊNDICE B – A HISTÓRIA DA ABADFAL

Em 2000, a necessidade de um movimento político, organizado e centralizado acerca das doenças falciformes foi crescente. A Bahia apresenta a maior taxa de incidência de doenças falciformes no país: estima-se que para cada 650 nascidos vivos, um tem a doença e para cada 17 nascidos, um apresenta o traço da doença. (BAHIA, 2019) Na década de 1990, as doenças eram todas chamadas de “anemia falciforme”, não possuindo uma atenção pública para esses casos e nem pesquisas sobre tal assunto.³

Com o crescimento da população portadora de doença falciforme e com a falta de um atendimento adequado, em 2000, foi realizado, em Salvador, o primeiro encontro entre pessoas com doenças falciformes e especialistas, que desejavam a melhoria desses atendimentos e um maior apoio para essa população-alvo.

Em 28 de abril de 2001, é fundada a Associação Baiana de Pessoas com Doenças Falciformes e outras Hemoglobinopatias, porém, com o baixo investimento inicial e ainda sem uma estrutura adequada, essa organização teve um curto tempo de funcionamento. Contudo, pessoas ligadas a essa associação resolveram reavaliar a abrangência de sua atuação e dedicar-se exclusivamente ao atendimento de pessoas com doenças falciformes e seus familiares. Nesse contexto, foi criada, no mesmo ano, a Abadfal.

Como a Abadfal tem como seu público-alvo os pacientes com doenças falciformes, é de suma importância que a associação tenha uma comunicação efetiva e uma representação dentro do Hemoba, o único hemocentro responsável pelos 417 municípios na Bahia. Essa fundação, além do seu papel importantíssimo nas doações de sangue e das suas logísticas, é também responsável por transfusões e tratamentos nas áreas da Hematologia e Hemoterapia. (HEMOBA, 2016)

Inicialmente, a Abadfal, em 2003, requisitou ao secretário de Saúde de Salvador, que este tomasse conhecimento da Lei nº 5.395 de 26 de junho de 1998, que é uma política de assistência a pessoas com traços, doenças falciformes ou anemia falciforme. Lei que, até então, era “desconhecida” pelo secretário de Saúde. Como não havia a preocupação com a população com tais doenças, não havia também pesquisas e dados sobre a magnitude desse problema para a saúde pública, sendo uma doença invisibilizada à época. (GOMES, 2021)

Em seguida, nos anos 2004 e 2005, a Abadfal conquista mais vitórias importantes para a população com doenças falciformes, com a aprovação de uma

3 André Gomes, entrevista concedida a João Fernando Nascimento de Barcelos, coautor deste capítulo, em Salvador, 21 jul. 2021].

Câmara Técnica na Bahia, junto ao Hemoba, além da instauração da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme (PNAIPDF), por meio da Portaria GM/MS nº 1.391/2005, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essas conquistas foram fruto das lutas da Abadfal e das associações dos outros estados, que, através dessas medidas, conseguiram mudar a história das doenças falciformes no Brasil. A PNAIPDF foi criada com o intuito de reduzir as taxas de morbidade e mortalidade e promover maior sobrevida com qualidade a pessoas portadoras da doença. Além disso, A PNAIPDF tem também como objetivo informar à população em geral, o que contribui ainda mais com as ações de saúde para organização da linha de cuidado e da inclusão da temática nas Redes de Atenção à Saúde. (BRASIL, [201-])

Ademais, em 2008, a Organização das Nações Unidas (ONU), instituiu o dia 19 de junho como o Dia Mundial de Conscientização sobre as Doenças Falciformes. Esse momento é considerado um divisor de águas na história da Abadfal, porque trouxe ainda mais notoriedade sobre esse assunto para todo o mundo. E assim, com o passar dos anos, a associação também se tornou ativa entre instituições acadêmicas, como a UFBA e as escolas municipais em Salvador. Além disso, atua disseminando informações, através de palestras, cartilhas e camisetas, sobre as doenças falciformes e anemias, dando ainda mais visibilidade e apoio à população portadora da doença.

Com a consolidação da Abadfal como uma grande representante nessa luta pelos direitos das pessoas com doenças falciformes, em 2013, a associação ganha espaço em dois multicentros de saúde na cidade de Salvador: os multicentros do Vale das Pedrinhas e o da Carlos Gomes, local onde fica, em um das salas do multicentro, a atual sede da associação. Esse espaço adquirido pela Abadfal foi de suma importância para a melhoria na qualidade de atendimento aos pacientes em questão, que agora possuem um acolhimento social, realizado por pessoas que passaram por todas as dificuldades e experiências impostas pela fragilidade do sistema de atendimento e sabem o que a comorbidade aliada à deficiência no sistema fazem as pessoas passarem. Nesses multicentros, encontram-se vários profissionais de áreas distintas para um atendimento multidisciplinar e completo.

Além disso, a associação tem um programa chamado Educação Permanente Abadfal (EPA), que realiza palestras e encontros com vários especialistas e convidados que possuem experiências e vivências no SUS, no Hemoba, em atendimentos a doenças falciformes e outros serviços que possuem relação e importância para o público-alvo. Essas ações colaboram com a Política de Universalização do SUS, expandindo e disseminando o acesso às informações do nosso SUS à população desassistida.

Da mesma forma que a Abadfal lutou pelos seus direitos levando a reconhecimento a Lei nº 5.395, de 26 de junho de 1998, ela também foi em busca de melhores condições de tratamento para a sua rede. Com isso, participou da elaboração e publicação de documentos e portarias que estabeleceram o acesso aos remédios de doenças falciformes no SUS. O principal medicamento é a Hidroxiureia, um medicamento que comprovadamente melhora a qualidade de vida e diminui a mortalidade dessa população e que atualmente é fornecido pelo Hemoba.

Em 2015, ocorreu uma crise de abastecimento devido ao encerramento da produção de Hidroxiureia pela principal empresa fornecedora do produto no Brasil. Contudo, após essa crise, nunca mais ocorreram novos problemas de abastecimento de medicamentos para essa população. Fato que é fruto da vigilância e assistência ativa realizada pela Abadfal junto a seus associados, que sempre fiscalizavam e notificavam a PNAIPDF e o Hemoba quando algum paciente com doenças falciformes não conseguia o acesso ao seu medicamento principal.

Apesar dessa atenção do Hemoba em fornecer os medicamentos de maneira contínua, após pesquisas e procuras nos principais locais de comunicação da fundação, ficou evidente a pouca divulgação de informações acerca das doenças falciformes e das associações que fornecem apoio, estas que são as principais disseminadoras de tais informações na comunidade. Dessa forma, poderia haver parceria com o Hemoba e também maior incentivo dessa fundação, que é responsável por 417 municípios no estado da Bahia, em atender e tratar diversas doenças que ainda são desconhecidas por uma parte da população – esta que é majoritariamente negra, aqueles que são os mais acometidos pelas doenças falciformes.

É válido destacar que o Hemoba é um centro de referência no atendimento especializado em doenças falciformes, possuindo um ambulatório e uma equipe que conta com psicólogos, assistentes sociais, dentistas e equipe de enfermagem. Além disso, a doação de sangue também é realizada na fundação, o que é importante para esse público. Lembrando que o fornecimento de Hidroxiureia também é de responsabilidade do órgão, fornecendo de forma centralizada, não sendo disponibilizado em postos de saúde em todos os municípios da Bahia, justificado pelo seu alto custo e difícil controle.

No contexto atual, o Governo do Estado está sendo responsável pela construção do Centro de Referência em Doenças Falciformes, que se localizará próximo ao 5º Centro de Saúde Clementino Fraga, no bairro do Garcia, em Salvador. O centro é um sonho para os pacientes, pois espera-se que seja o lugar onde eles serão melhor acolhidos e terão também atendidas todas as suas demandas. Esse novo centro será subordinado ao Hemoba e, como se trata de atendimento às doenças falciformes, a Abadfal estará muito presente nesse novo local, já fazendo parte

de reuniões sobre as medidas a serem tomadas e sobre o andamento dessa construção que se iniciou em 2017. A presença da Abadfal nesse espaço pode significar uma maior aproximação entre essas entidades e trará benefícios para toda a população.

Essa relação entre Abadfal e Hemoba, recentemente, estreou um novo capítulo, no qual que o Hemoba realizou uma *live* e convidou a Abadfal para participar desse encontro. Algo que pode ser um novo marco para essa aproximação entre essas duas entidades é um grande passo para o Hemoba se tornar mais ativo no papel de conscientização e disseminação de informações tanto sobre as doenças falciformes, como quaisquer outras doenças relacionadas à Hematologia e à Hemoterapia.

Em se tratando do atual contexto da pandemia do SARS-CoV-2, da covid-19, a Abadfal participou na luta pela inclusão das pessoas portadoras de doença falciforme como parte do grupo prioritário na vacinação, sendo que inicialmente esses indivíduos tinham sido colocados como o último grupo de prioridade nas comorbidades pelo Governo do Estado. Entretanto, pelo Ministério da Saúde, as doenças falciformes foram alocadas como um grupo de maior prioridade. É válido lembrar que a Bahia é o estado com a maior incidência da doença no país e os responsáveis estaduais não tinham levado isso em conta.

Após essa realocação como um dos primeiros na fila nos grupos de prioridade, a associação descobriu que a vacinação para essas pessoas seria por idade, a partir dos 55 anos. Tal fato que fez a Abadfal ser acionada novamente, porque esse grupo possui uma menor expectativa de vida, sendo raros os casos de pacientes que passam dos 55 anos, idade inicial na vacinação, não “existindo”, assim, público para tomar a vacina. Essa questão foi revista pela Sesab e resolvida através da inclusão de todas as pessoas maiores de 18 anos com a comorbidade.

Ademais, a Abadfal também participou na pandemia de campanhas de conscientização de formas mais didáticas e de fácil acesso para as pessoas se protegerem da covid-19, facilitando o acesso às informações que eram publicadas em normas técnicas de linguagem mais complexa. Fora isso, realizaram campanhas virtuais para arrecadação de cestas básicas que seriam doadas para as pessoas que estavam passando por dificuldade devido a todo o contexto da pandemia.

Por fim, é possível observar que iniciativas como essa, que articulam ações da sociedade civil organizada em parceria com instâncias públicas governamentais em todos níveis de gestão (nacional, estadual e municipal), são estratégias importantes para minimizar os efeitos deletérios de uma doença que atinge principalmente uma população cujo perfil, em sua grande maioria, vive em condições de vulnerabilidade social, principalmente na Bahia.

APÊNDICE C – RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE O QUE É SER PORTADOR DE DOENÇA FALCIFORME

RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE O QUE É SER PORTADOR DE DOENÇA FALCIFORME

Para finalizar o capítulo, segue o relato de Hana Silva Almeida sobre o seu ponto de vista acerca da realidade do portador de doença falciforme (DF). Ela tem 28 anos, é estudante de Medicina e portadora da doença.

Por ter nascido em 1993 – quando o teste do pezinho ainda não triava doença falciforme (DF) – meu diagnóstico foi feito apenas com dois anos e meio e eu passei pelas primeiras crises de dor, aos 4 meses, sem que meus pais soubessem exatamente do que se tratava. Como paciente da rede privada de saúde, sempre fui atendida em hospitais particulares de Salvador, tendo uma única experiência – positiva – em UPA no interior da Bahia, durante uma festa de São João no ano de 2011.

Ao longo dos meus 28 anos de vida, eu tenho uma média de dois internamentos por ano e três ou quatro crises de intensidade moderada, que podem ser tratadas em casa com as medicações recomendadas pelo meu hematologista. Como sempre, costumo me internar nos mesmos hospitais, conheço o corpo médico da emergência e até o andar que costumo ficar internada (ala de Onco-hematologia).

Por conta desses internamentos recorrentes nos mesmos hospitais, alguns médicos já conhecem minha rotina e sabem que me prender no hospital após uma recuperação visível não é uma tarefa fácil. Entendo que a dinâmica de um internamento com custos governamentais e com custos de plano de saúde têm características diferentes, uma vez que os hospitais tendem a tentar onerar os gastos do internamento, mantendo o paciente internado e submetendo a alguns exames desnecessários. É uma realidade dura de se encarar, tanto como paciente quanto como futura médica, mas não deixa de ser uma realidade. Diante disso, por ter conhecimento do ciclo das crises de dor que eu costumo ter e dos padrões de complicações – que, no meu caso, raramente incluem processos infecciosos –, eu sei que a melhora da dor é sinal de que já posso finalizar meu tratamento em casa. Muitas vezes, essa opção não agrada os médicos, mas eu costumo ter pulso firme com os meus conhecimentos e com a realidade que estou vivenciando no momento, tomando a decisão acertada para mim.

Dentre todas as dificuldades vivenciadas por um paciente falciforme, para mim, a mais delicada é a incredibilidade da nossa dor. Muitas vezes, cheguei em pronto atendimento com dor de intensidade 8-9/10 e médicos tentaram calar minha dor com Rivotril, de forma que meu choro não incomodasse os outros pacientes. Ao mesmo tempo, muitos acreditavam que minha ida ao hospital era em busca de morfina. Na minha realidade, esse não é um quadro frequente, mas acontece e deixa marcas tão dolorosas quanto a dor da crise vasclusiva.

Diante desses episódios, falando agora como aluna do 4º ano de Medicina, vejo, na prática, que não temos um preparo acadêmico adequado para o manejo de dor, se não buscarmos cobrir por fora em ligas ou estágios, essa lacuna deixada em aberto na formação acadêmica da maioria das faculdades da Bahia. Existe um medo de grande parte da classe médica em usar opioides, por receio de tornar o paciente viciado na substância. Contudo, na pele do paciente, no momento da dor, a sensação pode ser de fato prazerosa, mas o ganho principal é ficar alguns minutos ou horas sem aquela dor intensa e conseguir descansar. Um paciente com dor que consegue dormir relaxa sua musculatura, permite que o sangue circule com maior facilidade e viabiliza a ação medicamentosa para tratar o processo inflamatório e aliviar a dor. Conseguir dormir sentindo dor é uma tarefa difícil, quase impossível e, por isso, precisamos de profissionais competentes no manejo da dor, que saibam reconhecer a qualidade da dor, identificando as melhores drogas para uma intervenção satisfatória.

O processo de aprendizado sobre a doença e a convivência com uma doença crônica, seja ela qual for, deve se iniciar na infância, para que, desde criança, o paciente aprenda a reconhecer seus limites, aprender sobre autocuidado e tirar o estigma de que viver com uma doença crônica é uma luta diária. A vida não é fácil para ninguém e todos temos limites que devem ser respeitados, de modo que os reconhecer ainda na infância constrói adultos com um maior nível de autoconhecimento.

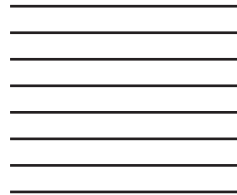
O suporte dos pais e responsáveis é de extrema relevância nesse processo, principalmente quando a criança ainda não possui discernimento para tomar suas próprias decisões sobre seu tratamento. Então, a parceria entre médico e os responsáveis pelo paciente é o que define o andamento do tratamento e desenvolvimento desse indivíduo na primeira fase de vida. A experiência da minha família na infância não foi tão embasada em conhecimentos sobre a doença, nem cercada de um bom relacionamento médico-paciente-responsáveis. Desse modo, por muitos anos, minha mãe buscou sozinha as informações sobre a DF, tendo muitos medos nessa jornada por ler informações sobre complicações do quadro clínico e baixa expectativa de vida desses pacientes. Essa é uma falha que não pode ocorrer no acompanhamento desses pacientes e familiares, pois saber com o que estamos lidando é a chave para uma forma de vida mais leve, pois o medo tem um papel limitador e, por sua vez, o conhecimento das consequências de suas ações permite que o paciente consiga ter uma vida mais próxima do normal, sabendo o que pode ou não fazer para seu bem-estar.

A DF é uma patologia sistêmica no conceito clínico e literal da palavra, mas também na forma metafórica de 'todo o sistema', que ressalta a importância de um acompanhamento multiprofissional para esses pacientes. Ter inúmeras 'pausas' ao longo da vida – na escola, faculdade, trabalho, convívio social – por conta dos internamentos afeta várias camadas psíquicas desses indivíduos, tendo como uma resposta muito prevalente o desenvolvimento de depressão e ansiedade, que eu vivencio também.

Ter acompanhamento terapêutico desde pequena me fez perceber que alguns sentimentos podem ser vivenciados sem que sejam transformados em dor. Ao longo da minha infância, algumas crises evasivas aconteciam simplesmente por somatização de episódios

vivenciados na escola, com amigos ou familiares, que quando não interpretados corretamente, culminavam em longos internamentos, pois, uma vez que a crise se inicie, ela não finaliza até que o processo fisiopatológico seja estabilizado. Hoje, vejo como a terapia me fez crescer e me proporcionou conquistas ao longo da minha vida, como a vaga tão desejada na faculdade de Medicina.

Como paciente com DF, eu busco ter um atendimento global que observe todas as áreas que podem ser afetadas por complicações da doença de base, de modo que, há muitos anos, eu tenho acompanhamentos com médicos de outras especialidades além da Hematologia, sendo essa ainda a principal. Acredito que, para todos esses pacientes, um ortopedista que rastreie possíveis osteonecroses periodicamente, um oftalmologista que investigue retinopatias, um infectologista nos momentos de crises que podem ser decorrentes de processos infecciosos, um ginecologista – no caso das mulheres – no período pré-menstrual e no acompanhamento gestacional, são especialidades médicas minimamente essenciais para o bom desenvolvimento clínico desses pacientes. No âmbito psicológico, o acompanhamento terapêutico é imprescindível para o autoconhecimento desses pacientes e para dar suporte para viver uma vida de forma mais leve, menos penosa.



14 HISTÓRIA DA OFTALMOLOGIA

Gabriel Almeida Barboza
Nádia Cristina Pereira Dourado
Felipe Caires Araújo Meira
Jhonny Carlos Alves Hermógenes
Tamiris Tatiane dos Santos Miranda
Túlio Matos David
Paulo Afonso Batista dos Santos
Ronaldo Ribeiro Jacobina

A OFTALMOLOGIA PELAS LENTES DA HISTÓRIA

O termo “oftalmologia” vem do grego *ophtalmós* (olho) + *logos* (estudo), significando, portanto, estudo do olho. Na atualidade, tal vocábulo é mais usado para designar a especialidade médica que estuda, diagnostica e trata doenças e acometimentos relacionados aos olhos. O oftalmologista, portanto, é o médico especialista em Oftalmologia que deve ter, como credenciais mínimas, o diploma de graduação em Medicina e o título de especialista na área, adquirido através da residência médica.

Tal interesse pela compreensão e saúde dos olhos é milenar e remonta à Antiguidade. O próprio Código de Hamurabi, um dos mais antigos conjuntos de

leis escritas, criado por volta de 1700 a.C. na região da Mesopotâmia, que contém 282 leis apregoadas pelo rei Hamurabi, da Babilônia (Mesopotâmia), com o propósito de estipular direitos e deveres ao povo. (POUCO..., 2017)

No Egito Antigo, por sua vez, é imprescindível citar o Papiro Ebers, o qual é um dos papiros médicos mais antigos conhecidos até hoje, sendo datado de 1550 a.C. e que concedeu atenção significativa aos olhos, com nove páginas dedicadas às doenças oculares. (ANDERSEN, 1997) Se, nos relatos históricos, as primeiras descobertas dessa área foram referidas aos antigos egípcios, foram, porém, os gregos responsáveis por conferir aspectos clínicos à saúde ocular. Hipócrates, que é considerado o Pai da Medicina, debruçou-se com verdadeiro afinco ao estudo da visão. Foi por meio dele que surgiram os primeiros registros sobre a anatomia ocular. Portanto, foi na Grécia Antiga, a partir de estudos realizados por Hipócrates (460-375 d.C.) e seus discípulos, que a Oftalmologia Clínica floresceu, principalmente por descartar os elementos místicos e as superstições presentes nos estudos médicos até então elaborados. Além disso, também estudaram detalhadamente as doenças dos olhos e foi dada ênfase significativa no seu valor prognóstico no contexto da Medicina Clínica. Nessa época, foram feitas também as primeiras descrições da anatomia ocular que, embora possuíssem equívocos, constituíram a base para estudos posteriores, tais como os desenvolvidos em Alexandria e na Roma Antiga. (WHEELER, 1946)

Já na Idade Média, a herança cultural e intelectual das civilizações clássicas (Grécia e Roma) no que tange às práticas médicas foi bastante negligenciada pela Europa cristã, sendo desfeita a separação entre Medicina e elementos religiosos. Os estudos anatômicos eram limitados pela Igreja Católica, de modo que a Europa passou por um período de relativa estagnação nos conhecimentos relacionados à área. Os avanços obtidos na Oftalmologia, nesse período, ocorreram, sobretudo, no mundo árabe, o qual acolheu e aprimorou os conhecimentos médicos herdados de gregos e romanos. Durante esse período, foram feitos mais manuscritos sobre oftalmologia em árabe do que em latim, grego e outras línguas europeias somadas. Ainda assim, ocorreram intercâmbios culturais entre os cristãos e muçulmanos, principalmente devido à forte presença árabe na Península Ibérica, região que hoje corresponde aos países Portugal e Espanha, durante a chamada expansão islâmica. (SORSBY et al., 1948)

Avançando no tempo, chegamos ao chamado Renascimento, termo usado para designar o período da história europeia, aproximadamente entre meados do século XIV e meados do século XVII, em que foram obtidos avanços mais significativos nos conhecimentos relacionados à natureza dos fenômenos ópticos e do funcionamento do olho humano.

No século XVII, começaram a surgir descobertas consideráveis sobre a refração ocular. Os responsáveis por esse avanço foram Kepler, Descartes e Christoph Scheiner. (POUCO..., 2017, p. 10) A própria Segunda Lei da Refração, também chamada de Lei Snell-Descartes, em homenagem aos estudiosos responsáveis, foi postulada em 1621. A equação é usada até hoje, sendo bastante utilizada nas aulas de física do ensino médio. Além disso, é inegável a importância dos trabalhos dos alemães Johannes Kepler e Christoph Scheiner, ambos de extrema relevância na descoberta do papel da retina e da inversão da imagem retiniana. Por fim, é importante citar o papel do médico belga Andreas Vesalius (1514-1564), que descobriu que o cristalino humano, quando removido, funcionava como uma lente convexa. (DE LAEY, 2011)

No livro *Visão, o espelho d'alma – A história da catarata*, o oftalmologista carioca dr. Samuel Cukierman fala sobre a evolução no tratamento contra a doença e das experiências realizadas até que se chegasse aos melhores procedimentos. Dentre as curiosidades expostas nesse livro, está a história de como as obras do pintor impressionista Claude Monet foram se modificando de acordo com a evolução do seu quadro de catarata. Por meio da exposição de três momentos da série de pinturas *Nenúfares*, Cukierman explica que é possível identificar com clareza como os contornos vão perdendo a definição e as cores vão ficando monocromáticas. (POUCO..., 2017, p. 12)

A técnica da aspiração da catarata, por meio de uma agulha, foi descrita em 1000 d.C. por Abull Qasim Amar. Porém, um dos maiores avanços da especialidade ocorreu no século XVIII, em 1750, quando o oftalmologista Jacques Daviel realizou a extração extracapsular do cristalino por uma incisão inferior. Esse tratamento foi alvo de polêmica durante dois séculos, pois, em inúmeros casos, o resultado da intervenção acabava sendo o oposto do esperado. Devido à falta de recursos, era comum ocorrerem infecções. A ideia de abrir um olho para remover o cristalino começou a ser melhor aceita a partir do século XIX por causa de três importantes descobertas da Medicina, foram elas: a introdução das anestésias geral e local; a inclusão dos métodos de sutura; e a incisão limbar periférica, cirurgia na qual a abertura do olho é menor, mais eficaz e menos perigosa. (POUCO..., 2017, p. 12)

Adentrando mais ainda na Idade Moderna, novos eventos que marcaram a história da Oftalmologia se desenrolaram. Um desses grandes marcos foi a realização da primeira extração extracapsular de catarata pelo oftalmologista francês Jacques Daviel, em 1747, em Paris. O prestígio que tal médico tinha na sociedade francesa era tanto que o mesmo se tornou oculista particular do até então rei francês, Luís XV, antecessor do famoso rei Luís XVI da França, o qual foi guilhotinado durante a Revolução Francesa. O termo “oculista” era o vocábulo utilizado na época

para designar os primeiros médicos especializados no estudo do olho, sendo adaptado do latim *oculus* (olho). (NAGY, 2020)

O século XIX, por sua vez, é frequentemente considerado como a época de ouro da Oftalmologia. Nesse período, diversos foram os avanços obtidos na área, os quais contribuíram para o seu estabelecimento como um ramo da Medicina, bem como lançaram as bases da Oftalmologia como a conhecemos hoje. A própria criação do primeiro curso formal de Oftalmologia, ocorrida na Universidade de Göttingen, na Alemanha, em 1803, foi um desses marcos, seguida de imediato pela criação da primeira clínica oftalmológica com foco no ensino, em 1805, o Hospital do Olho de Moorfields, fundado devido ao elevado número de soldados ingleses retornantes das Guerras Napoleônicas com tracoma. Um outro fato revolucionário ocorrido no século XIX foi a criação, em 1851, do oftalmoscópio pelo médico e físico alemão Hermann von Helmholtz, o que permitiu possibilidades diagnósticas sem precedentes e transformou a Oftalmologia. Pela primeira vez, oftalmologistas conseguiram adentrar os mistérios do olho interno e desvendar as relações entre manifestações oculares e doenças sistêmicas. (OPHTHALMOLOGY, [200-])

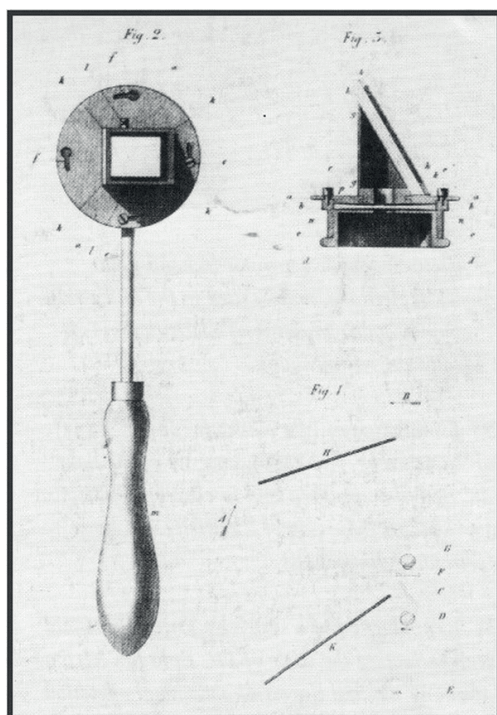


Figura 1 – O primeiro oftalmoscópio, por Hermann von Helmholtz
Fonte: Ashworth (2017).

Por fim, mas não menos importante, um outro nome de extrema relevância para a Oftalmologia do século XIX foi Franciscus Cornelis Donders, médico holandês que, em seu livro *Sobre as anomalias de acomodação e refração do olho*, discorreu sobre problemas voltados à acomodação e refração ocular. Além disso, estabeleceu, em 1864, o sistema moderno de prescrição e ajuste de óculos para pessoas com astigmatismo, através de um sistema de lentes cilíndricas. Ele escreveu:

Assim como o oftalmoscópio é importante para o diagnóstico objetivo de defeitos oculares, o mesmo ocorre com uma coleção de óculos para sua investigação subjetiva. Esses óculos são indispensáveis para a determinação não só de anomalias de refração e acomodação, mas também da precisão da visão, de modo que sem eles um exame das funções do olho é impossível. (DONDEERS, 1864, p. 139, tradução nossa)

Finalmente, adentrando no século XX, teremos a perpetuação da Oftalmologia como ciência e especialidade médica, bem como uma série de novos avanços que a transformaram no que conhecemos hoje. Dentre os diversos nomes de destaque desse período, é impossível não destacar dois: Allvar Gullstrand e Jules Gonin. O primeiro trata-se de um médico oftalmologista sueco, o qual inventou a Lâmpada de Fenda, o oftalmoscópio sem reflexo e o olho esquemático. Tornou-se o único oftalmologista a receber o Prêmio Nobel de Medicina por seu trabalho em óptica física e fisiológica, em 1911. O segundo trata-se também de um oftalmologista, porém suíço, e que, em 1922, foi pioneiro no procedimento que envolve a cauterização da retina com um instrumento de ponta muito quente, tornando-se o primeiro a realizar um tratamento bem-sucedido para descolamento de retina. (EHINGER; GRZYBOWSKI, 2011; WOLFENBERGER, 2003)

Além disso, ainda no século XX, novas formas de exames foram surgindo, tais como a ecografia, a eletrorretinograma, a gonioscopia e a tonometria, aumentando a variedade de métodos que o oftalmologista poderia utilizar para fornecer diagnósticos mais precisos. Tais avanços foram importantes, sobretudo, no campo da prevenção de doenças oculares por meio da realização de exames periódicos. Ademais, foi criado, em 1944, o primeiro banco de olhos – instituição responsável pela retirada, transporte, preservação, armazenamento e disponibilização de tecidos oculares doados –, o chamado The Eye-Bank for Sight Restoration, na cidade de Nova York. Com o passar do tempo, diversos outros foram fundados mundo afora, facilitando a obtenção de córneas para transplantes. (THE EYE-BANK OF NEW YORK, [201-])

Já no final do século XX, as técnicas microcirúrgicas obtiveram resultados significativos em intervenções antes consideradas de alta complexidade, como na cirurgia da córnea. Por fim, também é possível citar como progressos recentes da

Oftalmologia os métodos de colocação de lentes acrílicas na córnea e as cirurgias corretivas que utilizam raios *laser*.

OFTALMOLOGIA NO BRASIL

A “ciência do olho”: uma especialidade que tem a satisfação e a responsabilidade de cuidar diretamente de um dos sentidos do corpo humano, a visão. É através dos olhos, mas não só deles, que percebemos, contemplamos, admiramos e podemos aplaudir a beleza da natureza. Passa pelos olhos a percepção de sentimentos, de medos, de angústias e, ainda bem, é também pela visão que temos a oportunidade de nos reconhecer como país. Obviamente, existem outros sentidos e que são tão importantes quanto a visão, mas como falar do Brasil sem citar nossa miscigenação? Como debater meio ambiente sem lembrar de nossos recursos naturais? Uma das formas de apreciar o Brasil, que nos enche de orgulho, é enxergando essas riquezas. A visão é muito mais do que os olhos, literalmente. Ela movimenta toda uma mecânica, em constante comunicação com o cérebro, formando a nossa arquitetura visual. A Oftalmologia, arriscamos em dizer, está acima da própria Medicina, tamanha a sua grandeza. Sem querer fazer trocadilho, mas fazendo, a Oftalmologia faz total “sentido”. É por meio dos olhos que temos a chance de enxergar o lado bom da vida.

Sabemos que, na atualidade, as tecnologias são cada vez mais aliadas, que os medicamentos estão mais eficazes, que as técnicas que surgem só vêm para somar. Porém, também compreendemos que todos estes métodos são inúteis se não fosse a disposição, o carinho, a atenção e o profissionalismo destes homens e mulheres. Os oftalmologistas nos devolvem o prazer de enxergar, nos ajudam a ver melhor o mundo, tornam límpidas as imagens que antes eram nubladas, nos trazem as lágrimas, ou pela emoção de um tratamento bem-sucedido ou pelo bem da saúde dos olhos. (MULSER, 2017)

Quando nos remetemos à história da Oftalmologia no Brasil, deparamo-nos com inúmeras fontes, pesquisas e achados. Faremos um recorte prático, rápido e que demonstra um pouco da história da especialidade no Brasil, seus desdobramentos e sua importância no campo da saúde. Complementando a história da Oftalmologia no mundo, podemos dizer que os olhos humanos são estudados desde os tempos remotos, o que faz da Oftalmologia uma das especialidades mais antigas da Medicina.

Um fato que nos chama atenção ao examinar os relatos da Oftalmologia no Brasil é como a evolução da saúde ocular pode ser explicada pelas descobertas sobre a catarata, que é uma doença dos olhos. A partir do século XVIII, foram os estudos e experimentos sobre a catarata que passaram a se destacar. Nessa época,

entendia-se que a doença era semelhante ao glaucoma. Apenas em 1650 foi descoberto que, na verdade, a catarata era a opacificação do cristalino, teoria que só foi completamente aceita um século depois.

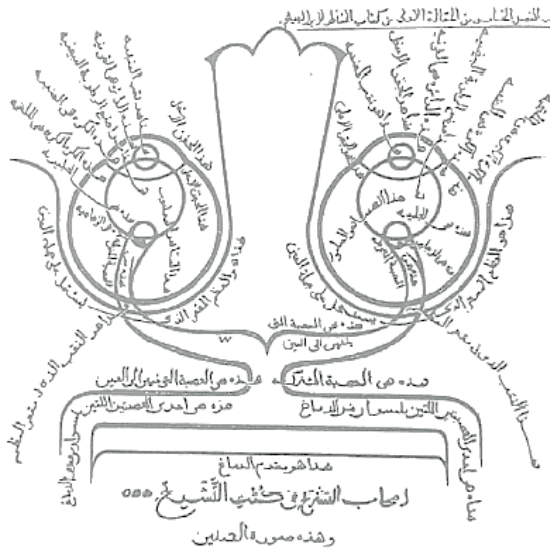


Figura 2 - A mais antiga ilustração existente do sistema visual
 Fonte: Nehemy e Passos (2015, p. 8).

Voltando para a historiografia, destacamos o registro de uma carta ao editor dos *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia* (ABO), em 1998, que diz:

o primeiro oftalmologista brasileiro do nosso conhecimento é Francisco Alvares Machado (de Vasconcellos), nascido em São Paulo, em 21 de dezembro de 1791 e falecido no Rio de Janeiro em 4 de julho de 1846. Alvares Machado clinicou em Itú, Porto Feliz e Campinas, e depois em São Paulo. Aliava a Cirurgia Geral – talha abdominal, herniotomia e até craniotomias – à Oftalmologia, praticando a reclinção da catarata pelo processo de Da Viel. Em 1819, foi nomeado cirurgião militar, ingressou na política, chegando a presidente da Província do Rio Grande do Sul. Em 1841, surgiu o primeiro livro publicado no Brasil sobre Oftalmologia, o *Manual das moléstias dos olhos*, do carioca João Antonio de Azevedo, impresso na Typographia Austral, no Beco do Bragança, 15 - Rio de Janeiro.

Trata-se de um volume de 214 páginas e duas pranchas com várias figuras e se torna digno de nota, pelo fato da especialidade ainda não ser reconhecida oficialmente. (CAMPOS, 1998)

Continuamos falando sobre o início da especialidade em nosso país, porém agora com uma constatação histórica, que, enquanto na Europa os cirurgiões eram considerados uma categoria profissional social e culturalmente inferior ao médico, pois sua prática baseava-se em procedimentos manuais, no Brasil, devido à escassez de práticos, essa hierarquia não foi respeitada. Até a primeira metade do século XIX, os cirurgiões, assim como os curandeiros e demais terapeutas populares, possuíam prestígio e poder perante a sociedade, inclusive entre as elites dominantes. (BRUCE, 2005; FERREIRA, 1996; PIMENTA, 1998)

A partir de 1848, a distinção entre os cirurgiões, formados pelas Escolas Médico-Cirúrgicas então existentes, e os médicos, egressos das Faculdades de Medicina criadas em 1832, foi abolida através da promulgação de um decreto que garantia aos cirurgiões aprovados e formados o direito de exercer livremente qualquer um dos ramos da Medicina. (FERREIRA, 1996) A unificação desses profissionais em uma única categoria possibilitou, como se verificou em Paris na primeira metade do XIX e em Londres no final desse século, o desenvolvimento das especialidades médicas, representando um dos pré-requisitos caracterizados por como fundamentais para o processo de emergência das novas disciplinas. (BRUCE, 2005, p. 57)

Entre as diversas atividades a que se dedicavam esses profissionais, encontrava-se o tratamento das doenças dos olhos. Segundo os médicos do período, a contaminação pela sífilis, a presença do reumatismo e a eclosão de febres intermitentes foram fatores considerados determinantes no desenvolvimento das lesões oculares. Outra hipótese, muito aceita pelos práticos da época, era de que o calor e a luminosidade excessiva dos trópicos produziam irritações nos órgãos visuais, podendo ocasionar algumas moléstias conhecidas como “fluxão dos olhos” ou “dor d’olhos”, que conhecemos atualmente como conjuntivites, e a “gota serena” ou amaurose, doença caracterizada pela diminuição e perda da visão sem lesão aparente. (FIALHO, 1982 apud BRUCE, 2005; SANTOS FILHO, 1991)

Dentro dos marcos históricos, evidenciamos que, em 10 de junho de 1858, foi criado o Instituto Oftalmológico do Brasil na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, pelo médico Carron Du Villards. Esse estabelecimento é considerado o primeiro serviço gratuito de assistência aos doentes dos olhos criado no país. (FIALHO, 1982 apud SANTOS FILHO, 1991) A direção desse novo departamento ficou a cargo de seu fundador, que era assistido pelos médicos Louis François Bonjean (1808-1892) e Joaquim Antonio de Araújo e Silva (1827-1903). Esse último personagem passou a dirigir o consultório a partir de 1860, após a morte de Du Villards. Em 1863, Araújo e Silva deixou tanto a clínica quanto a direção do estabelecimento, sendo substituído pelo oculista Manoel da Gama Lobo (1835-1883), que chefiou o serviço de atendimento das moléstias oculares até o ano de 1880,

afastando-se por motivos de saúde. Entre 1881 e 1883, a direção do estabelecimento alternou-se entre os oftalmologistas Paulo Fonseca e Fernando Pires Ferreira (1842-1908), ficando até 1889 aos cuidados desse último e de Hilário de Gouvêa. (FIALHO, 1982 apud BRUCE, 2005; SANTOS FILHO, 1991)

Outro advento importante, tanto no sentido de luta da categoria pela sua especialidade de médicos oftalmologistas, quanto pelo sentido social de institucionalização da representatividade da especialidade, é o nascimento da Sociedade Brasileira de Oftalmologia (SBO). A SBO foi fundada em 6 de setembro de 1922 por José Antonio de Abreu Fialho, catedrático de Oftalmologia da Faculdade de Medicina e Farmácia do Rio de Janeiro, então capital federal. É a primeira entidade da especialidade no Brasil e a quarta nas Américas, precedida pelas sociedades norte-americana, mexicana e argentina. Nascido em Aracaju, Sergipe, em 20 de janeiro de 1874 e falecido no Rio de Janeiro em 17 de março de 1940, José Antonio de Abreu Fialho formou-se em Medicina em 1898 pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, hoje Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Foi membro da Academia Nacional de Medicina. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE OFTALMOLOGIA, [202-])

A ideia de criação de uma Sociedade de Oftalmologia surgiu depois da permanência de José Antonio de Abreu Fialho na Europa, onde, de 1901 a 1902, frequentou o mais conceituado Centro de Oftalmologia do Velho Continente: a Clínica Fuchs, em Viena. A ideia se consolida depois de, em 1907, ele voltar à Europa para uma nova viagem de estudos, frequentando hospitais de Berlim, Paris, Viena e outros centros científicos. José Antonio de Abreu Fialho presidiu a SBO até sua morte em 1940, quando foi sucedido por Nelson Moura Brasil do Amaral. Inovadora desde sua fundação, a SBO se orgulha de ter podido contar com uma presidente mulher, Edna Almodin, cuja gestão foi até janeiro de 2021. Carinhosamente, a SBO é chamada pelos oftalmologistas como a “casa do oftalmologista brasileiro”. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE OFTALMOLOGIA, [202-])

Nessa mesma linha de representatividade, dessa vez ainda maior, foi fundado, em 1941, o Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO), que é uma associação científica e cultural de médicos oftalmologistas. Principal entidade representativa da especialidade no Brasil, o CBO tem como missão fundamental a promoção da saúde visual e ocular da população. Para atingir essa meta, o conselho desenvolve várias ações em defesa do aprimoramento técnico-científico e ético dos médicos oftalmologistas e também na defesa de suas prerrogativas profissionais. O CBO é filiado à Associação Médica Brasileira (AMB), à Associação Pan-Americana de Oftalmologia (Apoa), ao Conselho Internacional de Oftalmologia (ICO) e membro da International Agency for the Prevention of Blindness (IAPB). (CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA, 2020)

OFTALMOLOGIA NA BAHIA

Berço de grandes nomes e feitos, a Oftalmologia baiana se destaca no cenário nacional. Nesse breve tópico da Cátedra de Oftalmologia serão abordados os personagens principais e as instituições que marcaram a história. Os grandes professores dessa cadeira serão lembrados, bem como seus feitos para a Medicina. Aqui você conhecerá homens que lideraram, com maestria, em favor da bela causa da Oftalmologia. Além disso, serão lembrados o papel e toda a inovação implementada por muitas das instituições pioneiras e o resultado de tanto esforço.

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA DA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA (FMB)

Alguns, mais curiosos, já sabem que a Cátedra de Oftalmologia da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) foi criada de forma oficial em 25 de outubro de 1884. Mas não se preocupe, caro leitor, se você não é um desses curiosos de plantão. Fique sabendo que, só após 76 anos de criada a Escola de Cirurgia da Bahia em 1808 e 52 anos após ela ser nomeada como FMB em 1832, é que a Cátedra de Oftalmologia surge no cenário baiano.

Agora que você já faz parte do seleto grupo de curiosos e está sedento para beber dessa fonte, quero lembrar que recordar vai muito além de datas e nomeações. Recordar é viver. Aliás, para que a Clínica Oftalmológica da FMB viesse à vida, ilustres médicos doaram considerável parcela da sua existência para erigir, com afincado e dedicação, essa nobre cadeira assentada em raízes fortes e profundas. Portanto, muito mais que datas, são esses homens e seus legados que devem ser lembrados.

