

ANNAIS

ACADEMIA DE MEDICINA
DA BAHIA



VOLUME 12

JULHO / 2003

SALVADOR-BAHIA



ANNAIS

ACADEMIA DE MEDICINA
DA BAHIA



VOLUME 12

JULHO / 2003

SALVADOR-BAHIA

DIRETORIA

1999 – 2003

Presidente

MARIA THERESA DE MEDEIROS PACHECO

1º Vice-Presidente

JOSÉ MARIA DE MAGALHÃES NETO
1999 – 2002

1º Vice-Presidente

GERALDO MILTON DA SILVEIRA
2002 - 2003

2º Vice-Presidente

THOMAZ CRUZ

Tesoureiro

AGNALDO DAVID DE SOUZA

Secretário Geral

JOSÉ ANTONIO DE ALMEIDA SOUZA

1º Secretário

CARLOS ALFREDO MARCÍLIO DE SOUZA

2º Secretário

RUY MACHADO DA SILVA

Diretora da Biblioteca

SÔNIA ANDRADE
1999 – 2001

Diretor de Publicações

LIPE GOLDENSTEIN
2001 - 2003

COMISSÕES

MEDICINA GERAL

RODOLFO TEIXEIRA
MÁRIO AUGUSTO DE CASTRO LIMA
HEONIR PEREIRA DA ROCHA
RUY MACHADO DA SILVA
ROBERTO FIGUEIRA SANTOS
ALMÉRIO MACHADO

CIRURGIA GERAL

ANTONIO JESUINO DOS SANTOS NETO
JOSÉ RAMOS DE QUEIROZ
GERALDO MILTON DA SILVEIRA

MEDICINA ESPECIALIZADA

AGNALDO DAVID DE SOUZA
LIPE GOLDENSTEIN
JOSÉ DE SOUZA COSTA
ARMENIO GUIMARÃES
ZILTON ANDRADE
JOSÉ ANTONIO DE ALMEIDA SOUZA
SÔNIA ANDRADE
CARLOS ALFREDO MARCÍLIO DE SOUZA
LUIZ CARLOS CALMON TEIXEIRA
LUIZ MEIRA LESSA
LUIZ ERLON DE ARAÚJO RODRIGUES
BERNARDO GALVÃO
JOSÉ SIMÕES E SILVA JÚNIOR
EDMUNDO LEAL FREITAS

CIRURGIA ESPECIALIZADA

HUMBERTO DE CASTRO LIMA
ALEIXO SEPULVEDA

MEDICINA PREVENTIVA E SAÚDE PÚBLICA

NEWTON GUIMARÃES
JORGE LEOCÁDIO DE OLIVEIRA

MEDICINA SOCIAL

ALBERTO SERRAVALLE
MARIA THERESA DE MEDEIROS PACHECO
ELIANE ELISA DE SOUZA E AZEVEDO
GERALDO LEITE

MEMBROS HONORÁRIOS

ALOYSIO DE PAULA
CARLOS DE CHAGAS FILHO
MANOEL AUGUSTO PIRAJÁ DA SILVA
MARIO MACHADO DE LEMOS
JOSE ALBANO NOVA MONTEIRO
ORLANDO PARAHIM
SILVANO RAYA
ADIB JATENE
MIGUEL SROUGI
PROTÁSIO LEMOS DA LUZ

MEMBROS CORRESPONDENTES

IVOLINO DE VASCONCELOS
MOACIR SANTOS SILVA

EX-PRESIDENTES

JOÃO AMÉRICO GARCEZ FRÓES – 1958/60
OTÁVIO TORRES – 1960/64
FERNANDO SÃO PAULO – 1964/68
JORGE VALENTE – 1968/70
URCÍCIO SANTIAGO – 1970/74
ESTÁCIO DE LIMA – 1974/75
JOSÉ SILVEIRA – 1979/79
LUIZ FERNANDO DE MACÊDO COSTA – 1979
JAYME DE SÁ MENEZES – 1979/83
JORGE AUGUSTO NOVIS – 1983/85
NEWTON ALVES GUIMARÃES – 1985/87
ÁLVARO RUBIM DE PINHO – 1987/91
GERALDO MILTON DA SIVEIRA – 1991/93 – 1993/95
AGNALDO DAVID DE SOUZA – 1995/97
ALBERTO LUIZ LEAL SERRAVALLE – 1997/99

AGRADECIMENTO ESPECIAL

CLEILZA FERREIRA ANDRADE
Diretora Geral da FAPESB (Fundação de
Amparo à Pesquisa no Estado da Bahia)

QUADRO DOS TITULARES DA ACADEMIA DE MEDICINA DA BAHIA

Cadeiras	Patronos, Titulares Falecidos, Eméritos	Titulares atuais
01	ALBERTO SILVA Urcício Santiago	Thomaz Rodrigues Porto da Cruz
02	ALFREDO TOMÉ DE BRITO Clarival do Prado Valadares	Nelson Barros Carvalho de Assis
03	ALFREDO MAGALHÃES Antonio Souza Lima Machado Elieser Audiface	José de Souza Costa
04	ALMIR DE OLIVEIRA	Antonio Jesuíno dos Santos Neto
05	ÁLVARO DE CARVALHO	Lipe Goldenstein
06	ANÍSIO CIRCUNDES DE CARVALHO Clínio de Jesus	Geraldo Leite
07	ANTÔNIO BORJA Eduardo Dantas de Cerqueira	Antonio Carlos Aleixo Sepúlveda
08	ANTONIO FERREIRA FRANÇA	Rodolfo dos Santos Teixeira
09	ANTONIO LUIZ DE BARROS BARRETO	Roberto Figueira dos Santos
10	ANTONIO PACÍFICO PEREIRA Antônio Simões da Silva Freitas José M. Magalhães Neto	Roberto da Silva Badaró
11	ANTÔNIO DO PRADO VALADARES José Silveira (Emérito)	José Antonio de Almeida Souza
12	ARISTIDES MALTEZ Rui de Lima Maltez	Mário Augusto de Castro Lima
13	ARISTIDES NOVIS Aristides Novis Filho	José Simões e Silva Junior
14	ARMANDO SAMPAIO TAVARES	Heonir de Jesus Pereira da Rocha
15	CAIO MOURA Jorge Valente	Geraldo Milton da Silveira
16	CIPRIANO BARBOSA BETÂMIO	Menandro Novais
17	CLIMÉRIO DE OLIVEIRA Adroaldo Soares de Albergaria Álvaro Rubim de Pinho	Luiz Meira Lessa
18	EDUARDO RODRIGUES DE MORAIS	Edmundo Leal de Freitas
19	FERNANDO LUIZ	José Ramos de Queiroz
20	FLAVIANO SILVA	Newton Alves Guimarães
21	FRANCISCO DE CASTRO Jayme de Sá Menezes	Nilzo Ribeiro

Cadeiras	Patronos, Titulares Falecidos, Eméritos	Titulares atuais
22	FRANCISCO DOS SANTOS PEREIRA Colombo Moreira Spínola Jorge Augusto Novis	Luiz Erlon de Araújo Rodrigues
23	FREDERICO DE CASTRO REBELO Renato Tourinho Dantas	Almério de Souza Machado
24	GONÇALO MONIZ SODRÉ DE ARAGÃO Otávio Torres Adriano Ponde	Agnaldo David de Souza
25	JOAQUIM MARTAGÃO GESTEIRA Hosanah de Oliveira	Sonia Gumes Andrade
26	JOSÉ ADEODATO DE SOUZA José Adeodato de Souza Filho	Elsimar Metzker Coutinho
27	JOSÉ CORREIA PICANÇO Fernando São Paulo	Humberto de Castro Lima
28	JOSÉ DA SILVA LIMA	Jorge Leocádio de Oliveira
29	JÚLIO AFRÂNIO PEIXOTO José Santiago da Mota	Eliene Elisa de Souza e Azevedo
30	JULIANO MOREIRA Luiz Pinto de Carvalho Plínio Garcez de Sena	Ruy Machado da Silva
31	LEÔNCIO PINTO	Zilton de Araújo Andrade
32	LUIZ ANSELMO DA FONSECA Francisco Peixoto de Magalhães Neto	Luiz Carlos Calmon Teixeira
33	MANUEL JOSÉ ESTRELA	Walter Afonso de Carvalho
34	MANUEL VITORINO PEREIRA Manuel da Silva Lima Pereira	Penildon Silva
35	MÁRIO DE MACEDO COSTA Luiz Fernando Seixas de Macedo Costa	Armênio Guimarães
36	MENANDRO MEIRELES FILHO RAYMUNDO NONATO DE ALMEIDA GOUVEIA	Vaga
37	OSCAR FREIRE Estácio de Lima	Maria Theresa de Medeiros Pacheco
38	OTTO WUCHERER	Alberto Luiz Serravalle
39	RAIMUNDO NINA RODRIGUES João Américo Garcez Fróes Thales O. G. de Azevedo	Carlos Alfredo Marcílio de Souza
40	SABINO SILVA	Bernardo Galvão de Castro Filho

NOTA LIMINAR

Voltam a circular, em seu 12º volume, os ANAIS da nossa Academia de Medicina da Bahia. Representa o reinício de sua publicação e resulta da solicitação da notável Presidente Maria Thereza Medeiros Pacheco, em colóquio – inicialmente informal e posteriormente oficial – conosco. Ficamos sensibilizados com o honroso convite e motivados para a modesta execução desta tarefa importante. Ademais, havíamos ficado entusiasmados com a elaboração em todos os detalhes e a edição do primeiro volume dos ANAIS da Academia Brasileira de Reumatologia, que presidíamos, no ano passado. Assim, iniciamos o nosso trabalho e, em conseqüência, apresentamos aos confrades o presente tomo.

Agora, quando a ciência verdadeiramente começa a desvendar o homem, inaugurando uma nova era na medicina e na biologia com a divulgação da seqüência completa do genoma humano, temos à nossa disposição o conjunto de instruções que nos levam “da célula do óvulo para um ser adulto e para o túmulo”, como festejou o pesquisador Robert Waterston. Estas instruções estão escritas nos genes, origem de tudo que acontece no organismo e que regulamentam a ordem, quantidade e tipos de aminoácidos que através reações químicas sintetizarão as proteínas. Portanto, foi aberto o capítulo principal do *livro da vida* – que esclarece a construção do homem – permitindo a decodificação e o transito do DNA ao ser humano e possibilitando que o código genético possa ser decifrado em combinações de apenas quatro das três bilhões de letras que representam os compostos orgânicos: A – adenina, T – timina, C – citosina e G – guanina. Abre-se o caminho para a cura de várias enfermidades e para a produção de novas técnicas médicas e vacinas, o tratamento de moléstias mediante terapia genética, a investigação e prevenção de inúmeras doenças, a detecção de genes defeituosos, além do estudo amplo das proteínas fabricadas pelo organismo. Ante tais perspectivas, mais do que nunca há que refletir sobre nossa profissão, sua prática, sua atualidade e sua participação desejada, procurando uma realidade integradora que seja correta e humana; fundamentais, além do saber científico, as qualidades morais, características de caráter, prudência, tenacidade, disciplina e modo de proceder na sociedade. É profissão de alto risco, na qual os conhecimentos, métodos e

terapêutica podem tornar-se ultrapassados a cada cinco anos, razão porque o erro é inerente e o médico deve ter uma atuação condizente com as descobertas e avanços científicos, com virtuosidade. O nosso colega e escritor brilhante Pedro Nava, filosofava: “já sabia que a verdade de hoje, pode ser o erro de amanhã... Que toda a Arte Médica estando em constante reformulação e reforma, tudo que é atual e moderno é duvidoso e esconde enganos que os tempos vão tornar aparentes”. Balint disse que o medicamento mais usado na medicina é o médico, que, assim como os demais medicamentos, deve ser conhecido em sua ação, posologia e efeitos colaterais.

Existem médicos e médicos. Todos iguais, porém fundamentalmente diferentes nas respostas aos estímulos distintos que a vida lhes proporcionou. Abraçam a causa mais justa – da preservação da vida, com as dores e alegrias que a mais sublime das profissões proporciona.

Vivenciamos a compartilha de uma satisfação real e legítima. O propósito central da nossa vida é desenvolver a inteligência continuamente. A vida é bela e devemos ama-la corajosamente, com firmeza, sabedoria e trabalho; é indispensável viver a vida reavaliando-a periodicamente, com competência, brilho e persistência consistente. Queremos e devemos alcançar o cimo da vida, aí englobada sua qualidade, buscando o reconhecimento profissional, a ética, a tranqüilidade, o altruísmo e a plenitude acadêmica. Desejamos ser vitoriosos, com dignidade, diálogo e emoção. E lembramos Miguel Couto: “se toda a Medicina não está na bondade, menos vale dela separada”. É indispensável sonhar e um sonho só deve terminar quando começar o próximo... Quando se sonha com algo concreto, é essencial estabelecer metas e cumpri-las para alcançar o objetivo.

Publica, o XII volume dos ANAIS, discursos diversos inclusive proferidos em reuniões solenes de saudações de boas vindas e orações dos recipiendários a membros titulares do nosso sodalício, ensaios filosóficos, artigos científicos, juramentos e subsídios para a memória e história médica da nossa época.