FRANCISCO DOS SANTOS PEREIRA: ABNEGADO PRECURSOR DA CÁTEDRA

Aristóteles, em sua teoria das quatro causas, baseia-se no princípio de causalidade para dizer que tudo acontece como efeito de uma causa anterior, com exceção da “causa não causada” de origem divina, e aborda a causa eficiente ou primeira como a responsável pela origem de um objeto. Nesse sentido, o prof. Francisco dos Santos Pereira é a causa primeira que origina a Clínica Oftalmológica. Diplomado médico, em 1868, pela FMB, foi reconhecido e exaltado pelos seus pares como pioneiro e ocupou a cátedra sem receber honorários de 1884 até 1886, quando foi declarado, por concurso, lente de Clínica Oftalmológica com a tese *Afecções oculares simpáticas*. O prof. Francisco Pereira exerceu com diligência o cargo até 1912, aposentou-se e faleceu no mesmo ano. (ANDRADE, 2020)

Os registros históricos apontam que o abnegado da cátedra foi simpatizante da Escola Tropicalista da Bahia. Vale lembrar também que o ensino organizado da

Oftalmologia se deu, de forma simultânea no Rio de Janeiro, com Hilário de Gouvea e ambos são considerados pioneiros da Oftalmologia brasileira. (JACOBINA; ALBANO; BARBOZA, 2021)

Foi o primeiro no país a aplicar a cocaína como anestésico local, em 19 de fevereiro de 1885, num caso clínico que realizou uma paracentese (punção de fluido de cavidade do corpo através de uma agulha) da câmara anterior do olho. (TACQUES, 1886 apud OLIVEIRA, 1992)

O honorável prof. Francisco Pereira marcou sua época não só na Medicina, como também na esfera política, onde conquistou a cadeira de deputado do Congresso Nacional Constituinte em 1889. O abnegado da cátedra deu vários exemplos de compaixão e humanismo ao atender de forma gratuita e doar seus salários aos pobres, além de realizar e estimular atos abolicionistas. (FRANCISCO..., 2011)

CLODOALDO DE ANDRADE: O SEGUNDOLENTE CATEDRÁTICO

Com a aposentadoria do prof. Francisco Pereira, seguido de seu encantamento em 1912, assumiu a cátedra o prof. Clodoaldo de Andrade. Nasceu em Salvador, em 1857, colou grau na FMB em 1879, apresentando a tese inaugural *Das fístulas lacrimais e seu tratamento*. Foi, por concurso, preparador de Anatomia Topográfica e Medicina Operatória (1883), lente substituto da décima seção em 1891 e lente catedrático de 1912 até 1914, quando se aposentou. (OLIVEIRA, 1992)

JOÃO CESÁRIO DE ANDRADE: TERCEIRO CATEDRÁTICO E PRIMEIRO PRESIDENTE DO CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA

O prof. catedrático seguinte foi João Cesário de Andrade. Natural de Fortaleza, Ceará, nasceu em 25 de fevereiro de 1887. Entrou na FMB em 1908. Foi interno da Clínica Oftalmológica de 1912 a 1913 e sua tese inaugural *Glaucoma primitivo* (MEIRELLES et al., 2004) já indicava o seu foco de interesse nesse amplo campo do saber médico. Depois de formado, em 1914, fez livre-docência de Clínica Oftalmológica e, em 1915, tornou-se professor catedrático de Clínica Oftalmológica da FMB. Em 1940, publicou o livro *Oftalmologia Tropical (Sul-Americana)* (Rio de Janeiro, Rodrigues e Companhia, Jornal do Comércio). O prof. Cesário de Andrade foi o primeiro presidente do CBO, em 1941, quando foi criada a entidade da especialidade. Ainda em 1941, foi o presidente do IV Congresso Brasileiro de Oftalmologia. (JACOBINA, 2013)

Exerceu a docência até 1949, mas formalmente ficou na carreira até 1953, quando se aposentou. Em 1949, o prof. Cesário passou a residir no Rio de Janeiro,

na época a capital do país, exercendo o cargo de membro do Conselho Nacional de Educação e Cultura do Ministério da Educação (MEC). O prof. Heitor Marback assumiu o cargo como professor catedrático interino. As atividades de ensino de Oftalmologia na FMB, nesse período, eram realizadas no Ambulatório Augusto Viana, o Ambulatório do Canela, onde é hoje o Palácio da Reitoria da UFBA, e no Hospital Santa Izabel da Santa Casa de Misericórdia da Bahia, que serviu como hospital escola até 1949, quando foi inaugurado o Hospital das Clínicas, hoje denominado Hospital Universitário Professor Edgard Santos (Hupes). (MARBACK, 2007)

O prof. João Cesário de Andrade foi membro atuante da Comissão Organizadora da UFBA, juntamente com o prof. Edgard Santos, sendo este último já escolhido para ser o primeiro reitor. (TORRES, 1946) Seu encantamento se deu no Rio de Janeiro, em 10 de janeiro de 1963.

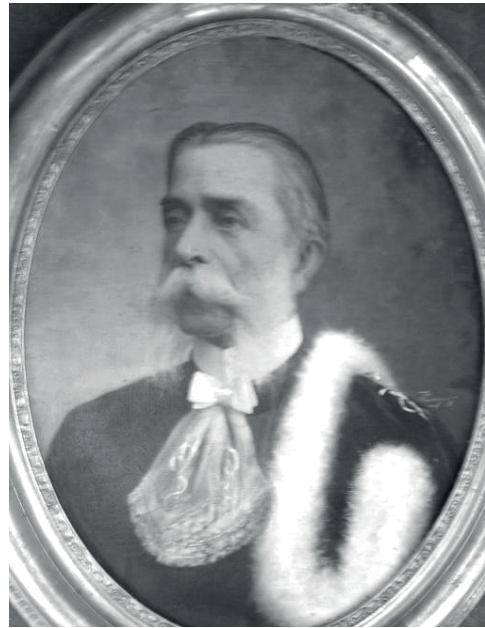
HEITOR MARBACK: FORMAÇÃO DE UMA ESCOLA ROBUSTA

Você já vivenciou experiências com alguém que pensa à frente do seu tempo? Essas pessoas marcam época por inovar e, muitas vezes, são forçadas a ir contra o *status quo* local. Imagine que você é um(a) jovem médico(a) brasileiro(a) na década de 1940. Nesse período, os cirurgiões oculares locais acreditavam que as luvas estéreis interferiam nas habilidades do cirurgião por reduzir o tato e as vestes cirúrgicas não passavam de modismo.

Agora você deve pensar que nada disso faz sentido perante seu aprendizado e experiência, sobretudo se for um cirurgião. Tal mudança de paradigma só foi possível, pelo menos em parte, graças ao esforço do prof. Heitor Marback (Figura 6), nascido em 27 de julho de 1910, que lutou para inserir como hábito o uso de luvas estéreis, aventais cirúrgicos estéreis, gorros e máscaras nos procedimentos cirúrgicos da Oftalmologia.

A priori, como interno da Clínica Oftalmológica de 1932 a 1934 e, *a posteriori*, como médico diplomado pela FMB em 1934, o prof. Heitor Marback destacou-se e logo ascendeu para assistente de ensino da Clínica Oftalmológica em 1938 e docente-livre em 1939 com a tese *Sobre a radiologia do canal óptico*. Já em 1949, ocupou a cátedra de forma interina até 1953 e conquistou a posição de professor catedrático de Clínica Oftalmológica da FMB em 1954, após apresentar a tese *Lesões oculares de leishmaniose tegumentar americana*. Toda essa trajetória foi marcada por aperfeiçoamentos técnicos no Wilmer Ophthalmological Institute da Johns Hopkins University, Institute of Ophthalmology em Londres e no Instituto Barraquer em Barcelona. (JACOBINA, 2013) A partir de nobres valores milimetricamente alinhados ao extenso saber científico, é lembrado, por sua conduta ilibada, como exemplo a ser seguido.

Figura 3 – Professor Francisco dos Santos Pereira
Fonte: acervo do Memorial da Medicina Brasileira.



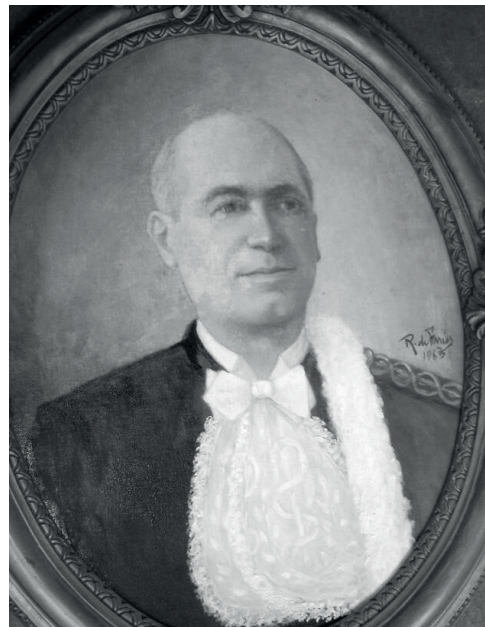
3

Figura 4 – Clodoaldo de Andrade
Fonte: acervo do Memorial da Medicina Brasileira.



4

Figura 5 – João Cesário de Andrade
Fonte: acervo do Memorial da Medicina Brasileira.



5

Os atos do prof. Heitor Marback convergiram para a construção de uma escola robusta. Ele, mais uma vez, pensou à frente do seu tempo e tratou a Clínica Oftalmológica da FMB como um grande organismo vivo incentivando as jovens promessas acadêmicas da época a seguirem na busca de conhecimento ao passo que preparava sucessores. Ainda em 1960, foi o grande idealizador da Residência Médica em Oftalmologia no Hupes que foi consagrada em 1980, antes de sua aposentadoria, como curso de pós-graduação *lato sensu* para a UFBA. Seus esforços e contribuições foram reconhecidos pelo CBO, o qual foi eleito presidente de 1971 a 1973.

ROBERTO MARBACK: EXPANSÃO DIDÁTICA E ASSISTENCIAL

Existem líderes que criam soluções em tempos de incerteza e nos inspiram. Foi assim que, como um capitão guia sua tripulação, o prof. Roberto Marback conduziu a Clínica Oftalmológica da FMB em direção à excelência apesar das intempéries. Em momento de crise do Hupes, marcado pela defasagem de equipamentos oftalmológicos, o prof. Roberto Marback atuou em benefício da formação de novos oftalmologistas, sempre pensando na qualidade assistencial oferecida à população. Aceitou o convite para montar o Serviço de Oftalmologia do Hospital São Rafael em parceria com a Fundação Monte Tabor em 1985, reconhecido como o mais moderno Serviço de Oftalmologia do Nordeste na época, que funcionou como extensão da UFBA para os residentes da especialidade.

Determinado a oferecer a Medicina mais pura, esculpiu a si mesmo até atingir o “estado da arte”. Foi diplomado médico pela FMB em 1965, residente da Clínica Oftalmológica em 1967 e professor auxiliar de ensino da Clínica Oftalmológica da FMB de 1968 a 1972. Especializou-se em Patologia Ocular no Johns Hopkins Hospital de 1968 a 1970. Foi aprovado em diversos concursos até se tornar professor titular de Oftalmologia da UFBA em 1999. Durante o seu comando, o Serviço de Oftalmologia da FMB prosperou não só devido à expansão das suas atividades didáticas e assistenciais, como também devido à qualificação dos professores envolvidos. Homem de grandes feitos, diligente e zeloso, foi outorgado professor emérito pela UFBA em 2017.

A RESIDÊNCIA MÉDICA DE OFTALMOLOGIA

Talvez você esteja se perguntando como ocorreu o processo de concretização da Residência de Oftalmologia da FMB. Para responder a essa pergunta, precisamos recorrer mais uma vez à história.

Por volta do ano de 1931, o ensino da Oftalmologia na FMB, embora ainda limitado em recursos e equipamentos, já acontecia nas instalações da instituição, onde era dispensado à população atendimento ambulatorial oftalmológico no conhecido Ambulatório do Canela e também no Hospital Santa Isabel da Santa Casa de Misericórdia da Bahia até o ano de 1953, quando o serviço se tornou predominante no novo e desejado Hospital das Clínicas (Figura 6), favorecendo, assim, o contato direto com a especialidade mediante aulas práticas para graduandos e pós-terceiros especialistas. (ALVES, 2018; KARA-JOSÉ; ABIB, 2018)

Ao longo dos anos, o serviço da Clínica Oftalmológica da FMB avançava, firmando os alicerces da especialidade sob a orientação e representação do catedrático e prof. Heitor Marback, homem de muitos méritos que se destacava por valorizar uma educação médica de qualidade e científica, mas principalmente porque carregava a responsabilidade de formar continuadores e sucessores competentes para Oftalmologia. (TEIXEIRA, 2001) Seu esforço e dedicação foi primordial para a construção e oficialização da Residência Médica de Oftalmologia na FMB, vindo a ser concretizada ainda na década de 1960 e reconhecida pelo CBO como o primeiro curso de especialização em Oftalmologia da Bahia – *lato sensu* no ano de 1980. (MARBACK, 2007)

Nos anos subsequentes, não foi diferente, o ensino da Oftalmologia crescia com a qualificação dos professores com títulos de doutorado, conhecimento técnico e científico, equipamentos e equipe multiprofissional cada vez mais preparada para o bom funcionamento do serviço e principalmente para a realização de cirurgias de catarata, glaucoma, deslocamento de retina, órbitopalpebrais e transplante de córneas, tornando o serviço um excelente centro de ensino e formação de especialistas em Oftalmologia. (MARBACK, 2007)

Atualmente, a Residência de Oftalmologia do Hupes é constituída de uma modalidade de ensino destinada a médicos em regime de tempo e dedicação, com treinamento em serviço, ante a orientação e supervisão de profissionais médicos qualificados, com anos de experiência e renomados que têm o compromisso de aperfeiçoar progressivamente a formação profissional e científica do médico residente. O processo seletivo para especialidade ocorre anualmente e é de acesso direto. No processo seletivo unificado da residência, realizado em 2021.1, foram ofertadas seis vagas para especialidade de Oftalmologia no Hupes, além de 16 vagas em outros hospitais da Bahia. (COMISSÃO ESTADUAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA, 2021)

O curso de residência conta com duração de três anos. Durante esse período, os residentes aprendem e atuam com orientação do corpo clínico e especialistas nas diversas subespecialidades da Oftalmologia.

O Programa de Residência de Oftalmologia do Hupes é eclético e com atividades práticas e teóricas, tanto para o R1 (residente que está cursando seu primeiro

ano de residência médica) e R2, quanto para o R3, que ocorrem alternadamente no ambulatório, no centro cirúrgico e em salas de aula com debates e discussões de casos nas diversas áreas da Oftalmologia. Tem como objetivos gerais capacitar os residentes para ter conhecimento das técnicas de refração, estar habilitados para diagnosticar e tratar clínica e/ou cirurgicamente as doenças oftalmológicas mais frequentes, saber orientar os pacientes em como evitar as doenças oftalmológicas preveníveis, assim como ter o conhecimento das políticas públicas implementadas no Brasil na especialidade de Oftalmologia. Entretanto, saber realizar um exame oftalmológico completo e interpretá-lo adequadamente, ter conhecimento das doenças oftalmológicas mais prevalentes em nosso país, conhecer as causas mais prevalentes de cegueira no Brasil e no mundo, e estar apto a realizar as cirurgias mais frequentes da especialidade são indispensáveis para progressão do residente no programa. (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS, 2018)

Esse programa ainda reconhece as demandas e a carência de assistência oftalmológica pelas classes mais desfavorecidas social e economicamente, bem como o difícil acesso ao serviço em nosso país, principalmente no Nordeste. Por isso, a residência também valoriza a participação dos residentes nas atividades em comunidades, como campanhas de “mutirões de catarata”, muitas vezes realizadas pelo CBO, além de campanhas locais realizadas por hospitais parceiros, pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab) e pela prefeitura de Salvador.

Dentre os diversos projetos já realizados, os residentes de Oftalmologia do Hupes marcaram presença no Missão Barra, desenvolvido na cidade de Barra, Bahia, pelo Hospital São Rafael; no Glaucoma no Pelourinho, realizado pela Sociedade de Oftalmologia da Bahia (Sofba); e em campanhas para exames oftalmológicos e doação de óculos feitos pela Prefeitura Municipal de Salvador e Fundação Helen Keller. (MARBACK, 2007)

Talvez todas essas informações sobre a Residência de Oftalmologia do Hupes tenham animado você, querido leitor, principalmente se você é estudante de Medicina e sente interesse por essa belíssima área médica. Então, para fomentar sua aspiração pela Oftalmologia, vale mencionar que a residência é referência nas áreas de distúrbios óculo-motores, glaucomas, doenças de superfície ocular, cirurgias reparadoras orbitopalpebrais e patologia e oncologia ocular. (MARBACK, 2007)

DESTAQUE HISTÓRICO DE INSTITUIÇÕES DE OFTALMOLOGIA DA BAHIA

De modo breve, será feita uma descrição das principais instituições de Oftalmologia na Bahia, em particular em Salvador.

HOSPITAL SANTA LUZIA

O Hospital Santa Luzia, inaugurado em 15 de fevereiro de 1934 pelo oftalmologista dr. Colombo Spínola, foi, na Bahia, o primeiro centro especializado em tratamento de doenças dos olhos. Até hoje, promove desenvolvimento e melhorias no que tange ao tratamento oftalmológico, modernizando equipamentos, infraestrutura e instalações, trabalhando, dessa forma, na promoção à saúde e contribuindo para a sociedade no avanço dessa especialização. Logo, o Hospital Santa Luzia é o mais tradicional centro de tratamentos oftalmológicos, sendo uma referência nessa área. (HOSPITAL SANTA LUZIA, [200-])

A missão do Hospital Santa Luzia dentro da Medicina se relaciona diretamente com a prestação de serviços médicos em Oftalmologia, principalmente no que se refere à prevenção da cegueira. Ademais, oferece um centro de estudo para a formação de residentes na área, buscando, assim, ser referência na região Nordeste. (HOSPITAL SANTA LUZIA, [200-])

O Hospital Santa Luzia oferece diversos serviços dentro de sua instituição, sendo exemplos deles o ambulatório de córnea, de retina, de pequena cirurgia, de estrabismo e de glaucoma. Em adição, também é ofertado à população de baixo poder aquisitivo o atendimento filantrópico, a fim de fornecer igualmente equipamentos modernos e equipe qualificada a todos, atendendo às suas necessidades. (HOSPITAL SANTA LUZIA, [200-])

HOSPITAL HUMBERTO CASTRO LIMA

O Hospital Humberto Castro Lima (HHCL) é também referência em Oftalmologia na Bahia. Primeiramente chamado de Instituto Brasileiro de Oftalmologia e Prevenção da Cegueira (IBOPC), foi fundado pelo prof. dr. Humberto Castro Lima em 10 de outubro de 1959. O IBOPC tinha como finalidade ajudar pessoas com menor poder aquisitivo em um contexto anterior à criação do SUS, no qual os cidadãos não tinham direito à saúde pública. (HOSPITAL HUMBERTO CASTRO LIMA, [200-])

Em 1986, o conselho deliberativo da instituição decidiu renomear o IBOPC para HHCL, fruto de uma homenagem a seu fundador. Atualmente, o hospital possui 7 andares, 4.250,17 m², 5 salas cirúrgicas, 61 leitos, 11 consultórios e 9 salas de exames, prestando anualmente 220 mil atendimentos em média, além de funcionar como um hospital escola, sendo referência em Residência de Oftalmologia no país. (HOSPITAL HUMBERTO CASTRO LIMA, [200-])

Mutirão de Cirurgia de Catarata

A catarata, por uma breve e singela definição, é uma opacidade do cristalino, que é a lente natural do olho. Os indivíduos portadores da catarata relatam como sintomas principalmente a visão nublada, sensação parecida como olhar por uma janela embaçada ou enevoada. Essa condição promove um empecilho para as tarefas cotidianas, como ler, dirigir um carro ou até interpretar a expressão das pessoas. (HOSPITAL HUMBERTO CASTRO LIMA, [200-])

De acordo com a SBO, a causa mais comum de cegueira curável ou evitável, tanto no Brasil, quanto na América Latina, é a catarata. Ela é responsável por atingir majoritariamente a população idosa, porém é curável por meio de cirurgia. São realizadas, no Brasil, em média, 280 mil cirurgias de catarata através do SUS. (HOSPITAL HUMBERTO CASTRO LIMA, [200-])

O HHCL é o principal realizador de mutirões de cirurgia de catarata na Bahia. Através desse serviço, são oferecidos atendimentos para pacientes idosos da cidade de Salvador, ou com idade inferior, porém apenas com requisição ou relatório médico com diagnóstico prévio de catarata. Após a confirmação do diagnóstico, os pacientes são encaminhados para a cirurgia de catarata, por meio do SUS, sendo, portanto, um tratamento público e gratuito e ofertado a todos sem qualquer tipo de discriminação. (HOSPITAL HUMBERTO CASTRO LIMA, [200-]) Dessa forma, é possível entender a importância dos mutirões de cirurgia de catarata não só na prevenção da cegueira, como também na promoção à saúde.

TRANSPLANTE DE CÓRNEA NA BAHIA: HOSPITAL PORTUGUÊS

O transplante de órgãos pode ser algo imprescindível para muitas pessoas e ser um divisor de águas na vida delas. Um transplante bem-sucedido tem o poder de garantir vida e alegria de pacientes e seus familiares, removendo suas angústias. Quando se trata de transplante de órgãos, dentre os hospitais credenciados, o Hospital Português é referência na Bahia, sendo uma das poucas instituições a realizar esse procedimento. Em relação, especificamente, ao transplante de córnea, o Hospital Português foi o pioneiro, promovendo, assim, saúde e uma melhor qualidade de vida à população. (HOSPITAL PORTUGUÊS, 2009)

REPRESENTAÇÃO BAIANA DA OFTALMOLOGIA

A representação baiana da Oftalmologia se dá através de Sofba, com sede em Salvador, capital do estado da Bahia, na Avenida Garibaldi. Fundada em 21 de agosto de 1987, a Sofba tem por objetivos o desenvolvimento e o aperfeiçoamento

das técnicas médicas ligadas à Oftalmologia, além da difusão de conhecimento ligado à área. A Sofba é composta por um número ilimitado de sócios, sendo esses indiscriminados por sexo, etnia, nacionalidade ou religião. Ela tem como finalidade não só congregar os oftalmologistas baianos, como também zelar pela ética médica direcionada à especialidade, preocupar-se com questões sociais e econômicas dos membros associados e adicionar e inserir atividades didáticas e científicas no exercício profissional. No que tange ao público externo a essa instituição, tem-se como objetivos o estímulo de publicações em jornais ou revistas, a fim de divulgar trabalhos científicos e assuntos relevantes à Oftalmologia, a promoção de campanhas educativas e a manutenção do intercâmbio permanente com instituições congêneres, a exemplo do CBO. (SOCIEDADE DE OFTALMOLOGIA DA BAHIA, c2016)

Como forma de atingir os objetivos propostos, a Sofba promove anualmente os Congressos Baianos de Oftalmologia desde 2008, sendo o mais recente realizado no ano de 2019 (XII Congresso Baiano de Oftalmologia). Nesses eventos, são debatidos temas relevantes e pertinentes relacionados à especialidade, uma vez que o conhecimento científico deve ser compartilhado e inserido à medida em que a sociedade evolui. Para a realização desses congressos, a Sofba promove parcerias com outras instituições, a exemplo do XII Congresso que contou com a participação da Sociedade de Oftalmologia de Feira de Santana e o Hospital São Rafael. (SOCIEDADE DE OFTALMOLOGIA DA BAHIA, c2016)

A Sofba é dividida em cargos, os quais são preenchidos através de eleições entre os seus membros. Como cargos da diretoria, tem-se o presidente, vice-presidente, secretário geral, primeiro secretário e tesoureiro. Além disso, tem-se os cargos do conselho consultivo e fiscal, sendo este dividido entre titulares e suplentes. Os membros, por sua vez, podem ser divididos em cinco categorias: membros fundadores, efetivos, honorários, aspirantes e benfeitores. (SOCIEDADE DE OFTALMOLOGIA DA BAHIA, c2016)

MERCADO DE TRABALHO

Também nos preocupamos em oferecer a você, caro(a) leitor(a), um pequeno apanhado acerca não só da Residência em Oftalmologia, mas também sobre o seu campo de trabalho. A Oftalmologia é uma especialidade clínico-cirúrgica e conta com 13.825 médicos titulados na área, de acordo com o estudo *Demografia Médica Brasileira 2018*. (SCHEFFER, 2018) Atualmente, o mercado de trabalho é considerado restrito e competitivo, principalmente nas capitais brasileiras. Tal especialista encontrará possibilidade de trabalhos em clínicas particulares,

atendimento pelo SUS e também poderá fazer concursos públicos. No caso dos estabelecimentos privados, geralmente é necessário possuir pessoa jurídica, já que a maioria das clínicas solicita emissão de nota fiscal. Esse profissional também tem a possibilidade de abrir o próprio negócio, porém os equipamentos necessários são de alto custo e é preciso um planejamento rigoroso para dar continuidade ao empreendimento. (SCHEFFER, 2018)

O dia a dia desse profissional dependerá do estabelecimento no qual ele trabalha. Nos consultórios, por exemplo, fazem parte da rotina atividades como prescrição de óculos e colírios, além de atendimentos e diagnósticos. Entre os casos mais comuns atendidos estão: catarata, olho seco, glaucoma, conjuntivite, retinopatia diabética. Plantões não são tão comuns na rotina como em outras especialidades, mas para quem gosta é possível encontrar vagas principalmente na cirurgia de trauma ocular. (SCHEFFER, 2018)

Em relação à área de atuação, o campo de atuação profissional da Oftalmologia é considerado um dos mais amplos da Medicina. O profissional atende todos os tipos de pacientes, independente do sexo ou idade, desde bebês prematuros até cadáveres. Ficou surpreso? É isso mesmo. O oftalmologista é o médico que realiza a cirurgia de transplante de córneas. É ele também quem trata a retinopatia de prematuridade, um problema na retina que pode causar alteração na visão e até cegueira em bebês nascidos prematuros. A maioria dos médicos oftalmologistas atua na área ambulatorial, tendo uma parcela dos profissionais que se especializa em casos cirúrgicos. (SCHEFFER, 2018)

Nosso livro é uma série histórica acerca da Medicina, mas se quiséssemos prever o futuro, poderíamos? A história vai se construindo, fluindo com o tempo e, através de previsões epidemiológicas, é possível prever um pouco o futuro. A demanda por serviços oftalmológicos é uma das maiores no SUS em todo o Brasil e com grande ênfase no estado de São Paulo. Assim como em nosso país, essa demanda aumentada ocorre em praticamente todos os países do mundo. A atenção oftalmológica desde o nascimento e com grande ênfase após os 50 anos para uma série de doenças genéticas, infecciosas, metabólicas, bem como relacionadas ao envelhecimento, é fundamental para evitar deficiência visual com seu enorme impacto na saúde geral e qualidade de vida. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, 2021) Ao observar as maiores tendências da Oftalmologia para 2021, vemos que a pandemia da covid-19 acelerou todas as previsões que vinham sendo sinalizadas há anos. Finalmente o mercado entendeu, de forma global, que ser digital é muito mais do que simplesmente fazer atendimentos por vídeo e que a era dos robôs está muito mais perto do que se imagina. Mas calma, antes que se pense que os serviços médicos ficarão obsoletos e os médicos serão substituídos por inteligência artificial, como pensavam os pessimistas, no mundo

digital o contato humano personalizado ficará ainda mais valorizado. Cabe ao profissional, no entanto, saber compreender essa movimentação e adaptar-se de forma humana e empática a esse movimento. A seguir, separamos sete tendências que devem guiar o mundo da Oftalmologia no pós-pandemia. (DELOITTE, 2022)

Começamos pelos agendamentos *online*. Em um mundo onde os pacientes já assimilaram o digital, pegar o telefone para agendar uma consulta tornou-se algo cada vez mais distante. Segundo Deloitte (2020), essa é uma tendência que já vinha despontando e que se consolidou de vez em 2020. Ter ferramentas disponíveis para o agendamento *online*, seja por meio de um *site*, seja de contato de WhatsApp é fundamental.

Nesse contexto, a maior tendência são os assistentes virtuais. E, aqui, estamos falando não só de mensagens automatizadas, mas também de pessoas contratadas para prestar serviços personalizados e que não necessariamente são funcionários contratados, mas sim pessoas que trabalham de forma remota específicas para prestar o serviço. Além do agendamento *online*, uma forte tendência da Oftalmologia em 2021 é a digitalização do atendimento como um todo. Prescrição, prontuário e assinaturas digitais são a base para a construção de uma base de dados própria e que também podem fazer parte de um banco de dados ainda maior. O médico que documenta e analisa os dados do paciente com base em informações numéricas e precisas tende a ser cada vez mais valorizado pelo paciente. (DELOITTE, 2022)

A inteligência artificial foi uma das maiores tendências apontadas pelo estudo feito pela Deloitte chamado *Perspectivas globais do setor de saúde 2020: estabelecendo uma base para o futuro*. Computar os dados do seu paciente em um *software* vai significar muito mais do que simplesmente ter um histórico sobre a saúde dele. Se todos fazem isso, a inteligência artificial será capaz de identificar tendências, prever diagnósticos, direcionar tratamentos e oferecer dados cada vez mais precisos. (DELOITTE, 2022)

Por fim, finalizamos este tópico de história da Oftalmologia no Brasil lembrando que nenhuma tecnologia, nenhum tipo de equipamento e nenhuma inteligência artificial são capazes de aprimorar a relação médico-paciente, assim como proporcionar evolução na área de Oftalmologia, sem praticarmos a boa escuta, o encontro de almas e a empatia, para que possamos escrever a história de forma leve, com saúde ocular e valorizando esse sentido tão importante que é a visão.

A OFTALMOLOGIA NA SAÚDE PÚBLICA

A cobertura das consultas e exames oftalmológicos pelo SUS vem crescendo ao longo do tempo, mas está muito distante do que realmente a população brasileira precisa. Muitas pessoas ficam meses nas filas de marcação de consulta e não conseguem serem atendidas por falta de vagas dessa especialidade nos hospitais públicos.

Com a Portaria nº 288, instituída no dia 15 de maio de 2008, que cria a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, cujo objetivo era melhorar o acesso aos serviços oftalmológicos, vem caminhando a passos curtos, porque as unidades de atenção especializadas em Oftalmologia e os centros de referências não têm recursos suficientes para atender a demanda da população. População essa que, quando possui uma mínima condição financeira, procura o setor privado para realizar suas consultas e procedimentos necessários, mas uma outra grande parcela da população marginalizada fica sem atendimento por não ter como pagar consultas. Com isso, o quadro tende a piorar, a acuidade visual diminui e quando conseguem acessar o sistema público é através de atendimento de emergência e com um quadro irreversível por conta de doenças associadas, como diabetes e outras Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

PROMOÇÃO DA SAÚDE OCULAR

O movimento em prol da saúde ocular na Atenção Básica começou juntamente com a luta para se ter uma saúde integral e gratuita, quando aconteceu a criação do SUS em 1988 pela Constituição Federal Brasileira. Mas, como no documento deixava uma lacuna de que poderia o serviço privado ter atividade complementar ao SUS, algumas especialidades como a Oftalmologia foi ficando a cargo do setor privado, já que demandava alta densidade tecnológica, e a máquina pública muitas vezes não investe e faz convênios com unidades particulares, deixando, assim, uma grande parcela da população sem acesso ao serviço. Anos mais tarde, depois de muita luta da população para ter acesso aos atendimentos oftalmológicos pelo SUS, surge a Portaria nº 288 do dia 15 de maio de 2008, no qual o artigo 5º afirma:

[...] através deste regulamento devem organizar uma linha de cuidados integrais que perpassasse todos os níveis de atenção e que envolvam a promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde; demonstrar sua integração e articulação com a rede regional e local de atenção à saúde e ainda se obrigar a se oferecer consultas em oftalmologia como referência a rede de Atenção Básica, na medida da necessidade da população, definida pelo gestor de saúde.

§ 1º Na Atenção Básica deverão ser realizadas ações de promoção e prevenção em oftalmologia que permitam a identificação e o acompanhamento das famílias e dos indivíduos, sendo desenvolvidas como segue:

I - Ações educativas;

II - Teste de acuidade visual;

III - Consultas médicas;

IV - Consultas de enfermagem;

V - Ações preventivas e de investigação diagnóstica relacionadas às comorbidades, tais como diabetes e hipertensão, e que precederão o atendimento especializado em oftalmologia;

VI - Acompanhamento dos usuários contra-referenciados pelas Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia. (BRASIL, 2008)

Com a Reforma Sanitária em 1988, alguns princípios foram implementados no SUS para que todas as áreas que o sistema abrangesse fossem asseguradas a equidade nos serviços em relação às pessoas. Nesse período e em todos os outros a partir disso, destaca-se a importância de ter uma boa acolhida na atenção primária e ser ela a responsável pela resolução de tantas demandas, como também a porta de entrada aos serviços de média e alta complexidade. Os anos foram passando e alguns programas/projetos foram implementados, mas a defasagem nos serviços oftalmológicos no SUS ainda é gritante e deixa sequelas irreversíveis, principalmente na população mais pobre.

Algumas iniciativas foram criadas para sanar esse déficit: em 2001, foram criados 34 centros de tratamento de retinopatia diabética, a partir do I Fórum Nacional de Saúde Ocular; em 2007, foi criada a Política Nacional de Procedimento Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade; e também teve a criação da Rede Hierarquizada de Atendimento Oftalmológico.

Em 2008, a Atenção Básica em Saúde teve uma das suas maiores conquistas na área da Oftalmologia, que foi a criação da Política Nacional de Atenção em Oftalmologia.

Em 2012, ocorreu a ampliação do tratamento de glaucoma pelo SUS.

Em 2015, a ampliação ao acesso à saúde ocular com mais centros de atendimentos gratuitos para a população, em que ocorreu uma parceria entre o CBO, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação e Ciência, onde treinavam professores do ensino básico para fazerem a triagem visual, estudantes que apresentavam dificuldade de visualizar o quadro na sala de aula e, conseqüentemente, encaminharem para realizar exame oftalmológico e, com isso, tinha o fornecimento dos óculos para esse estudante. O nome desse projeto era Olhar Brasil.

Mesmo com tantas políticas adotadas, algumas áreas da Medicina ficaram muito aquém do que realmente a população precisava e uma delas foi a Oftalmologia

que ficou quase que a cargo do setor privado. Com isso, em 2008 foi criado o Plano Nacional de Saúde Oftalmológica (PNAO) que tem como pauta o cuidado à catarata e ao glaucoma, alinhar o Serviço de Oftalmologia de todos os estados do Brasil, fortalecer a Atenção Primária em Oftalmologia e como porta de entrada para tratar doenças sistêmicas, pois o diagnóstico em fase avançada atinge outrossistemas (como a retinopatia diabética, retinopatia hipertensiva, entre outras comorbidades), podendo causar até cegueira no paciente.

A COVID-19 E SEUS IMPACTOS NA ÁREA

A pandemia de covid-19 influenciou fortemente o modo de viver da população mundial, principalmente nos anos de 2020 e 2021. No contexto da Oftalmologia, essa pandemia também teve bastante influência no que tange ao atendimento oftalmológico e ao aumento da exposição a telas pela população. É válido ressaltar, ainda, a exposição a que os profissionais da área médica em geral foram submetidos.

ADAPTAÇÕES AO ATENDIMENTO OFTALMOLÓGICO

A infecção por SARS-CoV-2 evoluiu como uma doença global (covid-19) de emergência sanitária na atualidade. O risco de infecção para os profissionais de saúde constitui uma realidade, no entanto nem todos os profissionais de saúde têm o mesmo risco. Um oftalmologista tratando um presumível paciente que não possui covid-19, especialmente com boa triagem e exclusão da maioria dos pacientes potencialmente covid-19 positivos, não é exposto ao mesmo nível de risco. Portanto, a fim de seguir esses protocolos, os oftalmologistas devem trabalhar em conjunto com especialistas em doenças infecciosas para avaliar os possíveis riscos associados e medidas de controle de infecção, bem como para a utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI). Até o momento em que uma cura for desenvolvida, plataformas baseadas em inteligência artificial, bem como teleoftalmologia, devem ser incentivadas. (GUPTA; KUMAR; RAM, 2020)

ADAPTAÇÕES À EDUCAÇÃO DIGITAL E *HOME OFFICE* (TEMPO DE TELA)

Com o início da pandemia de covid-19, algumas adaptações foram necessárias para a continuidade de certas atividades, como em áreas de trabalho e acadêmicas. Adaptações essas que incluem a educação a distância e o *home office*, ambas atividades que necessitam de constante contato com aparelhos digitais, levando a

possíveis consequências na saúde ocular. O uso e o tempo de tela têm uma íntima associação a uma série de sinais e sintomas de olho seco, principalmente quando se trata da instabilidade do filme lacrimal. Essa instabilidade pode ser provocada por anormalidades ao piscar, disfunção das glândulas meibomianas e células calciformes, efeitos na córnea do pico de emissão de comprimento de onda em LEDs modernos e exposição da superfície ocular. Indivíduos com anormalidades preexistentes na superfície ocular parecem ser mais suscetíveis a ter a condição de olho seco associada ao maior uso e tempo de tela. Como tal, enfatiza-se a importância da gestão dos contribuintes subjacentes para a disfunção da superfície ocular e parâmetros de olho seco modificáveis, a fim de prevenir o desenvolvimento e progressão de olho seco associado ao uso excessivo de aparelhos digitais. Otimização do posicionamento dos aparelhos digitais, modificações no estilo de vida, exercícios para piscar e umidificadores na estação de trabalho servem como outros tratamentos auxiliares. (MEHRA; GALOR, 2020)

SINAIS E SINTOMAS

Alguns estudos sugerem que os sintomas oculares comumente aparecem em pacientes com grave pneumonia decorrente da covid-19 e que é possível detectar vírus de RNA do saco conjuntival desses pacientes. Aparentemente, entretanto, a conjuntivite não é uma doença manifestada frequentemente a partir da infecção por coronavírus em pacientes com covid-19 não graves. Apesar da conjuntivite geralmente ser autolimitada e de condição benigna, é uma via importante de transmissão viral e, portanto, a prevenção é o aspecto mais importante para os oftalmologistas lembrarem como deve proteger os pacientes e os próprios profissionais. (AMESTY; ALIÓ DEL BARRIO; ALIÓ, 2020)

CONSIDERAÇÃO FINAL: GESTÃO EMOCIONAL DOS PROFISSIONAIS DIANTE DA PANDEMIA

Em um cenário pandêmico, o fardo da saúde mental carregado pelos profissionais da área da saúde, incluindo, portanto, os oftalmologistas, é consideravelmente maior, quando comparado com cenários típicos. Fato que se relaciona diretamente com a seguinte questão: os trabalhadores da saúde, na pandemia, preocupam-se com a saúde de seus pacientes e com a sua própria saúde e a de amigos, colegas e familiares. (SERRANO-RIPOLL et al., 2020) Consequentemente, existe um aumento da carga emocional dessas pessoas, levando a um prejuízo na saúde mental delas. Ademais, é importante considerar que a piora nessa condição desses profissionais implica diretamente a qualidade do tratamento que será ofertada a

seus pacientes. (STUIJFZAND et al., 2020) Logo, é possível dizer que se não há uma atenção maior à saúde mental dos profissionais de saúde em uma pandemia, a eficácia do tratamento dos enfermos pode se tornar prejudicada.

Essa atenção pode ser dada a partir de apoio psicoterápico a esses profissionais. Isso porque o cuidado com a saúde mental de trabalhadores da área da saúde torna possível resolver questões internas diretamente ligadas ao modo como o profissional enfrenta os desafios do trabalho nos hospitais, principalmente durante a pandemia de covid-19, trabalho esse que depende fortemente da condição de saúde mental do trabalhador. (MORETTO et al., 2013) Dessa forma, conclui-se que, caso não haja uma assistência psicoterápica a esses profissionais em um cenário pandêmico, a saúde mental deles permanecerá prejudicada e, corroborando com Stuijfzand e demais autores (2020), implicará também a qualidade do atendimento dos pacientes, tornando essa problemática cada vez maior.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Milton Ruiz. Política nacional de atenção à oftalmologia. In: KARA-JOSÉ, Newton; ABIB, Fernando Cesar (rel.). *Tema Oficial do 62º Congresso Brasileiro de Oftalmologia – Maceió – 2018*. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2018. p. 217-317.
- AMESTY, María A.; ALIÓ DEL BARRIO, Jorge L.; ALIÓ, Jorge L. COVID-19 Disease and Ophthalmology: An Update. *Ophthalmology and Therapy*, London, v. 9, p. 415-426, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40123-020-00260-y>. Acesso em: 26 jun. 2021.
- ANDERSEN, S. Ry. The eye and its Diseases in Ancient Egypt. *Acta Ophthalmologica Scandinavica*, Copenhagen, v. 75, n. 3, p. 338-344, June 1997.
- ANDRADE, Juarez. *Discurso de Posse na Academia de Medicina da Bahia de Juarez Andrade*. Salvador, 24 set. 2020. Disponível em: <https://www.academiademedicina-ba.org.br/discursos/discursos-de-posse/discurso-de-posse-na-academia-de-medicina-da-bahia-de-juarez-andrade.html>. Acesso em: 26 jun. 2021.
- ASHWORTH, W. Scientist of the Day - Hermann von Helmholtz. *Linda Hall Library News*, Missouri, 31 Aug. 2017. Disponível em: <https://www.lindahall.org/hermann-von-helmholtz/>. Acesso em: 29 jul. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 288, de 19 de maio de 2008. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2008.
- BRUCE, Fábila Bobeda. *A gênese de uma especialidade: o processo de profissionalização da oftalmologia*. 2005. Dissertação (Mestrado em História das Ciências da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <http://www.ppghcs.coc.fiocruz.br/images/teses/brucefb.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2021.