Estamos agradecidos aos que nos remeteram suas colaborações.

Deveremos forcejar ações para impedir óbices e normalizar a continuidade dos volumes seguintes.

Registremos e comemoemos sempre os novos tempos. Aleluia!

Lipe Goldenstein

APRESENTAÇÃO

A alegria de haver publicado o XII Volume dos ANAIS da ACADEMIA DE MEDICINA DA BAHIA.

Quatro anos na Presidência da Academia de Medicina da Bahia.

Esta Academia nasceu em momento sublime de felicidade rara, em hora estelar de sopro divino idealizada por Jayme de Sá Menezes, fundador desta Casa de cultura, bússola de nossa Instituição.

Completamos, neste século que se inicia, 45 anos de existência!

A fortaleza de ânimo não nos arrefeceu o entusiasmo, as quimeras, que são imprescindíveis ao nosso coração e à nossa alma.

Ao lado disso temos como atributo basilar a coragem, primorosa virtude da organização moral do homem e fundamento magnífico da vocação do médico. Da hoste amorfa dos tímidos e dos covardes – pobres doentes da vontade – jamais sairão médicos excelentes, e, muito menos cientistas, na real acepção do vocábulo.

O bem maior não é o “sonho que viveu”, senão aquele que procuramos alcançar, de coração ansioso, com vontade, e, temeroso ao mesmo tempo, mas, sem que seja possível realizá-lo todo.

Infeliz do homem que pensa haver atingido, na vida, a meta de seus desejos! A vida é luta e sempiterno anelo.

“Caso estrelas no Céu, e coração na terra,
Da treva arrancas luz, do nada arranco vida,
E crivo de vulcões os zelos que a alma encerra...”

Condições adversas enfrentamos, neste quadriênio, inclusive, local onde poderíamos nos reunir. A Sala dos Lentes ou da Congregação era o abrigo seguro para as reuniões da nossa **Academia**; pois bem, até mesmo ali, vezes muitas, pela “**obra de recuperação**” que já se arrasta por quase uma década, não podíamos nos agregar pela invasão das águas das chuvas das diversas invernias, o mobiliário deficiente em número de poltronas e condições para usá-las; o nosso templo de cultura que é o Salão Nobre, ora interditado, ora estraçalhado como hoje se pode lastimável e tristemente ver!... Percorremos várias instituições que sempre nos acolheram com acatamento e distinção para as posses dos novos Acadêmicos e outros necessários encontros. Um

dia, não muito distante, prazam-nos os Céus terrenos nossa especial sede da Academia, dentro da nossa Faculdade de Medicina do Terreiro de Jesus, conforme planejamento que nos traçamos.

Quando recorro os quatro anos passados e as dificuldades encontradas relembro o episódio de Cláudio Bernard, trabalhando embaixo de uma escada, Pasteur nas águas-furtadas da Escola Normal de Paris e nos relevos inesquecíveis do monte Jura, assim como Silveira, nos porões do antigo Ambulatório do Canela, por nove longos anos!

Grandes e eternas lições de grandiosos e mestres eternos!

“Que importa! Lavra sempre. Não maldigas
A terra ingrata. Não maldigas nada.
Talvez um dia o preço das fadigas
Brote no pulso da robusta enseada.”

Mas a Academia prossegue em sua trajetória ascensional. Aí estão importantes artigos científicos da responsabilidade de seus signatários e discursos de saudação e de posse na Agremiação, no quadriênio transcorrido.

Por Justiça, ressaltamos o trabalho imenso e incansável do nosso acadêmico **Lipe Goldenstein**, diligente elaborador e organizador destes Anais.

Como nos falou, um dia, o grande e inolvidável Hilton Rocha: “Hipócrates, 400 anos aC., traçou os rumos da medicina-arte, da medicina ciência, da medicina-ética, forjando uma verdadeira tripeça que sustenta os objetivos superiores de nossa Agremiação.”

“As Academias nascem visando aprimoramento da cultura e vivem do devotamento dos seus integrantes”.

Nossa classe médica vê com orgulho nossa Agremiação pela expressão cultural que ela representa.

Solicitamos, por mais uma vez, em sessões ordinárias, os currículos atualizados dos Srs. Acadêmicos, para a composição de nossas vidas acadêmicas, porém, não conseguimos, ainda, adquiri-los.

Na mira desses elevados propósitos, nos próximos honoráveis pleitos eleitorais da Instituição, deveremos alcançar os louros de nossa luta em favor da cultura médica e continuidade de elevar à altura merecida as finalidades que exalta a veneranda Academia.

Acadêmica Maria Theresa de Medeiros Pacheco

TÓPICOS ATUAIS EM CARDIOLOGIA

EXERCÍCIO E O CORAÇÃO: NOVAS EVIDÊNCIAS

Agnaldo David de Souza

A doença arterial coronária (DAC) constitui uma das principais causas de morte nos países do primeiro mundo e nos em desenvolvimento. Vários estudos epidemiológicos têm associado a atividade física com a redução do risco de DAC. Uma metanálise, realizada em 1990, concluiu que indivíduos fisicamente ativos tinham metade das taxas de DAC em relação aos sedentários.

Estudo recente, realizado na Universidade de Harvard, correlacionou o tipo e a intensidade do exercício em relação ao risco de DAC no homem. A pesquisa envolveu 44.452 participantes, com idades de 40 a 75 anos, com acompanhamento por 12 anos. Os indivíduos foram alocados em 5 grupos (quintís), de acordo com a quantidade de atividade física: realização de caminhada (incluindo sua duração e velocidade do passo) ou exercício mais intenso. A atividade física foi avaliada em relação a outros fatores de risco (FR) de doença coronária: idade, fumo, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, história familiar de DAC, peso corporal, diabetes.

Durante 12 anos de acompanhamento, ocorreram 1700 novos casos de infarto do miocárdio (IM) fatal ou não fatal. O risco relativo (RR) de DAC, através os 5 quintís de atividade física, partindo do menor para o maior, ajustados para os outros fatores de risco, foram: 1.0, 0.91, 0.87, 0.81 e 0.66. Isto significa que, comparando o grupo de indivíduos com atividade física mais intensa (5o. quintil) com o grupo sedentário (1o. quintil) tem-se uma redução de 44% na incidência de um evento coronário.

A redução de risco variou conforme os diversos tipos de atividade física (quadro 1): correr, trotar, remar, esporte com raquetes, caminhar foram associados com redução de risco em análise multivariada.

Quadro 1

EXERCÍCIO FÍSICO E REDUÇÃO DO RISCO CORONÁRIO

ATIVIDADE	FREQUÊNCIA	REDUÇÃO DE RISCO
Corrida	> 1 hora / semana	42 %
Musculação	> ½ hora / semana	23 %
Remar	> 1 hora / semana	18 %

A caminhada é a forma mais comum de exercício. Na avaliação do benefício da caminhada na redução do risco de DAC, deve-se levar em conta, não apenas a sua duração e frequência, mas, o que é mais significativo, a velocidade do passo. Quando analisado, com o mesmo modelo multivariado, comparando com o andar lento (< 3.2 km/hora), o passo normal (3.2 a 4.8 km/h), o passo apressado (4.8 a 6.4 km/h) e o passo acelerado (> 6.4 km/h), o RR foi, respectivamente, 0.72, 0.61 e 0.51. A redução do risco coronário correspondeu, portanto, a 28%, 39% e 49%, respectivamente (Quadro 2).

Quadro 2

A CAMINHADA NA REDUÇÃO DO RISCO CORONÁRIO

ATIVIDADE	REDUÇÃO DE RISCO	
	RR	%
3.2 - 4.8	0,72	28
4.8 - 6.4	0,61	39
>6.4	0,51	49

Reafirmando os achados de trabalhos anteriores, o estudo da Harvard mostrou uma significativa e inversa relação entre a caminhada e o risco de

DAC. Como foi demonstrado no quadro 2, a intensidade da caminhada (velocidade do passo) é um fator determinante na diminuição do risco coronário, atingindo 39% de redução para caminhada no passo de 5 km/hora, como é usualmente recomendada.

Como orientação prática, aconselha-se a caminhada em passo rápido (5 a 6 km/hora), durante meia hora por dia, na maioria dos dias da semana, ou de preferência diariamente. Para os atletas, ou pessoas mais jovens, a corrida na faixa de 10 km/hora, por no mínimo 20 minutos, 3 vezes por semana. Antes do início de programa de exercício, torna-se imprescindível a realização de avaliação médica, com teste de esforço (prova ergométrica), para os homens acima dos 40 anos ou para as mulheres acima dos 50 anos. Avaliação em idade inferior é, também, recomendada para aqueles com fatores de risco coronário (hipertensão, fumo, diabetes, hipercolesterolemia, história familiar de IM precoce, etc.).

Os mecanismos prováveis para explicar o efeito da atividade física no risco de DAC são múltiplos: ação direta sobre o coração (aumento no suprimento de oxigênio para o miocárdio, melhoria da contração miocárdica e estabilidade elétrica), aumento nos níveis do colesterol HDL, diminuição do LDL-colesterol, redução da pressão arterial, diminuição da coagulabilidade sanguínea, e diminuição da resistência à insulina.

PROTEINA-C REATIVA

Marcador independente de risco?

Agnaldo David de Souza

A proteína-C reativa (PCR) é um marcador inflamatório sintetizado pelo fígado. Resulta da atividade aumentada das citocinas em resposta a uma variedade de estímulos inflamatórios. Durante muitos anos, os clínicos têm utilizado a PCR como um indicador não específico de inflamação e injúria tecidual. Recentemente, a determinação da PCR passou a ter um papel na estratificação de risco de doença cardiovascular (DCV). Em vários estudos prospectivos, recentemente publicados, a PCR tem mostrado ser um preditor importante de risco de eventos cardiovasculares (EVC), notadamente de angina instável e infarto agudo do miocárdio (1, 2).

Com o intuito de verificar se a medida do PCR adiciona valor preditivo ao colesterol total (CT) e ao colesterol de alta densidade (HDL) na determinação do risco, foi realizado um estudo envolvendo 617 homens aparentemente saudáveis, integrantes do Physician's Health Study, pesquisa que envolveu 14.161 participantes (3). Num seguimento médio de 9 anos, o grupo (245 pacientes) que apresentou infarto do miocárdio (IM) tinha níveis iniciais significativamente elevados de PCR, CT e da relação CT/HDL-c ($p < 0.001$). Em análise multivariada, a adição da medida da PCR aos parâmetros lipídicos mostrou ser significativamente mais expressiva na previsão de risco futuro de IM do que a verificação isolada dos níveis lipídicos ($p < 0.003$). Em análise estratificada, os níveis basais de PCR foi preditor de risco de IM, tanto em indivíduos com CT e relação CT/HDL-c elevados como nos que as tinham normais ou baixos. A análise foi limitada a não fumantes e após controle para outros fatores de risco CV.

Utilizando metodologia mais sensível, tem sido possível, ultimamente, determinar pequenos níveis de concentração da PCR, aumentando a habilidade clínica da detecção de processos inflamatórios de baixo grau (4). Este estado pode estar presente anos antes de o paciente tornar-se

sintomático para DCV. Com esta tecnologia, já disponível na prática clínica, faz-se a determinação da PCR de alta sensibilidade (PCR-as).

A medida da PCR-as foi utilizada, inicialmente, em estudo envolvendo 366 mulheres, aparentemente saudáveis, na pós-menopausa, incluídas entre as 28.263 participantes do Women's Health Study (5). Num seguimento médio de 3 anos, foi avaliado o risco de ECV em relação aos marcadores de processo inflamatório e a várias outras alterações do perfil lipídico. Dos 12 marcadores avaliados, a PCR-as constituiu-se no mais forte preditor isolado de risco de ECV. O risco relativo (RR) de eventos para mulheres com PCR-as no quartil mais alto, comparado com as do quartil mais baixo, foi de 4.4 (intervalo de confiança de 95%). Nesta mesma linha, o CT apresentou RR de 2.4; o colesterol de baixa densidade (LDL-c), RR de 2.4; o HDL-c, RR de 0.3 e a relação CT/HDL-c, RR de 3.4.

Mesmo no grupo de mulheres com níveis de LDL-c abaixo de 130 (média 104 mg/dl), a medida da PCR-as foi fator preditivo, independente, em análise multivariada, com RR de 1.5 (comparando o quartil mais elevado com o mais baixo), enquanto a relação CT/HDL-c obteve RR de 1.4.

Tornou-se evidente que a determinação do marcador inflamatório, como a PCR-as, reforça o valor preditivo da determinação do perfil lipídico. Assim, o risco de ECV foi significativamente mais baixo entre mulheres com CT normal e baixos níveis de PCR-as; em contraste, o risco mostrou-se como o mais alto entre as mulheres com CT elevado e níveis altos de PCR-as.

Contudo, mesmo entre as mulheres com níveis baixos de CT, o risco de ECV foi, de modo significativo, mais alto entre aquelas que apresentaram níveis elevados de PCR-as. Desta forma, a inclusão da medida de PCR-as, junto à avaliação do CT, resultará numa melhor previsão de risco de ECV, do que a medida isolada do CT. O mesmo se aplica para a relação CT/HDL-c.

Outra aplicação clínica de grande relevância na determinação da PCR-as, além da estratificação de risco para ECV, deve ser dirigida para uma melhor identificação de pacientes que possam vir a se beneficiar da prevenção primária com o uso de estatinas. A seleção de pacientes com maior risco, sobretudo com níveis lipídicos dentro da faixa considerada de normalidade, melhoraria de modo expressivo a relação custo-benefício. A divulgação de estudo recente mostrando redução significativa nos níveis plasmáticos de PCR, em pacientes que fizeram uso de pravastatina (6) demonstra, por outro lado, importante ação da estatina, na redução do processo inflamatório.

Deve-se, todavia, estar atento para as condições, nas quais a avaliação da PCR-as pode levar a resultados duvidosos ou incorretos: fumantes,

portadores de câncer, diabetes, infecção respiratória, mulheres em uso de terapia de reposição hormonal, uso de drogas antiinflamatórias e em obesos.

PCR E ESTATINA - Estudo prospectivo de grande escala, recentemente apresentado no 2001 ACC Meeting (PRINCE – Pravastatin Inflammation CRP Evaluation), mostrou que a pravastatina significativamente reduziu os níveis plasmáticos de PCR em prevenção primária e secundária. Como já tinha sido observado no estudo de prevenção secundária CARE, a variação nos níveis de PCR, com uso diário de 40mg de pravastatina, ocorreu independente das alterações nos níveis de LDL-c.

ASPIRINA E PCR – Em pacientes com angina instável, em uso prévio de aspirina, a avaliação da PCR perde seu valor de previsor de eventos cardíacos (7). Modificação da resposta inflamatória, pela ação da aspirina, constitui-se na mecanismo principal desta interação na prática clínica, a medida da PCR (com a tecnologia atual PCR-as) deve ser indicada:

- a) Com a avaliação inicial do perfil lipídico;
- b) Na presença de outros fatores de risco, notadamente nas dislipidemias com aumento do CT e da relação CT/HDL-c;
- c) Antes de decidir pela prevenção primária com o uso de estatinas, sobretudo em pacientes com níveis de CT normais ou levemente aumentados;
- d) Na estratificação de risco para ECV, precedendo a decisão para emprego de exames de maior custo.

BIBLIOGRAFIA

1. LIUSSO, G. et al. JR The prognostic value of C-reactive protein and serum amyloide A protein in severe unstable angina. *N Engl J Med* 1994; 331: 417-24
2. Toss H, Lindohl B, Siegbahn A, Wallentin L Prognostic influence of increased fibrinogen and C-reactive protein levels in unstable coronary artery disease. *Circulation* 1997; 96: 4204-10
3. Ridker PM, Glynn RJ, Hennekens CH. C-reactive protein adds to the predictive value of total and HDL cholesterol in determining risk of first myocardial infarction. *Circulation* 1998; 97: 2007-2011
4. Rifai N, Tracy RP, Ridker PM. Clinical efficacy of an automated high-sensitivity C-reactive protein assay. *Clin Chem* 199; 45: 2136-41
5. Ridker PM, Hennekens CH, Buring JE, Rifai N. C-reactive protein and others markers of inflammation in the prediction of cardiovascular disease in women. *N Engl J Med* 2000; 342: 836-43
6. Ridker PM, Rifai N, Pfeiffer MA, Sacks F, Braunwald E. Long-term effects of pravastin on plasma concentration of C-reactive protein. *Circulation* 1999; 100: 230-5
7. Kennon S, Price CP, Mills PG, et. al. The effect of aspirin on C-reactive protein as a marker of risk in unstable angina. *J Am Coll Cardiol* 2001; 37: 1266-70.

VINHO E CORAÇÃO

Agnaldo David de Souza

Mais de 60 estudos prospectivos sugerem uma relação inversa entre consumo moderado de bebida alcoólica e doença arterial coronária (DAC). Um efeito protetor coronário consistente tem sido observado para consumo de 1 a 2 drinques ao dia, contudo uso em quantidades maiores está associado com aumento da mortalidade total. Na maioria dos estudos, não há uma associação definida entre o tipo de bebida alcoólica e prevenção de doença cardíaca: todavia alguns trabalhos têm sugerido que o vinho tenha mais benefícios do que a cerveja ou uísque.

Os bebedores de vinho tendem a ser menos obeso, exercitam-se mais e consomem a bebida durante as refeições.

Apesar de os franceses terem ingestão semelhante de gorduras animais em relação aos norte-americanos, a incidência de DAC na França é metade da observada nos Estados Unidos. Isto tem sido chamado de “paradoxo francês”. Uma explicação para o risco mais baixo de DAC na França é um aumento no uso de vinho, especialmente vinho tinto. O efeito protetor parece ser influenciado pelo consumo de vinho com as refeições.

Alem do consumo de vinho, um número de fatores dietéticos, como o consumo de frutas frescas, vegetais e peixes, e consumo reduzido de produtos derivados do leite diferem entre populações européias, notadamente se comparadas com a região do Mediterrâneo, e estão associadas com redução do risco de DAC.

O VINHO COMO ANTI-OXIDANTE

O desenvolvimento das placas ateroscleróticas, responsáveis pela obstrução coronariana, envolve a oxidação de partículas, chamadas

lipoproteínas, carregadas de gorduras. Estudos experimentais têm sugerido que substâncias com poder antioxidante diminuem a formação da placa aterosclerótica.

O vinho, especialmente o vinho tinto, contém um número de compostos polifenóis, tais como o *resveratrol*, e flavonóides que previnem a oxidação da lipoproteína in vivo. Os flavonóides também são encontrados em outras bebidas, como a cerveja preta. Compostos antioxidantes, semelhantes aos existentes no vinho, estão presentes no suco de uva, sem teor alcoólico.

Embora seja ainda objeto de discussão o poder antioxidante do bebidas alcoólicas, particularmente o vinho, sabe-se que frutas e vegetais frescos, e bebidas a base de suco de uva têm ação antioxidante semelhante ao do vinho.

ALTERAÇÕES NAS LIPOPROTEÍNAS PLASMÁTICAS

As bebidas alcoólicas aumentam os níveis circulantes da lipoproteína de alta densidade (HDL)", o que tem efeito protetor. Um a 2 drinques por dia pode aumentar o HDL em torno de 12%. Este aumento é semelhante ao que ocorre com outras intervenções, como o exercício físico e uso de fibratos. Até o presente, nenhum estudo clínico tem sido feito para demonstrar que o álcool pode ser usado para aumentar os níveis de HDL colesterol.

AÇÕES ANTITROMBÓTICAS

Consumo leve a moderado de bebida alcoólica parece ter efeito anti-trombótico. Numerosos estudos têm mostrado decréscimo estatisticamente significativo na agregação plaquetária associada com o consumo de bebidas alcoólicas. A controvérsia existe no sentido de admitir se alguns tipos de bebidas alcoólicas, particularmente o vinho tinto, são mais eficazes que outras. Da mesma forma que a aspirina, a inibição da síntese das prostaglandinas parece ser o mecanismo do efeito do álcool na redução da agregação plaquetária.

PRECAUÇÕES

- O consumo de álcool não deve nunca ser considerada como uma medida preventiva para adolescentes ou adultos jovens. O álcool é uma substância

que pode viciar e os efeitos adversos da bebida ocorrem, em alguns indivíduos, com consumo acima do “moderado”.

- Uso diário de bebida alcoólica, em nível acima do moderado é um fator de risco certo para o desencadeamento de hipertensão arterial. Pacientes hipertensos deveriam evitar o consumo de bebidas alcoólicas.
- Diante das incertezas ainda existentes em relação aos benefícios versus prejuízos, a American Heart Association recomenda que o uso de álcool seja um item de discussão entre o médico e o paciente.

O PARADOXO FRANCÊS

A taxa de mortalidade por doença coronária na França é menor do que a observada em outros países industrializados, com perfil semelhante de fatores de risco coronário. Este fato, conhecido como “paradoxo francês”, tem sido atribuído ao consumo frequente de vinho tinto neste país europeu.

Os mecanismos pelos quais o consumo de vinho tinto pode reduzir o risco coronário incluem o aumento das nas taxas de HDL colesterol e inibição plaquetária, fatores que levam à lesão endotelial e formação da placa aterosclerótica.

SUCO DE UVA (COLORAÇÃO PÚRPURA)

Os flavonoides presentes no suco de uva (tinto) guardam as mesmas propriedades do vinho tinto. Estudo recente, envolvendo pacientes com doença coronária, aos quais foi administrado cerca de 600 ml de suco de uva ao dia, durante 14 dias, mostrou melhora da função endotelial.

A disfunção endotelial é um evento crítico na patogenia da aterosclerose e suas manifestações clínicas, incluindo a isquemia miocárdica. A ingestão de suco de uva, mesmo por período curto, resultou, em pacientes com doença coronariana, na melhora na função endotelial e redução na suscetibilidade de oxidação das partículas de colesterol LDL.

A CERVEJA TEM AÇÃO CARDIOPROTETORA?

Pequenos estudos têm demonstrado que o consumo diário de cerveja, em quantidade pequena à moderada, diminui a mortalidade devido à doença

coronária. Contudo, a tendência dos bebedores crônicos de cerveja para adquirirem obesidade ventral, relacionada à síndrome pluri-metabólica e a aterogênese, é mencionada como fator negativo no que diz respeito à proteção. Ao contrário do que acontece com o vinho tinto, não tem sido demonstrado qualquer benefício da cerveja na inibição da oxidação das partículas de colesterol LDL, promotoras da aterosclerose. Também, não foram detectadas na cerveja, e por extensão no vinho branco, quantidades significativas de flavonóides

DIETA NA PROTEÇÃO CARDIACA

Ocupando a doença arterial coronária (DAC) o primeiro lugar entre as causas de mortalidade, e sabendo-se que os níveis de colesterol total e LDL estão diretamente relacionados com a incidência de DAC, nada mais natural do que o reduzir, na dieta, o consumo de alimentos ricos em colesterol e gorduras saturadas. De fato, cerca de 30% do colesterol detectado no sangue tem sua origem exógena, isto é, na alimentação.

Ao lado da redução do consumo de gorduras de origem animal, a dieta ideal deveria conter peixes (sobretudo os de água gelada, ricos em ácidos ômega-3), frutas frescas, vegetais, legumes, cereais contendo abundante quantidade de fibras, antioxidantes minerais, proteínas vegetais e vitaminas do grupo B. Estes são os elementos que, ao lado do vinho, constituem a chamada “Dieta do Mediterrâneo”.

No Estudo de Lyon (França), utilizando-se este tipo de dieta em um grupo de pacientes acometidos de um primeiro infarto do miocárdio, e acompanhados por 46 meses, foi demonstrada uma redução significativa de risco de morte cardíaca ou reinfarto não fatal no grupo mantido com a dieta, em relação ao grupo controle.

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS COM AS ESTATINAS

Agnaldo David de Souza

As estatinas são drogas altamente eficazes na redução do LDL-colesterol e têm grande emprego na prática clínica. Resultados de estudos com duração de mais de cinco anos demonstraram, com o uso de estatinas, decréscimo na mortalidade total, menor incidência de infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral e diminuição dos procedimentos de revascularização miocárdica.

Na maioria das pessoas, as estatinas são muito bem toleradas. Um dos seus efeitos adversos de importância, a elevação das transaminases hepáticas, ocorre em 0.5% a 2.0% dos casos, e guardam correlação com a dosagem. A miopatia é de ocorrência mais rara, sobretudo quando a estatina é usada como monoterapia. Em sua forma mais severa, a incidência, em grandes estudos clínicos, é de 0.08%. Manifesta-se como sintomas musculares acompanhados, geralmente, de elevação da creatino-fosfoquinase (CPK). Ocorre com maior frequência quando as estatinas são usadas em combinação com uma variedade de medicações, conforme delineado no quadro 1.

Quadro 1 **Risco de miopatia na associação de estatina** **com outras medicações**

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| * Fibratos (Gemfibrozil) | * Inibidores da protease HIV |
| * Ácido nicotínico | * Nefazodone |
| * Ciclosporina | * Verapamil |
| * Antifúngicos azólicos | * Amiodarona |
| * Itraconazol e Cetoconazol | * Suco de "grapefruit" |
| * Antibióticos macrolídeos | (> 1.000 ml/dia) |
| • Abuso de álcool | |

Embora as estatinas tenham ações semelhantes, atuando na cascata que leva à síntese do colesterol, através do bloqueio da enzima hidroximetilglutaril-coenzima-A reductase, a partir do mevalunato, elas se diferem quanto às suas propriedades farmacocinéticas.

Vale destacar, neste particular, a meia-vida, a hidrofília e a utilização do citocromo P450 (CYP 450) para o seu metabolismo. Das vastatinas conhecidas, três são hidrofílicas: a pravastatina, a fluvastatina e a rosuvastatina. A hidrofília confere à estatina acesso limitado às células não hepáticas, como as do músculo estriado, e ao mesmo tempo favorece a metabolização hepática, sem utilização extensa do sistema CYP 450.