- CAMPOS, Evaldo. Carta ao Editor - História da Oftalmologia: os primeiros oftalmologistas do Brasil. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, São Paulo, v. 61, n. 4, p. 486-493, ago. 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abo/a/S8dNcQr63v58dGfL5CjRNwg/?lang=pt&format=pdf#:~:text=Em%201%20841%20surgiu%20o,Cristo%2C%20mote%20por%20mim%20adotado>. Acesso em: 14 jul. 2021.
- COMISSÃO ESTADUAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA (BA). *Processo Seletivo Unificado de Residência Médica/BA 2021.1*. Salvador, 2021.
- CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA. *Quem somos*. São Paulo, 2020. Disponível em: <https://cbo.net.br/2020/institucional>. Acesso em: 20 ago. 2021.
- DE LAEY, Jean J. The eye of Vesalius. *Acta Ophthalmologica*, Oxford, v. 89, n. 3, p. 293-300, May 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1755-3768.2009.01679.x>. Acesso em: 20 jun. 2021.
- DELOITTE. Pandemia coloca em evidência novas tecnologias na área de saúde. Globo. Valor Econômico. *Valor Econômico*, Brasil, 9 abr. 2020. Disponível em: <https://valor.globo.com/patrocinado/deloitte/impacting-the-future/noticia/2020/04/09/pandemia-coloca-em-evidencia-novas-tecnologias-na-area-de-saude.ghtml>. Acesso em: 28 jul. 2021.
- DELOITTE. *Perspectivas Globais do Setor Saúde 2022*. [S. l.], 2022. Disponível em: <https://www2.deloitte.com/br/pt/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/global-health-care-outlook.html>. Acesso em: 15 ago. 2022.
- DONDERS, Franciscus Cornelis. *On the Anomalies of Accommodation and Refraction of the Eye: With A Preliminary Essay on Physiological Dioptrics*. London: New Sydenham Society, 1864.
- EHINGER, Berndt; GRZYBOWSKI, Andrzej. Allvar Gullstrand (1862-1930) – the Gentleman with the Lamp. *Acta Ophthalmologica*, Oxford, v. 89, n. 8, p. 701-708, Dec. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1755-3768.2011.02235.x>. Acesso em: 26 jun. 2021.
- FERREIRA, Luiz Otávio. *O nascimento de uma instituição científica: o periódico médico brasileiro da primeira metade do século XIX*. 1996. Tese (Doutorado em História Social) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/26436>. Acesso em: 18 jul. 2021.
- FRANCISCO dos Santos Pereira. *In: BLOG Médicos Ilustres da Bahia e de Sergipe*. Salvador, 31 jan. 2011. Disponível em: <http://medicosilustresdabahia.blogspot.com/2011/01/140-francisco-dos-santos-pereira.html>. Acesso em: 28 jun. 2021.
- GUPTA, Parul Chawla; KUMAR, M Praveen; RAM, Jagat. COVID-19: Pandemic from an Ophthalmology Point of View. *The Indian Journal of Medical Research*, New Delhi, v. 151, n. 5, p. 411-418, May 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32611912/>. Acesso em: 28 jul. 2021.

- HARPER, Robert Francis. *The Code of Hammurabi, King of Babylon, about 2250 B.C.* Chicago: University of Chicago Press, 1904.
- HOSPITAL HUMBERTO CASTRO LIMA. *Institucional: história*. Salvador, [200-]. Disponível em: <https://www.hhcl.org.br/institucional>. Acesso em: 24 jul. 2021.
- HOSPITAL PORTUGUÊS. *Hospital Português é Referência em Transplantes*. Salvador, 2009. Disponível em: <https://www.hportugues.com.br/2009/04/hospital-portugues-e-referencia-em-transplantes/>. Acesso em: 25 jul. 2021.
- HOSPITAL SANTA LUZIA. *O hospital*. Salvador, [200-]. Disponível em: <https://hospitalsantaluzia.org.br/hospital.html>. Acesso em: 24 jul. 2021.
- HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS (Salvador, BA). *Recredenciamento do programada de especialidade em Oftalmologia*. Salvador, 2018.
- HUPES atinge marca de 1.300 transplantes de córnea neste ano e se consolida como referência no procedimento no SUS. *Edgardigital*, Salvador, 13 ago. 2020. Disponível em: <https://www.edgardigital.ufba.br/?p=18012>. Acesso em: 5 jun. 2021.
- JACOBINA, Ronaldo Ribeiro; ALBANO, Ana Lúcia; BARBOZA, Gabriel Almeida B. *Francisco dos Santos Pereira (1844-1912): primeiro lente catedrático de oftalmologia da FMB*. Salvador, 7 set. 2021. Disponível em: <http://www.fameb.ufba.br/filebrowser/download/92094>. Acesso em: 28 ago. 2021.
- JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. *Memória histórica do bicentenário da Faculdade de Medicina da Bahia (2008): os professores encantados, a visibilidade dos servidores e o protagonismo dos estudantes da FAMEB*. Salvador: Faculdade de Medicina da Bahia, UFBA, 2013. v. 3.
- KARA-JOSÉ, Newton; ABIB, Fernando Cesar. Aspectos da história da oftalmologia e do Conselho Brasileiro de Oftalmologia. In: KARA-JOSÉ, Newton; ABIB, Fernando Cesar; ALVES, Milton Ruiz (rel.). *Tema Oficial do 62º Congresso Brasileiro de Oftalmologia – Maceió – 2018*. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2018. p. 351-360.
- MARBACK, Roberto. História da Clínica Oftalmológica da Faculdade de Medicina da Bahia - UFBA (1884-2007). *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 77, n. 2, p. 223-228, dez. 2007.
- MEHRA, Divy; GALOR, Anat. Digital Screen Use and Dry Eye: A Review. *Asia-Pacific Journal of Ophthalmology*, Philadelphia, v. 9, n. 6, p. 491-497, Dec. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33181547/>. Acesso em: 28 jul. 2021.
- MEIRELLES, Nevolanda S. *et al.* Teses doutorais de titulados pela Faculdade de Medicina da Bahia, de 1840 a 1928. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 74, n. 1, p. 9-101, jan./jun. 2004.
- MORETTO, Maria Lívia Tourinho *et al.* “Cuidando de quem cuida”: assistência psicológica ao trabalhador da saúde. *Psicologia Hospitalar*, São Paulo, v. 11, n. 1,

p. 52-65, jan. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092013000100004. Acesso em: 28 jul. 2021.

NAGY, Zoltan. History of Cataract Surgery from Ancient Times to Today: Honorary Lecture at the 13th Conference of the Hungarian Medical Association of America – Hungary Chapter (HMAA-HC) at 30-31 August 2019, in Balatonfüred, Hungary. *Developments in Health Sciences*, Budapeste, v. 2, n. 4, p. 88-92, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1556/2066.2019.00002>. Acesso em: 15 jul. 2021.

NEHEMY, Márcio; PASSOS, Elke. *Oftalmologia na prática clínica*. Belo Horizonte. Folium, 2015.

OLIVEIRA, Eduardo de SÁ. *Memória histórica da Faculdade de Medicina da Bahia concernente ao ano de 1942*. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1992.

OPHTHALMOLOGY. In: *ENCYCLOPEDIA Britannica*. Chicago: The Britannica Group, [200-]. Disponível em: <https://www.britannica.com/science/ophthalmology>. Acesso em: 20 jun. 2021.

PIMENTA, Tânia Salgado. Barbeiros. Sangradores e curandeiros no Brasil (1808-1828). *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2., p. 349-373, 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/FZKK4m9bhDrr87MzCjs3vnt/?lang=pt>. Acesso em: 18 jul. 2021.

(Um) POUCO da história da Oftalmologia. *Veja bem*, São Paulo, v. 12, n. 5, p. 10-12, 2017. Disponível em: https://cbo.net.br/2020/admin/docs_upload/Revista_vejabem_12.pdf. Acesso em: 15 jul. 2021.

MULSER, José. Homenagem aos Oftalmologistas pelo seu dia. *Portal da Oftalmologia*, [s. l.], 7 maio 2017. Disponível em: <http://www.portaldaoftalmologia.com.br/noticias/2656-homenagem-aos-oftalmologistas-pelo-seu-dia-2>. Acesso em: 18 jul. 2021.

SANAR RESIDÊNCIA MÉDICA. *Oftalmologia: residência, atuação, mercado de trabalho e mais*. [2021]. Disponível em: <https://www.sanarmed.com/oftamologia-residencia-atuacao-mercado-de-trabalho-e-mais>. Acesso em: 22 jul. 2021.

SANTOS FILHO, Licurgo de Castro. *História geral da medicina brasileira*. São Paulo: EdUSP, 1991. v. 1.

SCHEFFER, Mário (coord.). *Demografia médica no Brasil 2018*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2018. Disponível em: <https://jornal.usp.br/wp-content/uploads/DemografiaMedica2018.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2021.

SERRANO-RIPOLL, Maria J. *et al.* Impact of Viral Epidemic Outbreaks on Mental Health of Healthcare Workers: A Rapid Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Affective Disorders*, Amsterdam, v. 277, p. 347-357, Dec. 2020. Disponível em:

[https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032720326392?](https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032720326392?via%3Dihub)
via%3Dihub. Acesso em: 28 jul. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE OFTALMOLOGIA. *História*. Rio de Janeiro, [202-].
Disponível em: <https://www.sboportal.org.br/sociedade>. Acesso em: 19 jul. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE OFTALMOLOGIA. *Sede atual*. Rio de Janeiro, [2019].
Disponível em: <https://www.sboportal.org.br/sociedade>. Acesso em: 29 jul. 2021.

SOCIEDADE DE OFTALMOLOGIA DA BAHIA. *Sociedade*. Salvador, c2016.
Disponível em: <http://www.sofba.cbo.com.br/>. Acesso em: 24 jul. 2021.

SORSBY, Arnold. *A Short History of Ophthalmology*. 2nd. ed. London: Staples Press, 1948.

STUIJFZAND, Suzannah *et al.* Psychological Impact of an Epidemic/Pandemic on the Mental Health of Healthcare Professionals: A Rapid Review. *BMC Public Health*, London, v. 2, n. 1, p. 1230, Aug. 2020. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-09322-z#citeas>. Acesso em: 28 jul. 2021.

TEIXEIRA, Rodolfo. *Memória histórica da faculdade de medicina do Terreiro de Jesus (1943-1995)*. 3. ed. Salvador: Edufba, 2001. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/16773/1/memoria-historica-faculdade-medicina.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2021.

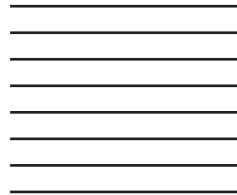
THE EYE-BANK OF NEW YORK. *Our History*. New York, [201-]. Disponível em: <https://www.eyedonation.org/our-history/>. Acesso em: 20 jul. 2021.

TORRES, Octávio. *Esboço histórico dos acontecimentos mais importantes da vida da Faculdade de Medicina da Bahia (1808-1946)*: Salvador: Imprensa Vitória, 1946.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. Escola Paulista de Medicina. *Cuidar da saúde ocular é enxergar mais longe*. São Paulo, 6 maio 2021. Disponível em: <https://sp.unifesp.br/epm/noticias/dia-oftalmologista-2021>. Acesso em: 25 jul. 2021.

WHEELER, Joshua R. History of Ophthalmology Through The Ages. *The British Journal of Ophthalmology*, London, v. 30, n. 5, 264-275, 1946.

WOLFENBERGER, Thomas J. Jules Gonin. Pioneer of Retinal Detachment Surgery. *Indian Journal of Ophthalmology*, Mumbai, v. 51, n. 4, p. 303-308, Dec. 2003.



15

HISTÓRIA DA OTORRINOLARINGOLOGIA

Tarciane Machado Miranda
Quezia Oliveira Ribeiro Guimarães
Luane Valesca Costa Sala
Thiago Ferreira Leão de Araujo
Brenda Ferreira dos Santos Soares
Tamiris Tatiane dos Santos Miranda

INTRODUÇÃO

Os estudos ocidentais que temos como base para compor nossa história começaram com os egípcios. Alguns tratamentos e até mesmo cirurgias eram feitos pelos povos gregos, hindus e bizantinos, sendo algumas dessas práticas usadas até os dias de hoje. (NOGUEIRA JÚNIOR et al., 2007)

Segundo a literatura, em papiros de Ébers no Egito, há descrições de ferimentos de batalha em ossos temporais e como estes afetavam a audição e fala. Na farmacopeia egípcia, há um capítulo intitulado: “Medicamentos para o ouvido com audição fraca”, onde são encontrados tratamentos para zumbidos, tonturas e hipoacusia.

O mesmo estudo relata que foi na Grécia onde se pensou pela primeira vez sobre a surdez, o porquê de ocorrer e se isso era alteração da posição cerebral, além de trazer algumas figuras importantes juntamente com seus marcos históricos:

Quadro 1 – Marcos históricos na Otorrinolaringologia

Alcmaeon de Crotona – considerado o pai dos neuroanatomistas.	Seu pensamento era que a audição acontecia por movimentos de ar que entravam pelo ouvido e batiam diretamente em local específico do cérebro responsável pela audição.
Empédocles – filósofo grego	Foi o primeiro a descrever a cóclea. Ele denominou de “caracol marinho”.
Hipócrates	Estudioso sobre a Otologia e as relações das infecções do ouvido com outros órgãos, principalmente cérebro e tonsilas.
Aristóteles	Ele acreditava haver um espaço ressonante dentro do ouvido interno com ar puro que vibrava em resposta aos sons. O ar puro era implantado no ouvido ao nascimento e os surdos congênitos não teriam esse ar implantado. Com o passar dos anos, as pessoas iriam perdendo o ar puro, diminuindo a audição.
Galeno	Conseguiu dissecar o ouvido interno e deu nome de “labirinto creta”
No século XVI, Berengario da Capri e Ingrassia de Nápoles, na Itália	Descreveram o martelo, a bigorna e o estribo.
Eustáquio, na Itália	Descreveu, pela primeira vez, o tensor do tímpano e identificou a corda do tímpano como nervo e não como um vaso sanguíneo. A tuba auditiva foi descrita como <i>De auditus organis</i> e se divide em parte óssea e cartilaginosa.
Versálio, em 1543	Descreveu as janelas oval e redonda, além do martelo e bigorna.
Falópio, de Pádua	Descobriu e explorou o canal do nervo facial. Também descreveu e nomeou o tímpano por conta da semelhança com um tambor. Descreveu ainda o zumbido de forte intensidade, que poderia ocorrer em estágios avançados da sífilis.

(Continua)

Fabrizi (aluno de Falópio)	Fala sobre a teoria da audição que mesclava a ideia de Aristóteles com um novo conceito de estimulação do nervo auditivo. Fabrizi também, pela primeira vez, criou métodos adequados de iluminação para as cirurgias otológicas, com focos que eram utilizados para direcionar a luz solar ou de velas.
Riolanos, em 1649	Primeira vez que a técnica para a realização de uma mastoidectomia simples foi descrita.
Perrault (arquiteto e médico francês)	Afirmou que a cóclea era o órgão verdadeiro da audição. Descreveu que a membrana coclear apresentava vibrações sob barulhos altos e que, com a idade, ela poderia ficar debilitada.
Du Verney	Descreveu a otite média colesteatomatosa. Fazia desenhos das estruturas anatômicas do ouvido interno e também afirmava que o som não era transmitido pelo ar em contato direto com a janela redonda, mas pela cadeia ossicular diretamente na janela oval.
Jean Louis Petit	Realizou uma mastoidectomia no tratamento de supurações do tecido esponjoso da apófise da mastoide.
Valsalva	Dissecou mais de mil cabeças humanas e descreveu a desarticulação da cadeia ossicular como causa de perda auditiva.
Morgani	Foi um interessado pela Otologia. Das 20 epístolas anatômicas que escreveu, sete foram ligadas somente ao ouvido. Ele propôs que a otite média e o abscesso cerebral tinham relação.
Cotugno, da Escola de Nápoles	Descreveu a perilinfa. Com apenas 24 anos, ele publicou um estudo impressionante sobre as estruturas da cóclea e sua função na audição humana. Também indicou e localizou vários ramos do nervo auditivo e suas terminações no labirinto, e nunca suspeitou que poderiam estar ligados a um outro sentido que não somente à audição.
Scarpa, da Universidade de Módena	Descreveu a endolinfa.

(Continuação)

Breschet (médico francês)	O início do século XIX foi de grandes avanços para a Otologia. Breschet trouxe ordem na nomenclatura otoanatômica. Ele também exigiu precisão nas definições e alterou alguns termos e nomes.
Astley Cooper	Em 1801, ele realizou a primeira miringotomia, na tentativa de curar uma surdez em consequência da oclusão da trompa de Eustáquio.
Cruveilhier	Em 1829, descreveu um tumor perolado no sistema nervoso central, que provavelmente correspondia a um colesteatoma de ápice petroso.
Toulemouche	Em 1838, esse francês faz as primeiras citações da otite externa maligna.
Johannes Muller	Na Alemanha, ele realizou trabalhos pioneiros na fisiologia experimental auditiva. Ele cunhou o termo "colesteatoma" em referência à presença de colesterol no esteatoma e do seu grande poder destrutivo.
Helmholtz	Pupilo de Johannes Muller. Helmholtz foi um estudioso sobre a fisiologia da audição e da visão, descrevendo, em 1868, a fisiologia do ouvido médio.
Dienffenbach	Em 1845, fez referência à tentativa de correção de orelha de abano com o fechamento do ângulo entre a concha e a mastoide, por meio de ressecção elíptica da pele na região retroauricular.
Huschke	Descreveu no tronco cerebral o forame que tem o seu epônimo. Ele descobriu o forame enquanto dissecava ouvidos de aves.
Corti	O responsável por ter encontrado as fibras do nervo auditivo. Ainda na metade do século XIX, Alfonso Corti foi convidado para trabalhar em Wurzburg, na Holanda. Eles utilizavam microscópio para a dissecação anatômica e através desse estudo onde analisou mais de 200 cócleas de diferentes espécies, ele descreveu, com bastante detalhe, o órgão de Corti, localizado no interior da cóclea, sendo o verdadeiro responsável pela audição.
Evenberg	Em 1860, relatou o primeiro caso de surdez súbita secundária à caxumba.

(Conclusão)

Fonte: elaborado pelos autores com base em dados extraídos de Nogueira Junior e demais autores (2007).

A Otorrinolaringologia (ORL) é uma especialidade intermediária, situada entre as 15 primeiras no Brasil com possibilidades de atuação tanto em áreas de habilidades técnicas como nas bases cognitivas, oferecendo aos profissionais que por ela optarem um mercado de trabalho promissor. (MANIGLIA, 2004)

IMPACTOS DAS DOENÇAS OTORRINOLARINGOLÓGICAS NA QUALIDADE DE VIDA (HIPOACUSIA)

Sabemos que a qualidade de vida diminui muito quando o paciente é acometido por alguma doença e, com as doenças otorrinolaringológicas, não é diferente, pois os indivíduos começam a apresentar baixo rendimento em suas atividades cotidianas rotineiras e isso causa um impacto econômico e social, muitas vezes, irreversível. É importante salientar que são as doenças associadas à região do nariz, garganta e ouvido.

Os sintomas mais comuns nessas regiões são febre, dor na face (seios da face), obstrução nasal, dor de cabeça, tontura, secreção nasal, zumbido e pressão no ouvido e sangramento nasal. Assim, vemos indivíduos mais apáticos, pois são doenças que debilitam o ser humano.

Um dos adoecimentos que mais ocorre é quando o indivíduo passa a ter uma diminuição na audição, ou seja, a ouvir menos. Isso tende a fazer com que o indivíduo aumente o volume dos aparelhos, principalmente os que utilizam fones de ouvido, mesmo o aparelho em um volume já alto, devido à acuidade auditiva prejudicada. Com o aumento do volume, eles passam a ouvir menos ou a perder a audição ao longo do tempo.

Segundo Angeli ([201-]), a surdez súbita é definida como a hipoacusia neurossensorial de instalação abrupta ou rapidamente progressiva (ou piora de uma hipoacusia preexistente), sendo geralmente unilateral.

OTORRINOLARINGOLOGIA NA BAHIA: GRANDES NOMES

A história da ORL na Bahia é antiga e está intimamente relacionada com a Faculdade de Medicina da Bahia (FMB). Contudo, infelizmente, as fontes históricas são escassas, tendo grande parte sido perdida com o tempo.

Nesse sentido, a história que será contada aqui é um resumo das matérias encontradas, principalmente no artigo de autoria dos professores Hélio Lessa e Eduardo Baleeiro, publicado na *Gazeta Médica da Bahia* em 2007. De acordo com Lessa e Baleeiro, a história da ORL na FMB pode ser dividida em três ciclos.

PRIMEIRO CICLO

O primeiro ciclo tem início com a primeira cátedra de ORL, criada em 1911, na FMB, sendo assumida por Eduardo Rodrigues de Moraes. Nascido em Salvador em 30 de março de 1884, Eduardo Moraes formou-se na FMB em 1904, partindo para Europa, onde, durante cinco anos, especializou-se em Oftalmologia com o prof. Galerowsky e em ORL com o prof. Killian.

No seu retorno ao Brasil, o prof. Eduardo Moraes, devido ao seu conhecimento e à dedicação na área de ORL, logo se tornou uma referência nacional no campo, sendo pioneiro em técnicas em broncoesofagia e cirurgia da cabeça e do pescoço. Lessa e Baleeiro (2007) ainda afirmam que Eduardo Moraes foi pioneiro de diversos procedimentos na especialidade, recebendo reconhecimento internacional por realizar a primeira laringectomia total na América Latina.

Em 1943, recebeu da Academia Nacional de Medicina o título de membro honorário, assim como foi escolhido como o primeiro presidente da Associação Bahiana de Medicina (ABM). Contudo, nesse mesmo ano, o prof. Eduardo de Moraes foi acometido por uma broncopneumonia, vindo a falecer em sua residência no Campo Grande em 19 de julho de 1943.

SEGUNDO CICLO

Após o falecimento do professor, teve fim o primeiro ciclo da história da ORL. Com a vaga da cátedra de ORL em aberto, iniciou-se o processo de seleção para o novo catedrático. Nesse contexto, houve um período de cisão na Escola Baiana de Otorrinolaringologia, sendo marcado por disputa entre dois grupos, em apoio aos dois discípulos de destaque do prof. Eduardo Moraes. Ambos os candidatos eram livre-docentes e eram reconhecidos pela sua competência, destaque e prestígio no meio médico, sendo eles os professores Carlos Rodrigues de Moraes e Orlando Castro Lima.

Orlando de Castro Lima formou-se pela FMB em 1932 e destacou-se pela sua atuação excepcional tanto na área privada quanto pública. Ademais, destacou-se pela criação do primeiro Serviço de Broncoesofagologia e Endoscopia Peroral no Pronto Socorro Getúlio Vargas, hoje conhecido como Hospital Geral do Estado (HGE) (referência *site* da Bahiana).

Carlos Rodrigues de Moraes, formado em 1927 em uma turma que, pela competência dos formandos, ficou conhecida como a “turma de 27”, da qual saíram diversos futuros catedráticos da FMB. Assim como seu pai, também tinha grande conhecimento da Otorrinolaringologia, exímio cirurgião, realizava também cirurgia plástica reparadora, cirurgia bucomaxilar, cirurgia de cabeça e pescoço, além de grande perícia em broncoesofagologia.

Dessa disputa que gerou tanta polarização, o prof. Carlos Moraes foi selecionado, após acirrado processo, como sucessor. Enquanto isso, o prof. Orlando de Castro Lima, tornou-se idealizador da Escola Bahiana de Medicina da qual foi professor e diretor por muitos anos.

Na gestão do prof. Carlos Moraes, entre os dias 20 e 24 de janeiro de 1948, foi realizado o II Congresso Brasileiro de Otorrinolaringologia, que contou, em sua organização, com os professores Carlos Rodrigues de Moraes, Orlando de Castro Lima, Astor Baleeiro, Antonio Queiroz Muniz, Colombo Moreira Epinola e Adherbal Medeiros de Almeida. Destaque, além dos inúmeros trabalhos científicos, para a homenagem dedicada ao prof. Eduardo Moraes por todo trabalho realizado na área de ORL. Sendo assim, foi realizada uma romaria para seu túmulo para prestação de homenagem. (SEGUNDO...,1948)

História dos Serviços de ORL na FMB

Na Bahia, o serviço do prof. Eduardo Moraes funcionava no Hospital Santa Izabel. Após seu falecimento e sob o comando do prof. Carlos Rodrigues de Moraes, o serviço foi transferido, em 1949, para o Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (Hupes), sendo considerado o grande marco do segundo ciclo da ORL. O ambulatório funcionava no fundo do corredor do primeiro subsolo do hospital. Segundo Lessa e Baleeiro (2007), até a morte do prof. Eduardo Moraes em 1943, a Clínica Otorrinolaringológica era reconhecida e tinha muito prestígio no cenário nacional. Contudo, cabe salientar que, sobre a gestão do prof. Carlos Moraes, assumindo pouco tempo após o falecimento do prof. Eduardo Moraes e permanecendo até o ano de 1971, tal prestígio foi diminuindo. De acordo com os autores do artigo, devido à falta de vocação administrativa, o novo gestor não conseguiu manter o mesmo nível de publicação e pesquisa no novo hospital. Dessa forma, enquanto a ORL avançava nos demais estados, a Bahia encontrava-se em um estado de estagnação.

A mesma literatura aponta que, durante um longo período, a chefia do Departamento de Otorrinolaringologia passou por diversos assistentes do prof. Carlos Moraes, todos com competência acadêmica, todavia nenhum apresentava a capacidade para administrá-la como ocorreu durante a gestão do prof. Eduardo de Moraes.

TERCEIRO CICLO

Professor Hélio Lessa formou-se na FMB em 1964 e, em 1975, é empossado como professor, dando início ao terceiro ciclo da história clínica de ORL na FMB.

Na busca de recuperar o prestígio que um dia teve a disciplina, lutou por mudanças, principalmente por novos leitos de enfermaria. No ano de 1991, foram aprovados em concurso público os professores Edson Bastos e Virginia Emilia Café, somando-se aos professores Álvaro Muiños Andrade e Aldo do Valle, médicos do quadro do Hospital das Clínicas, constituindo o atual quadro de professores da disciplina.

Ademais, em 1992, implementou o Programa de Residência Médica em Otorrinolaringologia. No que diz respeito à produção científica, em parceria com o Serviço de Imunologia do Hupes, os professores Hélio Lessa e Eduardo Baleeiro conseguiram retomar progressivamente os trabalhos, ganhando destaque tanto no cenário regional quanto no cenário nacional. Cabe ainda salientar que, devido à dedicação do prof. Hélio Lessa, foram possíveis a criação e o aparelhamento do setor de Otoneurologia, assim como dos setores de Audiologia e Videonasolaringologia.

Em 2006, quando o prof. Hélio Andrade Lessa coordenava o serviço, os ambulatórios de especialidades foram transferidos do hospital para o novo espaço, o Ambulatório Prof. Magalhães Netto, na Ladeira Padre Feijó, do mesmo Hupes. Em 2007, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) da Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial (ABORL-CCF) avaliou o Programa de Residência Médica em Otorrinolaringologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA) como um dos oito melhores do país. Professor Hélio Lessa faleceu em 29 de setembro de 2013, deixando um grande legado em sua gestão, marcada pela retomada do lugar de destaque na ORL da Bahia no cenário regional e nacional.

A OFERTA AOS SERVIÇOS DE APARELHOS DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAIS (AASI) NA BAHIA

Independentemente da idade do indivíduo acometido, a Deficiência Auditiva (DA) pode afetar a qualidade de vida, gerando impactos na comunicação e no estado emocional. Em crianças e adolescentes, a DA pode interferir na socialização e na escolaridade, uma vez que pode prejudicar o desenvolvimento da fala de linguagem. (RUSCHEL; BONATTO; TEIXEIRA, 2019) Ainda de acordo com Ruschel e demais autores (2019), em adultos e idosos, outros problemas como isolamento e depressão podem estar associados a outras doenças e à exclusão social. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2013, estimou que 1,1% da população do país possuía deficiência auditiva, ou seja, cerca de 2,2 milhões de pessoas, sendo que destas 0,9% adquiriu a deficiência auditiva por doença ou acidente e 0,2% a possuía desde o nascimento. (SILVA; GONÇALVES; SOARES, 2014)

A perda auditiva é um problema de saúde pública com sérias consequências e um importante impacto socioeconômico. Tendo isso em vista e dos altos custos envolvidos no diagnóstico e na reabilitação auditiva, o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece, de forma integral e gratuita, procedimentos que vão desde a triagem auditiva neonatal, conhecida como “teste da orelhinha”, passando pelo diagnóstico até a reabilitação auditiva. (LINS; GASPAR SOBRINHO, 2020)

A principal função da prótese auditiva é captar os sons produzidos no ambiente, amplificando-os, modificando-os e conduzindo-os à orelha do usuário, sendo assim é um recurso extremamente importante quando se pensa em reabilitação auditiva. (MONDELLI; SILVA, 2011) O AASI consiste em um dispositivo o qual tem por finalidade captar os sons ambientes e amplificá-los, de forma a compensar as limitações e impedimentos provocados pela hipoacusia, ou seja, a diminuição da capacidade auditiva, melhorando a qualidade de vida dos indivíduos. (LINS; GASPAR SOBRINHO, 2020)

O trabalho de prescrição e acompanhamento das próteses auditivas tem caráter multidisciplinar, estando envolvidos otorrinolaringologista, fonoaudiólogos e audiólogos. (LINS; GASPAR SOBRINHO, 2020) Com a publicação da Portaria nº 387 em 2005, foram garantidas próteses auditivas aos usuários do SUS, por meio dos Serviços de Atenção à Saúde Auditiva. Nesse sentido, dentre os centros de referência para o tratamento e reabilitação para pessoas com deficiência auditiva na Bahia, destacam-se: Centro Estadual de Prevenção e Reabilitação da Pessoa com Deficiência (Cepred), criado em 1998 através da Resolução nº 1498, do Conselho Estadual de Saúde (CES). Nesse sentido, o Cepred desenvolve ações de prevenção secundária e reabilitação de pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, com ostomias e múltiplas deficiências. Dentre os serviços, destaca-se a distribuição gratuita de aparelhos auditivos (próteses auditivas) custeados pelo SUS (LINS; GASPAR SOBRINHO, 2020); e o Núcleo de Reabilitação Auditiva Dr. Orozimbo Alves Costa Filho, das Obras Sociais Irmã Dulce (Osid), que é um centro de tratamento de pacientes com deficiência auditiva. Por meio do SUS, são oferecidos tanto o Implante Oclear (IC) como o processo da adaptação de AASI.

A ORL NA ATUAL ESTRUTURA CURRICULAR DA FMB-UFBA

O aluno de Medicina da FMB terá o primeiro contato teórico-prático com a especialidade no sexto período do curso. O Departamento de Cirurgia Experimental e Especialidades Cirúrgicas oferta a disciplina Introdução à Otorrinolaringologia (MED B30), com carga horária de 51h semestral, sendo 17 horas de curso teórico e 34h de curso prático. As aulas teóricas são ministradas para toda a turma e aulas práticas para grupos de 15 alunos e consistem no acompanhamento ambulatorial

assistido e discussão de casos clínicos de pacientes de ambulatório e/ou enfermaria, enfatizando os aspectos diagnósticos e terapêuticos, incluindo a possibilidade de demonstração das etapas de patologias cirúrgicas em correspondência aos assuntos do programa teórico. A disciplina tem por objetivo:

- I. Introduzir ao estudante um conjunto de conceitos e observações teórico-práticas sobre Otorrinolaringologia que os capacite melhor para o ciclo profissionalizante;
- II. Demonstrar as diversas doenças relacionadas à Otorrinolaringologia, propiciando capacidade de elucidação diagnóstica e os conhecimentos dos devidos tratamentos;
- III. Apresentar conceitos básicos em Otorrinolaringologia Prática, incluindo demonstrações de materiais e equipamentos comumente utilizados.

O Programa de Educação Tutorial (PET) de Medicina realiza semestralmente, desde 2011, o Avalia-FMB, um instrumento continuado de avaliação da estrutura curricular do curso de Medicina da UFBA, que caracteriza a percepção discente sobre a qualidade e execução das disciplinas. De um modo geral, a disciplina Introdução à Otorrinolaringologia é bem avaliada pelos alunos e considerada importante/relevante para o curso. No relatório referente ao semestre curricular 2018.2, os alunos destacaram a boa didática da disciplina, mas também foi abordado pelos estudantes o grande número de alunos nas práticas, o que prejudicava o aprendizado. (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2019)

No sexto ano de curso, é ofertada a disciplina Internato II em Clínica Cirúrgica (MED 244) que representa a parte prática das quatro especialidades: Urologia, Ortopedia, Oftalmologia e Otorrinolaringologia. As atividades da disciplina são exclusivamente práticas e realizadas na enfermaria, no ambulatório e no centro cirúrgico. Os internos permanecem em cada especialidade durante duas semanas. Nessa etapa final da formação do aluno, ocorre o aprofundamento da teoria e o aluno tem a oportunidade de ter um contato mais direto com os pacientes. No ambulatório, envolve atendimento e discussão dos casos clínicos com os preceptores; no centro cirúrgico, terá discussão das técnicas cirúrgicas, materiais utilizados, conceitos e realização de antissepsia e assepsia; e na enfermaria, a atuação do interno compreende atendimento, prescrição, evolução diária do paciente, diagnóstico, conduta e tratamento das patologias e complicações.

RESIDÊNCIAS EM ORL NA BAHIA (SUS BAHIA)

O acesso à residência é através do Processo Seletivo Unificado de Residência Médica/Bahia e é realizado sob a responsabilidade, fiscalização, coordenação e

acompanhamento da Comissão Estadual de Residência Médica da Bahia (Cerem/BA), integralmente vinculada à CNRM e subordinada ao Ministério da Educação (MEC).

Atualmente, a Bahia conta com quatro programas de residência em ORL pelo SUS, sendo eles promovidos pelo: Hupes, Hospital Otorrinos de Feira de Santana, Hospital Santa Izabel e Hospital Santo Antônio (Osid).

O PERFIL ATUAL DOS RESIDENTES DE ORL NA FMB

A análise feita sobre os residentes do primeiro, segundo e terceiro ano da especialidade de ORL na FMB, a partir dos anos de 2019 a 2021, revela números importantes de serem discutidos. Trata-se de uma pesquisa que não apresenta dados oficiais, mas números de um levantamento feito com os residentes.

Na consulta, mostrou-se prevalente o acesso masculino, representando 58,82% do total, sendo dez homens e sete mulheres alocados no R1, R2 e R3. Relatos de estudantes, entretanto, apontam que essa superioridade numérica vem caindo. No ano de 2019, o R3 já possuía maioria feminina, com duas mulheres e um homem. Em 2020, o mesmo ocorreu com o R1. Importante identificar que, apesar de haver desigualdade quantitativa de gênero, a ocupação da mulher na profissão, que historicamente sempre teve predominância de homens, é cada vez mais efetiva, especialmente na FMB.

Já em relação à cor da pele, 82,35% se autoafirmaram brancos e 17,65%, pardos, revelando um acesso majoritariamente branco e inacessibilidade de pessoas de pele negra nesses últimos anos.

Todas essas informações apresentadas evidenciam a necessidade de ocupação desses espaços pela população negra e feminina. É importante diminuir as dificuldades em relação ao acesso desses grupos para a sua inclusão e continuidade da sua formação.

A LIGA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CÉRVICO-FACIAL DA BAHIA - LAORL-CCF: QUEBRANDO BARREIRAS

A ORL é uma especialidade com elevada predominância de patologias, o que a torna uma área de grande relevância e o seu conhecimento é de fundamental importância para atuação médica do clínico geral, entretanto os conteúdos da área, nos currículos dos cursos de Medicina, são abordados, na maioria das vezes, de forma rápida e integrada a outras áreas de conhecimento, como observamos no tópico “A ORL na atual estrutura curricular da FMB-UFBA”. Nesse contexto, a LAORL-CCF é uma ótima oportunidade de complementação da formação

médica na área e com um grande diferencial que é a interdisciplinaridade com a Fonoaudiologia.



Figura 1 – Turma de ligantes de 2019.1 da LAORL
Fonte: acervo de imagens da LAORL.



Figura 2 – Vitor Hugo, cofundador da LAORL
Fonte: acervo de imagens da LAORL.

A interface entre Fonoaudiologia e ORL é fundamental e deve ser pautada no respeito pelo campo de atuação de cada profissional. Essa atuação conjunta contribui para diagnósticos mais rápidos e precisos e facilita o processo de reabilitação dos pacientes. Nesse sentido, a LAORL-CCF tem se mostrado um instrumento valioso na formação dos graduandos de Medicina, atuando como uma facilitadora do diálogo e trabalho conjunto e respeito entre as profissões. É, atualmente, uma das poucas ligas multidisciplinares da FMB, fundada em 2011 e orientada pelo prof. Marcus Lessa.

Um dos primeiros membros da liga, em depoimento, retrata que:

A LAORL-CCF Bahia foi fundada em 2011, sendo que os dois fundadores foram Fábio Silva e Silva e Ana Bárbara Silva Cavalcante. Os membros cofundadores foram eu, Victor Hugo Barreiros de Almeida, Francisco Ribeiro e Guilherme Galvão. Na época, frequentávamos a Liga de Otorrino da Bahiana e sentimos a necessidade de criar a Liga de Otorrino na UFBA por acreditar na importância da nossa instituição. Entendíamos que nossa faculdade dispunha de um serviço de referência em Otorrinolaringologia no Brasil, com grandes professores, mestres e doutores, além de uma estrutura física completa (ambulatórios, centro cirúrgico e emergência).

Doutor Marcus Lessa comprou essa ideia e nos orientou em todos os aspectos legais para montar uma liga 'do zero', além de ser um entusiasta, dando sugestões de projeto de pesquisa, estágios supervisionados e seminários. Começamos com cinco membros e, já nos primeiros meses, organizamos o nosso processo seletivo. Decidimos incluir neste processo estudantes de Fonoaudiologia por acreditar que a prática multidisciplinar é enriquecedora na formação profissional e na assistência ao paciente. Foram aprovados mais sete estudantes de Medicina e dois estudantes de fonoaudiologia. A aula inaugural contou com a presença do nosso chefe dr. Marcus Lessa que ministrou uma brilhante aula sobre Semiologia em Otorrinolaringologia. Nesse mesmo semestre, tivemos a honra de assistir uma aula inesquecível com o ícone da Otorrinolaringologia nacional, prof. dr. Hélio Lessa que apresentou uma aula sobre anel linfático de Waldeyer.

Nesse primeiro semestre, também foram realizadas palestras com dra. Natasha Braga (alteração estrutural mínima de laringe) e dr. Edson Bastos (otite média aguda). No primeiro ano de liga, realizamos um evento juntamente com a Liga de Pediatria, que foi um sucesso absoluto, com recorde de público, sobre Otorrinolaringologia Pediátrica. Contamos com a presença de dr. Bruno Lessa, dra. Carolina Cincurá e do dr., na época residente, Tovar Vicente Luz. Permanecemos na liga até 2013, quando concluímos nossa graduação. Em 2017, após alguns anos de trabalho na Atenção Primária, decidi realizar o meu sonho e iniciei minha residência no meu hospital/casa Hupes, inspirado pelos enriquecedores anos na LAORL-CCF e pelos nossos mestres, especialmente dr. Marcus. Em 2020, concluí minha residência e hoje sigo no Serviço de Otorrinolaringologia como fellow de Rinologia, Cirurgia Endoscópica nasal e acesso à base do crânio.

INTERFACE ENTRE ORL E FONOAUDIOLOGIA: LUTAS HISTÓRICAS RECENTES E CONFLITOS

A relação multi e interdisciplinar entre o otorrinolaringologista e fonoaudiólogo tem grande importância quando pensamos na integralidade da abordagem ao paciente. Os dois profissionais atuam na promoção da saúde e prevenção de doenças e transtornos ligados à audição, fonação e deglutição. Tratamento de disfonias, perdas auditivas, transtornos da deglutição, aprimoramentos vocais e das disfagias são alguns exemplos da interseção desses profissionais na prática clínica. Entretanto, não é só através desse fazer clínico que essa relação se constrói. Considera-se importante trazer aqui uma grande luta histórica em conjunto entre esses profissionais que ultrapassa as paredes de um consultório e que é em prol de uma maior assistência à saúde e a um cuidado mais ampliado dos seus pacientes. Além disso, mostraremos também os conflitos envolvidos nessa vertente.

Sendo uma dos mais importantes movimentos recentes entre a ORL e Fonoaudiologia, a busca pelo reconhecimento do Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho (DVRT) na lista de doenças relacionadas ao Trabalho do Ministério da Saúde evidencia um importante passo para a saúde vocal do trabalhador ao mesmo passo que marca a dualidade de uma união de forças *versus* conflitos entre a classe médica e o fonoaudiólogo.

O processo de reconhecimento tem início no ano de 1997, quando um ofício protocolado no Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa) contendo informação de inúmeros casos de professores com alteração vocal no Hospital dos Servidores de Pernambuco, provocou uma discussão, através da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), sobre disфония enquanto doença ocupacional, fomentando, assim, o debate para essa temática. (MASSON et al., 2019)

Outro fato importante que cabe ressaltar citado na mesma literatura ocorreu em 1999, quando foi lançada a I Semana Nacional da Voz, criada pela Sociedade Brasileira de Laringologia e Voz (SBLV), apoiada pela Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa) e Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia (SBORL), atual ABORL-CCF.

A campanha jogava luz nos problemas de voz, mediante a divulgação da elevada prevalência de câncer de laringe na população brasileira. A SBLV era uma sociedade interdisciplinar, composta por médicos e fonoaudiólogos fundada para melhor responder às demandas dos profissionais da voz. As campanhas de voz, embora não relacionadas diretamente à luta pelo reconhecimento da DVRT, exerceram papel relevante, dando maior visibilidade aos problemas de voz. A iniciativa foi bem-sucedida, sendo abraçada internacionalmente, criando-se o Dia Mundial da Voz. (BEHLAU, 2000; DORNELLAS et al., 2014 apud MASSON et al., 2019, p. 809)

Apesar das associações interdisciplinares, o Ato Médico polarizou a luta. A Lei nº 12.842/2013 dispõe sobre o exercício da Medicina e foi criada para especificar quais são atividades exclusivamente médicas. Respalda por ela, inúmeros são os processos protocolados na tentativa de restringir a realização de procedimentos pelo fonoaudiólogo. Como exemplo, podemos citar o pedido de liminar, do Conselho Federal de Medicina (CFM) contra o CFFa, de suspensão da Resolução CFFa nº 591/20. O pedido foi indeferido e no texto de decisão judicial da Ex.ma dra. juíza Diana Wanderlei, da 5ª Vara da Seção Judiciária do Distrito Federal (SJDF), traz que “a Lei nº 12.842/2013 não pode ser alargada a ponto de inviabilizar a atividade dos demais profissionais de saúde, e estabelecer reserva de mercado para os profissionais de medicina em detrimento dos demais graduados do ramo da saúde”. (BRASIL, 2021)

Diante disso, os profissionais fonoaudiólogos sentiram-se limitados com as novas determinações e algumas entidades interdisciplinares que potencializavam o movimento em prol do reconhecimento do DVRT foram dissolvidas, enfraquecendo, assim, a força criada anteriormente.