Interações Medicamentosas

Ocorrem comumente em pacientes cujo tratamento envolve múltiplas medicações. As drogas, com maior probabilidade de interação apresentam:

- a) concentração terapêutica próxima do nível tóxico:
- b) curva dose-resposta de ascensão brusca:
- c) metabolismo de primeira-passagem elevado: e
- d) via de eliminação única.

O metabolismo hepático é servido por uma superfamília de oxigenases, conhecidas como citocromo P450-s. As sub-famílias CYP2C, CYP2D e CYP3A são as mais envolvidas no metabolismo das drogas mais relevantes, utilizadas clinicamente. No particular das estatinas, as sub-famílias CYP3A, a mais abundante no fígado humano, e CYP2C, estão relacionadas com a sua metabolização (Quadro 2)

Quadro 2
Citocromo P450 e as Estatinas

C i t o c r o m o	E s t a t i n a
CYP3A	Lovastatina Sinvastatina Atorvastatina
CYP2CP	Fluvastatina
Não utiliza	Pravastatina
Não utiliza	Rosuvastatina

Utilizando a mesma via de metabolização do CYP450 3^A4, existem mais de 150 drogas, comumente usadas, como opiáceos, esteróides, antiarrítmicos, antidepressivos tricíclicos, bloqueadores dos canais de cálcio, antibióticos macrolídeos (ex. eritromicina), ciclosporina, antifúngicos azólicos, suco de “grapefruit” etc.

O emprego de qualquer um destes agentes associados a uma estatina que dependa, para a sua metabolização do CYP450-3^A4 (lovastatina, sinvastatina, atorvastatina), pode levar a um aumento de até 10 a 20 vezes no nível sanguíneo da estatina, favorecendo seus efeitos tóxicos, como a rabdomiólise. Enquanto isso, com a fluvastatina, metabolizada pelo CYP 2C9, a interação não teria efeito significativo. A interação é praticamente inexistente com as duas vastatinas que não utilizam, para o seu metabolismo, a via do CYP450: a pravastatina e a rosuvastatina.

Em conclusão, interações medicamentosas ocorrem comumente em pacientes que fazem uso de múltiplas medicações. Se bem que existam diferenças no potencial das estatinas em estarem envolvidas em reações adversas sérias, em geral estas medicações, utilizadas em grandes estudos clínicos, têm mostrado um excelente perfil de segurança e eficácia.

DOENÇA DE CHAGAS

Considerações

Alberto Serravalle

Acertou Austregésilo e justificaram os pósteros, em o primeiro denominar, e os segundos consagrarem e tripanosomose americana como sendo a Doença de Chagas. O epônimo é perfeito. Tem-se dito, e não há mal algum em reafirma-se que, a nenhum descobridor no campo da medicina, foi assistido a ventura de estudar a um só tempo o vector e sua ecologia, o agente etiológico e seu habitat, os resultados laboratoriais e seu substrato anatômico, os animais domésticos e os reservatórios silvestres, os achados histo-patológicos e sua correlação entre os sintomas clínicos, a descrição até hoje notável dos casos humanos agudos ou crônicos com as formas nervosas ou cardíacas: Carlos Chagas foi além de emérito, um personagem genial.

É em crescendo o interesse dos vários ramos das especialidades médicas pela doença de Chagas.

Ao Clínico Geral, pelas multifárias exteriorizações da doença, ora como um quadro infeccioso agudo, ora com os caracteres de lesões dérmicas, ou ainda interessando órgãos ricos em mesênquima ou em células histiocitárias, dando como resposta quadros díspares que açulam a astúcia clínica.

Ao Cardiologista pelo ataque dirigido ao coração pelo parasito, simulando por vezes a cardite reumática e dando alterações electrocardiográficas que vão desde as perturbações do ritmo até aos bloqueios da condução do estímulo. Há dados que contabilizam 38% de mortes súbitas pela forma cardíaca da doença.

Ao Radiologista pelo aspecto que assume a silhueta cardíaca, constituindo a radioscopia o grande "coração parado" dos autores.

Ao Neurologista pelas manifestações de irritação meníngea, pelas

encefalopatias ou ainda pelos acidentes trombo-embólicos no terreno nervoso.

Ao Patologista pela miocardite intersticial cujo infiltrado não há outro tão intenso na literatura médica, pelas lesões decorrentes da isquemia do miocárdio específico ou pelos acidentes dos infartos pulmonares. Tem sido preconizada a par da viscerectomia hepática pós morte, instituída para diagnóstico da febre amarela silvestre, a cardíaca, e aquela dos músculos esqueléticos, o que muito serviria ao conhecimento mais exato das zonas da extensão do mal, além da contribuição histológica em maior escala.

Ao Imunologista pelas reações imunitárias anotadas desde Brumpt, 1913 quando animais (ratos) inoculados com o parasito depois de curados não lograram re-infectar-se ou ainda pelos fenômenos de lise observados com os tripanosomas de cultura em face ao soro imune (A. Serravalle, 1959).

Ao Bioquímico e ao Terapeuta puderam, num conluio construtivo, apreciar ação das novas drogas sobre os protozoários nas culturas de tecidos, aquelas dos antibiótico (puromicina), dos nitrofuranos (nitrofurazona), da 8-aminoquinoleína (pentaquina, isopentaquina e primaquina) com também os fenantridínicos (carbídio), todos aliás, sem nenhum poder parasiticida. Maurício, 1959, nos dá conta do emprego dos glicocorticóides e diuréticos melhorando a insuficiência cardíaca chagásica e aumentando a sobrevivência. Também Amato Neto, 1959, em tentativa de tratamento da forma aguda da doença usa um antibiótico derivado do *Streptomyces* – a Anfotericina B - sem lograr ao menos o desaparecimento do tripanosoma do sangue periférico. Ultimamente Zilton Andrade em 1987 e Sônia Andrade em 2000 usaram o M.K. 436 (derivado nitroimidazólico) em murinos infectados com resultados promissores fosse na fase aguda ou na fase crônica. Urbina et al. em 1998 e 1999 citados no substancial trabalho de Sônia Andrade (2000) usaram o composto triazólico SCH 56592, em camundongos, na fase aguda e crônica da doença com percentual de cura parasitológica entre 90 e 100%.

Ao Pediatra o interesse é marcante, pois sabe-se ser na primeira infância que a infecção aguda mais predomina. Tem vistas, também, para as formas adquiridas na vida fetal, constituindo ao nascer um néo chagásico, ou ainda pelo fato de poder adquirir a infecção pelo leite materno.

O Obstetra tem fundadas razões em torna-se estudioso do tema em lide; desde Souza Campos, em 1929, que ficou patenteada a transmissão transplacentária em cães; constituiu objeto de pesquisa de Mazza e cols. até 1942 sem obterem a comprovação dessa maneira de transmissão; em 1953

Romaña, apresenta os primeiros casos em gêmeos; Jörg descreve um outro caso humano com documentação anátomo-patológica. Howard e cols., 1957, citam 3 casos no Chile; o primeiro prematuro (7º mês) com convulsões e o aparecimento do *T cruzi* circulante com 30 horas de idade; mais tarde o parasito foi também encontrado no líquido extraído de hidrocele; inoculado o parasito mostrou-se pouco virulento aos animais. O segundo e o terceiro casos em gêmeas nascidas com 8 meses com o tripanosoma no sangue aos 75 dias de idade e no pús de abscesso aos 90 dias. À jovem pesquisadora Achiléa Lisbôa, 1959, coube a primazia dos estudos baianos na verificação da tramissibilidade placentária, com feliz documentação anátomo-patológica. Referindo a transmissão intrauterina Pifano, 1959, cita 2 casos de Dao em 1949 de natimortos com miocardite extensa e encefalite e seus 2 outros casos com *T cruzi* no sangue periférico da mãe, xenodiagnóstico positivo nos meninos e forma de multiplicação nos cotilédones placentários.

O Epidemiologista tem responsabilidades marcantes; no nosso país contitue um dos problemas sanitários de maior relevância, “ligados aos mais altos interesses econômicos e ao aperfeiçoamento progressivo da nossa raça nas zonas rurais” (Carlos Chagas). O fato de tratar-se de mal insidioso, como o é na maioria dos casos, propiciou a Manoel José Ferreira o parágrafo burilado que se segue “as causas subterrâneas invisíveis ou apenas semi-invisíveis, constituem as mais pungentes e profundas causas de estiolamento do nosso homem do interior” (Ferreira, 1958). Para o Brasil, Bustamente, 1957, estima em 3 milhões as casas infectadas por barbeiro. As habitações do nosso homem rural são verdadeiros “nichos ecológicos”. Valente et al. em trabalho publicado em 1999 refere-se a episódios recentes quando 17 pessoas se infectaram com o *T cruzi*, ingerindo suco de açaí, extraídos das sementes da palmeira amazonense *Euterpe oleracea*. É que questiona-se juntamente com essas sementes foram esmagados barbeiros (triatomíneos) infectados, logrando, por via gástrica, assegurar a contaminação daqueles indivíduos. Camandaroba, Sônia Andrade et al. em trabalhos experimentais publicados na Rev. Inst. Med. trop S. Paulo 2002 relataram infecção com *T cruzi*, em camundongos Suíços, por via gástrica, com excrementos de marsupiais (tatú), reservatórios naturais do parasito. Em 1991 Yasuda, Amato Neto et al., na Paraíba, assinalaram a contaminação entérica pelo caldo de cana, que como o açaí, estava contaminado pelo triatomíneo infectado.

Ao Veterinário contitue o problema tema palpitante, pelo conhecimento dos animais ora como simples reservatórios, ora adoecendo-os e levando-os à morte.

À Medicina do Trabalho é temário transcendental, seja pela condição de insalubridade do local de trabalho, seja pela incapacidade funcional que acarreta a doença ou ainda pelo critério de não aceitação de candidatos a empregos mediante simples testes sorológicos positivos. Na Constituição da Organização Mundial de Saúde das Nações Unidas está o exarado: “A proteção da Saúde é um direito do indivíduo e um dever do Estado”.

Ao Cancerologista pelo emprego ainda bastante discutido de extratos liofilizados de *T cruzi*; em neoplasias e os estudos norte americanos de testes intradérmicos positivos, em certos carcinomas com antígenos à base do protozoário.

Ao Oftalmologista pela mucosa ocular representar um ponto ótimo para a entrada do parasito e pelo fato de Mazza ter levantado a premissa de poder ser a manifestação ocular uma reação local a doença geral, calcando suas ponderações nos edemas bioculares relatados, arrematando ser grotesca a posição do triatomíneo defecando nos dois olhos do paciente.

Ao Parasitologista cabe uma parcela ponderável no estudo do agente etiológico ou da sua resultante no hospedeiro, constituindo objeto transcendente o metabolismo do parasito, atualmente melhor apreciado depois da prática das culturas em tecidos. Igualmente importantes são: as cêpas de tripanosomas de virulência variada caracterizada seja pela fonte de obtenção, seja pela latitude geográfica de onde provieram.

A concentração sanguínea dos parasitos depende da cêpa com que se trabalha, obtendo-se cifras bem distanciadas uma das outras, é um porquê desafiante aos investigadores, embora somente assim se compreenda da razão dos resultados serem tão discordantes nas hemoscopias.

O fato de existir tripanosomas morfologicamente idênticos ao *T cruzi*; porém biologicamente diferentes, como os morcegos da Itália, constitue objeto de atração ao estudioso. O canibalismo entre os triatomíneos faz com que admitamos um ciclo do parasito no hospedeiro invertebrado, prescindindo daquele tido com obrigatório, no vertebrado. Um animal que seja insetívoro poderá depois de uma refeição com triatomíneos infectados passar a ser um reservatório do vírus; pode assim ser o caso de certos morcegos. Partindo-se das experiências de Coutinho e col., 1952, que conseguiram a evolução do *T. rangeli* na cavidade geral de triatomíneos via conexivo – poder-se-ia suscitar dúvidas ou reascender controvérsias, se as glândulas salivares não constituiriam sede do parasito. Do conctato estreito entre parasito e hospedador, como soe acontecer nas cafuas, dever-se-ia

esperar formas super-agudas ou alterações cardíacas mais graves, sendo, entretanto por vezes, raras essas, assim com aquelas manifestações.

Óbvio seria esperar uma reação intensa por parte de um receptor que recebesse sangue de um doador com a doença de Chagas; em vez disso caso logre vingar a infecção, ela é assintomática, ou se não é, tem-se como de pouca intensidade. Também sem maiores explicações pairam sobre as sementeiras de quantidades maiores de sangue suspeito em meio de cultura, sem crescimento do parasito, enquanto com décimos de ml um barbeiro exhibe múltiplas formas em sua estação posterior. Porém se a fase da doença não é crônica e sim a subaguda, a cultura será positiva. Não há, em certas regiões, a forma cardíaca, inútil procurá-la; em outras ao contrário, ela assume aspecto médico-social do mais alto interesse e prevalência.

O mesmo se diz para o problema dos megas, tão comuns em partes do nosso território e tão raras em outros. Em determinadas regiões brasileiras o edema ocular da doença – sinal de Cecil-Romaña – é conhecido pelo leigo com “picada do chupão”; e em outras é um achado raro, e se existe, é evanescente, durando 2-5 dias. É conhecida a precocidade com que um caso agudo pode exhibir alterações electrocardiográficas, porém é controvertida seu mecanismo produtor, como igualmente o é a patogenia do edema generalizado da fase aguda. Ultimamente, com os estudos feitos no Instituto de Medicina Tropical de Hamburgo, vêm-se experiências convincentes que o edema bi-palpebral unilateral, pode representar apenas uma manifestação alérgica à picada do triatomíneo.

Mal polimorfo – a doença de Chagas – é conhecida desde 1909, sendo lido estudada com exaustão, nos seus meandros e manifestações clínicas, porém ela continua sem êxito quanto ao tratamento, não obstante aos esforços dos muitos estudiosos passados e presentes.

MEDICINA BASEADA EM EVIDENCIAS

Parte 1: Requisitos básicos de inferência científica.

Carlos A. Marcilio de Souza

José A. Moura Junior

Marilia Bahiense Oliveira

A boa prática clínica requer a contínua interposição entre aquisição de conhecimentos teóricos válidos e atualizados e a experiência à beira do leito do paciente e em ambulatórios. Sendo a medicina, ao mesmo tempo, ciência natural e ciência humanística, aspectos éticos afloram, continuamente, a cada decisão médica. Isso decorre, por princípio, dos pacientes terem direito aos melhores cuidados de saúde possíveis e o médico deve ser seu melhor advogado em atingir tais objetivos. Graças ao desenvolvimento científico e tecnológico a medicina conta hoje com métodos de diagnóstico e de tratamento efetivos e específicos os quais, a cada dia, proliferam. Por outro lado são também mais caros e capazes de induzir reações adversas que podem até mesmo serem graves ou letais. Isso requer do médico a capacidade de inquirir cientificamente se o que está sendo preconizado para uso de seus pacientes é, de fato, válido ou não. Até que ponto este novo método diagnóstico é preciso para apoiar uma decisão terapêutica? O risco de um evento adverso grave contrabalança os benefícios comprovados do uso deste tratamento? Diante da limitação de recursos, é válido determinada instituição ou município implementar este tipo de serviço? Com os dados já disponíveis pode o médico adiantar ao paciente ou a sua família, considerações prognósticas?

A resposta a esta e a tantas outras questões da prática clínica diária requer do médico a capacidade de analisar criticamente as evidências científicas contidas na literatura médica atual. Para isso, necessita conhecer os fundamentos teóricos da aquisição de conhecimentos científicos válidos

em medicina. Deste modo o clínico estará pautando sua prática dentro dos princípios da ética e da medicina baseada em evidências.

Neste texto, usando sempre que possível exemplos da prática nefrológica, pretendemos abordar tópicos de metodologia científica que ajudem na tomada de decisões clínicas, enfatizando a avaliação de evidências científicas relacionadas a ensaios terapêuticos.

Requisitos de inferência científica em clínica.

Habitualmente novos conhecimentos médicos são adquiridos através de artigos originais, publicados em revistas selecionadas pelo leitor e consideradas de grande importância científica. Mesmo que este conhecimento não chegue ao profissional através do artigo na íntegra, os relatos de pesquisa terminam sendo acessados via livros de texto, internet, congressos, conferências, consensos, eventos patrocinados pela indústria farmacêutica etc. Os artigos originais são entretanto a forma válida e mais completa de aquisição de conhecimentos. Eles relatam uma investigação clínica que foi realizada em uma determinada amostra de pacientes. Para adotarmos as conclusões de um artigo científico em benefício de nossos pacientes é necessário que o planejamento, coleta de dados, análise e conclusões da pesquisa preencham requisitos de validade. Costuma-se considerar estes requisitos como sendo de **validade interna** e **validade externa** (1). A primeira nos assegura se as conclusões da investigação são de fato corretas para a amostra de pacientes estudados, se o número de pacientes na amostra foi adequado e se foram adotadas medidas para afastar a interferência do acaso ou de chances ou mesmo de vícios (“bias” ou tendenciosidades), bem como se foi medida a variação inter e intra-observadores além de vários outros parâmetros que tornam as conclusões do artigo precisas e confiáveis. Se o artigo preenche critérios de validade interna podemos confiar em suas conclusões e passar à próxima questão: meus pacientes podem se beneficiar das recomendações do artigo? Ou seja dado que as conclusões do artigo são válidas posso generalizar as mesmas para meus pacientes ou para situações análogas às da pesquisa?

VALIDADE INTERNA: diz respeito às condições em que o estudo foi realizado, isto é se foram observados no desenvolvimento da hipótese em estudo, no seu planejamento, coleta de dados e análise, os requisitos capazes de reduzir ou impedir a interveniência de fatores tais como chance, vieses e variáveis confundíveis.

1 - CHANCE: A atividade clínica baseada em evidências científicas deriva do postulado segundo o qual pode-se inferir conclusões verdadeiras para uma determinada população a partir de uma amostra representativa da mesma. Entretanto, os resultados derivados de uma amostra poderão estar grandemente afastados do que de fato ocorre na realidade, isto é, na população, simplesmente por interferência do acaso, ou seja, por chance ou mais apropriadamente, variação randômica. É a possibilidade de interveniência da chance ou do acaso que torna o tamanho da amostra de importância fundamental para a confiabilidade dos resultados de um estudo, evitando a ocorrência de dois tipos de erros que devem ser levados em consideração ao se planejar o tamanho da amostra:

- **Erro Tipo I ou erro alfa:** o estudo mostra a ocorrência de um efeito que inexistente. Por exemplo o estudo conclui que o tratamento X é melhor que o tratamento Y ou placebo, quando de fato, a diferença encontrada ocorreu simplesmente do acaso. Assim, o resultado é análogo a um dado falso positivo. A probabilidade de ocorrência de um erro tipo I ou falso positivo é muito comum em estudos que fazem múltiplas comparações entre as variáveis.

- **Erro Tipo II ou erro beta:** o estudo não mostra um efeito embora que, este efeito, realmente existe. Por exemplo: o estudo conclui que o tratamento A não é melhor que o tratamento B, quando em realidade ele o é. Corresponde a um resultado falso negativo. Estudos com amostra reduzida, têm maior chance de apresentarem este tipo de erro.

Testes estatísticos são usualmente utilizados para balizar o nível aceitável de interferência do acaso em um estudo. Assim, para o erro tipo I ou alfa é usual que os pesquisadores admitam a probabilidade de 0,05 ou 5%, ou seja de 1 vez em 20, de que o resultado observado decorra simplesmente da variação ao acaso e quando esta probabilidade é inferior a 5%, diz-se que a diferença encontrada é estatisticamente significativa ($P < 0.05$). Em relação ao erro tipo II ou beta costuma-se utilizar o *poder estatístico* (“*power*”) para indicar a probabilidade de o estudo mostrar um efeito que de fato existe. Neste caso, costuma-se utilizar o complemento de beta, ou seja $1-B$, para balizar o nível de probabilidade do estudo mostrar o efeito, se ele de fato existir. Usualmente utiliza-se um valor de beta igual a 0,10 ou 0,20 o que corresponde a $B = 1-0,10$ ou $B = 1-0,20$ ou seja 90 ou 80% de probabilidade do estudo demonstrar um efeito, se ele realmente existir.

Exemplo: Kaztnelson e colaboradores (2) da Universidade da Califórnia (USA) com base em estudos clínicos e laboratoriais, conduziram ensaio clínico randomizado (ECR) visando comprovar se o uso da estatina (pravastatina) seria capaz de reduzir a rejeição aguda do transplante renal de doador cadavérico. Vinte e quatro pacientes foram alocados no grupo teste para receberem a estatina e 24 constituíram o grupo controle e receberam placebo. Todos usaram o tratamento convencional incluindo ciclosporina e prednisona. Neste estudo os autores observaram uma redução no número de episódios de rejeição aguda de enxerto renal da ordem de 58% para 25% ($P < 0.01$). Isso corresponde a uma expressiva redução de 57% nos episódios de rejeição aguda comprovada por biopsia. Um efeito tão benéfico quanto este merece comprovação em Ensaio Clínico Randomizado, duplo cego, com análise baseada na intenção de tratar e amostra de pacientes de tamanho suficiente para evitar erro tipo I ou erro tipo II. Com este objetivo foi realizado então ECR multicêntrico, duplo cego, controlado por placebo, incluindo 364 pacientes (3). Este estudo teve o poder de detectar uma diferença estatisticamente significativa (bi-caudal) menor que 5% ($P < 0.05$) e 80% de poder para detectar uma redução na ocorrência de rejeição aguda da ordem de 31.5%. A statina utilizada foi a fluvastatina por não interferir no metabolismo da calcioneurina. O tratamento anti-rejeição teve como base o uso de ciclosporina e esteróides. Os resultados mostraram uma incidência de rejeição da ordem de 47.8% (87 pacientes) no grupo que usou estatina versus 47.3% (86 pacientes) no grupo que usou placebo. Portanto o uso de pravastatina, neste bem planejado estudo não mostrou nenhuma diferença relevante, quer na incidência, quer na severidade da rejeição aguda do enxerto. Este estudo mostra a importância da adequação do tamanho da amostra. A disparidade de resultados nestes dois estudos onde, o de resultado negativo foi o estudo adequadamente planejado para evitar erro tipo I e II, exemplifica uma situação não incomum em medicina e que deve ser levada em consideração quando o nefrologista faz opções por testes diagnósticos e regimes terapêuticos.

Deve-se observar também que um resultado mostrando uma diferença estatisticamente significativa depende, além do tamanho da amostra, da homogeneidade dos valores das variáveis. Ou seja quanto maior a amostra e menor o desvio padrão em torno da média, maior é a probabilidade de encontrar-se uma diferença estatisticamente significativa, mesmo que diferença careça de relevância clínica.

2 - VÍCIO, TENDENCIOSIDADE OU “BIAS”. Estes três termos, utilizados indistintamente, indicam situações na pesquisa, que levam a conclusões incorretas. Ou seja, indicam a interveniência de fatores em uma investigação que desviam sistematicamente os resultados da realidade. Estes vieses podem ocorrer em qualquer fase da investigação clínica (planejamento, amostragem, seleção de pacientes, coleta e aferição de dados etc.) Para Murphy (4) vício ou “bias” corresponde a qualquer procedimento, em algum dos estágios da investigação ou do processo de inferência, que produz resultados sistematicamente diferentes dos valores verdadeiros. As investigações clínicas são particularmente sujeitas a vícios devido à variabilidade do comportamento humano, quer dos investigadores, quer dos indivíduos participantes. Embora estejam catalogados algumas dezenas de vícios ou tendenciosidades, eles podem ser classificados em três grupos:

- 1 – Vícios na seleção,.
- 2 – Vícios de aferição ou observação; e,
- 3 – Vícios por confusão.

VÍCIOS NA SELEÇÃO: Se em uma pesquisa, o grupo teste e o grupo controle se diferem pela probabilidade de ocorrência do desfecho em estudo, os resultados da pesquisa podem decorrer simplesmente da seleção dos participantes. Por exemplo: Suponhamos um estudo de eficácia e segurança terapêutica cujo objetivo seja verificar se o controle da hipertensão arterial previne ou retarda a progressão da insuficiência renal. Os resultados deste estudo tenderão a estarem viciados, favorecendo o efeito positivo da medicação se variáveis de prognóstico negativo (ex: presença de diabetes mérito, participantes mais idosos, maior índice de co-morbidade) ocorrerem com maior frequência no grupo controle do que no grupo teste. Em ensaios terapêuticos um modo efetivo de prevenir vícios de seleção é usar regras estritas de randomização, duplamente cega e análise baseada na intenção de tratar. Vícios de seleção costumam estar presentes em estudos que avaliam as características operacionais de exames complementares (viés de espectro). Este viés consiste na aplicação do teste apenas em pessoas com formas graves ou avançadas da doença sendo os resultados comparados aos obtidos em pessoas saudáveis e jovens. Nesta situação, tenderá a mostrar características operacionais de **sensibilidade** e **especificidade** melhores do que na realidade o são. Assim em estudo (5) para determinar o valor do ANCA (anti-neutrophil cytoplasmic antibodies) no diagnóstico de vasculite sistêmica

idiopática, foram incluídos no estudo pacientes com Granulomatose de Wegener e outras vasculites com diagnóstico clínico e histológico e dois grupos controles, sendo um grupo com 740 indivíduos saudáveis e outro de 184 indivíduos doentes, incluindo vasculites secundárias, glomerulonefrites e doenças granulomatosas. Com este cuidado, de incluir um largo espectro de indivíduos doentes e saudáveis, observou-se uma sensibilidade de cANCA e pANCA de 64% e 21% respectivamente, com especificidade de 95% e 81%, respectivamente, para diagnosticar Granulomatose de Wegener. Estes valores diferem substancialmente de outras avaliações que, não incluindo amplo espectro de pacientes e controles, mostraram sensibilidade de ANCA da ordem de 80 a 90%.