Mesmo com a polarização, barreiras políticas e jurídicas ao longo dos anos e com o recuo da inclusão do DVRT na atualização da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT) pelo Ministério da Saúde em setembro de 2020, o distúrbio de voz foi reconhecido na LDRT para Bahia, sendo um importante passo para a saúde do trabalhador, especialmente baiano.

ORL, COVID-19 E PESQUISA DE DISTÚRBIOS DO OLFATO NA UFBA

A história da humanidade é marcada por vários momentos de surtos de doenças, que afetam o estilo de vida, a evolução da ciência e a sociopolítica do planeta. As pandemias gripais, como a gripe espanhola (1918-1920) e a gripe suína (2009-2010), causaram muitas mortes e medo à população e vêm desafiando e redefinindo a ciência, principalmente a Medicina. Em pleno século XXI, o planeta novamente é acometido por uma nova pandemia.

O SARS-CoV-2, vírus causador da covid-19, teve seu primeiro caso notificado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no dia 31 de dezembro de 2019, em Wuhan, China. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2020) E, no início de 2020, foi declarada a situação como uma Emergência De Saúde Pública de Interesse Internacional (ESPII) devido à rapidez que os números de casos foram progredindo e disseminando em outros países.

Por ser da família de vírus respiratório, apresenta sintomas semelhante a um retrovírus em sua forma assintomática e com sintomas leves: febre, fadiga, tosse, dificuldade ao respirar, cefaleia, dor no corpo, dor na garganta, coriza, espirros,

anosmia e alteração no paladar; ou, na sua forma mais grave, causa doenças respiratórias, gastrointestinais, hepáticas e neurológicas, segundo o Ministério da Saúde. (BRASIL, 2020a, 2020b)

No Brasil, em virtude da disseminação da covid-19 no mundo, o Ministério da Saúde resolveu declarar, em 3 de fevereiro de 2020, uma emergência de saúde pública de importância nacional. (BRASIL, 2020a, 2020b) Tivemos os primeiros casos da doença no Brasil confirmados no estado São Paulo no dia 29 de fevereiro de 2020 e no estado da Bahia em 06 de março de 2020, já sendo considerada a maior pandemia do século XXI e levando a uma quarentena global.

O SUS garantiu e atuou desde a baixa complexidade (testagem) a alta complexidade (suporte ventilatório invasivo). O Ministério da Saúde em conjunto com as secretarias estaduais e municipais traçaram estratégias de enfrentamento da pandemia através de portarias, implantação de unidades de saúde específicas, instalação de hospitais de campanha, medidas educativas para a população, apoio a pesquisas científicas, aquisição de equipamentos e suprimentos de suporte à vida. Os protocolos de proteção e prevenção, como o uso frequente de máscaras e álcool em gel tornaram-se essenciais no cotidiano do brasileiro. (BRASIL, 2020a, 2020b)

COVID-19 E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O coronavírus surpreendeu a todos e ainda tem sido um verdadeiro desafio para os profissionais de saúde. Com uma alta letalidade e contágio, sem pesquisa ou informações concretas referentes a formas de combate, medicamentos, procedimentos e contenção, os profissionais montaram uma rede de troca de informações e construções de protocolos a cada passo em que a doença se mostrava com sintomas e quadro de evolução destes.

Por ser uma doença altamente contagiosa, um dos principais desafios era tornar os atendimentos de saúde mais rápidos e eficazes, de forma objetiva e segura. É amplo o espectro de apresentação da doença, variando desde poucos sintomas, leves, ou formas assintomáticas da doença, e chegando ao outro extremo, da síndrome respiratória grave, com longas internações. Por todos esses motivos, a covid-19 tornou-se, também, uma ameaça à saúde de médicos e demais profissionais de saúde, vulneráveis à alta exposição ao vírus.

A exigência de protocolos já existentes e aprimoramento deles, como vestimentas, uso de máscaras e higienização constante, surgiu na tentativa de reduzir o número de atendimentos aos pacientes e gerar menor tempo de exposição ao vírus. Mas isso ainda não eximia os profissionais de saúde da exaustão física, psicológica e emocional em suas jornadas de trabalho, especialmente tratando

os pacientes críticos. Os profissionais nunca foram tão requisitados e exauridos na tentativa de manter a vida do ser humano acometido. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2020)

ORL NA PANDEMIA E PESQUISA DE DISTÚRBIOS DO OLFATO NA UFBA

A ORL atuou compondo a equipe multiprofissional, junto à equipe médica, de Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Fonoaudiologia, Serviço Social e Psicologia durante e após a contaminação.

Um dos maiores paradoxos para os otorrinolaringologistas era o atendimento aos pacientes. Como são especialistas em doenças das vias aéreas superiores – nariz e garganta –, ficaram mais suscetíveis à contaminação devido à alta transmissão do vírus por gotículas e dispersão de aerossóis. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CÉRVICO-FACIAL, 2020a, 2020b)

Em virtude disso, otorrinolaringologistas, cirurgiões de cabeça e pescoço e oncologistas clínicos tiveram uma significativa redução nas consultas e procedimentos ambulatoriais e no número de procedimentos cirúrgicos. (KOWALSKI et al., 2021) Muitas instituições restringiram suas atividades e tratamentos cirúrgicos eletivos e adotaram o teleatendimento como recurso para assistência aos pacientes. (CAETANO, 2020)

De outro lado, o Hupes-UFBA vem se destacando em produzir pesquisa referente a uma das sequelas pós-covid-19. O estudo comandado pela otorrinolaringologista dra. Lorena Pinheiro, orientada pelo prof. Marcus Lessa, tem como tese de seu doutorado na mesma universidade, a eficácia de um tratamento e assistência às perdas de olfato pós-covid-19.

Intitulada de *Efeitos do treinamento olfatório e do ácido alfa-lipoico na perda de olfato pós-covid-19: ensaio clínico randomizado*, o objetivo do trabalho é avaliar a eficácia do treinamento olfatório associado ao ácido alfa lipoico, em comparação ao treinamento olfatório isoladamente nas perdas de olfato pós-covid-19. Além de ser um sentido ligado às emoções e memórias, o olfato também confere proteção contra ameaças ambientais e seus prejuízos produzem indubitável redução da qualidade de vida dos pacientes. A hiposmia é um dos sintomas mais significativos e frequentes da covid-19 e pode persistir após o término da doença. A intenção do treinamento olfatório é regenerar o tecido olfatório danificado e melhorar sua comunicação com o córtex cerebral. (PATEL, 2017) Além disso, contribui com a assimilação dos cheiros por parte do cérebro e com sua reorganização de aferências neurossensoriais. (NISHIOKA, 2020)



Figura 3 – Kit de treinamento olfatório
Fonte: arquivo de imagens da LAORL.

O projeto toma corpo quando os estudantes de graduação se interessam em integrar a equipe e atender os pacientes da pesquisa. A LAORL-CCF, composta por estudantes de Medicina e Fonoaudiologia, destaca-se no acolhimento dos pacientes voluntários, na coleta de dados e no atendimento supervisionado aos pacientes. O trabalho em conjunto permite novas vertentes na pesquisa, fazendo-a ganhar grandes rumos na Bahia.



Figura 4 – Doutora Lorena Pinheiro e ligantes da LAORL
Fonte: arquivo de imagens da LAORL.

REFERÊNCIAS

- ANGELI, Roberto. *O que há de novo? Surdez súbita*. [201-]. Disponível em: <https://www.aborlccf.org.br/imagebank/laminapdf/educacao%20continuada-revisado1122015102525.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2021.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CÉRVICO-FACIAL. *1ª Nota de Orientação aos Médicos Otorrinolaringologistas em Relação à doença causada pelo novo Coronavírus (COVID-19) do 03 de março de 2020*. São Paulo, 2020a.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CÉRVICO-FACIAL. *4ª Nota de Orientação aos Médicos Otorrinolaringologistas e Relação à doença causada pelo novo Coronavírus (COVID-19) do 22 de março de 2020*. São Paulo, 2020b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). *Diário Oficial da União*: seção: 1 - Extra, Brasília, DF, ed. 24-A, p. 1, 4 fev. 2020a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>. Acesso em: 25 jul. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. *Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo_clinico_covid-19_atencao_especializada.pdf. Acesso em: 25 jul. 2021.
- BRASIL. Justiça Federal da 1ª Região. Ação Civil Pública Cível nº 1005773-91.2021.4.01.3400. Autor: Conselho Federal de Medicina. Reu: Conselho Federal de Fonoaudiologia. Juíza Diana Wanderlei. Juíza Federal Substituta da 5 Vara da SJDF. 15 de março de 2021. Brasília, DF, 2021. Disponível em: <https://www.fonoaudiologia.org.br/wp-content/uploads/2021/03/Decisao.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2021.
- CAETANO, Rosângela *et al.* Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, p. 1-16, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/swM7NVTrnYRw98Rz3drwpJf/?lang=pt>. Acesso em: 15 ago. 2021.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). *Recomendação nº 020, de 07 de abril de 2020*. Recomenda a observância do Parecer Técnico nº 128/2020, que dispõe sobre as orientações ao trabalho/atuação dos trabalhadores e trabalhadoras, no âmbito dos serviços de saúde, durante a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência Doença por Coronavírus – COVID-19. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/images/Recomendacoes/2020/Reco020.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2021.

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Novel Coronavirus (2019-nCoV) Interim Infection Prevention and Control: Recommendations for Patients with Known or Patients Under Investigation for 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV) in a Healthcare Setting*. 2020. Disponível em: https://dpbh.nv.gov/uploadedFiles/dpbhnhgov/content/Programs/OPHIE/dta/Hot_Topics/NV-DHHS-DPBH-OPHIE_InterimInfectionPreventionControlNovelCoronavirus_200131.pdf. Acesso em: 26 ago. 2021.

ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA. *Sobre a Bahiana*. Salvador, c2021. Disponível em: <https://www.bahiana.edu.br/institucional/sobre-a-bahiana/fundadores/16179/orlando-castro-lima/>. Acesso em: 20 ago. 2021.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGAR SANTOS (Salvador, BA). *Distúrbio pós-covid*. Salvador, 14 abr. 2021. Disponível em: <https://www.edgardigital.ufba.br/?p=19927>. Acesso em: 25 ago. 2021.

JARJURA JÚNIOR, José Jorge; SWENSOM, Rubem Cruz. Disacusias. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, Sorocaba, v. 3, n. 2, p. 7-10, 2001. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/275/pdf>. Acesso em: 14 jul. 2021.

KOWALSKI, Luiz Paulo *et al.* The Impact of the COVID-19 Pandemic on Head and Neck Surgery Training: A Brazilian National Survey. *International Archives of Otorhinolaryngology*, São Paulo, v. 25 n. 3 p. 339-342, Sept. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/iao/a/CTFCwVL4tKbSpLLJLnMPVVN/?lang=en>. Acesso em: 15 ago. 2021.

LESSA, Hélio Andrade; BALEEIRO, Eduardo Moraes. A história da otorrinolaringologia na Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 77, n. 2, p. 219-222, jul./dez. 2007. Disponível em: http://www.gmbahia.ufba.br/adm/arquivos/artigo16_20072.pdf. Acesso em: 20 ago. 2021.

LINS, Edinaide Lopes da Silva; GASPASOBRINHO, Fernando Pena. Reabilitação auditiva por aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) em centro especializado do SUS de Salvador-Bahia. *Revista Ciência Médicas e Biológicas*, Salvador, v. 19, n. 1, p. 25-32, jan./abr. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/32442/21285>. Acesso em: 20 ago. 2021.

MANIGLIA, José Victor. Perfil do egresso da residência em otorrinolaringologia e cirurgia de cabeça e pescoço da Santa Casa de Franca, da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto e da Clínica Maniglia. *Arquivos de Ciências da Saúde*, São José do Rio Preto, v. 11, n. 1, p. 29-36, jan./mar. 2004. Disponível em: https://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/Vol-11-1/ac07.pdf. Acesso em: 20 jul. 2021.

MASSON, Maria Lúcia Vaz *et al.* Em busca do reconhecimento do distúrbio de voz como doença relacionada ao trabalho: movimento histórico-político. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 805-816, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/>

csc/a/pXxZhVGWC9FPJRRQvmb9wDS/?lang=pt#:~:text=O%20presente%20artigo%20%C3%A9%20uma,apontando%20desafios%20a%20serem%20superados. Acesso em: 20 ago. 2021.

MONDELLI, Maria Fernanda Capoani Garcia; SILVA, Letícia de Sousa Lobo. Perfil dos pacientes atendidos em um sistema de alta complexidade. *Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 29-34, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/aio/a/HFRJz5jZypvrW5DFWtSHNpS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 ago. 2021.

NISHIOKA, Sérgio de Andrade. A perda de olfato na covid-19 já tem explicação – pelos menos em parte. *UNA-SUS*. Brasília, DF, 20 nov. 2020. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/markdown/335> Portal UNA-SUS - Especial COVID-19. Acesso em: 15 ago. 2021.

NOGUEIRA JÚNIOR, João Flávio *et al.* Breve história da otorrinolaringologia: otologia, laringologia e rinologia. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 73, n. 5, out. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-72992007000500017>. Acesso em: 20 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Histórico da pandemia de COVID-19*. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19#:~:text=Em%2031%20de%20dezembro%20de,identificada%20antes%20em%20seres%20humanos>. Acesso em: 15 ago. 2021.

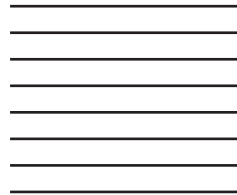
PATEL, Zara M. The Evidence for Olfactory Training in Treating Patients with Olfactory loss. *Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery*, Philadelphia, v. 25, n. 1, p. 43-46, Feb. 2017.

RUSCHEL, Nathany Lima; BONATTO, Amanda Somensi; TEIXEIRA, Adriane Ribeiro. Reposição de próteses auditivas em programa de saúde auditiva. *Audiology Communication Research*, São Paulo, v. 24, p. 1-7, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1001370>. Acesso em: 20 ago. 2021.

SEGUNDO Congresso Brasileiro de Otorrinolaringologia. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, São Paulo, v. 16, ed. 1, jan./abr. 1948. Noticiário. Disponível em: <http://oldfiles.bjorl.org/conteudo/acervo/acervo.asp?id=707>. Acesso em: 20 ago. 2021.

SILVA, Luciana Santos Gerosino da; GONÇALVES, Cláudia Giglio de Oliveira; SOARES, Vânia Muniz Néquer. Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva: um estudo avaliativo a partir da cobertura de serviços e procedimentos diagnósticos. *CoDAS*, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 241-247, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/codas/a/VHvCCzzY6RJMhwPqXnGF54R/?lang=pt>. Acesso em: 20 ago. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Faculdade de Medicina da Bahia. *Projeto de Avaliação Interativa do Curso de Graduação da Faculdade de Medicina da Bahia*: relatório referente ao semestre curricular 2018.2. Salvador, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/30176>. Acesso em: 20 jul. 2021.



16

HISTÓRIA DA ORTOPEDIA

Gildásio Daltro
Carlos Henrique
Davi Amorim
Israel Cardoso
Lorraine Ribeiro
Lucas Figueredo
Paula Rosat
Valéria Lima

A ORTOPEDIA NO MUNDO

A história da Medicina está completamente atrelada à história da humanidade. Isso porque, do desejo da sobrevivência, surgiu a necessidade de contornar as enfermidades que atacavam os seres humanos desde a Pré-História. Dentro do contexto da Ortopedia, essa realidade não poderia ser diferente. A partir das deformidades que acometem os homens e a necessidade de controlá-las, surgiu a ciência ortopédica – a área da Medicina que se dedica ao estudo e tratamento das enfermidades que acometem o sistema locomotor. Com o passar do tempo, a Ortopedia foi evoluindo, sendo passada, de geração em geração, dos mestres para seus discípulos,

tornando-se o que é hoje: uma das principais áreas mais inovadoras da Medicina, permitindo não cometer os erros do passado e aperfeiçoar os acertos, garantindo melhores prognósticos e maior conforto para seus pacientes. Assim como a história da humanidade, a história da Ortopedia segue seu curso, sendo influenciada pelas diversas civilizações em cada período histórico, desde a Pré-História até a Idade Contemporânea.

A priori, faz-se necessário destacar que as doenças do aparelho locomotor assolam a humanidade desde o Período Pré-Histórico, o que explica a infinidade de achados ósseos encontrados na Europa, Ásia e África, com a presença de enfermidades semelhantes às que encontramos na atualidade, como é o caso da osteomielite, osteoartrite, tumores ósseos e principalmente fraturas. (BADO, 1965) Ao longo desse período, os seres humanos procuravam tratar as suas fraturas ósseas de maneira muito instintiva, de forma semelhante ao que faziam os grandes animais, realizando a imobilização do membro fraturado, o que promovia, portanto, a formação do calo ósseo e a consolidação óssea. Com o passar do tempo e com o florescimento da criatividade, o homem teve a ideia de utilizar os objetos que estavam ao seu alcance, como madeira, plantas, pedras, entre outros, para imobilizar as fraturas, criando, assim, a tala gessada, o que revolucionou o tratamento dessas lesões. Ainda na Pré-História, mais precisamente na Idade dos Metais, surgiu o início da Cirurgia Óssea. Nesse período, era muito comum a cirurgia de amputação de dedos, o que pode ser evidenciado pelo desenho presente na caverna de La Tene, na França, em que pinturas rupestres mostram figuras de mãos humanas as quais haviam passado pelo processo cirúrgico, o que parecia possuir um significado religioso. (BADO, 1965)

Passando para a Idade Antiga, nesse período da história, as civilizações que mais contribuíram para o desenvolvimento da Ortopedia foram a egípcia, a grega e a romana. No Egito Antigo, um documento muito importante para a história da Ortopedia é o Papiro de Edwin Smith, escrito em 1600 a.C., notório por abordar muitos temas da Medicina, mostrando significativa consciência cirúrgica, além de uma descrição minuciosa acerca de fraturas e manobras de redução de luxações, bem como da classificação dos tipos de traumas. Ademais, foi também no Egito Antigo que surgiu o uso de muletas, visto que o dado mais antigo acerca do uso do instrumento foi encontrado na tumba de Kirkouf, sendo datada de 2800 a.C. (BADO, 1965) Outra contribuição muito importante oriunda do Egito Antigo diz respeito ao conhecimento anatômico, visto que os anatomistas de Alexandria proporcionaram um grande conhecimento da área através da técnica de dissecação. Na Grécia Antiga, um ponto muito importante a se considerar é a separação da Medicina do misticismo, trazendo para a área um pensamento mais científico e menos espiritual. Além disso, uma coletânea grega de notável importância é

o *Corpus Hippocraticum*, escrito por Hipócrates entre 430 e 330 a.C., em que em um de seus volumes encontra-se um livro sobre fraturas e luxações. Naquele tempo, Hipócrates descreveu problemas como a redução de luxação acromioclavicular, de joelho e a correção de pé torto congênito, além da infecção óssea pós-trauma, sendo de grande relevância para a Ortopedia. (KARAM; LOPES, 2005) Quanto à civilização Romana, é de grande relevância o trabalho acerca do nascimento das próteses e membros artificiais, ainda que rudimentares. Esse trabalho é exemplificado pela perna de madeira encontrada em Cápua, Itália, datada de 300 a.C., exibida no Royal College of Surgeons em Londres, além da mão de ferro do soldado Marcus Silus. A literatura greco-romana mostrava uma grande preocupação em substituir as extremidades que eram perdidas, muitas vezes, em combate. Outra contribuição muito importante da civilização romana é o trabalho de Galeno, chamado de Pai da Medicina do Esporte, por ter contribuído com a descrição da destruição, sequestro e regeneração óssea, além de ter sido o primeiro a usar termos como *kyphosis*, *lordosis* e *scoliosis* para descrever deformidades. (KARAM; LOPES, 2005)

Já na Idade Média, período marcado pelo obscurantismo cultural, é notável o trabalho de Paul de Aegina e de Theodoric de Bologna. Paul de Aegina trabalhava em Alexandria entre os anos de 625 e 690 d.C. e escreveu um trabalho chamado *O epítome de medicamento*, cujo sexto livro abordava temas como fraturas e luxações. Quanto a Theodoric de Bologna, sua grande contribuição reside no texto chamado “Chirurgia de Theodoric”, no qual descreveu o manejo de fraturas da coluna espinhal, sendo muitas de suas técnicas usadas até hoje. Além disso, nesse período, há grande contribuição das universidades, como a de Salerno, que foi muito importante para o desenvolvimento do conhecimento anatômico.

Por volta do ano 1453, a humanidade desperta do seu período de obscurantismo cultural e adentra no período que chamamos de Idade Moderna. Nesse tempo, para o desenvolvimento da Ortopedia, destacam-se os trabalhos de Ambroise Paré, Nicholas Andry e Jean-Andre Venel. Ambroise Paré, considerado o Pai da Cirurgia, publicou um grande tratado sobre o tema e, dentre os seus livros publicados, em um deles ele destacava a influência dos vícios posturais na etiologia de doenças ortopédicas. Quanto a Nicholas Andry, é conhecido por muitos como o Pai da Ortopedia, por ter sido o primeiro especialista a usar o termo “Ortopedia” para se referir a correção de deformidades ósseas. Em sua trajetória, Andry publicou o texto “Ortopedia: a arte de prevenir e corrigir deformidades em crianças”, defendendo que as deformidades presentes do adulto têm a sua origem na infância. Já Jean-André Venel foi um médico de Genebra muito relevante para a história da Ortopedia por ter criado o primeiro instituto da especialidade no mundo, localizado em Kanton Waadt, na Suíça.

Já na Idade Contemporânea, destacam-se os trabalhos de médicos como Robert Jones e Antonius Mathysen, bem como a influência das guerras e do avanço tecnológico no desenvolvimento da Ortopedia. O médico inglês Robert Jones foi muito importante para a área por ter fundado associações e hospitais de Ortopedia no Reino Unido e por ter escrito um livro que é tratado como o primeiro a abordar sistematicamente o diagnóstico e tratamento das fraturas mais recentes. Quanto ao médico holandês Antonius Mathysen, esse é muito lembrado por ter sido o criador da atadura gessada, revolucionando, assim, o tratamento de fraturas.

Além disso, as guerras contribuíram também com o desenvolvimento da Ortopedia devido aos avanços que foram criados dentro das necessidades emergenciais. Dentre esses, encontra-se a criação da haste intramedular pelo alemão Gerhard Kuntscher, que permitia que os soldados voltassem mais rapidamente para o campo de batalha. Ainda nesse âmbito dos confrontos bélicos, vale destacar que as grandes guerras mundiais, embora tenham trazido cicatrizes incuráveis do ponto de vista humano no que concerne ao desenvolvimento da Ortopedia e Traumatologia, possibilitaram um avanço muito significativo. Isso pode ser observado não só pela criação da haste intramedular, mas também pelo desenvolvimento de novas técnicas e procedimentos que tinham como objetivo tratar e reduzir o sofrimento dos que sobreviviam nos combates. A exemplo disso, podemos citar a criação da goteira de Thomas, equipamento desenvolvido na Primeira Guerra Mundial, que é utilizado para realizar tração nos membros fraturados, atuando diretamente sobre o foco da fratura, sendo muito importante para reduzir a dor, hemorragias e possíveis sequelas. Outra área em que as grandes guerras serviram como ponto de inflexão foi a de Amputação e Reabilitação. O surgimento de próteses cada vez mais funcionais e semelhantes à anatomia do corpo é resultado de um vasto período de estudo e experimentação para promover o restabelecimento dos mutilados de guerra. Ademais, com a chegada do século XXI, surgem também novas técnicas, exames, equipamentos, a internet e um grande desenvolvimento dos estudos biomecânicos, proporcionando grande avanço da Ortopedia mundo afora, fazendo com que a especialidade seja hoje uma das áreas mais pujantes e inovadoras da Medicina. (HIPÓLITO, 2019; KARAM; LOPES, 2005)

Outro destaque importante são os avanços permitidos pelo aperfeiçoamento das técnicas de implantes, que se iniciou na década de 1910 com o uso de fios metálicos e na década de 1920 com uso de placas metálicas planas na fixação de fraturas de diáfise do fêmur, como descrito pelo médico William O. Sherman. Um destaque especial a ser feito é a artroplastia total do quadril, procedimento utilizado para tratamento de fraturas do fêmur e doenças degenerativas do quadril, desenvolvido, em 1938, por Philip Wiles. John Chanrley revolucionou a técnica

com a adequação para uma menor fricção e, no ano de 2007, a revista americana *The Lancet* considerou a artroplastia total de quadril como a cirurgia do século. (LEARMONTH; YOUNG; RORABECK, 2007)

ORTOPEDIA NO BRASIL E NA BAHIA

Olhar para a história da Ortopedia no Brasil é fazer um paralelo com o avanço da Ortopedia contemporânea do início do século XX, abrangendo, portanto, os resultados da Segunda Revolução Industrial, com a manufatura dos metais e sua aplicação prática na catástrofe das duas grandes guerras mundiais, além do espírito solidário humano que, ao deparar-se com tanta dor e sofrimento em meio ao caos, buscou o cuidado e a atenção no tratamento e na reabilitação dos soldados enfermos traumatizados. (KARAM, 2005)

Foi nesse contexto que a Ortopedia ganhou força no mundo e começou a ser tratada como uma grande área do conhecimento.

ONDE TUDO COMEÇOU

A história da Ortopedia no Brasil tem uma relação muito forte com o ensino dessa grande área nas universidades. A literatura existente sobre a Ortopedia, antes do século XX, é incipiente, sendo eminentes os manuscritos do baiano Manuel Alves da Costa publicados em Portugal. Em 1814, foi fundado o Hospital São Zacharias que cuidava das patologias ortopédicas na infância. (WOLFOVITICH; SCHIPER; WOLFOVITICH, 2007) O ensino ortopédico no Brasil surgiu em 1911, na Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), quando o prof. Alfredo Ferreira de Magalhães criou uma cadeira autônoma, transformando Clínica Moléstias Médicas e Cirúrgicas da Criança em Clínica Pediátrica Cirúrgica e Orthopedica e Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil. (GUEDES, 2018)

Nessa época, o serviço funcionava no Hospital Santa Izabel, nosocômio vinculado à Santa Casa de Misericórdia da Bahia, contando apenas com seis leitos em uma enfermaria compartilhada com a Obstetrícia. Somente em 1916, surgiu a cátedra de Ortopedia no Rio de Janeiro com o prof. dr. Luis do Nascimento Gurgel. (GUEDES, 2017, 2018)

O SURGIMENTO DA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

No ano de 1931, aconteceu um grande marco para a Ortopedia no Brasil: o surgimento do primeiro hospital especializado em Ortopedia e Traumatologia, denominado Pavilhão Fernandinho Simonsen da Santa Casa de Misericórdia de

São Paulo, construído pelos esforços do dr. Roberto Simonsen, então presidente da Federação das Indústrias de São Paulo. Contribuiu para as construções e o aperfeiçoamento do pavilhão o dr. Luiz Manuel de Rezende Puech, após a longa vivência na Ortopedia em países da Europa e Estados Unidos (EUA). Tal hospital serviu de palco para a cerimônia de fundação da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT) em 19 de julho de 1935, data em que se comemora anualmente o Dia do Ortopedista. O baiano, professor da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Durval Teixeira da Gama participou e teve sua colaboração na criação da sociedade enquanto ocupava a cátedra da disciplina da Clínica Pediátrica Cirúrgica e Ortopedia da FMB. (LECH; RIBAK; SANTOS, 2011)

A sociedade surgiu a partir do pioneirismo do dr. Luis Manuel Rezende Puech que, em um plano de consolidação da ciência e expansão da Ortopedia para todo Brasil, se uniu aos doutores Achilles Ribeiro de Araújo, da então Faculdade Nacional de Medicina do Rio de Janeiro, e Luis Ignácio de Barros Lima, da Faculdade de Medicina de Recife. (LECH; RIBAK; SANTOS, 2011) O surgimento da SBOT consolidou a Ortopedia como uma especialidade, fez com que se criassem os serviços de residência e marcou na história o prof. Luiz Manuel Rezende Puech, para muitos considerado o “primeiro ortopedista do Brasil”. (LECH; RIBAK; SANTOS, 2011; REIS; MERCADANTE, 2010) A partir da década 1980 até os dias atuais, a SBOT se tornou a maior instituição de Ortopedia e Traumatologia da América Latina e é exemplo por sua organização, suas ações voltadas para fortalecimento da especialidade e sua prova de título, chamada de Título de Especialista em Ortopedia e Traumatologia (Teot), que é referência para outras especialidades, além de ser uma das poucas especialidades que possui representação em todos os estados do país. (REIS; MERCADANTE, 2010)

A ORTOPEDIA E A TRAUMATOLOGIA

Após a criação da SBOT, o conceito de Clínica Ortopédica passou a ganhar força em detrimento da antiga Clínica Pediátrica Cirúrgica e Ortopedia, pois tinha como abrangência todas as patologias do aparelho locomotor nas diversas fases da vida. (LECH; RIBAK; SANTOS, 2011; REIS; MERCADANTE, 2010) No entanto, a Ortopedia e a Traumatologia eram duas ciências que andavam separadas: os traumas como fraturas, luxações e entorses eram tratados por diferentes profissionais nos mais diversos serviços. Vendo a incongruência do cenário da época e as diversas formas de se tratar as doenças, os doutores Domingos Define (chefe do pavilhão Fernandinho Simonsen) e José Hungria Filho, que atendia os traumatizados adultos no Terceira Cirurgia, se uniram e começaram a atender a clínica ortopédica em crianças e adultos, sem predileção de gêneros. Dessa união realizada

em 1956, surgiram a Ortopedia e Traumatologia, o que possibilitou que ambas as áreas se desenvolvessem e ampliassem mais ainda os métodos de tratamento das doenças dentro de padronizações e diálogos entre os especialistas. (LECH; RIBAK; SANTOS, 2011)

Na FMB, os termos “Ortopedia” e “Traumatologia” passaram a ser utilizados em 1964, com a aprovação do regimento interno da então Universidade da Bahia que, em 1965, atendendo à Lei nº 4.765, de 20 de agosto do mesmo ano, passou a ser denominada Universidade Federal da Bahia. (LECH; RIBAK; SANTOS, 2011; WOLFOVITCH; SCHIPER; WOLFOVITCH, 2007)

A PASSAGEM DA CÁTEDRA NA FMB-UFBA

Após o excelente trabalho exercido na Clínica Ortopédica, o prof. Alfredo Magalhães passou a lecionar somente Pediatria, e a cátedra foi assumida em 1925 pelo dr. Durval Teixeira da Gama. (DALTRO, 2011; GUEDES, 2018; JACOBINA, 2013) Professor Durval foi um médico com bastante influência nacional e desenvolveu o ensino da Ortopedia voltado para o tratamento das deformidades ósseas na infância e, como citado anteriormente, foi bastante ativo na fundação da SBOT. (DALTRO, 2011; JACOBINA, 2013)

Em 1945, por conta do falecimento do dr. Durval da Gama, seu filho, o dr. Carlos de Freitas da Gama, assumiu a cátedra de Ortopedia da FMB-UFBA interinamente. (GUEDES, 2017) Nesse período, o nome do dr. Benjamin Salles ganhava destaque no contexto da Ortopedia nacional, principalmente por conta de sua influência entre os serviços de São Paulo, principal potência científica e econômica do Brasil. (JACOBINA, 2013) No ano de 1948, com grandes esforços do prof. Benjamin da Rocha Salles, o VIII Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia foi realizado na Bahia e, por conta disso, o catedrático foi o primeiro baiano a assumir a presidência da SBOT para o biênio de 1949-1950. (DALTRO, 2011; JACOBINA, 2013) Esse fato só se repetiu em 2020, com a vitória do ortopedista baiano dr. Adalberto Visco Costa, que assumiu a sociedade em janeiro de 2021.

No último ano de presidência da SBOT, o prof. Salles assumiu a cátedra de Ortopedia e Traumatologia da FMB. (DALTRO, 2011; JACOBINA, 2013) Nessa época, os campos de prática eram o Hospital das Clínicas (enfermaria C do quarto andar e ambulatório clínico do subsolo que funcionava quatro dias da semana) e Hospital Getúlio Vargas, referência em Trauma e Emergência, que, na década de 1990, foi substituído pelo Hospital Geral do Estado. (DALTRO, 2011; GUEDES, 2017; JACOBINA, 2013)

Em sua gestão, o prof. Benjamin Salles implementou o serviço de residência do Hospital das Clínicas baseado em sua vivência no Pavilhão Fernandinho

Simonsen em São Paulo. (DALTRO, 2011; JACOBINA, 2013) Salles fez também a ampliação do Serviço de Ortopedia e Traumatologia com aumento da equipe, buscando incessantemente o aperfeiçoamento dos profissionais ao realizar sim- pósios e intercâmbio de conhecimentos com especialistas de diversos estados do Brasil e do mundo, a exemplo do prof. catalão Sanchez Olmos. (DALTRO, 2011; JACOBINA, 2013; LECH; RIBAK; SANTOS, 2011; WOLFOVITCH; SCHIPER; WOLFOVITCH, 2007) No biênio de 1960 a 1962, o dr. Benjamin Salles foi di- retor da FMB, aposentando-se compulsoriamente em 1969. (GUEDES, 2017; JACOBINA, 2013)

O prof. Benjamin Salles foi um expoente não somente na Ortopedia, como tam- bém da Medicina baiana. Em 1953, após retornar de um curso de aperfeiçoamento na Alemanha, criou a primeira Oficina Ortopédica da Bahia voltada para a cons- trução de órteses e próteses, ampliando os recursos para a reabilitação e qualidade de vida dos pacientes. (JACOBINA, 2013) Em 1964, prof. Salles foi um dos funda- dores da primeira clínica privada especializada em Ortopedia e Traumatologia, a Clínica Ortopédica e Traumatológica (COT), ao lado dos doutores Moysés Schiper, Remilson Domenech e Moysés Wolfovitch. Antes disso, a Ortopedia na esfera pri- vada era limitada aos grandes hospitais. (DALTRO, 2011; JACOBINA, 2013; LECH; RIBAK; SANTOS, 2011; WOLFOVITCH; SCHIPER; WOLFOVITCH, 2007)

Doutor Benjamin da Rocha Salles foi também vice-presidente do Conselho Regional de Medicina entre os anos de 1958 a 1963. (JACOBINA, 2013) Passou o resto de sua vida desempenhando o exercício da Ortopedia e Traumatologia na COT até seu falecimento na cidade de Acapulco no México, em 9 de outubro de 1976. Com a aposentadoria do prof. Benjamin da Rocha Salles em 1969, a cátedra foi assumida interinamente pelo prof. Remilson Tourinho Domenech até ele realizar o concurso para livre-docência em 1973 e consolidar-se como professor titular em 1974, assumindo a cátedra após defender a tese intitulada *Contribuição ao trata- mento das fraturas supracondilares na criança*. (DALTRO, 2011; JACOBINA, 2013; LECH; RIBAK; SANTOS, 2011; WOLFOVITCH; SCHIPER; WOLFOVITCH, 2007) Durante sua gestão, o professor oficializou o serviço como credenciado à SBOT em 1976, tornando-se o serviço número 86 da sociedade. Professor Domenech impulsionou também as publicações científicas dentro do serviço até se apo- sentar em 1989. Com isso, a disciplina de Ortopedia foi assumida por dr. Gildásio de Cerqueira Daltro e o serviço de residência foi interrompido até o ano de 1991, quando foi retomado então credenciado ao Ministério da Educação (MEC) e à SBOT. (DALTRO, 2011)

Por dez anos, tanto a disciplina quanto a Residência de Ortopedia e Traumatologia tiveram chefias alternadas por médicos do serviço. Até que, no ano de 2001, o dr. Gildásio de Cerqueira Daltro foi aprovado no concurso de livre-docência e assumiu

definitivamente a chefia da disciplina ofertada aos alunos do terceiro ano da FMB-UFBA e a residência do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (Hupes). (DALTRO, 2011)

O FORTALECIMENTO DAS SUBESPECIALIDADES NO BRASIL

Bem como a Medicina, que tanto se desenvolveu a ponto de passar a contar com especialidades, a Ortopedia e Traumatologia seguiram os mesmos rumos. Com o aumento e a consolidação das técnicas, o desenvolvimento de implantes e materiais cirúrgicos, surgiram as subespecialidades cirúrgicas. (REIS; MERCADANTE, 2010)

No Brasil, a primeira subespecialidade foi criada em 1953, com o surgimento da Sociedade Brasileira de Cirurgia da Mão, por muitos anos a única existente no país. Somente na década de 1980, as sociedades de subespecialidades ganharam notoriedade e isso impulsionou a criação de equipes cada vez mais fortes, inicialmente com a Associação Brasileira de Cirurgia do Tornozelo e do Pé (ABTPé). (REIS; MERCADANTE, 2010) Atualmente, existem 13 comissões de subespecialidades reconhecidas pela sociedade brasileira, sendo elas: Ombro e Cotovelo, Mão, Coluna, Quadril, Joelho, Pé e Tornozelo, Pediátrica, Oncológica, Osteometabólica, Trauma Ortopédico, Reconstrução e Alongamento Ósseo, Artroscopia e Traumatologia do Esporte e, mais recente, comissão voltada para Dor. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA, [2014?]) Assim como no Brasil, na FMB, o dr. Remilson Domenech contava com diversos subespecialistas em sua equipe. (DALTRO, 2011)

SÉCULO XXI E UMA NOVA ERA SURGE: A TERAPIA REGENERATIVA CELULAR

Com a aposentadoria do dr. Remilson, o dr. Gildásio, durante a sua gestão, promoveu a reestruturação completa do serviço com reforma da estrutura física da enfermaria, aquisição de novos equipamentos para cirurgia, como próteses e implantes, e os avanços em pesquisa e ensino com o surgimento de novos cursos de aperfeiçoamento e pós-graduação. Em 2006, o conselho universitário da UFBA deliberou a criação do Hupes, que passou a contar com, além do hospital universitário, o Centro Pediátrico Professor Hosannah de Oliveira (CPPHO) e Ambulatório Francisco Peixoto de Magalhães Netto (AMN), onde passaram a acontecer os atendimentos eletivos da Ortopedia. (DALTRO, 2011)

Em 2008, o dr. Gildásio dividiu o Departamento de Cirurgia da FMB-UFBA em outros dois departamentos: o Departamento de Cirurgia e Anestesiologia (DAC) e Departamento de Cirurgia Experimental e Especialidades Cirúrgicas (DCEEC), esse último passou a ser de sua chefia, divisão essa que foi de suma importância

para o empenho em novas atividades. Ele fundou também, em 2007, a Liga Acadêmica de Ortopedia e Traumatologia (Laot-UFBA), primeira liga acadêmica de Ortopedia do Norte e Nordeste, importante associação acadêmica que busca o protagonismo estudantil e imersão dos acadêmicos nessa área, abrindo mais portas para o desenvolvimento do tripé universitário: pesquisa, ensino e extensão. Fundou o Núcleo de Pós-Graduação do Aparelho Locomotor (Nupsal), bem como os intercâmbios para universidades estrangeiras, a exemplo do convênio com a Universidade de Paris XII. (DALTRO, 2011) Tais fatos evidenciam o empenho do catedrático em desenvolver a pesquisa e o ensino da UFBA.

Doutor Gildásio também deu o pontapé inicial para a revolução da Medicina no século XXI: a terapia regenerativa celular. O doutor francês Philippe Hernigou, em 1998, publicou o artigo intitulado “Growth factors released from bone marrow are promising tools in orthopedic surgery”,¹ artigo que gerou base para dr. Gildásio, após longa convivência com o cientista na Universidade de Paris, realizar sua própria publicação de 2002 denominada “Tratamento da Osteonecrose da Cabeça Femoral com células progenitoras autólogas em anemia falciforme”. (DALTRO et al., 2008; HERNIGOU, 1998) O artigo revolucionou a Medicina, com o uso pioneiro de células-tronco em humanos na América Latina e que tem alta relevância social por tratar de uma doença genética com alta prevalência na Bahia, bastante negligenciada e que tem tropismo para as populações mais vulneráveis. (DALTRO et al., 2008)

Após grande repercussão, tanto nos meios científicos quanto midiáticos, o dr. Gildásio criou o Instituto Jessé Accioli, órgão oficial do DCEEC/FMB, que tem como base impulsionar ensino, pesquisa e extensão voltados à prevenção das complicações oriundas da anemia falciforme. (DALTRO, 2011) O impacto do trabalho com células-tronco é tão grande que a terapia celular está sendo estudada, também, no tratamento de outras doenças crônicas, malformações genéticas e outros distúrbios. (DALTRO, 2011) Atualmente, o dr. Gildásio continua desenvolvendo diversas linhas de pesquisa, ainda na cátedra da disciplina de Ortopedia e Traumatologia da UFBA, bem como segue sendo o professor decano do DCEEC.

A ORTOPEDIA ALÉM DA UNIVERSIDADE

Fora do contexto da FMB-UFBA, a Ortopedia e Traumatologia da Bahia é muito consolidada e relevante dentro dos serviços. São cerca de 13 serviços que possuem residência em todo o estado, distribuídos em Salvador, Vitória da Conquista, Santo Antônio de Jesus e Barreiras, contabilizando ao todo 46 vagas que constroem o

1 “Liberação de fatores de crescimento da medula óssea como instrumento promissor na cirurgia ortopédica”.

montante de quase 800 especialistas em todo o estado. Além disso, quase todos os serviços de saúde possuem atendimento ortopédico, haja vista a grande prevalência das patologias. (WOLFOVITCH; SCHIPER; WOLFOVITCH, 2007)

DESAFIOS E DILEMAS DA ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA

No Brasil, o campo da Ortopedia é unificado com a Traumatologia, o que faz com que a especialidade receba o nome de Ortopedia e Traumatologia, responsável por tratar das lesões ósseas musculares, causadas pelo trauma ou por algum problema crônico ou congênito. Atualmente, a Ortopedia é uma das especialidades médicas mais numerosas, com quase 18 mil especialistas e apresenta um campo de atuação bem diversificado, devido às suas subespecialidades. Essa área da Medicina apresenta grandes avanços tecnológicos, os quais se estendem desde a modernização das talas ortopédicas até as cirurgias minimamente invasivas da Ortopedia moderna. (SCHEFFER et al., 2020)

Apesar da Ortopedia e Traumatologia ter um mercado amplo e abrangente, percebe-se cada vez mais a necessidade de subespecializações, além da residência para ter destaque na área. O dr. Bruno Adelmo, residente em Ortopedia e Traumatologia pela UFBA, explica sobre as especializações na área:

A residência médica em Ortopedia e Traumatologia tem duração de 3 anos, sendo o primeiro ano (R1) voltado para introdução às práticas ortopédicas e suas burocracias, o segundo ano (R2) voltado para consultas ambulatoriais e o terceiro ano (R3) voltado para cirurgias ortopédicas. Após esse período, existem diversas sub especializações possíveis, de duração de até 2 anos, tais como: cirurgia de joelho, cirurgia de quadril, cirurgia de mão, cirurgia de tornozelo e pé, osteometabólica, ortopedia pediátrica, oncologia ortopédica, ortopedia do esporte, entre outras. (ORTOPEdia..., 2020)

O médico considera que esse longo período de especialização para a Ortopedia, cada vez maior com o aumento das subespecializações, é extremamente benéfico para a formação profissional. Dessa maneira, o caminho para se tornar especialista é árduo e envolve muita dedicação, pois é uma especialidade muito ampla em termos de conteúdos que precisam ser estudados e possui geralmente a carga horária máxima permitida por lei, de 60 horas semanais durante a residência médica. Logo, somando os seis anos de graduação em Medicina com três anos de especialização e mais um ou dois de subespecialização, totaliza-se em torno de uma década de estudo, que é contínua com atualizações. No entanto, após concluir os três anos de Ortopedia Geral, o médico poderá se submeter a uma avaliação para aquisição de subespecialidade, o Teot, onde serão testados os seus conheci-

mentos teóricos e práticos e até mesmo a sua habilidade cirúrgica para ser sócio da SBOT.

Após se tornar especialista, o indivíduo pode optar por trabalhar somente com Ortopedia ou com Traumatologia ou ainda trabalhar em ambas áreas, lidando com novos desafios, como os diferentes perfis de pacientes, tornando-se, com isso, a relação médico-paciente mais complexa. Costuma-se observar posturas diferentes entre a maioria dos pacientes da Ortopedia e os da Traumatologia, uma vez que os primeiros demonstram-se mais gratos por terem seus problemas resolvidos, na maioria das vezes, com ótimos prognósticos e melhoria da qualidade de vida. Como exemplo, destacam-se indivíduos que possuem malformações congênitas, como na displasia do quadril no bebê, uma alteração na qual o bebê nasce com um encaixe imperfeito entre o fêmur e o osso do quadril, fazendo com que a articulação fique solta e cause a diminuição da mobilidade do quadril e alteração no comprimento do membro. Nesse sentido, com o tratamento adequado e a evolução positiva do quadro, tanto os pais da criança quanto ela mesma (no futuro), passam a admirar o profissional ao reconhecerem o impacto da sua intervenção. Por outro lado, pacientes vítimas de traumas nem sempre reagem bem diante das condutas realizadas pelos médicos durante o atendimento ou tratamento, principalmente quando estão acostumados a terem uma vida sem restrições. Tomemos como exemplo um jovem do sexo masculino, corredor e praticante de futebol, que se envolve em um acidente automobilístico, tendo um trauma no membro inferior e que, por vários motivos, os cirurgiões ortopédicos optaram por amputar o membro, visando melhor tratamento para o paciente. A partir do momento que esse indivíduo voltar para sua vida normal, terá diversas limitações e terá de se adaptar a essa nova realidade. Nesses casos, é comum o paciente sentir desconfiança sobre a conduta médica e questionar se realmente era necessária. Assim, tanto o ortopedista quanto o traumatologista precisam saber lidar com os diferentes contextos vividos pelos pacientes e suas formas de reagir ao tratamento, buscando sempre juntos o melhor cuidado possível.

Outro ponto a ser destacado é acerca da qualidade de vida do ortopedista. Em um estudo realizado, no ano de 2011, pelo pesquisador mestre em Psicologia Marcelo Henrique de Mello, a qualidade de vida do especialista em Ortopedia apresenta escores altos na maioria dos parâmetros observados no WHOQOL – avaliação da qualidade de vida proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Nessa avaliação, ficou constatado que, de maneira geral, o ortopedista apresenta uma boa percepção acerca do que é qualidade de vida, mas deixa a desejar em escores relacionados a aspectos físicos e ambientais os quais podem ser facilmente contornados com mudanças de hábitos de cunho pessoal e em relação à sociedade,

visando à promoção de momentos de lazer e atividades relacionadas ao seu bem-estar pessoal.

Um dos dilemas mais debatidos da especialidade é sua composição fortemente representada por homens, na qual, segundo dados da *Demografia Médica no Brasil 2020*, 93,5% dos especialistas são do sexo masculino, ainda que seja cada vez maior a entrada de mulheres nas Residências de Ortopedia e Traumatologia. (SCHEFFER et al., 2020) Essa gritante minoria de mulheres nessa especialidade se dá por estigmas e preconceitos acerca da Ortopedia, que foi, por muito tempo, considerada uma área dependente de força bruta. De acordo com o médico Alexandre Fogaça Cristante: “Um mito que não corresponde à realidade é que a Ortopedia é uma especialidade para ‘machos’, já que cirurgias e reduções que antigamente envolviam força, hoje envolvem muito mais domínio de técnicas especiais e treinamento”. (CRISTANTE, 2021) Embora a SBOT tenha mais de 80 anos, apenas em 2018 teve a primeira mulher como presidente, a profa. dra. Patrícia Maria de Moraes Barros Fucs, professora titular da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e orientadora do Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (mestrado e doutorado). Campanhas de desconstrução da visão masculinizada e preconceituosa da especialidade têm sido realizadas pelas SBOT em parceria com mulheres de destaque da Ortopedia para incentivar o ingresso de médicas na residência da especialidade. Além disso, já existem movimentos que priorizam a mudança de paradigmas históricos relacionados à Ortopedia e o incentivo de ingresso de mulheres nessa especialidade, como a Associação de Mulheres na Ortopedia (Amob).

Quanto ao mercado de trabalho, por possuir diferentes áreas de atuação, a especialidade apresenta um leque de possibilidades com bom retorno financeiro, considerando a Traumatologia como mais ligada a emergências, enquanto a Ortopedia mais ligada à clínica e a cirurgias eletivas, mas que podem ser convergentes. Sendo os locais de trabalho para ortopedistas bastante variados, desde públicos a privados, esses especialistas podem, por exemplo, gerir seu próprio consultório e não se limitarem apenas à atuação em clínicas e hospitais, mas trabalharem, por exemplo, em times de futebol e outros esportes. De acordo com a Pesquisa Salarial e de Benefícios Online da Catho, o salário médio de um ortopedista clínico é de R\$ 13.885,00 e para ortopedistas cirurgiões é de R\$ 18.224,00, apesar de o piso salarial ser de R\$ 3.060,00 de acordo com a Lei nº 3.999, de 15 de dezembro de 1961. (SCHEFFER et al., 2020) Segundo dados da *Demografia Médica no Brasil 2020*, devido à má distribuição de médicos no Brasil, o país ainda apresenta uma necessidade crônica destes profissionais, independentemente de suas especialidades, mesmo diante do crescimento do número de indivíduos. Considerando a Ortopedia um dos salários mais altos da Medicina e sua importância social, pode-se

concluir que, em termos mercadológicos, essa especialidade apresenta-se promissora e vantajosa para médicos que buscam um mercado favorável. (SCHEFFER et al., 2020)

O dr. Bruno Adelmo expõe ainda suas expectativas para o futuro da Ortopedia, acreditando no avanço ligado à Medicina regenerativa e o uso de ortobiológicos para reverter lesões ortopédicas. Segundo ele, unidos com as tecnologias mais modernas de diagnósticos e tratamentos que podem proporcionar cirurgias menos agressivas, próteses com menor rejeição e órteses e talas mais avançadas, o futuro da Ortopedia se faz muito promissor. (ORTOPEDIA..., 2021)

Por fim, é preciso ter em mente que, com o passar dos anos, os desafios multiplicam-se, exigindo ainda mais esforços tanto de quem almeja tornar-se um ortopedista quanto do próprio especialista. Isso implica estar sempre atualizado, informado e treinado para uso de novas técnicas e tecnologias, surgimento de novas doenças e de novos tratamentos para elas que, até o momento, não têm cura. Dessa forma, é interessante que o médico busque sempre elevar o seu nível de conhecimento, com cursos, congressos e produção científica para o aumento da qualidade do tratamento, assim como da resolutividade dos casos.

A ORTOPEDIA NA PANDEMIA DE COVID-19

O coronavírus eclodiu em dezembro de 2019 na China, causando sintomas respiratórios graves e se espalhando rapidamente pelo país e pelo mundo. Até março de 2020, vários surtos foram reconhecidos em países europeus e nos EUA. Assim, a OMS declarou a covid-19 uma pandemia global, sendo esta considerada a maior pandemia do século. Desde sua identificação, em 2019, até abril de 2021, foram registrados mais de 80 milhões de casos de coronavírus, dentre os quais 1,7 milhão de pessoas evoluíram ao óbito, de acordo com a Universidade Johns Hopkins. A OMS aponta também que a pandemia já alcançou mais de 190 países, incluindo estações remotas da Antártida. (SANTOS; LEITE, 2021)

Várias medidas foram implantadas por governos de diversos países na tentativa de conter a rápida disseminação do vírus, incluindo-se isolamento social, suspensão de atividades não essenciais, toque de recolher, realocação de recursos financeiros e abertura de hospitais de campanha. Foi estimado que em média o paciente infectado com covid-19 pode infectar entre 1,5 até 3,5 pessoas, afetando também a prática ortopédica durante a pandemia. (AMBROSIO et al., 2020)

A Ortopedia é uma das especialidades essenciais à saúde e, não diferentemente das outras, também apresenta contato direto com casos de coronavírus, visto que a cirurgia ortopédica de emergência é uma das mais comuns no Trauma. Já a cirurgia ortopédica eletiva teve a instrução de ser adiada, assim como con-

sultas ambulatoriais foram limitadas para reduzir o contato entre pacientes e profissionais de saúde.

As cirurgias eletivas foram criteriosamente adiadas, dependendo do local, da prevalência da covid-19 e da disponibilidade de equipamentos de proteção inter-pessoais, leitos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e respiradores. Entretanto, levantou-se a questão de quais procedimentos são de fato eletivos. Para tentar resolver esse questionamento, levou-se em consideração o impacto negativo a curto ou a longo prazo, a dor e a incapacidade de movimentação. (HIRSCHMANN et al., 2020)

Os Centros de Serviços Medicare e Medicaid (CMS) propuseram o tratamento em três camadas, levando em consideração a complexidade e a condição do paciente. As camadas 1, 2 e 3 definem tratamentos de baixa, intermediária e alta complexidade que, se não fornecidos, podem resultar em um aumento nulo, parcial ou significativo na morbimortalidade do paciente, respectivamente.

As operações consideradas de Nível 1, como a liberação do túnel do carpo, devem ser adiadas; as do Nível 2, como artroplastia e cirurgias da coluna vertebral, deve se considerar o adiamento; já as do Nível 3, é recomendado continuar as operações, que são representadas por câncer, trauma grave e pacientes altamente sintomáticos.

A decisão final, entretanto, deve ser tomada por um comitê multidisciplinar, levando em conta cuidadosamente a prevalência local de covid-19, suprimento de Equipamento de Proteção Individual (EPI), força de trabalho disponível, ventiladores e leitos (incluindo UTIs), idade e comorbidades do paciente.

O impacto dessa pandemia nos diferentes sistemas de saúde e nos diferentes organismos humanos é evidente. Assim, o desenvolvimento da doença ortopédica osteonecrose de cabeça de fêmur mostra-se uma das possíveis evoluções do SARS-CoV-2, tendo em vista que o vírus e algumas formas de tratamento podem levar à exacerbação da coagulação sanguínea. A osteonecrose da cabeça femoral é um processo evolutivo que envolve necrose e morte de osteócitos, processo reparador em volta da zona necrótica e o colapso do osso necrótico, evoluindo para artrite degenerativa do quadril acometido. A demanda da necessidade de cirurgia complexa relacionada à osteonecrose no mundo aumentou consideravelmente e é importantíssimo a análise do papel da covid-19 nesse processo. (DALTRO et al., 2020)

O tratamento para SARS-CoV-2 mais relacionado com a osteonecrose do quadril e cabeça do fêmur é a corticoide terapia em altas doses, já que corticosteroides podem ferir diretamente as células endoteliais, iniciando a cascata de coagulação. Muitos estudos também apontam que os glicocorticoides podem induzir a

apoptose de osteoblastos, células responsáveis pela produção de matriz óssea, assim como suprimir a sua função.

Dessa forma, pode-se imaginar que existe uma possível ligação entre a pandemia e o aumento dos casos de doenças ortopédicas, levando em consideração que a osteonecrose da cabeça femoral é um processo isquêmico na região, que pode ser por coagulopatia ou por outras causas, tendo relação direta com o tratamento por corticosteroides.

IMPORTÂNCIA SOCIAL DA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

O aparelho locomotor é composto principalmente de músculos esqueléticos, ossos e articulações e é de suma importância para a sobrevivência dos seres humanos. Entre suas funções, estão a proteção dos órgãos internos, sustentação do corpo, armazenamento dos íons e sais minerais e produção de células sanguíneas. É através desse aparelho, portanto, que nos movimentamos e realizamos nossas atividades diárias básicas de sobrevivência, como andar e comer, assim como as atividades complexas, por exemplo, esportes, danças e lutas e, também, as atividades laborais, desde serviços braçais – carregar objetos pesados – aos trabalhos simples de digitação em escritórios. Dessa forma, devido a sua importância, patologias que venham atingir o aparelho locomotor terminam por interferir na qualidade de vida dos indivíduos e nas suas relações sociais. Nesse contexto, os médicos especialistas em Ortopedia e Traumatologia são responsáveis por estudar lesões, doenças e deformidades que atinjam o aparelho locomotor, assim como ossos, músculos, articulações e ligamentos, sendo, especificamente, a parte de Traumatologia voltada para tratamento de lesões provocadas por traumas, a exemplo, fraturas (perda da continuidade óssea) devido a quedas ou atropelamentos.

No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde através do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES), os leitos cirúrgicos destinados à Ortopedia e Traumatologia, em abril de 2021, são aproximadamente 16% do total do país, ficando atrás apenas da especialidade Cirurgia Geral com cerca de 50% de leitos e a outras especialidades cirúrgicas, não ultrapassando, cada uma delas, 7% do total. (BRASIL, 2021) Dessa forma, percebe-se a alta demanda da especialidade no país, uma vez que é grande o número de indivíduos que necessitam de tratamentos, nos quais a profissional objetiva recuperar ou restabelecer a funcionalidade normal do membro afetado, preservando sua vida e visando a sua qualidade da mesma.

Outro aspecto a ser abordado seria atuação do profissional que encontra um vasto campo, com pacientes de diferentes idades e queixas. Partindo de extremos,

podemos citar a Ortopedia Pediátrica no tratamento de malformações congênitas de ossos e articulações ou ortopedistas gerais no cuidado de osteoporoses (ossos fracos) e artroses (desgaste da cartilagem articular), mais comuns em idosos. Além disso, é importante destacar que com o avanço da modernidade, a velocidade de locomoção foi aumentando com o uso de veículos, como carros e motos e, conseqüentemente, os números de traumas ortopédicos cresceram vertiginosamente. Nessa perspectiva, de acordo com a SBOT, 75% dos leitos de trauma dos hospitais públicos no país estão ocupados por vítimas de trânsito que, em sua maioria, apresentam sequelas que serão tratadas por traumatologista por apresentarem fraturas ou necessitarem de amputações, por exemplo. (BRASIL, 2021)

Ademais, é preciso também destacar a importância da Ortopedia nos cuidados dos trabalhadores em geral, assim como sua grande contribuição nos esportes. Na saúde do trabalhador, podemos citar a melhora dos quadros de dor de vícios posturais que resultam em lombalgias (dor lombar) e cirurgias de descompressão de nervos em síndromes compressivas nas articulações, que tornam possíveis o retorno do funcionário ao seu local de trabalho e a eliminação ou atenuação do seu sofrimento físico. Nos esportes, é marcante e necessária a presença de médicos e principalmente especialistas de Ortopedia e Traumatologia, uma vez que a maioria das lesões atléticas acometem músculos, ligamentos e ossos, sendo essencial a presença desses especialistas para realização de um tratamento que não afete o desempenho profissional de um atleta. Ainda, é importante lembrar dos atletas de lazer de todas as faixas etárias, que por não serem profissionais, são mais suscetíveis a danos, necessitando, posteriormente, de um ortopedista.

Portanto, é evidente a relevância social do médico especialista em Ortopedia e Traumatologia, em vista do número de afecções do aparelho locomotor, gerando uma grande demanda com pacientes de diferentes idades e necessidades de tratamentos clínicos e cirúrgicos. Assim, o bom trabalho desse profissional é fundamental para o cuidado dos pacientes, promovendo seu bem-estar com a melhora do quadro clínico e buscando o retorno à capacidade física deles.

REFERÊNCIAS

AMBROSIO, Luca *et al.* The Role of The Orthopaedic Surgeon in The COVID-19 Era: Cautions and Perspectives. *Journal of Experimental Orthopaedics*, Heidelberg, v. 7, n. 35, 2020.

BADO, José Luis. *Historia de la Ortopedia*. 1965. Disponível em: https://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/hist-ortopedia_bado1965.pdf. Acesso em: 15 jun. 2021.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. *Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS*. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 30 abr. 2021.

- CAMANHO, Gilberto Luis. A Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia faz 80 anos. *Revista Brasileira de Ortopedia*, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 487-488, out. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rbo.2015.07.001>. Acesso em: 15 ago. 2021.
- CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES. *Non-Emergent, Elective Medical Services, and Treatment Recommendations*. 2020. Disponível em: <https://www.cms.gov/files/document/31820-cms-adult-elective-surgery-and-procedures-recommendations.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2021.
- CORTEZ, Barbara Rodrigues; CORDEIRO JÚNIOR, José Carlos Miranda; MEDEIROS-COSTA, Mateus Estevam. Contexto de trabalho e riscos psicossociais na residência médica em ortopedia. *Revista Psicologia: organizações e trabalho*, Brasília, DF, v. 21, n. 1, p. 1379-13867, jan./mar. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/rpot/2021.1.20105>. Acesso em: 15 ago. 2021.
- CRISTANTE, Alexandre Fogaça. Ortopedia e Traumatologia é uma especialidade maravilhosa! *Revista de Medicina*, São Paulo, v. 91, p. 60-61, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v91i0p60-61>. Acesso em: 20 ago. 2021.
- DALTRO, Gildásio Cerqueira *et al.* Tratamento da Osteonecrose da Cabeça Femoral com células progenitoras autólogas em anemia falciforme. *Acta Ortopédica Brasileira*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 23-27, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-78522008000100004>. Acesso em: 1 out. 2022.
- DALTRO, Gildásio *et al.* SARS-CoV-2/ COVID-19 and its Implications in the Development of Osteonecrosis. *Journal of Regenerative Biology and Medicine*, Mohali, v. 2, n. 4, p. 1-19, 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Paula-Daltro/publication/342178888_SARS-CoV-2_COVID-19_and_its_Implications_in_the_Development_of_Osteonecrosis/links/5ee787b7a6fdcc73be7bd3f2/SARS-CoV-2-COVID-19-and-its-Implications-in-the-Development-of-Osteonecrosis.pdf. Acesso em: 21 set. 2021.
- DALTRO, Gildásio. O serviço de ortopedia do HUPES. In: LECH, Osvandré; RIBAK, Samuel; SANTOS, João Baptista Gomes dos. *Serviços credenciados de residência em ortopedia*. São Paulo: SBOT, 2011. p. 195-201.
- GUEDES, Alex. Contando um pouco da nossa história. *Revista SBOT-BA*, Salvador, p. 3, 2017.
- GUEDES, Alex. Alfredo Ferreira de Magalhães: o pioneiro no ensino da ortopedia no Brasil. *SBOT-BA: novos rumos*, Salvador, p. 3, mar. 2018.
- HERNIGOU, Philippe. Growth Factors Released from Bone Marrow are Promising Tools in Orthopedic Surgery. *Revue du Rhumatisme*, Paris, v. 65, n. 2, p. 79-84, Feb. 1998.
- HIPÓLITO, Leonardo Antonio Carvalho. *Evolução do tratamento ortopédico durante as guerras mundiais*. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Aplicações

Complementares às Ciências Militares) – Escola de Saúde do Exército, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: https://bdex.eb.mil.br/jspui/bitstream/123456789/5204/1/MONO_HIP%C3%93LITO_CFO.pdf. Acesso em: 25 jun. 2021.

HIRSCHMANN, Michael T. *et al.* COVID-19 Coronavirus: Recommended Personal Protective Equipment for the Orthopaedic and Trauma Surgeon. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*, Heidelberg, v. 28, n. 6, 1690-1698, June 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00167-020-06022-4>. Acesso em: 25 ago. 2021.

JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. *Memória histórica do bicentenário da Faculdade de Medicina da Bahia*. Salvador: Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, 2013.

KARAM, Francisco Consoli; LOPES, Maria Helena Itaquí. Ortopedia: origem histórica, o ensino no Brasil e estudos metodológicos pelo mundo. *Scientia Medica*, Porto Alegre, v. 15, p. 172-178, jul./set. 2005.

LEARMONTH, Ian D.; YOUNG, Claire; RORABECK, Cecil. The Operation of The Century: Total Hip Replacement. *Lancet*, London, v. 370, n. 9597, p. 1508-1519, 2007.

LECH, Osvandré; RIBAK, Samuel; SANTOS, João Baptista Gomes dos. *Serviços credenciados de residência em ortopedia*. [São Paulo]: Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, 2011.

MOORE, Keith L.; DALLEY, Arthur F.; AGUR, Anne. *Anatomia orientada para a clínica*. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

NO PAÍS, 75% dos leitos de trauma dos hospitais públicos estão ocupados com vítimas do trânsito. *Folha Vitória*, Vitória, ES, 7 jun. 2019. Disponível em: <https://www.folhavitoria.com.br/saude/noticia/06/2019/no-pais-75-dos-leitos-de-trauma-dos-hospitais-publicos-estao-ocupados-com-vitimas-do-transito>. Acesso em: 30 abr. 2021.

ORTOPEDIA com prof. Bruno Adelmo | Especialidades Médicas. Salvador: Sanar Med, 2020. 1 vídeo (6 min). Publicado pelo Sanar Med. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=nf4b1uEbxKk&t=336s>. Acesso em: 3 jul. 2021.

REIS, Fernando Baldy dos; MERCADANTE, Marcelo Tomanik Mercadante. *75 anos da SBOT: registro histórico*. Brasília, DF: Editora PI, 2010.

SANAR RESIDÊNCIA MÉDICA. *Ortopedia e traumatologia: residência, atuação, mercado de trabalho e mais*. Salvador, [201-]. Disponível em: <https://www.sanarmed.com/ortopedia-e-traumatologia-residencia-atuacao-mercado-de-trabalho-e-mais>. Acesso em: 30 abr. 2021.

SANTOS, Ingrid Morselli; LEITE, Carlos Guilherme Alvim Costa. Cirurgia ortopédica e Covid: quais os riscos e perspectivas? *Revista médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, n. 31, 2021.

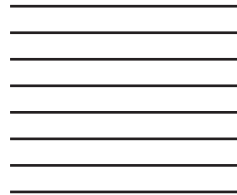
SCHEFFER, Mário *et al.* *Demografia Médica no Brasil 2020*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Federal de Medicina, 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA. *História da SBOT*. São Paulo, [2014?]. Disponível em: <https://sbot.org.br/a-sbot/historia-da-sbot/>. Acesso em: 21 dez. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA REGIONAL SÃO PAULO. “*A primeira, mas, sem dúvida, não serei a última*”. São Paulo, [201-]. Disponível em: <https://www.sbotsp.org.br/a-primeira-mas-sem-duvida-nao-serei-a-ultima/>. Acesso em: 30 abr. 2021.

SCHEFFER, Mário *et al.* *Demografia Médica no Brasil 2020*. São Paulo: FMUSP, CFM, 2020.

WOLFOVITCH, Moysés; SCHIPER, Luis; WOLFOVITCH, Luiz. A história da ortopedia no estado da Bahia. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 2, n. 4, p. 229-233, jul./dez. 2007.



17

HISTÓRIA DA RADIOLOGIA

Rafael Zieglitz Santos
Claudia do Nascimento Gomes
Suelen Pereira de Moura Rodrigues
Aline Cortes da Silva Moreira
Adailson Ferreira da Cruz
Sirlene Mendes Borges
Cesar Augusto de Araújo Neto

DOS PORÕES PARA OS ANDARES SUPERIORES

A Radiologia nem sempre esteve em um local de prestígio, seja enquanto especialidade médica, seja enquanto local de trabalho. A dra. Sirlene Mendes Borges, médica radiologista e chefe do Setor de Imagem do Hospital Ana Nery, localizado na cidade de Salvador, pontua que, durante muito tempo, o ambiente de exercício da Radiologia foi no subsolo dos hospitais, próximo ao necrotério. Os equipamentos produziam grande intensidade de radiação ionizante, o que demandava uma blindagem com paredes extremamente grossas que impediam a radiação de chegar a

outros espaços. Nesse período, a Radiologia era vista como mera ferramenta diagnóstica, como uma engrenagem ou parafuso da complexa máquina hospitalar, ficando na periferia das especialidades médicas.

Com o aprimoramento dos equipamentos e das técnicas, menos radiação precisa ser emitida para produção dos exames de imagem, com consequente aumento da segurança para os pacientes e profissionais. Assim, já não são mais necessárias paredes tão grossas para conter a radiação. A Radiologia tornou-se uma especialidade médica e um campo do saber que atravessa toda a Medicina, tendo em vista que as imagens radiológicas estão nas especialidades clínicas e cirúrgicas. Atualmente, é difícil conceber um grande procedimento cirúrgico que não tenha como auxílio algum tipo de exame por imagem, ou mesmo como auxílio na confirmação de diagnósticos clínicos, como pneumonia e tuberculose. Esses avanços e o reconhecimento de sua importância permitiram que a Radiologia saísse dos porões para os andares superiores.

A prática médica exige que o profissional desenvolva várias habilidades, desde as técnicas, para lidar com o exame físico do paciente e com equipamentos disponíveis para a profissão, até às habilidades sociais, prezando sempre por uma boa relação com o paciente e pela segurança no diagnóstico e tratamento. Para o exercício da Medicina, o profissional demanda de seus sentidos – principalmente visão, audição e tato – que são aprimorados durante a graduação e no decorrer de toda a carreira. Para além do desenvolvimento individual, a tecnologia se mostrou aliada às práticas médicas ao dar um *upgrade* aos sentidos.

RAIOS-X

No século XIX, o sentido da audição teve um avanço com o desenvolvimento do estetoscópio. Outro aparelho que revolucionou os sentidos – nesse caso, o da visão – foi o aparelho de raio-x. Esse equipamento permitiu que os olhos pudessem alcançar estruturas nunca antes vistas em uma pessoa viva ou durante procedimento cirúrgico. Diferente da Clínica Médica, que remonta ao surgimento da Medicina, a Radiologia surgiu a partir do desenvolvimento do aparelho de raio-x. Foi com a tecnologia de ver através da pele, dos músculos e da gordura que seus aparelhos revolucionaram os métodos diagnósticos que existiam até então.

A descoberta do espectro de radiação eletromagnética denominado raios-x, provavelmente foi uma das mais importantes inovações na história da Medicina. Sir William Crookes, um famoso físico inglês, descobridor do elemento tálio em 1861, construiu o tubo de Crookes, um cilindro de vidro onde continha eletrodos e vácuo em seu interior. O objetivo desse equipamento é a investigação dos efeitos de gases raros quando uma corrente de alta voltagem passa do cátodo ao ânodo.

O fluxo de elétrons de um eletrodo para o outro no tubo a vácuo ficou conhecido como raios catódicos. (FRIEDMAN; FRIEDLAND, 2000)

O físico Wilhelm Roentgen trabalhava em seu laboratório e, acidentalmente, observou que uma tela revestida de cristais de platinocianeto de bário havia reagido aos raios catódicos produzidos pelo tubo de Crookes, causando uma fluorescência leve. Ele fechou todas as janelas e envolveu o tubo de Crookes com papel opaco para evitar que toda a luz visível, tanto de fora do laboratório quanto da luminescência do tubo ligado, não influenciasse no experimento. Na noite de 8 de novembro de 1895, Roentgen energizou o tubo e colocou um baralho e um livro de cinco centímetros de espessura entre o tubo e a tela, que apesar da interferência dos objetos, brilhava fluorescente quando o tubo era excitado por corrente elétrica.

Pouco depois que Roentgen descobriu essa onda, ele a denominou de raio-x, e verificou que o raio não atravessava o chumbo e nem era absorvido por outros metais e, a depender de sua espessura, não era absorvido pelo papel, nem pela madeira. No início de dezembro, em um experimento, Roentgen expôs, sobre uma chapa fotográfica, um pequeno cachimbo de chumbo aos raios-x. Ele ficou assombrado! A chapa revelava a sombra do cachimbo, como ele esperava, mas também algo que ele nunca imaginaria: viu os ossos dos dois dedos que estavam segurando o cachimbo. Assim, foi descoberta a capacidade dos raios-x de atravessarem a carne e revelarem os ossos.

O físico decidiu compartilhar com sua esposa Bertha Ludwig, mas temia que ela não acreditasse naquilo que ele estava vendo. Então, Roentgen pediu que Bertha viesse ao laboratório e colocasse sua mão esquerda, com anéis de ouro, sobre uma chapa fotográfica virgem. Ele explicou como iria proceder e pediu que ela ficasse imóvel por aproximadamente seis minutos. Em seguida, revelou a chapa e trouxe ainda molhada, dizendo que aquela era a fotografia da mão dela com os novos raios-x. Ela ficou aterrorizada, como se estivesse vendo a própria morte ao se deparar com a imagem dos ossos da sua mão e seus anéis.

Roentgen, com receio de que outro cientista pudesse obter os mesmos efeitos, pois dezenas de outros físicos tinham tubos de Crookes, manteve a descoberta em sigilo e tratou de publicá-la o quanto antes. Pela grandiosidade do potencial de aplicações, o uso dos raios-x se tornou presente desde o diagnóstico médico até a inspeção de bebidas, alimentos potencialmente adulterados, verificação de genuinidade de pedras preciosas, entre outras aplicações. Em 1901, Roentgen foi contemplado com o Prêmio Nobel de Física. (FRIEDMAN; FRIEDLAND, 2000; REISER, 1997)

OS PRECURSORES DO ENSINO DA RADIOLOGIA NO BRASIL

O dr. Alfredo Thomé de Britto (1863-1909), então lente substituto da sétima seção e lente catedrático de Clínica Propedêutica (1893-1909) da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), embarcou, no dia 27 de julho de 1896, para Europa, com o objetivo de aperfeiçoar seu conhecimento científico e conhecer mais sobre a organização dos institutos de ensino superior. Retornou para o Brasil em 12 de março de 1897 e, além dos novos saberes, trouxe em sua bagagem um pequeno aparelho de raio-x.

Esse equipamento foi instalado no Hospital Santa Izabel, que, na época, era o hospital escola da faculdade, para a cadeira de Clínica Propedêutica Médica, na qual lecionava. Alfredo Britto foi o primeiro a fazer uso da radioscopia para diagnóstico em cirurgia no Brasil. Além disso, também foi o primeiro, no mundo, a usar os raios-x em uma cirurgia de guerra. Isso ocorreu em 9 de agosto de 1897, quando a radioscopia foi utilizada para detectar a posição de um projétil alojado no primeiro espaço intercostal esquerdo de um soldado que lutou na Guerra de Canudos, o Manoel Bertolino dos Santos, para, então, prosseguir com o procedimento cirúrgico.

Nessa guerra, parte dos feridos eram tratados por alunos e por lentes dos cursos de Medicina e Farmácia. O dr. Britto, na medida que desenvolvia suas habilidades de diagnóstico com uso dos raios-x, abriu, em 1899, um consultório com o dr. Vieira Lima no qual anunciava “Últimas aplicações dos raios Roentgen ao diagnóstico e tratamento das moléstias em medicina e cirurgia”. (OLIVEIRA, 1942; SALVAJOLI; SOUHAMI; FARIA, 2013)

Trazer um equipamento de raios-x para o Brasil e para FMB representou não só estar em consonância com os últimos avanços tecnológicos de Medicina diagnóstica do mundo, mas também aumentar o prestígio da faculdade, na medida em que ocorria a estruturação da Radiologia na instituição. (BARP, 2006) A visibilidade da proatividade de dr. Britto foi tamanha que, em 21 de agosto de 1901, tomou posse como diretor da FMB. (GOMES et al., 2015)

A FMB também foi palco da primeira aula de Radiologia do Brasil, ministrada pelo dr. João Américo Garcez Froes. As lições foram ministradas aos alunos do terceiro ano de Medicina em 1903 e, atendendo aos pedidos dos estudantes, o dr. Froes publicou, em 1904, um livro com as lições de Radiologia Clínica das aulas de 1903, já publicado na *Gazeta Médica da Bahia*. (FRANCISCO et al., 2006)

Quando Alfredo Thomé de Britto trouxe o aparelho de raios-x para o Brasil, a faculdade não dispunha de energia elétrica. Para manter a aparelhagem funcionando, foi necessária uma bobina de Rumkoff, movida por meio de pilhas de bicarbonato de potássio. Esse aparelho de raio-x, instalado na FMB, no gabinete da Clínica Propedêutica, levou 20 minutos para obtenção da imagem que ajudaria na localização de um projétil no quadril do governador da Bahia, dr. José

Marcelino de Souza, vítima de uma tentativa de assassinato em 13 de outubro de 1905. Esse fato foi de grande relevância para a divulgação do raio-x, pois foi noticiado na *Gazeta Médica da Bahia*, na edição de novembro do ano de 1905.

Em 1916, o prof. Roberto Duque Estrada fundou o primeiro curso de Radiologia do Brasil, no Rio de Janeiro, auxiliado pelo jovem radiologista Nicola Caminha. O prof. Manoel Abreu abriu outro curso na Faculdade de Ciências Médicas, e o prof. José Guilherme Dias Fernandes, na Faculdade de Medicina do então Instituto Hahnemanniano. Em julho de 1936, o dr. Manoel Abreu criou um exame radiológico com menor custo, embora exigisse o uso de lentes de aumento especiais para interpretá-lo, utilizado para diagnosticar tuberculose e doenças ocupacionais, denominado posteriormente de abreugrafia.

Outra figura importante para a Radiologia é o dr. Itazil Benício dos Santos (1917-2017), primeiro professor titular de Radiologia Clínica da FMB da Universidade Federal da Bahia (UFBA), com um protagonismo étnico nacional. Itazil teve uma trajetória eminente para sua especialidade médica e para a faculdade. Desse modo, apesar da cadeira de Radiologia ter sido criada após a reforma da UFBA, o dr. Itazil já ministrava aulas de Radiologia em diversas cadeiras a convite de seus titulares. (BARP, 2006; JACOBINA, 2017)

Durante sua graduação de Medicina, em 1938, Itazil foi auxiliar de raio-x da faculdade, sob coordenação do prof. José Silveira. Foi diplomado médico em 1939 e fez especialização em Radiologia, curso ministrado pelo prof. Duque Estrada, na Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil. Desde então, realizou uma variedade de cursos de aperfeiçoamento, destinados a especialistas. Em 1945, Itazil obteve, com nota 10, o título de doutor em Medicina com a tese intitulada *Exploração radiográfica das áreas pneumáticas da pirâmide pétreia*.

No ano de 1972, ministrou um curso destinado aos auxiliares de Radiologia, na Clínica Radiológica Itazil Benício dos Santos. Nesse mesmo ano, no dia 23 de setembro, foi publicado o edital do concurso para professor titular de Radiologia Clínica da FMB no *Diário Oficial do Estado da Bahia*, no qual foi aprovado, em 1974, mediante apresentação da tese de título *Radiologia dos tumores abdominais na infância*.

Desse modo, ficam evidentes as importantes contribuições do prof. Itazil para a Radiologia na Bahia, seja em sua clínica particular, seja no ensino universitário, desde a época que ainda não havia a disciplina de Radiologia, ministrando aulas em várias cadeiras do curso de Medicina, até sua nomeação como primeiro professor titular de Radiologia Clínica da FMB. (BARP, 2006)

Outros nomes e feitos marcaram o desenvolvimento da Radiologia no Brasil ao longo dos anos. A humanidade agradece e reconhece a dedicação, os investimentos em pesquisas, as descobertas e as contribuições de todos os pesquisadores

e professores no campo da Radiologia. Essa especialidade médica está entre as áreas que mais têm se desenvolvido nas últimas décadas, com aparelhos cada vez mais sofisticados e com alta precisão e rapidez, o que permite um diagnóstico mais preciso e, por consequência, um melhor prognóstico.

EQUIPAMENTOS DE IMAGEM

Os aparelhos raio-x são classificados em portáteis ou fixos. O primeiro tem como vantagens: baixo custo, implantações em pequenos centros de saúde, de fácil transporte, manuseio e operação, o que possibilita a realização de exames em pacientes no seu próprio leito, por exemplo. A desvantagem dos aparelhos de raio-x portáteis está no fato de não ser possível obter boas imagens dos segmentos corpóreos densos e espessos, tais como coluna e quadril. Por outro lado, aparelhos de raio-x fixos permitem radiografar um leque maior de ângulos do paciente e, por serem mais potentes, geram imagens melhores. As desvantagens são referentes ao alto custo, à necessidade de deslocamento do paciente e é preciso que sejam instalados em salas específicas com blindagem plumbífera.

Atualmente, diversos centros especializados utilizam a Radiologia Digital, as imagens são enviadas para um computador e, através de programas específicos, são manipuladas digitalmente, podendo ser impressas, exportadas e gravadas. No campo da Radiologia Digital, temos a Radiologia Digital Indireta (CR) e a Radiologia Digital Direta (DR), sendo que a CR utiliza equipamentos convencionais, porém a imagem é processada em formato digital. Para isso, o receptor da imagem (chassi) não utiliza filme físico e nem telas écrans, mas sim placa de fósforo, com as mesmas funções do filme écran e de leitura digital. Essas placas de fósforo permitem a digitalização das imagens ao serem colocadas em um leitor, que faz a transferência das imagens para o computador.

No sistema DR, os raios-x são capturados numa placa de circuito, onde as imagens são enviadas diretamente para o computador, no qual o profissional trabalha as imagens e envia para o Sistemas de Arquivamento e Comunicação de Imagens (Pacs), facilitando a comunicação entre os centros de diagnóstico por imagem. Essas tecnologias diminuem os gastos com impressões, além de permitir a otimização dos fatores de exposição à radiação.

A mamografia foi implantada no ano de 1913, por Albert Salomon, um cirurgião alemão. Este publicou sua monografia sobre a utilidade dos estudos radiológicos dos espécimes de mastectomia. (KALAF, 2014) A mamografia, exame não invasivo e utilizado no rastreamento do câncer de mama, também utiliza os raios-x, porém difere da Radiologia convencional por conter o elemento químico molibdênio, usado como alvo na ampola para produzir raios-x.

Em 1972, os físicos Allan Comarck e Godfrey Newbold Hounsfield desenvolveram a primeira máquina de Tomografia Computadorizada (TC), que também utiliza radiação ionizante. Ela produz imagens de estruturas anatômicas que são obtidas em cortes finos e processadas por um *software*, que produz imagens com duas a três dimensões e em vários planos.

Segundo o dr. Cesar Augusto de Araújo Neto,¹ médico radiologista e professor do Departamento de Medicina Interna e Apoio Diagnóstico da FMB, em 1978, chegou ao Hospital Geral da Santa Casa de Misericórdia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), um dos primeiros aparelhos de TC. Assim, em 1980, foi inaugurada a primeira TC do Hospital Jorge Valente, em Salvador (BA). Esses aparelhos eram para realização de exames exclusivamente do segmento cefálico, ou seja, captavam imagens da cabeça. No serviço do Hospital Jorge Valente, destaca-se o dr. Fernando Rizério de Almeida, o dr. Carlos Widmer, a dra. Eliana Kaiser da Costa e o dr. Aroldo Bacelar, responsáveis pelos serviços de exames de imagens na década de 1980.

Outro exemplo de exame de imagem que utiliza raios-x é a Densitometria Óssea (DO). O primeiro equipamento de DO foi desenvolvido por John Cameron e James Sorenson em 1963, na Universidade de Wisconsin, em Madison, nos Estados Unidos (EUA), e chegou ao Brasil em 1989. O exame é utilizado para quantificar a densidade mineral óssea e diagnosticar, por exemplo, uma possível osteoporose e osteopenia, a partir da radiografia das vértebras lombares e do colo fêmur. (AFONSO; PINHAL JUNIOR, 2015)

A Medicina Nuclear, descrita por Sam Seidlin, no ano de 1946, no jornal de *American medical association*, é uma especialidade médica que faz uso de substâncias radioativas, como radiofármacos, com objetivo terapêutico e diagnóstico. Desse modo, essas substâncias são empregadas como ferramentas para acessar o funcionamento dos órgãos e tecidos vivos, realizando imagens, diagnósticos e tratamentos, como do hipertireoidismo e de quantificação da função do tireoide.

A Ultrassonografia (USG) e a Ressonância Magnética (RM) são métodos de obtenção de imagens que não utilizam radiação ionizante. O equipamento de USG capta as imagens através de ondas sonoras de alta frequência. No ano de 1940, a USG começou a ser usada na Medicina Diagnóstica, mas, somente em 1978, o primeiro aparelho chega ao Rio de Janeiro (RJ) e, em 1979, chega ao Hospital Universitário Professor Edgard Santos (Hupes), em Salvador (BA). Atualmente, dentre outras aplicações, a USG é largamente utilizada durante o pré-natal para avaliação do feto e placenta.

1 Entrevista ARAÚJO NETO, César. A. História da Imaginologia na Faculdade de Medicina da Bahia-FAMEB. Entrevista concedida a Aline Cortes, Claudia do Nascimento Gomes e Rafael Zieglitz Santos, coautores destes capítulos, em Salvador (BA), 2020.

A RM se dá através de radiofrequência e magnetismo. Foi desenvolvida entre o período de 1950 e 1970 e foi inicialmente utilizada para análises moleculares físicas e químicas. Em 1989, o dr. Cesar de Araújo Neto implantou o serviço de RM no Hospital São Rafael, em Salvador, hospital de grande importância no desenvolvimento das tecnologias no estado da Bahia. Esse foi o segundo aparelho instalado no Brasil, o primeiro foi no Hospital Albert Einstein, em São Paulo. Outros hospitais na Bahia foram estimulados a investir em tecnologias, sendo que, na década de 1990, o Hospital Aliança, Hospital Português e Hospital Espanhol seguiram esse caminho.