O vício de seleção pode estar presente tanto na frequência de variáveis preditivas quanto nas variáveis de desfecho. Exemplo: em um estudo visando avaliar problemas cardiovasculares em pacientes vivendo com hemodiálise a frequência de diabetes melito, nefrosclerose hipertensiva e hiperhomocisteinemia e idade são variáveis preditivas; mortalidade por todas as causas, mortalidade cardiovascular e internação por insuficiência cardíaca congestiva são variáveis de desfecho. Assim, qualquer desequilíbrio na ocorrência das variáveis preditivas, ou seja na seleção de pacientes, poderá induzir a conclusões viciadas. Daí decorre o maior poder de inferência científica do Ensaio Clínico Randomizado que permite a distribuição equilibrada das variáveis preditivas capazes aumentar ou reduzir a taxa de desfechos.

VÍCIO DE AFERIÇÃO OU OBSERVAÇÃO: Este tipo de viés pode induzir a conclusões errôneas de duas formas: ao se aferir ou observar as variáveis preditivas do desfecho do estudo ou quando, as próprias variáveis de desfecho são aferidas ou observadas diferentemente, no grupo teste e no grupo controle. No primeiro caso suponhamos um ensaio terapêutico que pretende avaliar o papel do inibidor de enzima de conversão da angiotensina (IECA) em reduzir proteinúria e ou protelar necessidade de terapia renal substitutiva em pacientes com nefropatia diabética. Se no grupo teste, que usou anti-hipertensivos IECA, parte dos pacientes não aderiu regularmente à medicação devido a tosse ou hipotensão postural, neste caso a magnitude da diferença de resultado entre o grupo teste e o grupo controle será sistematicamente reduzida. Neste exemplo, o vício de aferição deveu-se à variável preditiva do desfecho ou seja, uso de IECA que é capaz reduzir

proteinúria e protelar a necessidade de terapia renal substitutiva. Em uma outra direção, no segundo caso, o viés poderá estar na observação ou aferição da variável de desfecho. Suponhamos o estudo em que indivíduos com mais de 50 anos, portadores de alterações urinárias são encaminhados para exame da próstata por toque retal. Neste caso se o urologista conhece a condição do paciente ter PSA (prostatic specific antigen) normal ou elevado, este conhecimento poderá induzir em situações onde, se o toque retal mostrar-se ambíguo, quanto às características de benignidade ou de malignidade, poderá induzir o urologista a concluir por resultados do toque retal que tenda a concordar com o resultado do PSA.

VARIÁVEL CONFUNDÍVEL OU VÍCIO DE CONFUSÃO: Em uma investigação clínica pode ocorrer que uma variável mostre-se preditiva de um determinado desfecho, porem, em realidade, este desfecho decorra da interveniência de uma outra variável. A presença de um fator deste tipo em um estudo é conhecida como vicio de confusão ou variável confundível. Esta variável tem as seguintes características: a) está associada ao fator de risco ou exposição, b) independentemente da exposição é um fator de risco para a doença, e, c) não faz parte da associação causal entre exposição e doença. Por exemplo: pretende-se avaliar em um estudo controlado se cirurgia ortopédica, comparada à cirurgia geral de porte similar é um fator causal de Insuficiência Renal Aguda (IRA). Embora esta relação possa existir, pois cirurgias e traumas são fatores de risco para IRA, a relação causal poderá estar distorcida por um outro fator, como por exemplo o uso de anti-inflamatorios não esteróides (AINE) que funciona neste exemplo como uma variável confundível. Esta classe de medicamentos é reconhecidamente causadora de IRA e os antiinflamatórios costumam ser prescritos com maior freqüência para pessoas com problemas osteoarticulares. Idade, sexo, índice de massa corpórea, ser fumante etc. são exemplos de variáveis confundíveis que distorcem freqüentemente os resultados de investigações clínicas. Evita-se a interveniência de fatores de confusão através de técnicas estatísticas de restrição (retirada da análise dos portadores da variável de confusão) pareamento, estratificação, ANCOVA, análises multivariadas etc.(6)



Figura 1: representação esquemática do viés de confusão.

VALIDADE EXTERNA E GENERALIZAÇÃO:

De acordo com Altman e Bland a utilidade de uma pesquisa reside muito mais na possibilidade de generalização dos resultados do que nas informações obtidas com indivíduos em particular. Os pacientes de um ensaio clínico são estudados não para obter-se informações sobre eles, porém visando prever o que acontecerá se os próximos pacientes receberem este mesmo tratamento. (7)

Quando um estudo clínico tem uma amostra de tamanho adequado e é representativa da população, se os resultados têm probabilidade muito pequena de serem devidos à chance, e os vícios ou possíveis fatores de confusão foram tratados adequadamente do ponto de vista de planejamento e de análise estatística, podemos concluir que ele têm validade interna. A questão seguinte será então avaliar se os resultados encontrados são aplicáveis a outros contextos e, especialmente, aos pacientes com os quais lidamos. Deve-se levar em conta que a validade interna de um estudo, vem em primeiro lugar, pois não seria de bom senso aplicar ou generalizar resultados de estudos invalidados por inconsistências metodológicas ou de análise e interpretação. Em outras palavras, os resultados do estudo podem ser aplicados a populações diferentes da estudada.

Referências Bibliográficas:

- 1 - Feinstein, A R: Clinical Judgment. Ed. Krieger Pub. Co. Huntington NY, 1967.
- 2 - Katznelson S, Wilkinson AH, Kobashigawa JA et al: The effect of pravastatin on acute rejection after kidney transplantation - a pilot study. *Transplantation*. 61):1469-74. 1996.
- 3 - Holdaas H, Jardine AG, Wheeler DC, and al: Effect of fluvastatin on acute renal allograft rejection: a randomized multicenter trial. *Kidney Int*. 60:1990-7. 2001.
- 4 - Murphy E A. The logic of medicine. Baltimore: Johns Hopkins University Press 1976.
- 5 - Hagen EC, Daha MR, Hermans J: Diagnostic value of standardized assays for anti neutrophil cytoplasmic antibodies in idiopathic systemic vasculitis. EC/BCR Project for ANCA Assay Standardization. *Kidney Int.*;53:743-53. 1998.
- 6 - Sackett, Haynes, Guyatt e Tugwell: Clinical Epidemiology. 2aEd. Boston, Little, Brown & Co. 1991.
- 7 - Altman DG, Bland JM. Generalisation and extrapolation. *BMJ*. 317: 409-10. 1998
- 8 - Sackett, D L, Straus S, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes BR.: Evidence Based Medicine, Edimburgh, 2aEd, Churchill Livingstone, 2000.
- 9 - Gardner MJ, Machin D, Campbell MJ. Use of check lists in assessing the statistical content of medical studies. *Br Med J* ;292:810-2. 1986.
- 10 - Jaeschke R, Singer J, Guyatt GH. Measurement of health status. Ascertaining the minimal clinically important difference *Control Clin Trials*. 10 :407-15. 1989.
- 11 - Laupacis A, Sackett DL, Roberts RS. An assessment of clinically useful measures of the consequences of treatment *New Engl J Med*.318:1728-33; 1988.
- 12 - Jaeschke R, Guyatt G, Shannon H, Walter S, Cook D, Heddle N. Assessing the effects of treatment: measures of association. *CMAJ.*;152:351-7, 1995.
- 13 - Chan KB, Man-Son-Hing M, Molnar FJ, Laupacis A.: How well is the clinical importance of study results reported? An assessment of randomized controlled trials *CMAJ.* ;165:1197-202. 2001.
- 14 - Shakespeare TP, Gebiski VJ, Veness MJ, Simes J Improving interpretation of clinical studies by use of confidence levels, clinical significance curves, and risk-benefit contours *Lancet*. 357:1349-53.. 2001.
- 15 - Goodman SN. Toward evidence-based medical statistics. 1: The P. value fallacy. *Ann Intern Med*;130:995-1004. 1999.
- 16 - Braitman LE. Confidence intervals extract clinically useful information from9 data. *Ann Intern Med*.108:296-8; 1988.
- 17 - Steme JA, Davey Smith G: Sifting the evidence - what's wrong with significance tests? *BMJ*. 2322:226-31,2001.
- 18 - Moher D, Dulberg CS, Wells GA. Statistical power, sample size, and their reporting in randomized controlled trials *JAMA*.272:122-4; 1994.
- 19 - Simon R. Confidence intervals for reporting results of clinical trials. *Ann Intern Med.*;105:429-35. 1986.
- 20 - Schiff H Susanne ML. and Fischer R. Daily Hemodialysis and the outcome of Acute Renal Failure, *New Eng J Med*. 346:305-310, 2002.
- 21 - Pitt B, Zannad F, Remme WJ, Cody R, et col. The effect of spironolactone on morbidity and mortality in patients with severe heart failure. Randomized Aldactone Evaluation Study Investigators The effect of spironolactone on morbidity and mortality in patients with severe heart failure. *RALES. N Engl J Med*;341:709-1999.

MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Parte 2: Métodos Diagnósticos

Carlos A. Marcilio de Souza

José A. Moura Junior

Marília Bahiense Oliveira

Exames complementares são realizados em inúmeras circunstâncias. Tomemos como exemplo o exame sumário de urina (urina tipo I), um dos testes laboratoriais mais realizados em medicina, para ilustrar suas possibilidades de uso. É um exame de grande importância, pois, detecta algumas alterações do organismo além, é claro, de distúrbios urinários. Pode ser realizado com múltiplos propósitos:

Triagem: neste caso o exame de urina é realizado para detectar possível presença de alterações urinárias. Isso pode ocorrer quando uma pessoa é admitida como funcionário de uma organização, ou vai ingressar na universidade, no serviço militar, iniciar programa de condicionamento físico, ou mesmo quando consulta um médico visando esclarecer algum aspecto de sua saúde ou é internado para uma pequena cirurgia, por exemplo. Nestas situações o exame serve para indicar a presença de fatores de risco ou para detecção de doenças, urinárias ou não, em fase inicial. Muitas vezes, quando indivíduos são expostos a agentes que podem ser nefrotóxicos o exame é realizado periodicamente, pois, se positivo, algumas precauções deverão ser tomadas. Assim se um operário da indústria petrolífera apresenta vestígios de proteinúria ou hematúria microscópica, ele deverá fazer exames adicionais e ficar em observação, afastado de locais de maior exposição, pois existem evidências de que produtos petroquímicos estão incriminados no desenvolvimento de glomerulopatias.(1)

Diagnóstico: se o médico atende em consulta criança que vinha assintomática e que desenvolveu edemas e o sumário de urina mostra

proteinúria de 3+ (em 4+) isso significa cerca de 300mg de albumina por decilitro, uma perda compatível com síndrome nefrótica.(2) Outros exames, como nível de albumina e colesterol sérico, ASLO, complemento, proteinúria de 24 horas e outros testes contribuirão com outras informações úteis, aumentando o grau de certeza sobre a presença ou ausência da doença (2),

Acompanhamento clínico: nesta situação os exames complementares são feitos com diversos propósitos:

1 – Avaliar prognóstico e severidade da doença. Assim, no exemplo acima, se a criança com síndrome nefrótica vier a apresentar hematúria e cilindros hemáticos, deveremos estar diante de uma glomerulonefrite, podendo significar maior comprometimento renal.

Tabela 1

Probabilidade de que uma pessoa sadia apresente um ou mais resultados anormais de exames complementares, em relação ao número de exames realizados.

Número de exames	Possibilidade de um ou mais testes anormais
1	5%
5	22%
10	40%
20	64%

2 – Acompanhar o curso da doença: a redução de ou elevação da proteinúria poderá indicar tendência à resolução ou recorrência da doença, respectivamente;

3 - Seleção de tratamentos e ajuste de doses: esta é uma outra função importante dos exames complementares. No exemplo da síndrome nefrótica a. evolução clínica juntamente com a proteinúria poderão indicar a necessidade de alterar dose e forma de uso de corticóides e, até mesmo, o uso de agentes citotóxicos.

Na solicitação de exames complementares muitas vezes pensa-se que, quanto mais testes são realizados, melhor para o paciente e maior a

capacidade resolutive do médico ou da instituição. Os exames, entretanto, podem ter um grande custo psicológico (HIV falso positivo) financeiro (angio-ressonância), risco de morbidade e de mortalidade (biópsias), prolongamento de internações (reações adversas a exames contrastados), grande desconforto para os pacientes (uretrocistografia) e, frequentemente, tratamentos desnecessários. Por isso os exames complementares somente devem ser realizados se houver uma indicação clínica válida. Também, não se deve solicitar um determinado exame, se ele não for capaz de alterar a conduta médica. Cada teste feito isoladamente ou em “bateria” tem um risco mensurável de falsos positivos. A tabela I mostra a probabilidade de uma pessoa sadia ter um, ou mais resultados anormais, conforme o número de testes realizados. O clínico deve ser também parcimonioso ao solicitar testes com objetivos de triagem. Um exame para ser considerado de triagem ou screening deverá preencher as seguintes características:

- 1 – a doença deve ser suficientemente prevalente para justificar sua detecção;
- 2 – deve ser acompanhada de significativa morbidade e mortalidade se não for tratada;
- 3 – deve existir um tratamento que mude efetivamente a história natural da doença; e,
- 4 – a detecção e o tratamento no estado pré-sintomático devem resultar em benefícios que ultrapassem àqueles obtidos pelo tratamento na fase sintomática inicial.