Existem muitos estigmas relacionados aos riscos da radiação ionizante, tanto para os profissionais, que trabalham diretamente com a radiação, quanto para os pacientes. Os efeitos adversos decorrentes da exposição à radiação ionizante são conhecidos como efeitos estocásticos e determinísticos. Os efeitos estocásticos são aqueles cuja probabilidade de ocorrência é proporcional à dose de radiação recebida, sem a existência de limiar. Já os efeitos determinísticos têm relação com um limiar de dose absorvida necessária para sua ocorrência e cuja gravidade aumenta com maiores acréscimos da dose. (GÜNALP et al., 2013; LEYTON et al., 2014)

No entanto, existem protocolos de segurança para minimizar os efeitos nocivos da exposição radioativa, além de que os novos equipamentos de radiologia têm controle automático de exposição, tornando-os cada vez mais seguros e precisos. Os requisitos e fatores de proteção radiológica fundamentam-se nos princípios da justificativa para a realização de cada exame, otimização, limitação da dose individual, controle de exposição (tempo de exposição, distância da fonte e blindagem), proteção do profissional, classificação de áreas e treinamento.

MERCADO DE TRABALHO E EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA RADIOLOGIA

Traçando um perfil dos profissionais radiologistas em atividade no Brasil sob um recorte de gênero, a especialidade é predominantemente masculina: 62,4% são homens e 37,6% são mulheres. Relacionadas ou derivadas da especialidade em Radiologia, existem a Densitometria Óssea, Ecografia Vascular com Doppler, Mamografia, Neurorradiologia e Ultrassonografia em Ginecologia e Obstetrícia – cinco áreas de atuação reconhecidas pelo Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR). As atuações que contam com mais profissionais certificados são Densitometria Óssea, Neurorradiologia e Ultrassonografia em Ginecologia e Obstetrícia (GO). Já a Ecografia Vascular com Doppler é a área com menor frequência de certificação. Atualmente, os radiologistas podem obter título com três denominações distintas: em USG, em Radiologia Intervencionista e Angiorradiologia (RIAR) e Radiologia e Diagnóstico por Imagem (RDI), sendo

que esta última alcança 70% dos especialistas radiologistas, o título em RIAR é o menos frequente, com 107 profissionais que possuem, unicamente, esse título em todo o país. (SHEFFER et al., 2019)

Embora o desenvolvimento científico e tecnológico tenha ampliado a atuação dos médicos radiologistas, é preciso lembrar que a distribuição desses especialistas no território brasileiro e o acesso da população a esses profissionais são desiguais. Nesse contexto, o perfil atual dos Serviços de Radiologia acompanha particularidades do território, da própria formação profissional, dos interesses do mercado e dos produtores de equipamentos e tecnologia, entre outros. (SHEFFER et al., 2019)

Na Bahia, o Serviço de Radiologia do Hospital Aliança foi inaugurado em outubro de 1990. Nesse mesmo ano, o dr. Cesar de Araújo Neto assumiu a chefia do serviço no hospital. Ele identificou a necessidade de haver um Serviço de Radiologia integrado à Emergência, reconhecendo a importância de um diagnóstico preciso e rápido nesse cenário. Desse modo, TC, USG e técnicas convencionais de Radiologia são adequadas para esse fim. O médico radiologista não ficava de sobreaviso, ele ficava de plantão de 12 horas, das 19h às 7h para dar suporte aos colegas das especialidades clínicas e cirúrgicas. Estudo realizado pelo CBR evidenciou que, dentre os profissionais radiologistas brasileiros, 62% trabalham ainda em torno de 8 a 12 horas por dia e cerca de 7% ultrapassam 12 horas de trabalho diário. (SHEFFER et al., 2019)

O médico radiologista integra a equipe de plantão, dando suporte às demais especialidades, como peça principal na consolidação do diagnóstico. Em entrevista concedida, o dr. Cesar Neto diz que essa multidisciplinaridade é importante para a inserção dos jovens radiologistas no mercado de trabalho, pois hoje é fundamental a otimização dos serviços de apoio ao diagnóstico diferencial dos serviços de saúde.

Na década de 1970, começaram a surgir os exames contrastados dos vasos sanguíneos não só para estudar as estruturas arteriais e venosas, mas também para ajudar a fazer diagnóstico de lesões neoplásicas, principalmente na era pré-tomografia e pré-ressonância magnética. Essa nova área expandiu a atuação dos médicos radiologistas. Assim, surge a radiologia vascular aplicada nos pacientes através da técnica de Seldinger, que consiste no acesso aos vasos sanguíneos de modo minimamente invasivo por punção e fio guia.

A técnica de Seldinger corroborou, na década de 1970, com os estudos de coronariografia, arteriais nos membros inferiores, arteriais dos vasos abdominais, arteriais e venosos dos vasos cerebrais. Na sequência, surgem os métodos de intervenção radiológica como angioplastias, infusões seletivas de fármacos para tratamento de tumores e de outras enfermidades. Contemporaneamente, também

surtem as técnicas de biópsia transcutânea guiada por método de imagem. Isso foi um grande avanço na radiologia vascular, expandindo o segmento da ação do profissional radiologista da área de diagnóstico para intervenção.²

Com os avanços das técnicas diagnósticas por imagem, mais precisamente no final da década de 1980, em meio a um cenário positivo no desenvolvimento da informática e dos computadores, a National Electrical Manufacturers Association (Nema) e a Radiology Society of North America (RSNA), em parceria com empresas e universidades, criaram o padrão Digital Imaging and Communication in Medicine (Dicom) em resposta à necessidade de obtenção e comunicação de imagens médicas em formato digital. (AZEVEDO-MARQUES et al., 2005)

Essa demanda crescente do potencial diagnóstico associado ao aumento do fluxo de informação digital permitiu inicialmente a padronização por meio do Dicom, que foi importante para a criação e implantação do Pacs, que é um sistema de transmissão, armazenamento e recuperação de imagens médicas. Tal sistema permite diagnosticar e analisar as imagens através de monitores sofisticados e de altíssima resolução, melhorando, de maneira expressiva, a capacidade diagnóstica. (AZEVEDO-MARQUES et al., 2005)

O Pacs hoje é uma ferramenta tecnológica importante nos serviços de imagem que, em conjunto com os Sistemas de Informação em Radiologia (RIS) e de Informação Hospitalar (HIS), se tornam a base para um Serviço de Radiologia integrado a uma rede de computadores que não só arquiva como disponibiliza essas imagens com objetivo de melhorar a acessibilidade, o fluxo e a integração das informações, essa chamada de Radiologia sem filme (*filmless*). (AZEVEDO-MARQUES et al., 2005)

O desenvolvimento da telerradiologia e da telemedicina de uma forma geral foi muito contestada. Sabe-se que essas foram geradas e pensadas com intuito de dar suporte aos indivíduos que estão situados longe dos grandes centros urbanos, com pouco ou difícil acesso à assistência em saúde ou aos atendimentos mais especializados. Se o indivíduo faz uma radiografia ou uma tomografia onde não tem, naquele momento, o médico especialista, essas imagens geradas podem ser digitalmente acessadas pelo profissional através do sistema Pacs de uma central de laudo, situada geralmente em grandes centros urbanos com aparato tecnológico necessário o qual fornece suporte para o radiologista trabalhar a distância, fazendo a interpretação desses exames.

A central de laudo permite a criação de uma ponte entre as pessoas e os profissionais radiologistas especializados. Esse é o sentido prático da criação dessas centrais de laudo, no entanto elas começam a concorrer com a presença do radio-

2 Conforme Cesar Augusto de Araújo Neto em entrevista.

logista que está dentro do serviço de saúde, bem como o processo de terceirização dos laudos, de tal forma que acaba reduzindo o quadro de médicos radiologistas nesses serviços. Isso leva a uma maior concentração desses profissionais nessas centrais.

Nesse contexto de avanços tecnológicos e aumento das demandas por diagnósticos por imagens, a mensuração da produtividade dos radiologistas vem se tornando um objeto de estudo importante para esses profissionais, entidades de classe e empregadores. Por meio de uma análise multivariada, pode-se encontrar no desfecho dessa produtividade uma relação com outras variáveis independentes (região, localidade, ambiente de trabalho, forma de remuneração, método predominante e subespecialidade). Tendo como referência a produtividade dos radiologistas que atuam na região Centro-Oeste, a produtividade encontrada para a região Sudeste foi 28% maior, a região Norte-Nordeste foi 14% maior e a da região Sul foi 3% maior quando comparadas. (BRETAS et al., 2020)

Considerando a distribuição territorial dos radiologistas no Brasil, a região Nordeste possui o segundo maior contingente populacional (27,2%) e tem apenas 17,8% de radiologistas quando comparada com a região Sudeste que concentra o primeiro lugar em contingente populacional, com 42,1% e reúne 53,5% dos radiologistas. Cabe ressaltar que esse é um retrato brasileiro que atinge a classe médica em geral e outras especialidades, caracterizando uma distribuição desigual em todo território nacional. (SHEFFER et al., 2019)

A importância dos serviços radiológicos, bem como a necessidade do gerenciamento baseado no desenvolvimento tecnológico, permite que os serviços de diagnósticos por imagem adquiram um aspecto complexo e abrangente. Tanto os equipamentos de alta tecnologia quanto as equipes de imagem começam a crescer de maneira extraordinária e com características multidisciplinares.

O dr. Cesar de Araújo relata, na entrevista, sua percepção sobre a necessidade iminente de ter uma assistência bem desenvolvida no Serviço de Radiologia e uma chefia de Enfermagem paralela à chefia médica. Durante sua atuação no Hospital Aliança, na década de 1990, a Enfermagem foi inserida no serviço de imagem de maneira pioneira no estado da Bahia, paralelamente, esse desenvolvimento ocorreu em outros estados, sobretudo em São Paulo, no Hospital Albert Einstein. Na mesma década, durante a sua presidência no Congresso Brasileiro de Radiologia, em Salvador (BA), o dr. César participou da criação do I Congresso Brasileiro de Enfermagem em Radiologia.

Esse cenário foi palco para a criação da especialidade Enfermagem em Radiologia dentro do Conselho Federal de Enfermagem que passou a integrar as equipes do serviço de imagem, além dos radiologistas, dos operadores de imagem e dos enfermeiros técnicos. Além disso, a engenharia clínica passou a ser fun-

damental para o gerenciamento e a utilização desses equipamentos de imagem. Esse foi um momento muito especial no qual a Radiologia ganhou grande notoriedade e aumentou a sua complexidade. O gerenciamento hoje de um serviço de imagem é uma função de extrema relevância e complexidade, o qual só se obtém êxito quando se tem uma equipe multidisciplinar harmonizada e completa.

INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL: DILEMAS E CONFLITOS

Ao longo da história da humanidade, várias foram as descobertas e invenções que impactaram as sociedades humanas. Entre elas, está a escrita, muito eficiente para materializar ideias e mensagens. Usando esse recurso, foram desenvolvidos meios de comunicação que foram sendo aprimorados, um bom exemplo é a carta. Ela possui estrutura característica da comunicação escrita, que permite o seu reconhecimento em qualquer época. Outro exemplo é o telégrafo, um modo de enviar mensagem por meio de um código de sinais, de modo ágil, para distâncias maiores, transmitindo as informações graças ao advento do magnetismo e da eletricidade. Já o telefone viabiliza a comunicação pela transmissão de voz. Com o *smartphone*, há o incremento da transmissão de dados, o que possibilita trocas instantâneas de mensagens por redes sociais, como Twitter e mensageiros como WhatsApp.

Assim como nos meios de comunicação, na Medicina, mais especificamente na Radiologia, o desenvolvimento tecnológico acompanha a especialidade desde o seu surgimento, sempre associado a algum dispositivo, desde a ampola de raios-x até os modernos aparelhos de RM. Além disso, a cada nova tecnologia que surge, mudanças são estabelecidas nos aspectos do diagnóstico, possibilidades terapêuticas e no dia a dia do médico radiologista.³ (MENDES BORGES, 2020)

Entretanto, as transformações tecnológicas às quais somos submetidos não substituem as técnicas anteriores, principalmente no que se trata de técnicas diagnósticas. Elas foram modificadas ou se tornaram complementares: o ecocardiograma não substitui o estetoscópio, já que o primeiro permite a coleta de uma série de dados a beira leito, enquanto que o estetoscópio ainda constitui um prático dispositivo para ouvir os sons do corpo humano e que também é comumente utilizado pelos ecocardiografistas; a radiografia, do mesmo modo, continua sendo amplamente usada, por exemplo, para o diagnóstico de uma pneumonia bacteriana, no qual não há necessidade do uso de um equipamento mais sofisticado e caro

3 MENDES BORGES, Sirlene. Mendes Borges, eHistória da Imaginologia na Faculdade de Medicina da Bahia-FAMEB. Entrevista concedida a Claudia do Nascimento Gomes e Rafael Zieglitz Santos, coautores deste capítulo, em Salvador (BA), 2020.

como a RM. Uma radiografia de tórax, portanto, associada com achados clínicos e laboratoriais, pode fechar o diagnóstico da pneumonia com segurança. Uma fratura óssea ou um processo de dor numa articulação gerada por uma osteoartrose e tantos outros diagnósticos são formulados e feitos com muita segurança, utilizando-se o método convencional.

Várias razões são consideradas para a escolha de uma carreira médica: além das questões subjetivas que se constroem em torno do desejo de seguir determinada especialidade, também é levado em conta o estilo de vida que a especialidade médica propicia, perspectiva de crescimento profissional e o mercado de trabalho. (CRUZ et al., 2010) Um recurso recente na Radiologia é o advento da Inteligência Artificial (IA) no diagnóstico por imagem. A IA na Medicina é o emprego de sistemas computacionais, que utilizam algoritmos desenvolvidos por especialistas, para analisar um gigantesco volume de dados com o objetivo de sugerir soluções para questões médicas. (LOBO, 2017) Como a Radiologia é uma especialidade que está na fronteira tecnológica, com o uso do que é mais avançado e tem grande dependência de equipamentos para sua execução, o temor é que a IA comece a executar as tarefas do radiologista, tornando-o obsoleto ou até mesmo substituível, na medida em que um *software* possa realizar diagnósticos ou até realizar procedimentos. (BRANDES, 2020)

A IA é capaz de reconhecer padrões em um grande volume de informações a partir de base de dados que são coletados por diversos instrumentos, como imagens de TC, de RM, de ultrassom, fotos de lesões de pele, dados de pacientes captados do prontuário ou de sensores, até mesmo dados de dispositivos vestíveis (*wearable devices*), como *smartwatches* que obtém informações, a saber: frequência cardíaca, ritmo de sono e distância percorrida. (LOBO, 2017) Esses dados são o substrato utilizado pelas redes neurais artificiais e técnicas de *machine learning* que impulsionaram o desenvolvimento da IA. No método tradicional, a acurácia aumenta com a quantidade de dados, no entanto o *deep learning* faz uso de várias camadas de redes neurais artificiais, que permitem que a acurácia continue aumentando com o aumento dos dados. (PAIVA; PREVEDELLO, 2017)

Para tanto, a IA foi possibilitada graças ao barateamento do *hardware*, tanto para dispositivos de armazenamento do grande volume de dados necessários para abastecer a IA, quanto para processá-los. Atualmente, por exemplo, um *notebook* pode ser adquirido com a capacidade de processamento equivalente a um supercomputador do ano 2000, com a diferença que o *notebook* custará muito menos que os 110 milhões de dólares que o supercomputador da época, como também será muito mais leve que suas 106 toneladas. (ORAM, 2001)

Outra possibilidade da IA na Medicina são *softwares* de apoio diagnóstico, no qual são usados dados de prontuários com informações de anamnese, exame

físico, exames complementares, medicamentos prescritos, evolução da enfermidade, entre outras informações. Esses dados são processados por um algoritmo que irá sugerir diagnósticos diferenciais das doenças com as suas probabilidades de ocorrência. (LOBO, 2017)

Na Radiologia, o impacto irá transcorrer de modo gradativo. Os aplicativos fornecerão informações que não conseguimos extrair das imagens, permitindo que os exames sejam priorizados de acordo com a gravidade. (PREVEDELLO et al., 2017) Uma outra possibilidade futura do uso da IA na Radiologia é a integração de dados clínicos do paciente com os dados de imagem, permitindo um laudo com maior acurácia e tratamentos mais individualizados para paciente. (PAIVA; PREVEDELLO, 2017)

Com esses recursos, o radiologista passará a dispor de maior tempo para analisar casos mais complexos, com dados de outras fontes, além daqueles fornecidos pela imagem. Também possibilita maior tempo para a assistência, para a atenção e a dedicação ao paciente, acolhendo, ouvindo, agregando os dados clínicos aos dados de imagem que foram obtidos.

Segundo o prof. Araújo Neto, *“aquele conceito que o radiologista não encosta no paciente e que o radiologista fica escondido no seu gabinete simplesmente interpretando de maneira fria as imagens, esse conceito está acabando”*. A formação geral do médico radiologista vai para além da produção de laudos e da interpretação de imagens. Ele também está envolvido em equipe multidisciplinar, atuando como consultor e indicando o método de imagem mais adequado para verificar as suspeitas de determinada queixa do paciente.

Com a íntima relação entre a imagiologia e o desenvolvimento de equipamentos e técnicas, a evolução da Radiologia e suas tecnologias ocorrem diuturnamente e impulsionam não somente a própria especialidade, mas também todas as outras que dependem da precisão e eficiência do diagnóstico por imagem para orientar sua conduta, realizar procedimentos, avaliar prognóstico e acompanhar a progressão clínica de uma enfermidade. Para tanto, o profissional radiologista tem uma grande necessidade de estar atualizado e acompanhar as novidades que surgem, felizmente a tecnologia também colabora com o acesso à informação e treinamento desses profissionais.

Assim como da carta à mensagem de WhatsApp possui elementos como o emissor, a mensagem e o receptor, a Radiologia, com todas as suas modificações que novas tecnologias e equipamentos propiciam, sempre terá o diagnóstico, o médico radiologista e o paciente.

CENTRAIS DE LAUDO

O distanciamento do radiologista da área assistencial pode levá-lo a cometer erros de interpretação. Isso ocorre principalmente nas centrais de laudo. Segundo o dr. César de Araújo, como médico e conhecedor da tecnologia que ele está usando, o radiologista tem de estar ao lado do paciente, orientando a realização dos exames com os protocolos mais adequados para cada situação clínica. Mesmo existindo protocolos pré-formatados, é necessário que o radiologista, através do conhecimento da história clínica do paciente, obtido naquele momento da realização do exame, possa aplicar as variáveis daqueles protocolos. Desse modo, o profissional deve estar na unidade, ao lado do paciente, durante a realização do exame, conversando, assistindo-o e orientando-o no decorrer do procedimento. Isso permite a realização de diagnósticos muito mais seguros.

Diante de todos esses desenvolvimentos tecnológicos, nota-se um custo agregado muito grande, com equipamentos caríssimos que facilmente chegam à ordem dos milhões de reais, tal como os equipamentos de TC e de RM. Desse modo, é difícil que o radiologista sustente o sonho empreendedor individual. Investir nesses equipamentos é uma missão quase impossível, principalmente para o especialista recém-formado. Essa dificuldade abriu espaço para que houvesse as consolidações dos serviços de imagem. Os serviços foram adquiridos por grandes redes que conseguem fazer investimentos mais vultosos e em grande escala. As grandes redes acabam por ser uma necessidade do mercado, no qual o radiologista deixa de ser empreendedor individual e passa a entrar no contexto das grandes corporações que esperam obter resultados que justifiquem os investimentos.

FUNÇÃO SOCIAL DA RADIOLOGIA NO RADIODIAGNÓSTICO

A dra. Sirlene Mendes Borges, médica radiologista, em entrevista, contou que em certa ocasião, a turma do colégio da qual sua filha mais nova fazia parte foi questionada pela professora sobre qual era a profissão de seus pais. Uma das crianças disse que o pai cuidava dos olhos das pessoas. Outra respondeu que a mãe tirava o bebê da barriga das mulheres. Uma terceira disse que o pai cortava as pessoas e depois costurava. Ao chegar a vez da filha de dra. Sirlene falar, a sentença proferida por ela mais pareceu uma poesia do que uma resposta. Ela disse: *“Minha mãe vê as pessoas por dentro sem precisar cortá-las”*.

Essa pequena frase dita por uma criança conseguiu, ao mesmo tempo, ser simples, complexa e profunda. Conseguiu também expressar o tamanho da importância que o advento da Radiologia teve para a sociedade. Isso porque a descoberta dos raios-x trouxe uma enorme contribuição para o bem-estar da humanidade.

Na história da Medicina, o surgimento da Radiologia representa um marco que acaba deixando para trás períodos obscuros e de hesitações no campo do diagnóstico, pois o homem passou a ter informação do que ocorria dentro do corpo humano, sem incisão cirúrgica. Além disso, foram abertos caminhos para novos horizontes, e possibilidades terapêuticas logo passaram a ser investigadas. (PEREIRA, 2012)

Ainda segundo Pereira (2012), a técnica e o uso da radiologia se desenvolveram de uma forma muito rápida. Tanto foi que, cerca de apenas um ano após a descoberta dos raios-x, a importância da utilização de radiografias no diagnóstico de fraturas ósseas e na exata e precisa localização de corpos estranhos, como agulhas, vidro e projéteis, foi reconhecida, o que permitiu não só o seu conhecimento da localização, tamanho e forma, mas também a extensão dos danos sofridos no corpo humano. O radiodiagnóstico surge em um contexto no qual as principais causas de mortalidade do mundo – doenças crônicas degenerativas, infectocontagiosas e causas externas – podem ser diagnosticadas com o seu auxílio. (NAVARRO, 2009)

Enquanto os países desenvolvidos, principalmente os do continente europeu, estavam praticando o diagnóstico pela Radiologia em larga escala, inclusive, iniciando os programas de monitoração e triagem, as populações dos países em desenvolvimento ainda não tinham acesso às tecnologias mais simples da Radiologia diagnóstica. (NAVARRO, 2009)

É inquestionável a importância social que o radiodiagnóstico tem para a humanidade. Depois desse advento, os diagnósticos passaram a ser mais precisos e apurados, os riscos das cirurgias foram diminuídos, visto que agora é possível saber a localização exata de um projétil alojado em determinado órgão, de um aneurisma, de um tumor, propiciando, assim, um melhor e mais seguro procedimento cirúrgico, bem como um tratamento mais eficiente. O até então desconhecido interior de um corpo humano em vida passou a ser alvo de investigação sem precisar abri-lo, sem precisar submetê-lo a riscos desnecessários.

Ademais, o ganho para saúde pública também foi imenso, visto que vários exames radiológicos propiciam diagnóstico precoce e desempenham o papel de prevenir possíveis patologias, como é o caso do exame de mamografia. Isso não só diminui gastos exorbitantes com tratamentos – afinal, prevenir sempre será mais barato do que tratar –, mas também melhora a qualidade dos prognósticos, cuidados precoces e, conseqüentemente, aumenta a expectativa de vida do indivíduo. Assim, o radiodiagnóstico exerce uma função social inimaginável e extremamente positiva desde a época em que os raios-x foram descobertos.

FUNÇÃO SOCIAL DA RADIOLOGIA NA RADIOTERAPIA

Logo após a descoberta dos raios-x para uso no campo do diagnóstico clínico e na cirurgia, foi sugerido o seu potencial uso também para fins terapêuticos. Em 1896, Emil H. Grubbé, um alemão residente em Chicago, nos EUA, utilizou, pela primeira vez, os raios-x para tratamento de um carcinoma de mama em uma mulher. Outro paciente, dessa vez com *lupus vulgaris* ulcerado na face, também foi submetido à radioterapia. (PEREIRA, 2012)

Nesses primeiros anos, os raios-x eram prescritos e aplicados no tratamento das mais diversas doenças, como leucemia, sífilis, psoríase, epilepsia, tuberculose, entre outras. Destacadamente, o valor da Radiologia, quer no diagnóstico, quer na terapia, como por exemplo a da tuberculose, foi de grande importância no fim do século XIX. Em seguida, a radioterapia se estendeu às mais diversas especialidades da Medicina, surgindo, a partir de então, numerosos casos de sucesso no tratamento de diferentes condições patológicas, através de adequações na metodologia aplicada no uso dos raios-x. (PEREIRA, 2012)

A partir de 1899, um tumor de células basais foi curado e, finalmente, a radioterapia começou a ser considerada como um procedimento viável nos tratamentos de tumores. Um marco muito importante aconteceu no ano de 1976, quando chegou em Salvador (BA), no Hospital Aristides Maltez, referência em tratamento de câncer, o primeiro aparelho de radioterapia do Norte-Nordeste, o Clinac 4, um acelerador linear. (FERREIRA, 2011)

Desse modo, a utilização dos raios-x como terapia tem importante função social para a humanidade, especialmente no que se refere ao envelhecimento da população mundial durante o século XX e no início do XXI. Isso porque, em decorrência do aumento da expectativa de vida da população, a incidência e prevalência de doenças malignas são maiores. A radioterapia se mostrou eficiente no tratamento da maioria dos pacientes que apresentam câncer em algum momento de sua vida, oferecendo melhores prognósticos e menor toxicidade, quando consideradas as particularidades de cada indivíduo. (CHEN; NADALIN, 2010)

CONTRIBUIÇÕES DA RADIOLOGIA NA PANDEMIA DE COVID-19

O ano é 2020. Um pesadelo que dura até hoje estava prestes a começar. O mundo inteiro se viu amedrontado por um inimigo nunca visto e invisível. Fronteiras se fecharam, países pararam, famílias se afastaram. A maior prova de amor e consciência social passaram a ser o distanciamento social. O isolamento não é mais uma opção, mas sim uma medida de precaução básica. Durante o século XXI, nunca a ciência e os profissionais de saúde foram tão requisitados como nesse

momento. O novo coronavírus devastou nações, ceifou a vida de milhares de pessoas e se tornou um desafio para a saúde pública de todos os países do mundo.

Nesse contexto, o profissional médico radiologista foi um dos mais requisitados na pandemia de covid-19. O dr. Cesar Augusto de Araújo Neto, em entrevista, contou algumas de suas experiências pessoais e profissionais com a doença, durante a sua atuação na linha de frente como médico radiologista. Segundo ele, ao longo de 43 anos de exercício da sua atividade profissional, nunca se sentiu tão médico e tão importante no contexto da assistência como se sentiu agora.

Além de classificar o contexto como inusitado, relata nunca ter vivido uma pandemia com as características da atual. Dotado de sensibilidade e humanização, o dr. Cesar traz uma fala muito emocionante:

Eu, por entender essa questão, passei a estudar muito sobre o coronavírus, a covid-19, o SARS-CoV-2. Me apaixonei pela doença e, sobretudo, me apaixonei pelos pacientes, no sentido de sentir neles a fragilidade, a ansiedade, o medo e o pavor, requerendo uma necessidade muito grande de acolhimento, uma palavra do médico que possa tranquilizá-los. Eu me apaixonei tanto pela doença que eu acabei indo para cama levado por ela. Passei 12 dias dentro da Unidade de Terapia Intensiva e pude viver intensamente o sofrimento desta condição.

É nesse contexto de fala que fica evidente o quanto o radiologista foi e está sendo importante na luta contra o coronavírus. Eles têm sido responsáveis por estabelecer um diagnóstico precoce e seguro da doença ao mesmo tempo em que oferecem suporte ao clínico geral, infectologista, pneumologista, dentre outros, durante o manejo dos pacientes infectados.

Lidar com as implicações de uma pandemia, até então desconhecida, requer que os profissionais da saúde estejam atentos às constantes atualizações nos protocolos de prevenção e intervenção. Por exemplo, no começo da pandemia, foi aconselhado que os pacientes com sintomas brandos de covid-19 não fossem submetidos à TC de tórax de maneira precoce, já que, para isso, o paciente precisaria sair de casa e circular dentro dos serviços de imagem, podendo contaminar os profissionais de saúde e outros pacientes que estavam em busca de outro diagnóstico que não o de covid-19.

Conforme os conhecimentos sobre a doença foram sendo consolidados, a Medicina entendeu que o paciente deve fazer a TC de maneira precoce, mesmo que os sintomas sejam brandos. Isso foi extremamente importante no contexto da pandemia, visto que, muitas vezes, o RT-PCR – exame padrão ouro para diagnóstico do coronavírus –, não está disponível nas unidades de saúde, seja pela alta demanda, seja pelo seu valor elevado.

Mais tarde, os estudos revelaram que tanto a TC como o RT-PCR possuem limitações diagnósticas nos primeiros cinco dias de enfermidade. Por isso, os dois juntos passaram a ser exames complementares para o diagnóstico, aumentando a acurácia diagnóstica. Ademais, a TC também é capaz de mostrar-nos a fase de desenvolvimento da doença: se está em fase inicial, inflamatória, na fase do pico ou na regressiva, através da análise morfológica e das características densiométricas da lesão.

O radiodiagnóstico também é de fundamental importância para a identificação da chamada “pneumonia feliz”. Nesse caso, o paciente está infectado pelo SARS-CoV-2 e com comprometimento respiratório, no entanto, aparentemente, está em bom estado geral. Nesse caso, os exames de imagem do tórax são capazes de evidenciar o possível comprometimento do pulmão e a extensão das lesões, o que reflete diretamente no prognóstico do paciente. (DHONT, 2020) A TC também é capaz de registrar os indícios de fenômenos micro trombóticos e congestão de microcirculação pulmonar – que possui alta letalidade –, o que permite uma intervenção precoce com anticoagulantes e melhora no prognóstico do paciente.

E o que dizer da Radiologia convencional? Essa também tem um papel extremamente importante no contexto da pandemia, já que há a possibilidade de deslocamento do equipamento até o leito do paciente, o que não ocorre com a tomografia computadorizada que exige que o paciente se desloque de uma unidade fechada para um centro de diagnóstico por imagem. Por isso, pacientes que se encontram em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), com degradação da função respiratória, quer seja por um desenvolvimento de um derrame pleural, quer seja pelo desenvolvimento de um pneumotórax, quer seja pelo desenvolvimento de uma pneumonia bacteriana, podem receber o diagnóstico através da Radiologia convencional.

Por fim, mas não menos importante, temos a USG que também desempenha um importante papel no atual contexto de covid-19. O aparelho deve ser manipulado por profissionais intensivistas que têm habilidades com o protocolo ultrassom *point-of-care* (Pocus). Através da USG, os médicos obtêm diagnósticos específicos relacionados às consolidações periféricas que indicam a infiltração do parênquima pulmonar pelo processo inflamatório gerado pela covid-19, presença de derrame pleural, pneumotórax e congestão pulmonar, aumentando, assim, a consistência para o diagnóstico e adequada intervenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de tantas evidências, não restam dúvidas de que a Radiologia tem sido fundamental no enfrentamento da pandemia de covid-19. O radiodiagnóstico não só

propicia um diagnóstico precoce e seguro, como também auxilia na escolha correta do tratamento adequado para um melhor prognóstico. Assim, a Radiologia tem diminuído as perdas nas famílias e os anseios dos pacientes. O destaque e importância que a Radiologia tem obtido ao longo dessa pandemia estarão para sempre registrados em artigos científicos, livros, revistas, nas memórias dos pacientes que precisaram do serviço e no coração do profissional radiologista que tão bravamente faz parte da linha de frente, salvando milhares de vidas.

A história da Radiologia, embora esteja muito associada ao desenvolvimento de equipamentos, é, na verdade, a história de pessoas. Trata-se da história de atores ilustres que ganharam prêmios do mais alto escalão, como o Nobel, titulações das mais respeitadas, de atores que tiveram uma participação fundamental na história da Radiologia, da Medicina e da FMB. Mas, além desses ilustres, a história é feita por diversos anônimos, estudantes, técnicos, profissionais da saúde de diversas formações. Não podemos jamais nos esquecer também dos pacientes, das primeiras pessoas que foram radiografadas, como o Roentgen e Bertha Ludwig, sua esposa. Todos esses colaboraram para o desenvolvimento dessa especialidade que é tão importante para as outras especialidades, para a Medicina e para a sociedade.

REFERÊNCIAS

AFONSO, Adriano dos Anjos; PINHAL JUNIOR, Paulo. Densitometria óssea e sua relação diagnóstica com a osteopenia e a osteoporose. *Unilus Ensino e Pesquisa*, São Paulo, v. 13, n. 30, 2015. Trabalho apresentado no 9º Mostra de Trabalhos Acadêmicos e na 3º Jornada de Iniciação Científica, 2015, Santos, SP.

AZEVEDO-MARQUES, Paulo Mazzoncini de *et al.* Integração RIS/PACS no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto: uma solução baseada em “web”. *Radiologia Brasileira*, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 37-43, fev. 2005.

BARP, Ediana. *A introdução da radiologia na Bahia: das primeiras lições na Faculdade de Medicina à criação de uma disciplina (1897-1974)*. 2006. Dissertação (Mestrado em História da Ciência) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2006.

BRANDES, Gabriela Irene Garcia *et al.* Impacto da inteligência artificial na escolha de radiologia como especialidade médica por estudantes de medicina da cidade de São Paulo. *Radiologia Brasileira*, São Paulo, v. 53, n. 3, p. 167-170, 2020.

BRETAS, Elisa Almeida Sathler *et al.* Estimativa da produtividade de radiologistas brasileiros: a busca por um padrão de referência. *Radiologia Brasileira*, São Paulo, v. 53, n. 2, p. 73-80, mar./abr. 2020.

- CHEN, Michael Jenwei; NADALIN, Wladimir. Peculiaridades da radioterapia em idosos. *Radiologia Brasileira*, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 324-329. set./out. 2010.
- CRUZ, José Arnaldo S. *et al.* Fatores determinantes para a escolha da especialidade médica no Brasil. *Revista de Medicina*, São Paulo, v. 89, n. 1, p. 32-42, 2010.
- DHONT, Sebastiaan *et al.* The Pathophysiology of ‘Happy’ Hypoxemia in COVID-19. *Respiratory Research*, London, v. 21, n. 1, p. 198, July 2020.
- FERREIRA, Mário de Jesus. *O uso terapêutico dos raios X e da radioatividade na Bahia: uma visão da história da ciência*. 2011. Dissertação (Mestrado em Ensino, Filosofia e História) – Universidade Federal da Bahia, Universidade Estadual de Feira de Santana, das Ciências, Salvador, 2011.
- FRANCISCO, Fabiano Celli *et al.* História da radiologia no Brasil. *Revista da Imagem*, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 63-66, 2006.
- FRIEDMAN, Meyer; FRIEDLAND, Gerald. *As dez maiores descobertas da medicina*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
- GOMES, Phillipe Paulo Araujo Mansur *et al.* Alfredo Thomé de Britto. In: JACOBINA, Ronaldo Ribeiro; MATUTINO, Adriana Reis Brandão; CORREIA, Fernanda Ramos (org.). *Faculdade de Medicina da Bahia: mais de 200 anos de pioneirismo*. Salvador: Edufba, 2015. p. 15-16.
- GÜNALP, Müge *et al.* Ionising Radiation Awareness Among Resident Doctors, Interns, And Radiographers in a University Hospital Emergency Department. *La Radiologia Medica*, Torino, v. 119, n. 6, p. 440-447, June 2014.
- JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. *Presença negra na Faculdade de Medicina da Bahia*. Salvador, 2017.
- KALAF, José Michel. Mamografia: uma história de sucesso e entusiasmos científicos. *Radiologia Brasileira*, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 7-8, ago. 2014.
- LEYTON, Fernando *et al.* Riscos da radiação X e a importância da proteção radiológica na cardiologia intervencionista: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 87-98, 2014.
- LOBO, Luiz Carlos. Inteligência artificial e medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 41, n. 2, p. 185-193, abr./jun. 2017.
- NAVARRO, Marcos Vinícius Teixeira. O radiodiagnóstico na saúde pública. In: NAVARRO, Marcos Vinícius Teixeira. *Risco, radiodiagnóstico e vigilância sanitária*. Salvador: Edufba, 2009. p. 25-30.
- OLIVEIRA, Francisco Xavier. Reminiscências da Guerra de Canudos. *Revista do Instituto Geográfico e Histórico da Bahia*, Salvador, n. 68, p. 102-107, 1942.
- ORAM, Andy. *Peer-to-Peer: Harnessing the Power of Disruptive Technologies*. Sebastopol, CA: O’Reilly, 2001.

PAIVA, Omir Antunes; PREVEDELLO, Luciano M. O potencial impacto da inteligência artificial na radiologia. *Radiologia Brasileira*, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 5-6, set./out. 2017.

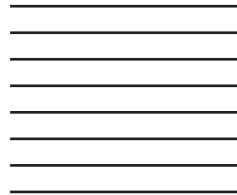
PEREIRA, António Maria Reis. *Estudo do impacto da descoberta dos raios-X e das suas Aplicações Médicas em Portugal*. 2012. Dissertação (Mestrado em Química) – Faculdade de Ciências, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2012.

PREVEDELLO, Luciano M. *et al.* Automated Critical Test Findings Identification and Online Notification System Using Artificial Intelligence in Imaging. *Radiology*, Oak Brook, IL, v. 25, n. 3, p. 923-931, 2017.

REISER, Stanley Joel. The Science of diagnosis: diagnostic technology. *In*: BYNUM, William F.; PORTER, Roy (ed.). *Companion Encyclopedia of The History of Medicine*. London: Routledge, 1997. cap. 36, p. 839-845.

SALVAJOLI, Joao Victor; SOUHAMI, Luis; FARIA, Sérgio Luiz. *Radioterapia em oncologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2013.

SHEFFER, Mário *et al.* *O perfil do médico especialista em radiologia e diagnóstico por imagem no Brasil*. São Paulo: CBR, 2019.



18

HISTÓRIA DA PATOLOGIA NA BAHIA

Allan Botura Brennecke
Aline do Carmo Vieira Argolo
Eunara de Queiroz Carneiro
Inessa Souza Aragão
Italo Pedra Carvalho

INTRODUÇÃO

Neste capítulo, observaremos a Patologia enquanto sujeito histórico, inicialmente como um campo teórico-prático da saúde, ferramenta de compreensão dos fatores patogênicos ao longo da história e, em uma segunda seção contextualizada à Bahia, enquanto parte integrante e diagnóstica da prática médica e de saúde.

Dedicamos integralmente este capítulo em memória e homenagem ao prof. dr. Zilton Andrade, promulgador, inovador e transformador da Patologia nacional, expoente baiano e brasileiro na ciência internacional.

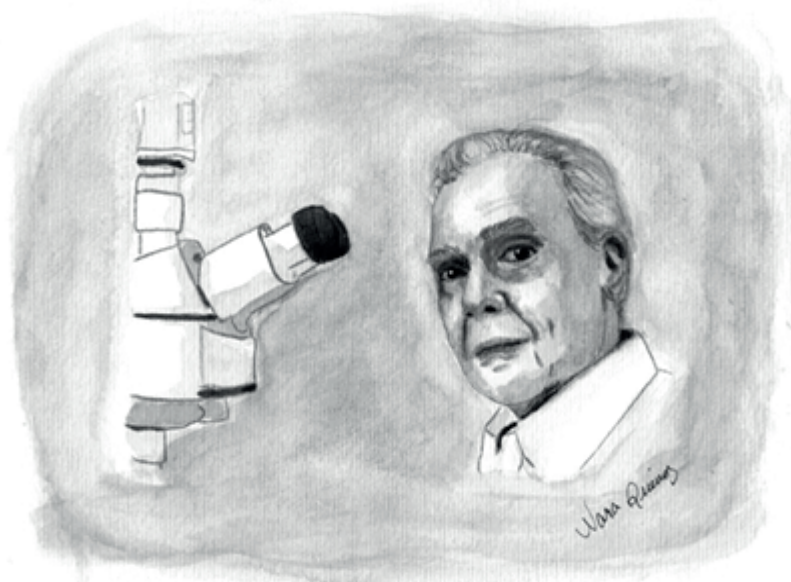


Figura 1 – Pintura do prof. dr. Zilton de Andrade¹
Fonte: Carneiro (2021).

*Legado de um Mestre
Falo de um médico e cientista
Que como poucos se viu
Consolidou a pesquisa
Sobre endemias no Brasil
E sob a história ele incisa
Tornando-se então divisa
Entre o que se via e o que se viu*

*Este ilustre brasileiro
Trouxe grande transformação
No mundo foi pioneiro
Em pesquisa e publicação
Acerca de grandes pragas
Como a doença de Chagas
E seu efeito no coração*

1 Com técnica aquarela, feita especialmente para o livro por Eunara de Queiroz Carneiro, autora do capítulo, em 2021.

*De longe se conhecia
Sua grande notoriedade
Lecionou com maestria
Em muitos deixou saudade
Catedrático da Patologia
Nascido aqui na Bahia
Doutor Zilton Andrade*

(Eunara de Queiroz Carneiro)

A Patologia enquanto ciência encontra-se na história do Pré-Renascimento, enraizada na Medicina, como base e sustentação analítica e conceitual para a compreensão e orientação do olhar clínico perante a doença, algo bem distante do modelo da Patologia moderna como conhecemos hoje, ferramenta diagnóstica e de pesquisa integrante da prática médica. Então, ao falar da Patologia na Antiguidade, é necessário conceituar como é visto o corpo humano *per si* pelo médico, não apenas enquanto médico, mas enquanto ser pertencente a uma era, que, assim como qualquer outro ser, é imbuído de seus valores e costumes. Logo, para se esclarecer a natureza de percepção do processo saúde-doença, é essencial notar o que permeia as noções médicas tanto no âmbito profissional quanto no âmbito cultural, questão presente e relevante ao considerar o assunto independentemente do período histórico.