Hipertensão Arterial e Diabetes Melito são exemplos de doenças que deverão ter programas e políticas públicas de detecção ou triagem por suas elevadas prevalências e pela carga de morbi-mortalidade que ocasionam, haja visto serem as principais causas de insuficiência renal crônica. O mesmo não se poderá dizer, pelo menos no momento, para doenças menos prevalentes como Nefropatia da Anemia Falciforme e Disproteinemias, por exemplo.

CARACTERÍSTICAS OPERACIONAIS

Dados do exame clínico (queixas, sintomas, sinais) do mesmo modo que exames complementares (bioquímica, exames histológicos, imagens) têm características operacionais, que devem ser avaliadas pelos clínicos, visando otimização e custo efetividade de sua abordagem diagnóstica.

Alguns princípios básicos devem ser apreciados: a) nenhum exame é 100% positivo na presença da doença em estudo, nem 100% negativo em sua ausência. b) exames somente devem ser solicitados se existir uma suspeita clínica razoável, c) toda doença ou condição deve ter o seu “padrão ouro” ou “gold standard” de diagnóstico. Isto, é um exame suficientemente preciso para diagnosticar uma condição ou doença específica. O “padrão ouro” pode ser um exame histológico (nefropatia lúpica) uma imagem, como no caso de rins policísticos, a história natural da doença (rejeição crônica de enxerto renal) ou mesmo um conjunto de informações clínicas: edemas generalizados, proteinúria (> 3.5gm/dia) hipoalbuminemia, hiperlipidemia e hipercoagulabilidade do sangue, indicando síndrome nefrótica (2 e 3). Muitas vezes, exames post-mortem constituem o gold standard. Exames e dados clínicos devem ser comparados ao padrão ouro de diagnóstico da doença ou condição visando analisar as propriedades do teste e assim decidir se o mesmo deve ou não ser indicado para seus pacientes. Tomemos o seguinte exemplo: estenose da artéria renal (EAR). Esta é uma causa importante de Hipertensão Arterial Secundária, curável. Embora sua frequência seja reduzida na população geral (< 1:10.000), entre os portadores de hipertensão arterial sua ocorrência varia bastante, aumentando com a idade. Na população com discreta a moderada hipertensão arterial sua ocorrência está abaixo de 1% (4). Anderson e colaboradores encontraram uma prevalência de 3.1% em uma população com diversos graus de hipertensão (5) Cerca de 15% dos pacientes que entram em programas de hemodiálise crônica apresentam estenose aterosclerótica progressiva das artérias renais (6 e 7). Recentemente tem sido proposto o uso de ultrassonografia doppler, duplex, como um método efetivo, não invasivo, de diagnóstico (8), Tem dentre outras vantagens, a capacidade de diagnosticar mais de 90% das ocorrências de EAR, dispensar o uso de contrastes, não tendo a inconveniência de decrescer sua acurácia quando a lesão arterial é bilateral ou na presença de insuficiência renal, tal como ocorre com a cintilografia com captopril.(7). Para melhor avaliar as características da ultrasonografia doppler renal, vamos utilizar como ilustração os dados do estudo conduzido por Olin e colaboradores(9), visando diagnóstico da EAR. Trata-se de uma avaliação prospectiva e cega que investigou a ocorrência de EAR em 102 pacientes consecutivos, os quais tiveram um total de 187 artérias principais avaliadas por ultrasonografia doppler e por arteriografia renal. Este último exame serviu de “padrão ouro”.

Definiu-se como estenose a redução igual ou superior a 60% da luz da artéria renal principal à arteriografia. A ultrasonografia duplex diagnosticou corretamente 62 das 63 das artérias não estenosadas. 120 do total de 124 arterias portadoras de estenose importante, foram também identificadas corretamente. A coorte de pacientes estudados tinha elevada probabilidade de EAR pois a maioria deles apresentava hipertensão arterial de difícil controle, azotemia de instalação súbita, ou ambas. Portanto, as características operacionais do exame foram avaliadas em uma situação em que a prevalência da doença está muito elevada, mesmo tratando-se de um centro de referência onde a ocorrência de EAR pode atingir 40%.(8)

Usando uma Tabela 2 x 2:

Os dados acima podem ser colocados em uma tabela 2 x 2 (**Figura 2**) visando analisar as características operacionais da ultrasonografia doppler em relação ao padrão ouro, que neste exemplo é a arteriografia renal. Temos então:

Sensibilidade: é a capacidade do teste ser positivo quando a doença está presente.

Especificidade: é a capacidade do teste ser negativo quando a doença está ausente.

Valor Preditivo Positivo (VP+): indica probabilidade do indivíduo ter a doença quando o teste é positivo.

Valor Preditivo Negativo (VP-): indica a probabilidade do indivíduo não ter a doença quando o teste é negativo. A tabela 2x2 indica também a Prevalência da doença no total de indivíduos examinados bem como a Acurácia do teste ou seja o número total de acertos em pacientes com e sem a doença.

Diagnóstico de Certeza.

"Padrão Ouro "

	Doença Presente	Doença Ausente	
Teste Positivo.	VP a	FP b	a+b
Teste Negativo.	FN c	VN d	c+d
	a+c	c+d	N = a+b+c+d

Arteriografia

Estenose da Arteria Renal.

Presente Ausente

Ultrasonografia

Doppler:

Positiva

120	1	121
a	b	
c	d	
4	62	66
124	63	N = 187

Negativa

Figura 1: Avaliação de características operacionais de testes diagnósticos.

VP : verdadeiro positivo

VN : verdadeiro negativo

FP : falso positivo

FN : falso negativo.

Sensibilidade: $(a/a+c) = (120 / 124) = 0.97$ ou 97%.

Especificidade: $(d/b+d) = (62 / 63) = 0.98$ ou 98%.

Valor Preditivo Positivo: $(a/a+b) (120 / 121) = 0.99$ ou 99%.

Valor Preditivo Negativo: $(d/c+d) = (62 / 66) = 94\%$.

Prevalência : $(a+c) / (a+b+c+d) = (124 / 187) = 0,66$ ou 66%.

Acurácia $(a+d) / (a+b+c+d) = (182 / 187) = 0.97 = 97\%$.

Sensibilidade e especificidade são características intrínsecas dos testes, permanecendo estáveis nas variações de prevalência, desde que os pacientes tenham características semelhantes. Entretanto estas medidas estão sujeitas a variações conforme o teste seja aplicado a pacientes com diversos graus de gravidade da doença, grupo etário, gênero, surto epidêmico etc. Não levar em conta estas variações pode induzir ao chamado viés de espectro.(9 e 10).

Quando recebemos um resultado de um exame, o que mais interessa não é exatamente sua sensibilidade ou especificidade pois foram estas características que determinaram, previamente, a escolha do teste. Interessa muito mais saber o quanto podemos confiar que, sendo o resultado positivo, o indivíduo tem de fato a doença (verdadeiro positivo) Nos interessa também o contrário: quando o resultado do exame é negativo, qual a probabilidade da doença estar de fato ausente?(verdadeiro negativo). Estas são as propriedades que mais interessam ao paciente e seus familiares que querem saber o exato significado de ter o resultado positivo (“qual o meu prognóstico?”) ou negativo (“posso ficar seguro de não ter a doença?”). Isso é muito importante pois, no mundo real, a prevalência das doenças muda segundo o nível de complexidade do atendimento (centros de referências para a doença) ou de acordo com a região geográfica, época do ano etc.) E, o valor dos testes diagnósticos sofrem marcante influência da prevalência da doença no local (hospital de referência, comunidade, serviço especializado, durante epidemias etc.) onde o teste é realizado.

Vamos analisar este importante papel da prevalência, utilizando ainda dados do estudo de Olin e colaboradores (8), sobre o uso de ultrasonografia doppler no diagnóstico de EAR. Como vimos anteriormente, as características operacionais da ultrasonografia doppler foram extraordinariamente efetivas em diagnosticar a estenose em um importante centro de referência da Cleveland Clinica Foundation - EUA. O que aconteceria, entretanto, se hipoteticamente este exame fosse aplicado em uma população onde a prevalência fosse mais próxima à observada na realidade? Por exemplo, em um serviço onde a ocorrência de pacientes com hipertensão de difícil controle e azotemia de instalação rápida fosse de 5% em vez dos 66% observados na coorte estudada por Olin e colaboradores. Com este objetivo vamos fazer com que as 124 artérias estenosadas representem 5% do total da amostra examinada, passando as artérias sem estenose a constituir 95% da amostra ou 2.356 artérias examinadas. Teríamos então:

Arteriografia
Estenose da Arteria Renal.

		Presente	Ausente	
Ultrasonografia Doppler:	Positiva	120 <small>a</small>	40 <small>b</small>	160
	Negativa	4 <small>c</small>	2.316 <small>d</small>	2.320
		124	2.356	N = 2.480

Sens: 97% Valor Pred. + : 75% Prevalência: 5%
 Espec: 98% Valor Pred. - : 99.8% Acurácia: 98%

Figura 2: Impacto da prevalência nas características operacionais de testes diagnósticos.

Como se observa, a diminuição da prevalência não alterou nem a sensibilidade, nem a especificidade. Entretanto, o valor preditivo positivo caiu para 75%, uma redução significativa, portanto. A **tabela 2** mostra o comportamento da ultrasonografia doppler em diversos níveis de prevalência. Assim, podemos observar que mesmo tratando-se de exames de características operacionais excelentes como é o caso, sua capacidade preditiva modifica-se acentuadamente. Este é um aspecto das estratégias de diagnóstico que nem sempre é bem entendido ou considerado pelo clínico. Habitualmente os proponentes de novos exames complementares escolhem um grupo de pacientes com diagnóstico comprovado e quadro clínico exuberante da doença e um número semelhante de indivíduos controles sadios e jovens sem a doença, resultando em uma prevalência da doença em torno de 50%. Nestes dois grupos, então, o teste é aplicado e seus resultados avaliados. Nesta situação o valor preditivo do teste mostra performance muito acima da que ocorre na realidade, onde a prevalência da doença costuma se extraordinariamente menor do que a observada nos centros de referência. Como mostra a **Tabela 3** à medida que a prevalência decresce e aproxima-se da realidade, o valor preditivo positivo decresce, enquanto o valor preditivo negativo aproxima-se de 100%.

TABELA 2: Influência da prevalência no valor preditivo.

% Prevalência de EAR %	% Sensibilidade	% Especificidade	% VP +	% VP -
1%	97	98	38	99.9
5%	97	98	75	99.8
10%	97	98	87	99.6
20%	97	98	94	99.1
50%	97	98	97	97%

Testes de elevada sensibilidade são úteis para excluir hipóteses diagnósticas pois apresentam poucos resultados falsos negativos. Exemplo: (ultrassonografia de rins e vias urinárias na detecção de obstrução urinária).

Testes com elevada especificidade são de grande ajuda na confirmação de diagnósticos presuntivos, pois dão poucos resultados falsos positivos. Exemplo mielograma em pacientes com mieloma múltiplo.

Exames complementares não são por natureza dicotômicos ou seja, positivos na doença e negativos em sua ausência. Mais frequentemente torna-se necessário a determinação de um ponto de corte separando o nível que indicaria presença ou ausência de doenças, modificando conseqüentemente a sensibilidade e especificidade do teste. Exemplo: considera-se proteinúria de até

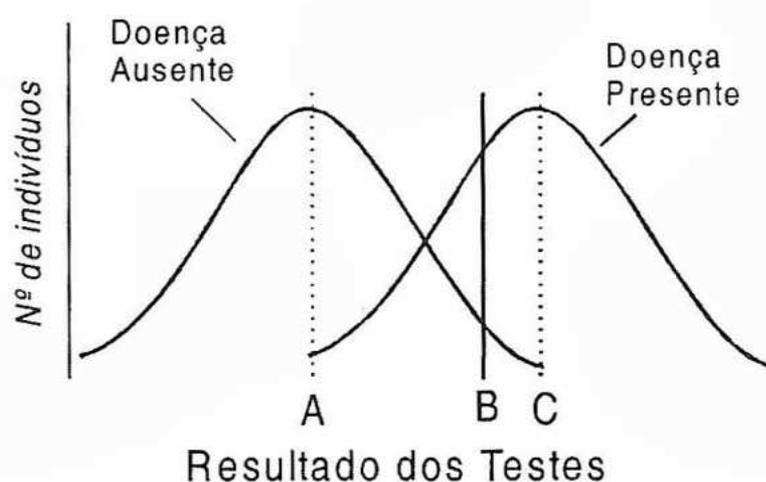


FIGURA 3: distribuição hipotética de indivíduos portadores e não portadores de determinada doença. A linha A representa o “ponto de corte” do exame onde a sensibilidade é de 100 % , porém com baixa especificidade. O “ponto de corte” B tem especificidade de 100% porém baixa sensibilidade. Já o “ponto de corte” C representa situação de maior equilíbrio entre sensibilidade e especificidade.