UMA BREVE INTRODUÇÃO À HISTÓRIA DA PATOLOGIA

Como base da civilização ocidental moderna, o Período Helênico pode ser simbolizado como o pilar do estudo dos processos patológicos e o avanço da Medicina enquanto ciência. A Medicina helênica, tendo em foco a Patologia, pode ser vista sobre a ótica de três principais modelos: a escola hipocrática, a escola anatômica de Alexandria e o modelo galênico. Considerando inicialmente a escola hipocrática, a percepção do processo saúde-doença e seus agentes causadores apresenta um grande distanciamento cultural-científico, ainda carregada de percepções místicas. Uma das creditadas causas patológicas na época, o “miasma” é utilizado e registrado historicamente em amplas e diversas fontes, de forma a significar uma “dívida de sangue”, como uma maldição causada por um ato imoral, antiético ou contra as normas religiosas, como evidenciado por Jouanna (2012, p. 58, tradução nossa):

Em Édipo Rei, miasma significa, em contexto geral das tragédias gregas, uma ‘mancha’ religiosa, principalmente como resultado de assassinatos. O oráculo de Delfos, consultado por Creonte sob ordem de Édipo, respondeu que para acabar com a pestilência, ele precisava livrar do território

o miasma que a causou (97): a mancha de sangue derramado pelo assassinato de Laios (100-107). A tragédia inteira consiste em descobrir que Édipo, o rei da cidade, encarregado de encontrar o assassino, foi o culpado pela mancha.²

Entretanto, a utilização do termo “miasma”, como registrada nos escritos hipocráticos, se refere a um fator causador de doenças, físico e de origem natural, inclusive associado a vapores de material em decomposição e sendo carregado pelo ar. Essa diferença evidencia o distanciamento da causalidade das doenças como causadas pelo descumprimento dos valores morais, éticos, religiosos, míticos e místicos e a adoção de uma percepção ambiental e comportamental dos mecanismos patológicos na percepção clínica da época.

A interpretação fenomenológica das doenças na visão médica hipocrática leva em grande consideração e adota, como um dos cerne de compreensão do processo de saúde-doença, o conceito de regime. O regime pode ser definido como a noção e compreensão da alimentação e as atividades diárias de um indivíduo. Era comum, no período, associar, em suas práticas terapêuticas, a utilização de remédios e recomendações de modificações do regime e, para sua análise correta, era amplamente recomendada a observação minuciosa dos costumes dietéticos e do estilo de vida do paciente.

A percepção da iniciação e continuidade das doenças na escola hipocrática está ligada, além dos fatores citados anteriormente, à teoria dos humores, descrita no tratado *Da natureza do homem*, creditado a Pólibo, genro de Hipócrates, que descreve a existência dos humores, o sangue, a fleuma e as biles amarela e preta, que têm propriedades características, com potencialidade de desencadear doenças caso desestabilizados, cujos desbalanços podem ser causados pelas estações e pela idade, sendo equilibrados por mudanças de regime.

É importante percebermos que a maneira como era pensada o processo de saúde-doença pela concepção da escola hipocrática, hegemônica até aquele momento, era baseada na interpretação empirista dos eventos por uma perspectiva metafísica, porém racional dos achados clínicos. Foi no século III a.C., quando é formada a Escola Anatômica de Alexandria, fundada por Herófilo e Erasítrato, que os estudos anatômicos realmente tomaram espaço na compreensão médica das doenças. Ambos os fundadores realizavam necropsias em humanos e,

2 “In Oedipus Rex, miasma means, as in Greek tragedy more generally, a religious ‘stain’, particularly that which results from spilt blood. Indeed, the oracle at Delphi, consulted by Creon on the order of Oedipus, responded that in order to end the pestilence he needed to dispel from the territory the miasma that caused it (97): the stain of the blood spilt in the murder of Laios (100-107). The entire tragedy consists in discovering that it was Oedipus, the king of the city charged with finding the murderer, who was responsible for this stain”.

possivelmente, em animais de forma analítica, e descreveram de forma minuciosa seus achados, servindo como base para a concepção médica no momento e no futuro. Além da perspectiva anatômica, especularam sobre as ações fisiológicas dos órgãos, principalmente sobre o funcionamento da circulação sanguínea e o sistema nervoso, utilizando o modelo hipocrático dos quatro humores como base. É historiografado por diversos autores do período terem sido praticadas vivissecções em criminosos pela escola, tanto por contrários à prática como Tertuliano e Celso, quanto por fontes positivas como Galeno, o que abre margem especulativa sobre essas ações.

Sobre o que não existe dúvida é a importância da escola para o desenvolvimento da Medicina no período, tornando-se a escola de pensamento hegemônica no Período Pós-Hipocrático. Infelizmente, as obras da Escola Anatômica de Alexandria foram perdidas pela história e sobreviveu apenas registradas e parafraseadas por mãos alheias, e ganhou destaque por tornar-se uma das bases para as formulações do maior médico do Império Romano, Galeno.

Galeno (129-217 d.C.), sem dúvida, foi a maior autoridade médica durante séculos e o maior expoente da Escola Médica Helênica. Construiu, ao longo de sua vida, uma imensa bibliografia conhecida hoje como “corpo galênico”, que serviu como um dos pilares da Medicina até o século XVI. Ele deu continuidade aos conceitos da Escola Hipocrática e seguiu a corrente deixada por Herófilo e Erasístrato, embora vivendo em uma Grécia dominada por Roma fosse impossibilitado de fazer necropsias em humanos, isso não o impediu de continuar seus estudos mesmo que por meio de vivissecções e necropsias em animais. Formulou teorias sobre o funcionamento de diversos sistemas, como o renal, digestivo e respiratório, descreveu minuciosamente a anatomia muscular e as suas relações funcionais, tanto voluntariamente quanto autonomicamente, identificou diversos nervos quanto à função, revolucionou a compreensão do sistema cardiovascular na sua época e caracterizou tumores benignos e malignos.

Em sua obra, Galeno analisa a literatura dos grandes expoentes médicos de sua época e, inconscientemente, protege e salvaguarda, até os dias de hoje, os textos há muito perdidos dos médicos da Antiguidade. O grande papel de sua obra foi o aprofundamento e a continuidade de dados para a compreensão anatomopatológica iniciada pela Escola Anatômica de Alexandria sobre a visão dos modelos clínicos e fisiológicos hipocráticos, ambos sobre uma nova mentalidade racional, científica e crítica advinda de princípios platônicos e aristotélicos, chegando aos limites técnicos de sua época, como conclui Stülp e Mansur (2019, p. 169): “Galeno extrai e modificou o conhecimento de acordo com suas vivências e produziu uma síntese coerente da anatomia e da fisiologia tendo como cerne a filosofia”.

A obra de Galeno, apoiada e amparada pela cátedra acadêmica, política e religiosa, seguiu inquestionada por quase 15 séculos e, nesse contexto, Andreas Vesalius (1514-1564) surge no século XVI como grande reformador da Anatomia e da Medicina. Em 1543, publica o tratado *De humani corporis fabrica* que viria a consagrá-lo mais tarde como o Pai da Anatomia Moderna. A obra, a primeira apoiada na dissecação de cadáveres humanos, aponta vários erros no trabalho de Galeno, que podem ser creditados ao uso do modelo animal como base, incluindo a estrutura do coração, o trajeto de vasos sanguíneos, a topografia de fígado, ducto biliar e útero, bem como muitos outros aspectos da Anatomia. Lança, assim, as bases cirúrgicas da Medicina. Obviamente, a reforma de Vesalius não foi recebida sem resistências de seus contemporâneos. Muito criticado, chegou a abandonar a cátedra e teve seu reconhecimento, bastante tardiamente, como um dos médicos mais notáveis da história. (AGUIAR, 2010)

Foi com Willian Harvey (1578-1657), contudo, que a Anatomia passa a ser complementada pela Fisiologia. Apoiado nos trabalhos de seu professor, Fabrizio de Acquapendente, Harvey desenvolve uma descrição completa do fenômeno da circulação do sangue em direção ao coração na obra *Estudo anatômico do movimento do coração e do sangue nos animais* (1628). Ele implementou o conceito de uma rede interligada de vasos na qual a interrupção do fluxo, por obstrução ou secção de vasos importantes, pode levar à morte do animal. Além disso, procurou explicar a conexão entre artérias e veias por meio de pequenos vasos comunicantes, ainda que não tenha comprovado a existência de capilares, uma vez que o microscópio, até então, não havia sido desenvolvido. Seu grande legado histórico para o corpo de conhecimento médico foi a noção de que cada órgão tem uma função e guarda uma relação com os outros. Ademais, seus achados permitiram a conclusão lógica da possibilidade de injetar medicamentos por via intravenosa e da hemotransfusão. (AGUIAR, 2010)

Esse curso histórico preparou terreno para surgimento da Anatomia Patológica, que ocorre com Giovanni Batista Morgagni (1682-1771). Morgagni, pela primeira vez, fez a relação entre a origem das doenças a partir das alterações encontradas nos órgãos doentes e as manifestações clínicas das respectivas patologias. Defendia a importância das necropsias e que estas fossem realizadas por profissionais munidos de grande conhecimento de Anatomia normal e da detalhada história clínica do paciente. (AGUIAR, 2010)

Rudolph Virchow (1821-1902), nascido na Polônia e estabelecido na Alemanha, é conhecido como o Pai da Patologia moderna e da Medicina Social. Suas contribuições à área da saúde, tanto no âmbito da ciência quanto da política, variaram em amplitude e profundidade, passando pela fundação da revista *Arquivos de Anatomia Patológica*, em 1847, até o recebimento de uma medalha de ouro,

aos seus 80 anos, pelo imperador alemão em reconhecimento a sua contribuição à Medicina e à ciência. (AGUIAR, 2010)

Contudo, foi com sua doutrina da Patologia Celular, descrita ela pela primeira vez em 1858, que Virchow colocou novas lentes sobre o conceito de doença e, com efeito, firmou as bases da Anatomopatologia. Para Virchow, no estudo de estruturas vivas, a aparência microscópica de células se modifica profundamente com a doença. Em vista disso, dizia que o local da doença deveria ser procurado na célula, uma vez que as alterações macroscópicas e microscópicas do organismo eram consequências da reação dessas células acometidas às causas de cada doença. Baseado nisso, afirmou que o organismo ficaria doente desde um estágio subclínico, em que ainda não apareceriam sinais e sintomas da doença, até o estágio clínico, no qual manifestações clínicas da enfermidade já estariam presentes. (AGUIAR, 2010) Embora hoje esses conceitos possam parecer básicos, essa mudança de paradigma, para a época, foi uma enorme contribuição por estimular o uso de microscópios e o pensar a doença em nível celular, o que permitiu encontrar soluções mais substanciais para problemas médicos. Além disso, fez uma oposição direta a então prevalente teoria humoral.

Se Virchow deu início à Patologia Moderna, encorajando, por meio da microscopia óptica, a análise histopatológica das alterações morfofuncionais da célula como determinante para o entendimento da origem de processos mórbidos, os avanços posteriores da Bioquímica, da Biologia Celular e da Microscopia Eletrônica possibilitaram, e ainda ensinam, a passagem da Patologia para o nível molecular. Assim, a Patologia passa de uma fase celular, do século XIX, para uma fase dita ultracelular, a qual transpassa o século XX e ainda prossegue avançando pelo século XXI. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA, 2016)

Por meio desses avanços surge a Imunohistopatologia, área que ascende como complementar da Histopatologia e que, como o nome sugere, utiliza procedimentos e técnicas imunológicas para identificar seletivamente antígenos (proteínas) em células ou tecidos alvos por meio da ligação de anticorpos específicos a essas proteínas. (TITFORD, 2006) Ao refinar a seletividade da ligação entre um anticorpo e uma proteína alvo – por exemplo, moléculas de proliferação celular, tais como aquelas encontradas em células tumorais –, a detecção de células anormais passa a ter um enorme ganho de precisão, o qual pode ser usado para diagnóstico e, em alguns casos, até para tratamento. Do mesmo modo, essas técnicas imunohistoquímicas também ganharam ampla utilização na pesquisa básica para o entendimento da distribuição e localização de biomarcadores e diferenciação da expressão de proteínas em diferentes tecidos biológicos. (WHITESIDE; MUNGLANI, 1998) Abre-se, assim, um campo bastante promissor de pesquisa e futuras aplicações que têm pautado o desenvolvimento da recém-chamada

Medicina de Precisão. Assim, conclui-se o breve resumo introdutório sobre a história da Patologia, desde o Período Helênico, prosseguindo até o século XXI. Na segunda porção deste capítulo, trataremos sobre a Patologia, sua prática e o seu ensino em meio ao contexto baiano.

O PRIMEIRO E SEGUNDO CENTENÁRIO

A Anatomia Patológica, apesar de formalmente mencionada como cadeira de Anatomia Geral e Patológica, em 1854, na obra *Primeira memória histórica da Faculdade de Medicina da Bahia*, de autoria de Malaquias Alves dos Santos, já podia ser percebida como disciplina, pela observância de suas características fundamentais, desde a inauguração da faculdade em 1808. (SANTOS, 1854) Nesse primeiro momento (1808-1815), o ensino era limitado aos aspectos teóricos da anatomia humana, sobretudo pelo vasto material produzido na Europa por meio da prática de dissecações de cadáveres em busca das causas das doenças. Assim, após concluir o curso, muitos alunos buscavam complementação dos estudos na Europa. (ANDRADE; ANDRADE, 2007)

Com a Primeira Reforma de Ensino Médico baiano em 1815, o curso de Medicina passou de quatro para cinco anos de duração e houve ampliação do corpo docente e das cadeiras. Assim, o curso de Medicina contava com as seguintes matérias: Anatomia, Fisiologia, Higiene, Terapêutica, Obstetrícia, Etiologia, Patologia, Cirurgia e Operações, além da Química-Farmacêutica. Ademais, as atividades foram transferidas para a Santa Casa da Misericórdia da Bahia, onde havia cadáveres disponíveis para as dissecações e necropsias, apesar da precária infraestrutura que contava com apenas três salas pequenas e mal iluminadas para as análises patológicas. O primeiro enfoque da época era o estudo morfológico que, orientado pelo ensino alemão, visava observar os tecidos e as modificações que as doenças lhes causavam. Havia, então, um rico acervo descritivo, que buscava registrar as modificações estruturais de maneira precisa, metódica e detalhada. (ANDRADE; ANDRADE, 2007; BRITTO, 2003; NEVES, 2008)

No ano de 1832, houve uma Segunda Reforma do Ensino que mudou a denominação de Colégio ou Academia Médico Cirúrgica para Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), ampliou a duração do curso para seis anos, contando com 14 cadeiras, dentre as quais havia cadeiras de Patologia Externa, Patologia Interna e Patologia Geral. Essa reforma ampliou os direitos e a autonomia administrativa dos professores a fim de conferir o título de médico formado. Porém, havia, na época, uma insatisfação pela maior parte do ensino da Patologia ser de fonte unicamente teórica, o que se atribuía em parte à infraestrutura e em parte à falta de interesse do corpo docente em explorar as práticas, tornando o estudo limitado

à leitura de compêndios. Ademais, os professores de Patologia não faziam cursos especiais na área, as aulas podiam ser ministradas por clínicos ou cirurgiões e, em muitos casos, se limitavam a ler livros-texto. (ANDRADE; ANDRADE, 2007; BRITO, 2003; NEVES, 2008)

Nesse cenário, aliado à escassez de registros de imagem, o conteúdo era produzido em forma de relatórios extensos, com descrições detalhadas e com linguagem técnica e prolixa que tornavam as aulas tediosas e desinteressantes para os alunos. Apenas em 1881, o microscópio começou a ser utilizado em sala de aula, quando o dr. Pacífico Pereira trouxe o equipamento da Europa e o inaugurou num curso livre de Histologia e Anatomia Patológica, possibilitando que os discentes utilizassem o microscópio posto sobre rodas em um trilho que deslizava de mesa em mesa durante as aulas. (ANDRADE; ANDRADE, 2007)

Apesar da iniciativa supracitada, geralmente não se vislumbrava muitos esforços por parte dos professores com fins de auto aperfeiçoamento técnico, pois estes se limitavam a estar presentes apenas no momento de ministrarem suas aulas, não despendendo um estudo pessoal com a utilização dos laboratórios disponíveis, o que, por consequência, causava certo desinteresse dos alunos. Tal circunstância fez com que a Patologia se tornasse, naquele momento, algo distante da prática médica. Por outro lado, a especialidade era, para o meio acadêmico, um instrumento de pesquisa sobre o efeito das doenças, cuja prática era respeitada com tal prudência que sua comunicação junto às demais áreas da Medicina era feita por meio de laudos descritivos compostos de extenso relatório, compreensível apenas para pessoas com treinamento técnico específico para tanto. Porém, por conta dessa mesma linguagem difícil, apesar de não haver dúvida de sua importância, os médicos à época não consideravam tais informações como sendo relevantes para sua área de atuação prática, servindo, em grande parte, para acompanhamento de publicações científicas que, em geral, não traziam o nome do patologista em seu bojo científico. (ANDRADE; ANDRADE, 2007)

Apesar de muito requisitados para contribuir com os trabalhos científicos por terem maior domínio na área do que os colegas, os patologistas eram pessoas reclusas em seu laboratório com sua linguagem difícil. Tal linguagem, diferente da dos demais, causava certa turbulência e desconforto entre os patologistas e os médicos das demais áreas da Medicina. Nos trabalhos publicados antes do século XX, era comum um conteúdo clínico com uma citação patológica no rodapé, sem muita conexão com a morfologia apresentada, ao tempo que se o trabalho era feito por um patologista, a parte clínica se limitava à descrição literal da ficha médica, baseada apenas nos protocolos. (ANDRADE; ANDRADE, 2007)

Nesse contexto histórico, é *mister* destacar nomes que contribuíram de forma contundente para o avanço da Patologia na Bahia, como o dr. Otto Edward

Henry Wücherer, formado em 1841 pela Faculdade de Medicina de Tübingen, na Alemanha, que retornou à Bahia por volta de 1843, tornando-se um dos pioneiros da Medicina experimental e, juntamente com o dr. John Paterson e Francisco Silva Lima, bem como os professores da FMB Antônio José Alves (Cirurgia), Antônio Januário de Faria (Clínica Médica) e os médicos Manuel Maria Pires Caldas e Ludgero Rodrigues Ferreira fundaram a Escola Tropicalista da Bahia e a *Gazeta Médica da Bahia* (GMB). A GMB, inclusive, era composta por muitos docentes da FMB e pelo estudante Pacífico Pereira, que, mais tarde, também se tornou professor da faculdade. Em seu trabalho, Wücherer demonstrou, por exemplo, por meio de necropsias, que a hipoxemia intertropical, também conhecida como cansaço, estava relacionada à ancilostomíase, alertando à comunidade científica da época a necessidade de uma política social e sanitária. (JACOBINA; CHAVES; BARROS, 2008; LIRA-DA-SILVA, 2009)

Inspirado pelos avanços iniciados nesse período, o dr. Pirajá da Silva, que foi professor assistente da primeira cadeira de Clínica Médica em 1902, enquanto pesquisador, fez observações contundentes para a Patologia, além de avanços na pesquisa sobre a esquistossomose, o *Schistosoma mansoni* e a sífilis, apesar das condições muito precárias e contando apenas com um microscópio simples para suas análises. (MUSEU INTERATIVO DA SAÚDE NA BAHIA, [200-]b; REZENDE, 2009)

Com a Reforma de Saboia, como ficou conhecida a Reforma do Ensino, proposta por Cândido Figueira de Sabóia em 1879, foi criada uma cadeira propriamente dita de Anatomia Patológica em 1882, tendo como primeiro professor catedrático de Anatomia Patológica e Fisiologia o dr. Antônio Pacheco Mendes, após aprovação em concurso, tendo ele seguido para a carreira política um tempo depois. Com isso, deixou como sucessor o dr. Augusto César Viana entre 1891 e 1901. Com o início do segundo centenário da FMB, o dr. Guilherme Pereira Rebelo assumiu a cadeira de Anatomia Patológica entre 1901 e 1916, sendo sucedido pelo dr. Mário Andréa dos Santos entre 1916 e 1925. É importante mencionar a atuação do prof. Andréa, como autor do livro *Patologia Geral*, por ser considerado o primeiro docente a fazer a prática da Patologia Diagnóstica na FMB. (ANDRADE; ANDRADE, 2007)

Nesse contexto, temos ainda a primeira participação de um professor da FMB, o dr. Leôncio Pinto, em um curso com características semelhantes a uma especialização em Anatomia Patológica, no Instituto Pasteur, sob a direção do prof. Claude L. Pierre Masson. Doutor Pinto, ao retornar ao Brasil, tornou-se regente da cadeira de Histologia em 1917, passando a ser professor de Anatomia e Fisiologia Patológicas em 1925 e catedrático em 1931, permanecendo na direção da cadeira de Patologia até 1945. (ANDRADE; ANDRADE, 2007)

Nesse período, o prof. Pinto enfrentou condições precárias, como falta de equipamentos e pessoal sem qualificação, além de diversos conflitos com outros professores. Após o seu falecimento em 1945, foi sucedido pelo dr. José Coelho dos

Santos, aprovado em concurso para professor catedrático em 1950. Assim como Pinto, José Coelho trabalhava isolado, fato que – associado à sua didática considerada tradicional, retornando ao outrora criticado modelo teórico – rendia um alto índice de reprovação na disciplina. Esses fatos resultaram em constante atrito que culminou em greves estudantis na década de 1950. As paralisações contribuíram para a reformulação das aulas de Anatomia Patológica, que passaram a ser teórico-práticas. (ANDRADE; ANDRADE, 2007; MUSEU INTERATIVO DA SAÚDE NA BAHIA, [200-]a, [200-]b; NEVES, 2008; TEIXEIRA, 1999)

Um fato privilegiado para a Patologia na Bahia foi a inauguração do Hospital das Clínicas em 1949, que, posteriormente, se tornaria o Hospital Universitário Professor Edgard Santos (Hupes), entregando à região metropolitana de Salvador um moderno aparato médico com infraestrutura de última geração, salas de necropsia, geladeiras para seis cadáveres, laboratório de técnica histológica e microtomia por congelamento. Porém, devido ao comportamento conflituoso do prof. Coelho, o reitor Edgard Santos lhe negou a chefia do Serviço de Patologia do recém-inaugurado hospital, que foi concedida ao prof. italiano Raphaelle Stigliani, que permaneceu no cargo por pouco mais de um ano, sendo substituído por Franz von Lichtenberg e mais dois colaboradores, Clarival do Prado Valadares e Jorge P. Studart. Apesar do seu pouco tempo no cargo, Lichtenberg tornou a Patologia mais dinâmica, realizando sessões anátomo-clínicas – um marco para a época – que permitiam a realização de correlações essenciais para a obtenção de conclusões diagnósticas, decisões terapêuticas e para o intercâmbio de informações científicas, aproximando-se da Patologia praticada nos Estados Unidos (EUA). Após sua saída, o prof. Zilton A. Andrade, que, em 1953, retornava de uma Residência em Patologia na Universidade de Tulane, em Nova Orleans, foi convidado a se juntar ao Serviço de Patologia do Hospital das Clínicas, junto a Valadares e Studart, e mais tarde ao dr. Anibal Muniz Silvany Filho. (ANDRADE; ANDRADE, 2007) O Serviço de Patologia se destacava com um bom processamento e revisão de peças das necropsias, além das sessões anátomo-clínicas, revisões de Patologia Cirúrgica e da intensificação do uso de biópsias e exames citológicos. (ANDRADE; ANDRADE, 2007; NEVES, 2008)

Nesse período, porém, a cadeira de Anatomia Patológica da faculdade permanecia isolada no Terreiro de Jesus e o Serviço de Patologia era vinculado apenas à direção do Hospital das Clínicas. Enquanto o primeiro carecia de material de estudo, o segundo mantinha um abundante acervo de rotina sem responsabilidade de ensino. Na observância desse entrave, a solução encontrada foi a criação de um curso equiparado de Anatomia Patológica ministrado pelo prof. Silvany Filho. (ANDRADE; ANDRADE, 2007)

Em 1958, a Patologia ganhou sobrevida através da sua participação no recém-implementado Programa de Residência em Clínica Médica, sob a direção dos professores Roberto Santos e Heonir Rocha e o apoio da Fundação Kellogg, uma entidade filantrópica que tem como uma de suas prioridades o desenvolvimento das profissões da saúde. Esse cenário de novas oportunidades despertou o interesse dos estudantes atraídos para trabalhar no Serviço de Patologia, possibilitando tal formação com a possibilidade de extensão dos estudos nos EUA por meio do convênio com o Programa de Estímulo à Residência, que tinha a Fundação Kellogg como patrocinadora. (ANDRADE; ANDRADE, 2007)

Andrade e Andrade (2007) destacam que o Programa de Residência Médica em Patologia da FMB da Universidade Federal da Bahia (UFBA) tem início na década de 1960, em um primeiro momento de forma extraoficial, sendo oficializado logo depois. De acordo com o autor, tratava-se de um programa de treinamento excelente, cujos resultados eram compartilhados com empolgação em congressos da área, despertando o interesse pela formação em candidatos de diversos estados brasileiros e, inclusive, de outros países, que vieram à Bahia em busca da Residência em Patologia. (ANDRADE; ANDRADE, 2007)

Conforme apontado anteriormente, desde a década de 1950, havia uma divisão entre o trabalho realizado pelos professores no curso de Medicina da UFBA e as funções executadas pelo grupo de patologistas que desenvolviam sua função no Hospital das Clínicas. A partir de 1960, como já havia ocorrido anteriormente, merece destaque a realização de atividades didáticas no curso de Medicina pelos profissionais que atuavam no hospital através da oferta de um curso equiparado para pequenos grupos de alunos da graduação, dessa vez ministrado por Zilton Andrade. (ANDRADE; ANDRADE, 2007)

Em 1963, uma greve estudantil que questionava a forma de atuação do responsável pela disciplina de Anatomia Patológica, prof. José Coelho dos Santos, resultou na indicação do referido professor à chefia do Serviço de Patologia no hospital, já que o docente argumentava que seu curso tinha problemas pela falta de acesso ao Hupes. O prof. Coelho dos Santos assumiu também o monopólio do curso e permitiu unicamente a participação do dr. Mário Caymmi Gomes nas aulas para os estudantes. Em 1964, ao constatarem que nada havia mudado na prática do professor responsável pelo ensino da Patologia, os estudantes descontentes questionaram, uma vez mais, a didática do prof. Coelho dos Santos em outra greve estudantil. Esse fato acabou provocando a remoção do professor do Serviço de Patologia da instituição às vésperas do golpe militar. (ANDRADE; ANDRADE, 2007)

Corroborando essa afirmação, Teixeira (2001) destaca que os problemas estruturais registrados na disciplina Anatomia Patológica se relacionavam, especialmente,

à personalidade dos professores Leônicio Pinto e José Coelho dos Santos, que acabavam provocando frequentes desavenças com os discentes e com a direção da faculdade, além de uma série de irregularidades na prática docente dos referidos professores.

Em face disso, após a regência da disciplina ser atribuída ao prof. Zilton Andrade, as distorções foram corrigidas, houve a transferência de parte das atividades para o Hospital das Clínicas e iniciou-se um período de grandes transformações, tornando a área de Patologia uma das mais produtivas, tanto no âmbito do ensino quanto no que se refere às pesquisas, que originaram “numerosas publicações de apreciável nível, fruto do bom trabalho que lá se fazia”. (JACOBINA, 2020; TEIXEIRA, 2001)

Ainda na década de 1960, foi realizada nova reforma do ensino médico, havendo uma divisão que estabelecia a realização do ensino de Patologia através de uma dinâmica que contemplava os processos gerais na cadeira de Patologia Geral, ao passo que a patologia de órgãos e sistemas deveria ser atendida nas cadeiras de Clínica e Cirurgia, respectivamente, através de sessões anátomo-clínicas. (ANDRADE; ANDRADE, 2007) No contexto dessa reforma, a área de Patologia Geral veio a se tornar um Departamento do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) que já contava com quatro pessoas.

É importante destacar que, quando da criação do referido departamento, os 11 patologistas do hospital não foram aceitos pelo grupo de profissionais do ICS e, assim, em meio aos conflitos entre os docentes e a necessidade de se estabelecer um único departamento que contemplasse todos os envolvidos, foi criado o Departamento de Anatomia Patológica e Medicina Legal em 1970, que absorveria todos os patologistas do hospital. (ANDRADE; ANDRADE, 2007)

Andrade e Andrade (2007) salientam, ainda, que a Patologia Geral na FMB não estava dentro do escopo que tradicionalmente compreende os estudos teóricos relacionados aos processos gerais de Patologia, e sua parte prática se relacionava aos conhecimentos de laboratório clínico.

Em 1973, foi criado o Programa de Pós-Graduação em Patologia em nível de mestrado, o que atraiu um contingente maior de interessados na formação ofertada na FMB. É nesse contexto que foi estabelecido um intercâmbio entre o Instituto Pasteur de Lyon, na França, representado pelo prof. Jean-Alexis Grimaud e a FMB, o que possibilitou a vinda de professores franceses para Salvador, ao mesmo tempo em que permitiu a ida de patologistas baianos para a França. (ANDRADE; ANDRADE, 2007)

Foi um período de grande efervescência acadêmica na pesquisa em Patologia, tornando necessária sua ampliação, tendo em vista que as instalações do Serviço de Anatomia Patológica não comportavam mais o crescimento das atividades e

o número de pesquisadores que circulavam nesse espaço. Assim, de acordo com Andrade e Andrade (2007), em 1974, todo o corpo de pesquisadores, pessoal administrativo e de manutenção que estava associado ao Serviço de Anatomia Patológica do Hospital das Clínicas, bem como os que estavam ligados às atividades de pesquisa experimental e de Pós-Graduação, assim como seus equipamentos, foram transferidos para instalações dentro do *campus* que, até então, estavam sendo utilizadas pela Petrobrás. É importante ressaltar que, de acordo com Andrade e Andrade (2007), esses equipamentos foram posteriormente transferidos para o Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz, localizado na Rua Waldemar Falcão, nº 121, no bairro de Brotas, criado em 1979 através de convênio firmado entre a Fundação Oswaldo Cruz, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia e a Reitoria da UFBA.

O desenvolvimento da Patologia em nível mundial demandava o estabelecimento de um processo de formação de pessoal para atendimento a novas áreas de pesquisa, como a Imunopatologia e, desse modo, patologistas que já tinham formação em nível de residência e mestrado, como Moysés Sadigursky, Henrique L. Lenzi e Manoel Barral-Netto, estes que foram incentivados a cursar a especialização em Imunologia no exterior. (ANDRADE, 2007; ANDRADE; ANDRADE, 2007)

Outra informação relevante sobre esse período, de acordo com Andrade e Andrade (2007), foi o fato da consolidação do curso de mestrado em Patologia ter impulsionado as atividades de pesquisa de tal maneira que, em 20 anos de existência, 47 trabalhos foram concluídos, sendo 43 deles em nível de mestrado e outros quatro relacionados ao curso de doutorado, implantado no ano de 1989.

Nessa perspectiva, conforme afirma Teixeira (2001), o prof. Zilton Andrade produziu pesquisas em grande número e de grande qualidade que abordavam os problemas relacionados às principais endemias do país a partir da perspectiva da Patologia, tornando-o conhecido internacionalmente. O autor destaca que o trabalho de Andrade impulsionou ainda as pesquisas e publicações de outros patologistas importantes, a exemplo de Achiléa Bittencourt, Sonia Andrade e Sérgio Santana.

As pesquisas do prof. Zilton ampliaram o conhecimento da Patologia das doenças parasitárias endêmicas. O professor analisou, em sua tese para professor titular, cortes seriados para estudar o sistema de condução do coração na doença de Chagas, pesquisa essa que até hoje é referência de correlação anatomopatológica. Em um dos seus trabalhos sobre *Schistosoma mansoni*, com colaboração de Kenneth Warren, estabeleceu um novo modelo experimental acerca dos mecanismos envolvidos na modulação imunológica em camundongos. Essa fase da Patologia na Bahia revolucionou o ensino, a pesquisa e a prestação de serviço de forma a se tornar um elo essencial entre a pré-clínica e a clínica dos cursos de Medicina. (MUSEU INTERATIVO DA SAÚDE NA BAHIA, [200-]b)

Por outro lado, o período empolgante de expansão do curso se estendeu até meados dos anos 1980, quando uma crise geral atingiu o Hospital das Clínicas e a universidade de forma a impactar profundamente as atividades do setor de Patologia, com redução do número de necropsias, escassez de peças cirúrgicas, além dos baixos salários e a inflação crescente que impedia a continuidade do regime de tempo integral. (ANDRADE, 2007)

Nesse contexto, poucos jovens se interessavam em seguir a Residência Médica em Patologia e, conseqüentemente, o mestrado, que exigia a residência como pré-requisito. Assim, ambos sentiram o impacto na redução drástica do número de candidatos. Com o passar do tempo, esse momento abundante foi corroído pela estagnação e decadência da especialidade. (TEIXEIRA, 2001)

A IMPORTÂNCIA DO CENTRO DE PESQUISAS GONÇALO MONIZ PARA A PATOLOGIA DA BAHIA

A Fundação Gonçalo Moniz, que precedeu a criação do Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz, foi criada na década de 1950, com a finalidade de impulsionar a pesquisa científica na Bahia, além de ofertar um Laboratório Central de Saúde Pública cujo objetivo era a realização de análises clínicas e a oferta de soros e vacinas. (ANDRADE; 2007; SHERLOCK, 1997) Andrade (2007) destaca que a ênfase da proposta de criação da fundação era direcionada à formação de pesquisadores e ao treinamento de estudantes, e é nesse contexto que é criado o Laboratório de Anatomia Patológica, voltado à realização de pesquisa e diagnósticos, tendo Zilton Andrade como o primeiro patologista da instituição. Tendo em vista seu histórico profissional e a enorme contribuição para a Patologia baiana, o prof. Zilton Andrade assumiu a direção da instituição. (ANDRADE, 2007)

Zilton Andrade trouxe consigo a equipe do Laboratório de Anatomia Patológica do Hospital das Clínicas, cujo envolvimento em pesquisa era de grande relevância, e alocou no centro de pesquisa a Pós-Graduação em Patologia Humana da FMB-UFBA. Restabelecendo a estrutura que havia na década de 1960 na fundação, o professor reativou os Laboratórios de Chagas Experimental, Esquistossomose e Imunologia. (ANDRADE, 2007; ANDRADE; ANDRADE, 2007)

Andrade (2007) destaca que, na seqüência, os laboratórios foram ampliados, fomentando um espaço de produção de conhecimento profícuo, consolidando-se como um centro de formação de pesquisadores nos diversos níveis da pesquisa médica e acadêmica, abrangendo desde alunos e estagiários de iniciação científica e bolsistas de apoio técnico até estudantes de nível médio e superior, incluindo mestrandos e doutorandos, além de pesquisadores associados.

Atualmente, existem diversos grupos de pesquisa distribuídos nos laboratórios, cujo impacto na publicação de estudos nas diversas áreas de conhecimento, tanto clínico-laboratoriais quanto experimentais, epidemiológicos e na área da Patologia Experimental e Imunopatologia, têm contribuído de forma significativa na produção de conhecimento, bem como no atendimento às demandas sociais na área de saúde. (INSTITUTO GONÇALO MONIZ, [200-])

Como se pode constatar ao discorrer sobre a história da Patologia na Bahia, no geral, e na UFBA, especificamente, a contribuição do prof. Zilton Andrade foi essencial para o desenvolvimento da especialidade e para a consolidação do sucesso da cadeira no curso de Medicina da UFBA. A atuação do professor no âmbito da Patologia baiana aliou seu caráter de liderança à competência técnica, assim como às suas habilidades como gestor e à sua prática política. Zilton Andrade foi um visionário e um trabalhador incansável no processo de fortalecimento da área de Patologia e da pesquisa no âmbito das doenças parasitárias endêmicas, podendo-se afirmar que seu legado se aproxima da imagem de Rudolf Virchow, cuja prática profissional trouxe imensa colaboração para a sociedade.

ENTREVISTAS

O objetivo desta seção é apresentar a experiência pessoal de professores que viveram a história da Patologia baiana, a fim de demarcar, nesses relatos, momentos que reforçam a relevância da área no contexto da Medicina em geral e especialmente da Medicina regional. Participaram das entrevistas dois docentes da FMB-UFBA e o instrumento de coleta utilizado foi a entrevista semiestruturada, com apoio de um roteiro que continha questões que abrangiam aspectos relativos ao ensino teórico e ao ensino da prática dessa área de formação.

As entrevistas tiveram duração média de uma hora, foram realizadas individualmente através do Google Meet no dia 28 de julho de 2021, sendo, posteriormente, transcritas na íntegra e submetidas à análise a fim de selecionar os trechos mais relevantes para o contexto dessa publicação. Os entrevistados foram o prof. dr. Mitermayer Galvão dos Reis e a profa. dra. Iguaracyra Barreto de Oliveira Araújo.

Quando perguntado sobre as especificidades do ensino de Patologia no seu período de estudante de graduação, o prof. Mitermayer Reis destaca inicialmente que era aluno da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) e que, nessa instituição, o ensino de Patologia Geral – equivalente a Patologia I ministrada na FMB-UFBA –, liderado pelo prof. Hélio Ramos, dava ênfase às questões conceituais e à Hematologia, que era a especialidade do docente. Do mesmo modo, a disciplina denominada Anatomia Patológica – equivalente à Patologia II na FMB –

ministrada pelo prof. José Marinho Falcão, tinha um escopo voltado ao resgate da história da Patologia e, portanto, com pouca ênfase na Patologia aplicada.

O professor destaca que, antes de cursar as disciplinas de Patologia em 1976, se interessou pela especialidade da Anatomia Patológica por influência do prof. Moisés Teles, docente na EBMSP e na UFBA, que, embora lecionasse Histologia, era patologista.

O prof. Mitermayer aponta que tinha contato com estudantes do curso de Medicina da UFBA e, ao comentar sua frustração por não estar tendo acesso a um bom ensino de Patologia, soube através desses colegas que na federal “o curso de patologia era fantástico”, especialmente porque era coordenado pelo prof. Zilton Andrade, considerado como um “professor magnífico”. Nesse contexto, o prof. Mitermayer ressalta ao falar do professor Zilton:

[...] meu grande mestre, que influenciou em toda minha vida daí pra frente na Patologia, como referência como patologista, referência como pesquisador, como médico e... e também como cidadão. E foi meu orientador de mestrado, doutorado, e com o qual eu tive o privilégio de trabalhar muito com ele, e ter tido o privilégio depois de ter sido chefe dele quando eu me tornei diretor da Fiocruz.

Mitermayer afirma que, certo dia, adentrou o auditório do Hospital das Clínicas onde ocorriam as aulas ministradas pelo prof. Zilton e se encantou com a didática do chefe da disciplina que, baseado em uma situação real, apresentou um caso de inflamação aguda de forma detalhada, apontando todos os elementos que permitiriam identificar as características clínicas e anatomopatológicas do processo inflamatório.

É a partir desse momento que o prof. Mitermayer passa a participar continuamente das atividades desenvolvidas na UFBA, pois percebeu que, em se tratando de Patologia, a instituição oferecia uma formação mais completa e próxima do ideal, de acordo com suas expectativas, com um intenso processo de formação inclusive na área da pesquisa:

Então, eu fui frequentando o serviço e ali uma outra coisa me veio, eu disse ‘poxa, diferente do meu ensino na Bahiana, onde eu tinha grandes professores em outras disciplinas, em Patologia aqui é o local’. E aí eu tomei conhecimento, à época, que os indivíduos que mais publicavam artigos científicos eram os professores com dedicação exclusiva. Você chegava no serviço e sempre encontrava nas salas e reuniões os professores Aristides Queiroz, Achiléa Bittencourt, Edilson Brito, Francisco Roters, Jorge Studart, Leila Siqueira, Marco Antônio, Mário Caymmi, Moyses Sadigursky, Sérgio Santana, Silene Roters, Sonia Andrade e Zilton Andrade, com os residentes todos presentes, entende? Era uma coisa muito viva, realmente muito intensa.

É nesse contexto que o professor se aproxima ainda mais da Patologia da UFBA ao decidir se matricular em um curso de férias, com duração de três meses, no qual parte da metodologia contemplava que o cursista acompanhasse os internos e residentes nos exames de biopsias, peças anatômicas e na realização de necropsias. Na sequência, ao optar pelo internato em Patologia, Mitermayer afirma que, por um lado, foi bom para a formação em Patologia, mas teve um prejuízo na sua formação por não passar por outras especialidades clínicas e cirúrgicas. Porém, destaca que a metodologia e a didática do prof. Zilton Andrade demandavam que o estudante buscasse compreender os aspectos clínicos relacionados ao caso em estudo e, para tanto, deveria ler o prontuário do paciente a fim de analisar todo o encadeamento clínico e as conclusões da equipe clínica com vistas a avaliar se concordava com os procedimentos. Essa forma de ensinar do prof. Zilton Andrade acabou ampliando os conhecimentos clínicos do professor que afirma:

Então, isso me fez aprender Medicina. Então, hoje eu tenho uma formação de Medicina clínica mesmo não tendo sido treinado na Clínica, porque eu fui treinado como patologista, antes de olhar para dados clínicos e laboratoriais para auxiliar na correlação clínico-patológica. É claro que patologista, na microscopia, você deve, inclusive, olhar a lâmina antes de você saber a história, e na medida... isso é uma outra forma de fazer as coisas, especialmente, na realização da necropsia. Se eu vou fazer uma necropsia, eu tenho que ler antes pra saber o que eu vou procurar porque, se eu não sei o que eu vou procurar, eu tenho o risco de deixar passar alguma coisa.

A estrutura de ensino naquela época, aliada à dedicação exclusiva dos professores da FMB-UFBA, onde acabou cursando todo seu internato apesar de aluno da EBMS, foi um diferencial na sua formação e muito disso se deve à excelência do trabalho liderado pelo prof. Zilton de Andrade, de acordo com Mitermayer.

Porém, outro aspecto destacado pelo professor diz respeito à desvalorização da área pelos estudantes quando do seu período de formação, tanto assim que ele foi o único a escolher a especialidade de Anatomia Patológica em um universo de 200 alunos da sua turma na EBMS. E na turma da UFBA, contemporânea ao seu período de formação, apenas 3 de 160 estudantes escolheram a especialidade de Anatomia Patológica, sendo que uma das colegas citadas já abandonou a área de atuação. Outra face dessa desvalorização pode ser visualizada quando o professor relata as condições de trabalho, de insalubridade do local de atuação e da paramentação oferecida aos patologistas a época:

Nós éramos tão desprestigiados que nós usávamos as roupas que os cirurgiões já não usavam mais nas salas de cirurgia; você tinha um local completamente inóspito, você tinha que abrir um cadáver, entende? [...] Eu lembro que eu fiz uma autópsia de doença

de Chagas de um caso agudo que só fui descobrir que era doença de Chagas agudo depois [...] nós descobrimos quando recebemos as lâminas dos órgãos. E aí eu fui investigar e descobri que, neste caso, a provável fonte de contaminação do paciente foi devido ao sangue utilizado durante a cirurgia do paciente. Naquela época, alguns doadores eram pagos e não estava disponível teste mais rigorosos utilizados hoje em dia. Atualmente, todo o sangue é testado com rigor e técnicas modernas para evitar a transmissão da doença de Chagas por transfusão sanguínea.

Uma das causas da desvalorização apontadas pelo professor diz respeito a falhas no processo de formação, ou seja, à falta de preparação dos patologistas para determinadas especificidades que agregariam valor à sua atuação, como a inclusão de uma formação mais aprofundada em Citologia e em Patologia Molecular.

Ao falar da especialidade na atualidade, Mitermayer ressalta que “o que se diz é que pouca gente aparece lá pra fazer residência de Patologia porque quer ser patologista”. Por outro lado, aponta que a Patologia hoje é muito mais moderna e que ele acredita que, inclusive, os patologistas têm maior retorno financeiro do que no passado, o que, segundo foi possível inferir da sua resposta, possivelmente se relaciona ao acesso a equipamentos de última geração que existem graças à evolução da tecnologia.

Para o prof. dr. Mitermayer, um dos marcos da Patologia na Bahia foi a atuação revolucionária do dr. Otto Wücherer, que foi um dos primeiros médicos a fazer uma associação da Patologia com a Clínica e com a vulnerabilidade social da população baiana: “[...] Então esta é uma primeira marca, o trabalho feito por Otto Wücherer, foi revolucionário, quebrou paradigmas no mundo, quando ele mostra que o adoecimento não só dependia do parasita ou do indivíduo, mas também das condições sociais”.

Outro marco mencionado foi a atuação do dr. Manuel Pirajá da Silva, patologista de formação, que, nas suas pesquisas sobre *Schistosoma*, trouxe muitas contribuições para o entendimento da esquistossomose. Destaca ainda o estudo realizado pelo prof. Pirajá que, ao realizar o exame histopatológico de lesões de pele dos trabalhadores que trabalhavam ordenhando vacas na região, hoje, o bairro de Brotas, em Salvador – chamadas de “botão de Brotas” (equivalente ao botão do oriente) – identificou que se tratava de leishmaniose. Mais tarde, estudando casos que pareciam ser de leishmaniose resistentes ao tratamento, mediante exame histopatológico, constatou que se tratava de lesões causadas por fungos que eram confundidas com casos de leishmaniose resistente. Muito tempo depois, outros professores deixaram seu legado na Patologia, a exemplo dos doutores Coelho, Prado Valadares e, mais tarde, o revolucionário dr. Zilton Andrade, que juntamente com sua esposa dra. Sônia Andrade, retomam a correlação clínico-anatomo-patológica já sinalizada por Otto Wücherer.

[...] Mas algumas pessoas não tem jeito, você não pode deixar de falar de Otto Wücherer, não pode deixar de falar de Pirajá da Silva, não pode deixar de falar de Leôncio Pinto, José Coelho, Franz von Lichtenberg, em especial, do professor Zilton Andrade. Mais recentemente, todos os patologistas citados acima que foram os professores responsáveis pela formação da minha geração [...].

O prof. dr. Mitermayer relata também os avanços tecnológicos na área, destacando a importância da Patologia Molecular para o diagnóstico de diversas doenças. A imuno-histoquímica, essencial para as análises patológicas, já era muito difundida fora do Brasil, chegando na Bahia um pouco mais tarde, tenho como pioneiras as professoras Iguaracyra Barreto e Helenemarie Schaer e o prof. Moysés Sadigursky no Serviço de Patologia do Hospital das Clínicas.

[...] você vai ter uma patologia futura que vai ser quase que puramente molecular, você tem a chamada PCR digital que permite amplificar DNA presentes em amostras de sangue, saliva, urina, líquido cefalorraquidiano, fezes etc. e fazer o diagnóstico de câncer. Mediante o sequenciamento do DNA amplificado pelos sequenciadores de nova geração. Com essas análises você vai dizer onde está o tumor, o nome do tumor e qual a estratégia terapêutica, então é isso que já está sendo feito em São Paulo e em outros lugares [...].

O professor também destaca a necessidade de implementar uma Patologia de fronteira nos serviços, de forma a possibilitar um diagnóstico rápido e eficiente que permita uma escolha terapêutica adequada e acessível a todos os pacientes.

[...] a grande perversidade que eu percebo hoje é que os avanços na área de tecnologia são muito bons para quem tem poder aquisitivo, mas é perverso para aqueles que não têm, que deixam de ter acesso. Então, a única maneira de combater essa desigualdade social é que instituições públicas, como a nossa universidade, possam ofertar o diagnóstico de câncer sempre na fronteira utilizando a fronteira do conhecimento [...].

Segundo o professor, a Patologia é o termômetro da qualidade da Medicina ofertada nos hospitais. Logo, as necropsias são práticas que devem ser constantes nos serviços, de forma a permitir um melhor entendimento da doença.

[...] os professores Gilberto Rebouças, Heonir Rocha, Rodolfo Teixeira e Thomaz Cruz publicaram um trabalho, pela primeira vez, em nosso meio, mostrando que os pacientes que morriam com estranguloidiase grave [...] eram os imunossuprimidos que tomaram corticoide, antineoplásicos e etc. Isso só foi possível demonstrar com correlação de achados clínicos e das necropsias dos pacientes. Então, eu não tenho dúvida que os exames anátomo-patológicos contribuem e muito para o avanço da qualidade do corpo clínico das instituições de saúde e hoje, obviamente, vai contribuir mais ainda ampara-

do na visão moderna de um patologista, porque ele tem que ter formação em Patologia Molecular [...].

Em entrevista com a professora titular do Departamento de Patologia, dra. Iguaracyra Barreto de Oliveira Araújo, foram abordados assuntos diversos relacionados à Patologia. Araújo fez um resgate histórico do estudo da Patologia em seus tempos de graduação e residência.

Iguaracyra graduou-se em Medicina na EBMSP em 1986. Segundo ela, a instituição era conhecida por tradicionalmente formar cirurgiões, enquanto que a tradição da UFBA, à época, era de formar médicos clínicos.

Rememora que seu contato inicial com a Patologia foi quando frequentava o laboratório do Hospital Santa Izabel. À época, sua intenção era se formar cirurgiã e, por isso, acompanhava o grupo de Cirurgia Cardíaca da instituição sob orientação do dr. Nilzo Ribeiro. Conta sobre um episódio que lhe marcou nessa trajetória: um paciente idoso, que foi a óbito, e seu preceptor não se conformou, pois tinha certeza que sua anastomose, realizada durante uma derivação biliodigestiva, estava perfeita. Iguaracyra foi, então, ao Serviço de Patologia do Hospital, sob chefia do prof. Aristides Cheto de Queiroz. Aristides entrou com Iguaracyra em necropsia e confirmou que a anastomose realizada estava perfeita. O prof. Cheto concluiu que a causa da morte não foi a cirurgia e, por isso, iniciou uma autópsia, o que fez com que Iguaracyra achasse interessantíssima a possibilidade de se buscar a razão de um óbito em um caso perfeitamente conduzido. Indagada pelo professor sobre seu interesse em acompanhar casos semelhantes, foi convidada a frequentar as sessões de óbito no Hospital das Clínicas, às 14h, onde eram distribuídos casos clínicos mimeografados para serem apresentados e discutidos durante a sessão. Lembra que acompanhou todas as sessões de óbito a partir do terceiro ano de Medicina e acompanhou também aquelas que eram conduzidas pelo prof. Lira e pelo prof. Rebouças sobre Patologia do Fígado.

Já nessa época, começava a desenvolver apreço pela Patologia, apesar de achar que era uma disciplina muito mais voltada para pesquisa, além do fato de já ter se decidido pela Cirurgia:

[...] Bom, aquela época era muito tradicional, existia uma cirurgiã, Tereza Perazo, que era, na época, minha orientadora no Santa Izabel, e ela dizia: ‘minha filha, pense direito... você vê como eu opero e o nome dos outros que aparece’ e realmente era um ambiente nem competitivo, eles desprezavam mulheres somente, o trabalho de mulher não era adequado [...].

Iguaracyra estava decidida e foi prestar residência em São Paulo, pois Ribeirão Preto tinha o melhor programa de Cirurgia da época. Sobre sua ida a Ribeirão com colegas prestar residência, ela conta:

[...] éramos uma turma grande e fomos fazer essa prova. Eu, na prova teórica, tive uma excelente classificação [...]. E na entrevista [...] era assim: você tem namorado? Pros colegas homens perguntou: 'o que é uma derivação biliodigestiva? quais são as indicações de uma esplenectomia quando você tem hipertensão portal esquistossomótico?' Para mim era: 'você bebe cerveja?' [...] eu fiquei revoltada, sinceramente, eu perdi a paciência e disse: 'olhe, sabe de uma coisa, quando o senhor está examinando um paciente, o senhor está olhando se ele é homem, se é mulher, porque não existe esse tipo de distinção'. Ao que um dos examinadores disse: 'Tá vendo aí, é por isso que eu não quero uma pessoa que durante cinco dias por mês vai ficar descompensada e não vai conseguir decidir adequadamente a cirurgia.' Eu voltei dessa entrevista decepcionada, disse: 'cirurgia eu não faço, cirurgia eu não faço em hipótese nenhuma' [...].

Conta que, durante seu curso de Clínica Médica, foi aluna do prof. Mollicone, um diabetologista que teve retinopatia diabética, oriundo de um diabetes tipo 1. Ele desejava tornar-se cirurgião durante a graduação, mas formou-se endocrinologista e diabetologista. Contudo, precisava de alguém que olhasse por ele e, então, Iguaracyra aproximou-se dele, que sabia muito de Clínica. Rememora conversas com Mollicone, nas quais se queixava, não se conformava em fazer palição e melhorar o paciente apenas.

Ao voltar a Salvador, Iguaracyra prestou Residência em Patologia no Hospital das Clínicas e, encorajada pelo dr. André Luís Peixinho, optou em fazer Patologia como especialidade. Relembra o quanto era cuidadosa nas autópsias, quantas repreensões recebeu por isso e o quanto acabou gostando cada vez mais da área. Ia para as sessões de óbito, as quais passou a apresentar a Clínica e a Patologia, ou seja, o caso inteiro.

Sentindo falta do contato com os pacientes, ao fim do ano, prestou novamente Residência para Cirurgia, em que foi aprovada e alocada no Hospital Roberto Santos, onde Natalino era o chefe da residência. Ademais, durante um plantão pesado em que operou 12 horas seguidas, reconsiderou sua decisão, abriu mão da vaga na Cirurgia e retornou para a Patologia. Devido às limitações da Patologia na época, optou por uma carreira acadêmica.

Depois que terminou a residência, foi professora da EBMS na disciplina de Histologia e depois professora substituta da UFBA, mesmo período em que iniciou seu mestrado em Patologia Humana e, posteriormente, doutorado, na Alemanha, em Hematopatologia. Quando voltou da Alemanha, para assumir a cadeira de Patologia na UFBA, Iguaracyra trouxe uma soma relevante de anticorpos, presente do chefe de laboratório do seu doutorado. Contudo, recusou as células, pois não havia estrutura necessária para iniciar em Salvador o cultivo dessas células e alcançar a autossuficiência na produção desses anticorpos. A soma de anticorpos

trazida para Salvador foi dividida entre o Hospital das Clínicas que, mesmo utilizando recursos oriundos de pesquisas da profa. Iguaracyra e da profa. Achiléa Candida Lisboa Bittencourt, não teve condições de manter a reposição desses anticorpos por muito tempo, e o Hospital Aristides Maltez que os manteve, diferença creditada ao tipo de gestão mais simples.

Então, os casos dos Hospital das Clínicas eram direcionados para o Aristides Maltez com a finalidade do diagnóstico apurado. Sobre a importância da melhora no diagnóstico:

[...] Vou só dar um exemplo pra vocês, existe uma doença, que é a Leucemia Mieloide Crônica, está caracterizada por aquele cromossomo Philadelphia, se você não mostrar que ela tem uma alteração molecular, se você preencher uma PAC, o SUS só vai liberar pra você hidroxureia para esse paciente, ele só vai liberar a medicação de ponta, que é um inibidor da tirosino-quinase, se você provar que ele tem o cromossomo Philadelphia, e isso o pessoal de São Paulo faz há vinte anos, a Bahia só conseguiu fazer isso tem 10 anos [...].

Iguaracyra divide os patologistas por épocas: os primeiros patologistas eram pesquisadores, que estabeleceram toda a Patologia da doença de Chagas e esquistossomose, destacando a grande contribuição do prof. Zilton Andrade. Logo após, delimita uma segunda leva de patologistas, um grupo de pesquisa pura, composto por Mitermayer Galvão Reis, Washington Luís Conrado dos Santos e Luiz Antônio Rodrigues de Freitas.

Existia ainda uma leva anterior à última mencionada, que a professora não teve a oportunidade de conhecer e que também foram treinados pelo prof. Zilton Andrade, e logo após a residência, dirigiram-se para as mais diversas unidades da federação.

[...] a impressão que você tem é que Zilton saiu, adquiriu conhecimento em Patologia, voltou, formou um polo, [...] um tanto de gente, todos praticamente saíram pro Brasil inteiro, e depois você tem essa outra leva que ficou aqui né, e que começa então, muito tempo depois a você ter laboratórios diagnósticos. Os primeiros laboratórios você tem no Santa Isabel e sempre dentro de hospitais, e atualmente você migra para uma face totalmente distinta, que é o pessoal fazendo Patologia diagnóstica pura, [...] você não tem mais o Patologista pesquisador, e esse é o nosso medo, que a gente não consiga no futuro pessoas nem que se interessem a dar aula de Patologia, porque o mercado chama, então a gente passa de um polo pesquisador para um intermediário acadêmico-pesquisador, e agora um polo de mercado [...].

Crítica ainda: “[...] E esse é o nosso medo, inclusive porque você tem várias faculdades sem patologistas e sem Patologia, o caso é discutido simplesmente de forma clínica e é possível que muitos nunca vão entender qual é a função real da Patologia [...]”.

Na opinião da entrevistada, a Patologia era a grande dificuldade do seu tempo de graduação. Quem era aprovado, podia considerar-se médico formado.

[...] Antigamente, era 1/3 do Robbins no 5º semestre e o resto do Robbins no 6º, então assim, era muita informação, e a prova era difícil, ou seja, existia prova final, a média era 7 e só 40% da turma passava com média 7 direto, o resto tudo ia pra final e, no geral, a porcentagem de reprovação era 10%, 6 a 8 alunos eram reprovados todos os anos, por isso que quem passassem em Patologia estava com o diploma na mão [...].

Iguaracyra ainda destaca uma época que, para ela, a Patologia teve um papel central, que foi o período dos estudos em necropsias, no qual havia a correlação clínico-patológica, que fez com que houvesse avanços no estudo sobre muitas doenças. Relembra o caso:

[...] uma enfermeira, ela foi a óbito após ter sido tratada para esquistossomose. E à época, Zilton diagnosticou como intoxicação medicamentosa, porque existe um padrão clássico no fígado que lhe diz que uma pessoa morreu envenenada. A indústria farmacêutica, que estava lançando um remédio pra esquistossomose, ao que a indústria farmacêutica negava... Ele, Zilton, era tão persistente que ele queria provar e acabou fazendo experimento com um gato, e o gato fez uma lesão hepática idêntica, e aí a droga foi provada que quem tinha uma metabolização daquela coisa e fazia a mesma via que o gato, fazia um produto intermediário tóxico pro fígado, e daí ele conseguiu tirar do mercado a droga na época [...].

Ainda sobre a Patologia, Iguaracyra acredita estarmos com um atraso de pelo menos 20 anos em relação à Patologia que é realizada no mundo: “[...] em 1998, como professora, é que nós trouxemos toda essa tecnologia de imunohistoquímica e tudo mais. Isso foi muito importante pra treinar os nossos residentes nessas tecnologias [...]”.

A professora aponta o problema social da dicotomização dos tratamentos dos pacientes por meio da introdução de novas tecnologias de alto custo e a necessidade de um maior investimento em prevenção. Além disso, ela destaca a necessidade de uma centralização da condução de provas diagnósticas, a dificuldade de implantação das técnicas moleculares por fatores logísticos, econômicos e de gestão:

[...] O gestor sabe que ele compra um kit pra 40 pacientes e que na verdade, o que se ganha com a cobrança desse material, não paga o diagnóstico de 20 dos pacientes, sem pagar a mão de obra do bioquímico que tá lá fazendo a reação, do patologista, só a reação. Então tem que ter um esforço da gestão pra viabilizar esses exames que são de alto custo [...].

Considerando sobre um dos papéis da Patologia, ela ressalta sua importância como “*a disciplina central pra solidificação do aprendizado e a certificação de tudo que é feito no paciente*”. Sobre as personalidades pioneiras na Patologia na Bahia, ela divide o contexto das últimas décadas em camadas, com diferentes atuações centrais. Uma primeira fase, composta de Zilton Andrade e Achiléa Bittencourt, acompanhados por Sônia Andrade, Aristides Chetto, Helenemarie Barbosa, Silene Barreto, Francisco Roters e Mario Caymmi Gomes, trabalhando intensamente com a pesquisa. Então, um segundo grupo orientado por Zilton – que trabalha em consolidar a Patologia na pesquisa, no ensino e no diagnóstico que dá sustentação à formação e à criação da Fiocruz –, Mitermayer dos Reis, Luiz Antônio Freitas Aldina e Manoel Barral, Moisés Sadigursky, Paulo Athanazio, Eduardo Ramos e a sua própria geração, a qual partilha com Eduardo Studart.

Reflete também acerca das dificuldades atuais do ensino da Patologia na graduação e na residência por ter acompanhado a Reforma Curricular em 2007. Em sua opinião, atualmente na graduação, temos um curso de Patologia subótimo por ter sido desenhado para uma finalidade modular e interdisciplinar, algo que não foi abraçado pelas demais disciplinas e não foi dado continuidade, debilitando o aprendizado por uma fragmentação excessiva do conteúdo, o que deu a impressão de falta de consistência no programa. Ela também elabora sobre a falta da Patologia no internato e a situação atual da Residência em Patologia:

[...] você opera o paciente, sai aquele material do paciente, vocês podiam acompanhar aquele material na Patologia e ver como é que é feito aquele diagnóstico porque que é feito aquele diagnóstico e isso talvez levasse a um aprendizado mais real da coisa, e fosse importante também para a formação futura, para decidir o que é que vocês querem, porque nós temos uma desistência IMENSA de pessoas que entram na Patologia e que chegam no final do primeiro ano e dizem: não é isso que eu quero pra minha vida não [...].

Assim concluímos o capítulo sobre a história da Patologia, área que compõe o racional médico como pilar da compreensão do processo saúde-doença e sua evolução, conjuntamente com outros avanços tecnológicos, revolucionou e continuamente refina a prática médica em direção à excelência.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Eurico. *Medicina uma viagem ao longo do tempo*. [S. l.: s. n.], 2010. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=176959. Acesso em: 4 jun. 2021.

- ANDRADE, Sonia G. Evolução dos estudos experimentais aplicados à área médica na Bahia. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 77, n. 2, 245-254, jul./dez. 2007.
- ANDRADE, Zilton A.; ANDRADE, Sonia G. O histórico da anatomia patológica na Faculdade de Medicina da Bahia. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 77, n. 2, p. 93-100, jul./dez. 2007.
- BRITTO, Antonio Carlos Nogueira. *História da Medicina: 195 anos de ensino médico na Bahia*. 2003. Conferência recitada em 18 de fevereiro de 2003 no Anfiteatro Alfredo Britto – Faculdade de Medicina da Bahia. Disponível em http://www.medicina.ufba.br/historia_med/hist_med_art11.htm. Acesso em: 15 jul. 2021.
- CARNEIRO, Eunara de Queiroz. *Zilton Andrade*. 2021. 1 gravura, color., 210 X 297mm.
- INSTITUTO GONÇALO MONIZ. *Histórico*. Salvador, [200-]. Disponível em: <https://www.bahia.fiocruz.br/cpqgm/historico/>. Acesso em: 20 jun. 2021.
- JACOBINA, Ronaldo Ribeiro; CHAVES, Leandra; BARROS, Rodolfo. A “Escola Tropicalista” e a Faculdade de Medicina da Bahia. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 78, n. 2, p. 86-93, 2008.
- JOUANNA, Jacques. *Greek Medicine from Hippocrates to Galen*. Boston: Brill, 2012.
- LIRA-DA-SILVA, Rejâne Maria. Editorial: o médico e naturalista Luso-Germânico Otto Wucherer e sua contribuição para a história natural no Brasil. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 79, Supl. 1, p. 3-6, 2009.
- MUSEU INTERATIVO DA SAÚDE NA BAHIA. Heróis da saúde: *Pirajá da Silva*. Salvador, [200-]a. Disponível em: <http://www.bahiana.edu.br/herois/heroi.aspx?id=NQ==>. Acesso em: 20 jul. 2021.
- MUSEU INTERATIVO DA SAÚDE NA BAHIA. Heróis da saúde: *Zilton Andrade*. Salvador, [200-]b. Disponível em: <http://www.misba.org.br/heroi/zilton-de-araujo-andrade/>. Acesso em: 20 jul. 2021.
- NEVES, Nedy Maria Branco Cerqueira (org.). *A primeira Faculdade de Medicina Brasileira: experiências vividas pelos seus grandes alunos*. Salvador: Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia, 2008. Disponível em: <https://www.cremeb.org.br/wp-content/uploads/2015/11/HistoiaFacMedicina.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2021.
- REZENDE, Joffre Marcondes de. *À sombra do plátano: crônicas de história da medicina*. São Paulo: Editora Unifesp, 2009.
- SANTOS, Malaquias Alves dos. *Memória histórica da Faculdade de Medicina da Bahia relativa ao ano de 1854*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1905.
- SHERLOCK, Ítalo Rodrigues de Araújo (org.). *Histórico do Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz da Fundação Oswaldo Cruz 1957/1997: (Homenagem aos 40 anos de criação do CPqGM/FIOCRUZ)*. Salvador: Fiocruz/CPqGM, 1997.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA. *Três mil anos de estudo: a história da patologia*. São Paulo, 19 jul. 2016. Disponível em: <https://www.sbp.org.br/tres-mil-anos-de-estudo-a-historia-da-patologia/>. Acesso em: 24 jun. 2021.

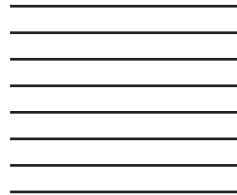
STÜLP, Camille Bertha; MANSUR, Samira Schultz. O estudo de Claudio Galeno como fonte de conhecimento da anatomia humana. *Khronos*, São Paulo, n. 7, p. 153-169, ago. 2019.

TEIXEIRA, Rodolfo. *Memória histórica da Faculdade de Medicina do Terreiro de Jesus (1943-1995)*. Salvador: Edufba, 1999.

TEIXEIRA, Rodolfo. *Memória histórica da Faculdade de medicina do Terreiro de Jesus (1943-1995)*. 3. ed. Salvador: Edufba, 2001.

TITFORD, Michael. A Short History of Histopathology Technique. *Journal of Histotechnology*, [s. l.], v. 29, n. 2, p. 99-110, 2006.

WHITESIDE, Garth; MUNGLANI, Rajesh. Hoechst and Immunohistochemistry Triple- Labelling: An Improved Method for Detection of Apoptosis in Tissue Sections – An Update. *Brain Research Protocols*, Amsterdam, v. 3, n. 1, p. 52-53, Sept. 1998.



SOBRE OS(AS) AUTORES(AS)

Adailson Ferreira da Cruz

Graduando em Medicina pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) e bacharel em Saúde Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos (IHAC-UFBA). Licenciatura em História pelo Centro Universitário de Tecnologia e Ciências (UniFTC). Técnico em Radiologia pelo Instituto de Saúde São Judas Tadeu (INSSJT).

E-mail: adailson.cruz@ufba.br

Allan Botura Brennecke

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: allan.brennecke@ufba.br

Aline Araújo de Carvalho

Graduanda em Medicina pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). Especialista em Fisioterapia Cardiorrespiratória pelo Instituto do Coração da Universidade de São Paulo (InCor/USP). Fisioterapeuta pela Faculdade Adventista da Bahia (FADBA).

E-mail: alinecarvalho19.2@bahiana.edu.br

Aline Canária Alves de Sousa

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: aline.canaria@ufba.br

Aline Cortes da Silva Moreira

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Bacharela em Saúde pelo Instituto

de Humanidades, Artes & Ciências Professor Milton Santos (IHAC-UFBA).
E-mail: aline.cortes@ufba.br

Aline do Carmo Vieira Argolo

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)
da Universidade Federal da Bahia (UFBA).
E-mail: alinevieira@ufba.br

Ana Carolina Silva Batista

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)
da Universidade Federal da Bahia (UFBA).
E-mail: anacarool.sb@gmail.com

Ana Caroline Martins Oliveira

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)
da Universidade Federal da Bahia (UFBA).
Email: martinsanacaroline3@gmail.com

Ana Celia Diniz Cabral Barbosa Romeo

Graduada em Medicina pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
(EBMSP). Cirurgia Geral – Hospital Ana Nery. Mestre em Gastroenterologia
Cirúrgica pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Pós-graduada em
Cirurgia Geral e do Trauma pela Sackler Faculty of Medicine Tel Aviv University.
Doutoranda em Medicina e Saúde Humana pela EBMSP.
E-mail: anaceliaromeo@gmail.com

Ana Clara Lemos Andrade Cunha

Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário de Tecnologia e Ciências
(UniFTC).
E-mail: ana_claralemos@hotmail.com

Ana Flávia Vieira Xavier

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)
da Universidade Federal da Bahia (UFBA).
E-mail: ana.xavier@ufba.br

Ana Luísa de Aguiar Almeida Silva

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)
da Universidade Federal da Bahia (UFBA).
E-mail: anaaguiarsilva@gmail.com

Ana Luísa Soares Chiaretti

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)
da Universidade Federal da Bahia (UFBA).
E-mail: ana.chiaretti@ufba.br

Ana Paula Lacerda Luduvicé

Graduando em Medicina pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP).

E-mail: analuduvicé18.1@bahiana.edu.br

Antônio de Jesus Chaves Junior

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: ajchaves.j@hotmail.com

Antonio Lázaro Santos Soares Junior

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: antoniolssj@ufba.br

Ariane Nascimento Macedo

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: arianemmacedo28@gmail.com

Aurélio Almeida Santos Soares

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: aurelios@ufba.br

Aurélio Murilo Vilas Boas Pedreira

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: aurelio.murilo@ufba.br

Brenda Ferreira dos Santos Soares

Graduanda em Fonoaudiologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: brenda_soares2000@hotmail.com

Bruno Araujo de Jesus

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: brunoaj@ufba.br

Bruno Bastos Bittencourt

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Email: bruno.bittencourt@ufba.br

Caio Vinícius Sá de Pinho Laythiner

Graduando em Medicina pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP).

E-mail: caiolaytynher19.1@bahiana.edu.br

Camila Lima Almeida Midlej de Moraes

Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário de Tecnologia e Ciências (UniFTC).

E-mail: camilamidlej@yahoo.com.br

Camila Oliveira Soares

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: camilas.o@hotmail.com

Camila Rodrigues Blumetti

Graduanda em Medicina pela Universidade Salvador (Unifacs).

E-mail: crblumetti@gmail.com

Carlos Henrique de Castro Teixeira Ribeiro

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: carloshctr@ufba.br

Cesar Augusto de Araújo Neto

Médico radiologista. Professor do Departamento de Medicina Interna e Apoio Diagnóstico da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: caaneto@gmail.com

Claudia do Nascimento Gomes

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Bacharela em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes & Ciências Professor Milton Santos (IHAC-UFBA).

Enfermeira pela Universidade Católica de Salvador (UCSal).

E-mail: claudiang@ufba.br

Daniel Fernandes Silva Marques

Graduando em Medicina pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP).

E-mail: danielmarques19.1@bahiana.edu.br

Davi Amorim Meira

Graduando em Medicina pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP).

E-mail: daviamorimmeira@gmail.com

David de Oliveira Faria

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Engenheiro civil pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

E-mail: davidfaria.mg@gmail.com

Diana Castro Lima

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: dianacastrolima@gmail.com

Edson O'Dwyer Júnior

Professor associado do Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Reprodução Humana da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestre em Assistência Materno-Infantil, doutor em Medicina e Saúde.

E-mail: edsonodw@hotmail.com

Eduardo José Farias Borges dos Reis

Graduado em Medicina pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), mestre em Saúde Pública pela UFBA e doutor em Medicina pela UFBA.

Elias Soares Roseira

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: elias.soares@ufba.br

Emerson dos Anjos Oliveira

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: emerson10-anjos@hotmail.com

Esther Louise Freire Costa

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: esther.louise@ufba.br

Eunara de Queiroz Carneiro

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: eunara.queiroz@ufba.br

Everton Amaral Lima

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: everton.amaral@live.com

Felipe Caires Araújo Meira

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: felipe.meira@ufba.br

Filipe Macedo Cordeiro

Acadêmico de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Gabriel Almeida Barboza

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: gabriel.barboza@ufba.br

Gabriel Figueiredo Mascarenhas

Graduando em Medicina pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP).

E-mail: gabrielmascarenhas19.1@bahiana.edu.br

Gabriela Nascimento Brugnaro

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: gabriela.brugnaro@ufba.br

Gabriela Porto Santos Almeida Silva

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Bacharel em Saúde pela UFBA.

E-mail: portogabriela@hotmail.com

Gildásio Cerqueira Daltro

Graduado em Medicina pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Doutorado em Cirurgia e livre-docência pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB-UFBA).

Professor titular da FMB-UFBA. Chefe do Serviço e do Programa de Residência Médica de Ortopedia e Traumatologia do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (Hupes-UFBA). Coordenador do Núcleo de Pós-Graduação do Aparelho Locomotor (Nupsal) da UFBA. Professor membro colaborador

do Programa de Pós-Graduação em Biotecnologia da UFBA. Professor membro colaborador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, com mestrado profissional em Saúde Coletiva.

E-mail: gildasio.daltro@yahoo.com.br

Graziele Carolina Araújo Soares

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Bacharela em Comunicação Social com habilitação em Publicidade e Propaganda pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

E-mail: graziele.carolina@ufba.br

Gustavo Lousado de Almeida

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: gustavo_lousado@hotmail.com

Hana Silva Almeida

Graduanda em Medicina pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP).

E-mail: hanasalmeida@gmail.com

Hannya Francesco Lattarulo

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Bacharel em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos (IHAC-UFBA).

E-mail: francesco.hannya.lattarulo@gmail.com

Inessa Souza Aragão

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: inessa.souza@ufba.br

Israel Cardoso Silva

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Presidente da Liga Acadêmica de Ortopedia e Traumatologia (Laot) da UFBA na gestão 2021.

E-mail: israel.cardoso@ufba.br

Ítalo Gabriel Costa das Neves

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: italo.neves@ufba.br

Italo Pedra Carvalho

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: italo.pedra@ufba.br

Jamile Valença Resende Mercês

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Jamine da Silva Vieira

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: jamine.vieira@ufba.br

Jhonny Carlos Alves Hermógenes

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: jhonny.carlos@ufba.br

João Fernando Nascimento de Barcelos

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: jbarcelos@ufba.br

João Victor Ferreira Da Silva

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: joaovfs@ufba.br ou joavictorferreira077@hotmail.com

José Valber Lima Meneses

Professor titular de Cirurgia Plástica na Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Vice-diretor da FMB-UFBA.

E-mail: jvlber@jvn.med.br

Júlia Brito Vieira Thimmig

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: juliathimmig@hotmail.com

Jussara da Silva Brito

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: ju.saramed@gmail.com

Kelly Jaqueline Azevedo Santos

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: kelly.azevedo@ufba.br

Lara Pinheiro Arenas

Graduanda em Medicina pela Universidade Estadual da Bahia (UNEB).

E-mail: larapinhoarenas@gmail.com

Letícia Maria de Almeida Vieira

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Bacharela em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos (IHAC-UFBA).

E-mail: letimvieira@gmail.com

Levi Cardozo Santos

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: levicardozosantos@gmail.com

Lidiane Bispo Santos

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: lidiane_bispo@hotmail.com

Lorene Louise Silva Pinto

Foi a primeira mulher no cargo de diretora em 203 anos de existência da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Médica da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab) desde 1983, chegou a ocupar a pasta de superintendente estadual de Vigilância Sanitária e Proteção da Saúde em 2007.

Lorraine Ribeiro Goncalves

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Pós-graduada em Traumatologia e Reabilitação Multidisciplinar na Assistência Básica pelo Hospital Universitário Professor Edgard Santos (Hupes). Membro Sênior da Liga de Ortopedia e Traumatologia (Laot) da UFBA.

E-mail: lorraineribeiro20@gmail.com

Luana Brandão de Sales Reis

Graduando em Medicina pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP).

E-mail: luana.bsreis@gmail.com

Luana Jéssica da Silva Pontes

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)
da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: luanajsp@ufba.br

Luane Valesca Costa Sala

Graduanda em Fonoaudiologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: luanesala@hotmail.com

Lucas de Lacerda Ramos

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)
da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: lucasrlac@gmail.com

Lucas de Menezes Figueredo

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)
da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Secretário da Liga Acadêmica
de Ortopedia de Traumatologia (Laot) da UFBA.

Email: figueredodoc@gmail.com

Lucas Pereira Silva

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)
da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: lucaspereiras@ufba.br

Luciano Santos Garrido

Graduado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)
da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Especialista em Anestesiologia
pela UFBA. Membro da diretoria da Sociedade de Anestesiologia do Estado
da Bahia (Saeb). Coordenador do Centro de Ensino e Treinamento (CET)
em Anestesiologia do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (Hupes).

E-mail: lucianogarrido@mac.com

Lucy Rodrigues Ribeiro

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)
da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: lucyrribeiro@hotmail.com

Luísa Rosado Isnenghi

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)
da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: luisa.rosado@ufba.br

Maicon Argolo Lima

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: margololima@gmail.com

Maíra Santana dos Santos

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Ciências Agrárias e da Saúde (FAS).

E-mail: mairasantana@hotmail.com

Marcela Gordilho Aras

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: marcela.gordilho@ufba.br

Marcella Gomes

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: marcellacgs@gmail.com

Márcio José Leão Nunes Filho

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: marcio.jose@ufba.br

Maria Carolina Paraíso Lopes

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: carol.paraiso115@gmail.com

Maria Tereza Calchi Fanti Fernandes

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: terezacalchi@gmail.com

Marília Chadud de Pádua Resende

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: mari-chad@hotmail.com

Matheus Zarpellon Campelo de Queiroz

Bacharel Interdisciplinar em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos da Universidade Federal da Bahia (IHAC-UFBA).

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da UFBA.

E-mail: matheus_zarpellon5@hotmail.com

Murilo Pedreira Neves Júnior

Graduado em Medicina pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) e fez Residência de Hematologia pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia Mestre em Medicina e Saúde pela FMB-UFBA. Doutor em Ciências da Saúde pela FMB-UFBA. Professor adjunto de Medicina Interna da FMB-UFBA.

E-mail: murilo.neves@hotmail.com

Murilo Sussumu Shibata Passos

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: murilo.sussumu@gmail.com

Mylla Andrade Oliveira

Graduanda em Medicina pela Universidade Salvador (Unifacs).

E-mail: myllaandrade26@gmail.com

Nádia Cristina Pereira Dourado

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Bacharela em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos (IHAC-UFBA). Pós-graduada em Enfermagem Obstétrica pela Faculdade Adventista da Bahia (Fadba). Enfermeira pelo Centro Universitário Jorge Amado (Unijorge).

E-mail: nadia.dourado@ufba.br

Natália Santos Almeida

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: natalialmeida30@gmail.com

Noel Charllles Ribeiro Nunes dos Santos

Graduando em Medicina pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP).

E-mail: noelsantos18.1@bahiana.edu.br

Paula Rosat Osorio de Lima

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: paularosat24@gmail.com

Paula Stelitano Avelino

Graduanda em Medicina pela Universidade Salvador (Unifacs).

E-mail: paula-stelitano@outlook.com

Paulo Afonso Batista dos Santos

Médico pela Faculdade de Medicina (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestre em Oftalmologia pela Universidade de São Paulo (USP), em Ribeirão Preto. Doutor em Oftalmologia pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP). Professor adjunto da FMB-UFBA. Chefe do Departamento de Cirurgia Experimental e Especialidades Cirúrgicas (DCEEC) da FMB. Professor Associado IV do DCEEC-FMB. Supervisor do Programa de Oftalmologia da Residência Médica do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (Hupes). Coordenador do Curso de Especialização em Oftalmologia do Hupes.
E-mail: afonso@ufba.br

Paulo Victor dos Santos Lima Paim

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).
E-mail: ppaim@ufba.br

Pedro Lucca Alves Bastos

Graduando em Medicina pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP).
E-mail: plbalvcca@gmail.com

Priscila Pinheiro Ribeiro Lyra

Graduada em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Residência de Pediatria e de Neonatologia pela Universidade de São Paulo (USP). Mestre e doutora em Pediatria pela USP. Professora associada de Neonatologia na FMB-UFBA. Chefe do Departamento de Pediatria da FMB-UFBA. Membro pesquisador dos grupos de pesquisa cadastrado no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq): Centro de estudo em Neonatologia (CEN) e Centro de Estudos em Gastroenterologia e Hepatologia Pediátrica (CEGHP).
E-mail: priscilalyra@yahoo.com

Quezia Oliveira Ribeiro Guimarães

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).
E-mail: quezia.guimaraes@ufba.br

Rafael Zieglitz Santos

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Bacharel em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos (IHAC-UFBA). Odontólogo pela Universidade Estadual de São Paulo (Unesp).
E-mail: rafaelzsan@gmail.com

Renato Santos Guimarães

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: renatofalleta@gmail.com

Rodrigo Mesquita Costa Braga

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: rodrigomcb@ufba.br

Ronaldo Ribeiro Jacobina

Médico pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professor titular de Medicina Preventiva e Social na FMB-UFBA. Doutor em Saúde Pública na Fundação Oswaldo Cruz. Presidente da Associação Bahiana de Medicina (ABM). Titular da Cadeira nº 29 da Academia de Medicina da Bahia. Titular da Cadeira nº 7 do Instituto Bahiano de História da Medicina e Ciências Afins.

E-mail: rrjacobina@gmail.com

Ronnei Silva Santos

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: ronnei.silva@ufba.br

Sirlene Mendes Borges

Médica radiologista. Chefe do Setor de Imagem do Hospital Ana Nery.

E-mail: sirlenemborges@uol.com.br

Suelen Pereira de Moura Rodrigues

Bacharelada em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes & Ciências Professor Milton Santos da Universidade Federal da Bahia (IHAC-UFBA).

Enfermeira pela Universidade Federal do Piauí (UFPI).

E-mail: suelenpmrfe@gmail.com

Tamiris Tatiane dos Santos Miranda

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Bacharela em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes & Ciências Professor Milton Santos da Universidade Federal da Bahia (IHAC-UFBA).

E-mail: tamy.taty@hotmail.com

Tarciane Machado Miranda

Graduanda em Fonoaudiologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: tarcimiranda@hotmail.com

Tatiana Sampaio da Silva

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).
E-mail: med.tatianasampaio@gmail.com

Thais Velasques Dias

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).
E-mail: thais.velasques@ufba.br

Thaise Abdon da Silva

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Bacharela em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes & Ciências Professor Milton Santos da Universidade Federal da Bahia (IHAC-UFBA).
E-mail: thaise.abdon@ufba.br

Thiago Ferreira Leão de Araujo

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).
E-mail: thiagofla@ufba.br

Túlio Matos David

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Bacharel em Saúde pelo Centro Universitário de Tecnologia e Ciências (UniFTC).
E-mail: tulio.david@ufba.br

Valéria Lima Botelho

Graduada em Administração pela Faculdade Maurício de Nassau, em Salvador (BA). Pós-graduada *lato sensu* em Controladoria e Finanças pelo Centro Universitário de Tecnologia e Ciências (UniFTC). Pós-graduanda *lato sensu* em Saúde, Esporte e Atividade Física pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestre em Saúde Pública, Avaliação de Tecnologias em Saúde pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da UFBA.
E-mail: valéria.botelho@ufba.br

Vaner Paulo da Silva Fonseca Pinheiro

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia.
E-mail: vaner.paulo@ufba.br

Victória Maria Peixoto Lima da Costa

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)
da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: victoria.peixoto@ufba.br

Victória Maria Sampaio Carneiro

Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário de Tecnologia e Ciências
(UniFTC).

E-mail: vmcsampaio@gmail.com

Vitória Oliveira de Queirós

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)
da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: vitoria.queiros@ufba.br

Wesley Leite Teixeira

Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)
da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: wesley.leite@ufba.br

Formato: 19,5 x 27 cm

Fontes: Tiempos Text e Barlow

Miolo: Papel Alta Alvura 75 g/m2

Capa: Cartão Supremo 300 g/m2

Impressão: Gráfica 3

Tiragem: 300 exemplares

LORENE PINTO

Foi a primeira mulher no cargo de diretora em 203 anos de existência da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Médica da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab) desde 1983, chegou a ocupar a pasta de superintendente estadual de Vigilância Sanitária e Proteção da Saúde em 2007.

EDUARDO REIS

Graduado em Medicina pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), mestre em Saúde Pública pela UFBA e doutor em Medicina pela UFBA.

RONALDO JACOBINA

Graduado em Medicina pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), mestre em Saúde Comunitária pela UFBA e doutor em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

CLAUDIA GOMES

Acadêmica de medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

FILIPPE CORDEIRO

Acadêmico de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

JAMILE MERCÊS

Acadêmica de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Este volume, embora trate da história das especialidades médicas clínicas e cirúrgicas, não tem como público-alvo apenas estudiosos e profissionais da área da saúde. Qualquer leitor que tenha curiosidade acerca dos surpreendentes caminhos percorridos pela Cirurgia e pela Clínica ao longo da história tirará bom proveito da leitura, pois aqui estão descritas, com precisão didática e ares literários (o que talvez, junto com o enfoque na Bahia, mais diferencie este livro de outras obras de mesma temática), respostas para instigantes questionamentos, tais quais: como terá se dado a primeira cirurgia da história do mundo? E da Bahia? Quanto foi preciso caminhar para alcançar a precisão necessária para realizar neurocirurgias? O que se pode esperar do futuro das especialidades?