150mg/dia como normal para adultos. Acima de 200mg/dia considera-se a perda de proteínas como anormal. Suponhamos uma investigação clínica que pretenda identificar formas iniciais de glomerulopatias através da proteinúria. Neste caso, se for considerado proteinúria igual ou superior a 200mg/dia como indicadora de anormalidade glomerular, seguramente estaria sendo adotado um ponto de corte de alta sensibilidade e provavelmente muitos resultados falsos positivos ocorreriam devido a doenças tubulares, estados febris, hipertiroidismo, medicamentos etc. Se entretanto, fosse definido proteinúria igual ou superior a 500mg/dia como indicativo de glomerulopatia, a especificidade seria maior, porém o número de falsos positivos seria muito menor.

A **figura 3** procura ilustrar esta relação de “perdas e ganhos” entre sensibilidade e especificidade.

Curva ROC:

A curva ROC -curva de características operacionais do receptor – é um método gráfico usado na avaliação preditiva de testes diagnósticos. Permite a escolha do melhor ponto de corte que definirá quais os níveis de sensibilidade e de especificidade que resultarão em maior acurácia ou custo benefício do teste. Como mostra a **Figura 4**, constrói-se uma curva ROC (10) colocando-se os valores verdadeiros positivos ou sensibilidade no eixo y versus os resultados falsos positivos ou seja 1 – especificidade no eixo x. A curva mostra a relação de “ganhos e perdas” entre sensibilidade e especificidade de testes diagnósticos cujos resultados são expressos como variável contínua. Exemplo: glicemia, creatinina, CK-MB, etc. O ângulo superior esquerdo do quadrângulo corresponde teoricamente a um teste diagnóstico perfeito em que a taxa de verdadeiros positivos (ou sensibilidade) é igual a 100% e a taxa de falsos negativos é igual a 0% (ou especificidade igual a 100%). Nesse ponto, todos os pacientes com determinada doença seriam diagnosticados e nenhum, sem esta doença, teria o teste diagnóstico positivo. O ângulo inferior esquerdo corresponde a um ponto onde não ocorreriam resultados falsos positivos, ou seja, haveria um máximo de especificidade. Já o ângulo superior direito corresponde ao ponto em que a taxa de verdadeiros positivos (sensibilidade) seria máxima, da mesma forma que a taxa de falsos positivos. No gráfico, a linha pontilhada, inclinada a 45%, representa a situação de um teste que é positivo ou negativo, apenas por chance. A curva ROC permite escolher o melhor **ponto de corte**

(cut off point), ou seja, o nível do resultado do exame que separa o maior número de verdadeiros positivos do menor número de falsos negativos, quando aplicado a uma população de indivíduos com e sem a doença. A curva contínua do gráfico mostra três pontos de corte: o ponto A corresponde a um ponto de corte de baixa sensibilidade (pequena taxa de verdadeiros positivos); o ponto B corresponde ao melhor ponto de corte, isso é, o mais próximo ao ângulo superior esquerdo onde é maior a taxa de verdadeiros positivos e menor a de falsos negativos; já o ponto C mostra a situação de um **ponto de corte** onde a taxa de verdadeiros positivos é alta, da mesma forma que a taxa de falsos positivos.

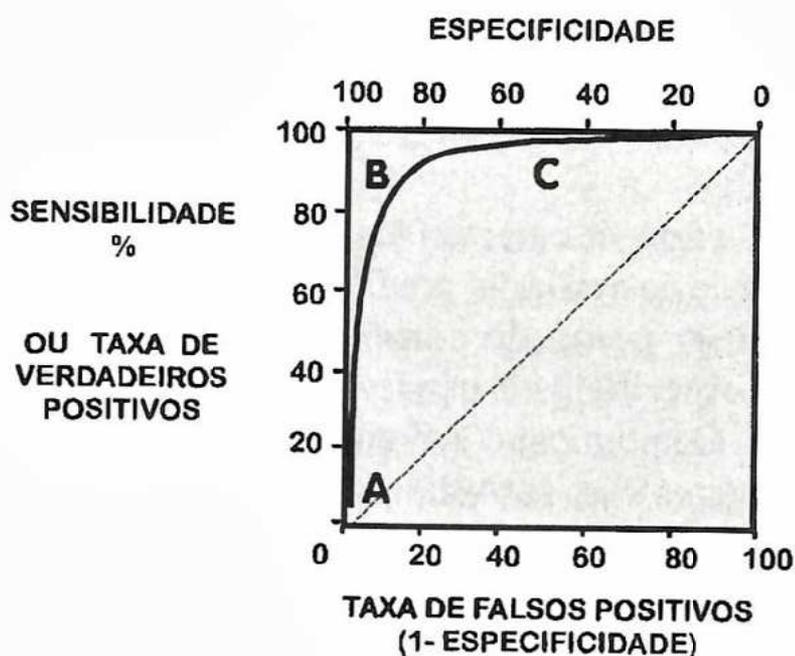


FIGURA 4: Curva ROC: curva de características operacionais do receptor.

	<i>Ponto A</i>	<i>Ponto B</i>	<i>Ponto C</i>
<i>Taxa de Verdadeiros Positivos (sensibilidade)</i>	40%	92%	99%
<i>Especificidade</i>	98%	88%	48%
<i>Taxa de Falsos positivos (100-especificidade)</i>	2%	12%	52%

Outra utilidade da curva ROC é a comparação entre a performance de dois ou mais exames complementares ou de escalas clinimétricas. Por exemplo: Insuficiência Renal Aguda (IRA) está associada a elevada mortalidade apesar do enorme desenvolvimento terapêutico e tecnológico da atualidade. Um dos problemas dos estudos que avaliam mortalidade na IRA é a ausência de escalas clinimétricas capazes de expressar a complexidade da síndrome e a comparabilidade da gravidade dos pacientes em relação às medidas terapêuticas adotadas. Devido a estas dificuldades, Fiaccadori e colaboradores (11) aplicaram a Escala Apache versão II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation), a Escala SAPS II (Simplified Acute Physiology Score e a $MPM_{24}II$ (Mortality Probability Model at 24 hours) em 425 portadores de IRA, com o objetivo de identificar qual destas melhor predizia a mortalidade dos pacientes (ver **Figura 5**). Nesta investigação clínica a Escala $MPM_{24}II$ foi a que apresentou melhor desempenho na capacidade preditiva de desfechos de pacientes individuais, quando se analisa a área sob a curva ROC. Por isso, a curva A é a mais desviada à esquerda e mais próxima do ângulo superior deste mesmo lado. Mesmo assim, deve-se ressaltar, que nenhuma destas escalas, neste estudo, mostrou-se confiável para a predição de desfecho, em pacientes considerados individualmente.

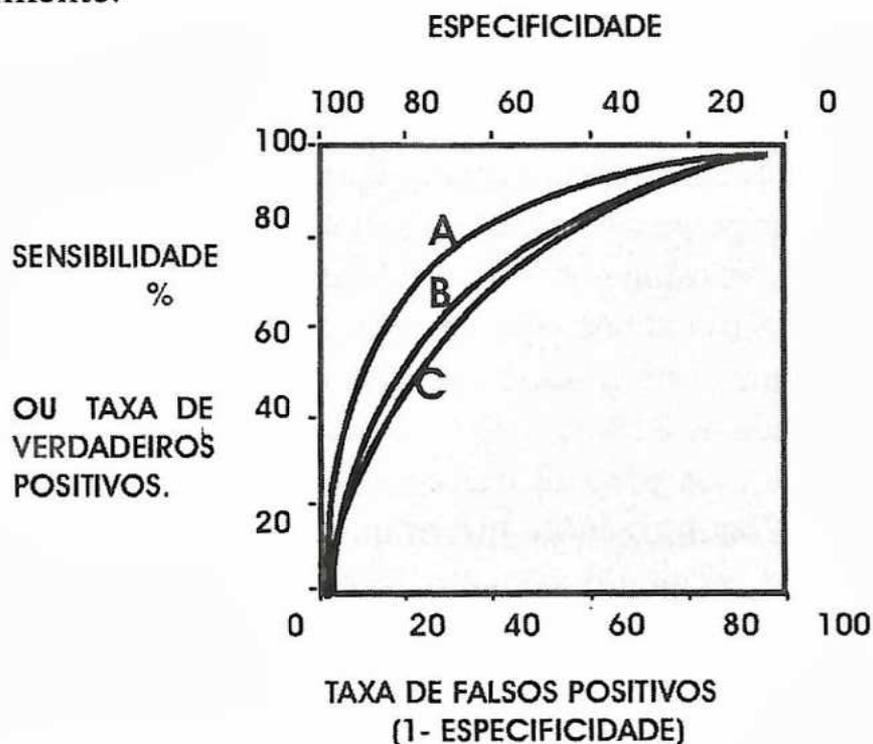


FIGURA 5: Áreas sob a curva ROC.

Linha A : $MPM_{24}II$: 0,84

Linha B: APACHE II: 0,76

Linha C : SAPS II: 0,76

Prevalência e Valor preditivo.

Anteriormente enfatizamos o poder da prevalência em alterar as características preditivas de um exame. Prevalência pode ser definida como a proporção de pessoas, em uma população definida, em determinado momento do tempo, apresentando determinado desfecho, condição ou doença. É importante observar-se, que a maioria dos testes nos quais os clínicos mais confiam, têm sensibilidade e especificidade situados, entre 70 e 99,9%. Suponhamos um teste, com sensibilidade e especificidade de 85%, por exemplo, aplicado a um grupo de pacientes que têm comprovadamente a doença e a outro grupo que, comprovadamente, não têm a doença. Nesta situação é intuitivo que no grupo com a doença todos os resultados negativos serão falsos negativos. Da mesma forma que, no grupo sem a doença, todos os resultados positivos serão falsos positivos. Dito de outra maneira: à medida que a prevalência de uma doença na população aproxima-se de zero o valor preditivo positivo do teste também se aproxima de zero. E, é claro, o vice versa também ocorre. Se a prevalência da doença na população aproxima-se de 100%, o valor preditivo negativo aproxima-se de zero. Visando ilustrar esta questão vamos usar dados do trabalho de Bachur e Harper (12) onde é examinada a confiabilidade do exame sumário de urina em prever a ocorrência de infecção urinária (ITU). Neste estudo foi identificado um total de 11.089 crianças com dois anos de idade ou menos, com febre igual ou superior a 38°C e que fizeram exame sumário de urina e urocultura, concomitantemente, sendo este último exame utilizado como padrão ouro. Considerou-se sumário de urina indicativo de ITU, aquele em que o exame por fita mostrasse reação positiva para esterase leucocitária ou para nitrito ou que apresentasse 5 ou mais leucócitos ao microscópio em campo de grande aumento. Nestas condições o exame mostrou sensibilidade de 82% (IC 95%: 79 a 84%) e especificidade de 92% (IC 95%: 91 a 92%). A prevalência de infecção urinária nestas crianças febrís foi de 2.1%. Podemos então inferir que 233 crianças eram portadoras de infecção urinária enquanto que, em 10.856 a infecção estava ausente. Com o exame sumário de urina apresentando sensibilidade de 82% para ITU, 191 foram verdadeiros positivos enquanto 42 foram falsos negativos (18%). Com uma especificidade de 92%, o exame de urina identificou corretamente 9.988 crianças como não portadoras da infecção (verdadeiros negativos) e as demais 868 crianças tiveram resultados falsos positivos. Com estas características de sensibilidade e especificidade 1.059 do total

ABORDAGEM PROBABILÍSTICA DE TESTES DIAGNÓSTICOS:

Exemplo: detecção de infecção urinária em crianças.

Crianças com menos de 2 anos com 38.8°C atendidas em Serviço de Emergência.



Figura 6.

Dados adaptados de Bachur e Harper
Arch.Ped. Adolesc. 155:60-65,2001

de crianças devem ter resultados positivos, apesar de haver apenas 233 com infecção. Portanto o exame diagnosticou 868 casos falsos positivos ou seja, 8% das crianças sem infecção urinária tiveram exame positivo. Concluindo, a análise probabilística dos dados de Bachur e Harper, uma criança febril que chega a um serviço de emergência tem 18% de probabilidade de ter infecção urinária se o exame for positivo, porém a probabilidade de que seja um resultado falso positivo atinge 82%. Em uma

situação como esta, de tão baixa prevalência, apenas 1 exame negativo em 250, deverá ser falso negativo, pois o número de verdadeiros negativos chega a 97.9% das 11.089 crianças febris avaliadas por Bachur e Harper (12). Esta análise probabilística do papel da prevalência na interpretação de exames complementares reflete, graficamente, o Teorema de Bayes, tal como pode ser observada na **Figura 7**.

Índice de Probabilidade na Análise Bayesiana.

Integrar a probabilidade pré-teste à sensibilidade e especificidade do exame, para, deste ponto, determinar a probabilidade pós-teste, constitui uma estratégia de diagnóstico cada dia mais valorizada. E é exatamente isso que o Teorema de Bayes faz. Quando o médico conhece a prevalência de uma determinada doença, ou escuta e analisa a queixa principal do paciente, detecta um sintoma ou pesquisa um sinal, ele atribui um determinado valor probabilístico para a ocorrência da doença sob suspeita. Esta é a probabilidade pré-teste do diagnóstico. Posteriormente, ao receber o resultado de um exame solicitado para comprovar ou afastar o diagnóstico, o clínico estabelece uma probabilidade pós-teste, que reflete seu grau de certeza da presença ou ausência da doença, dado que o paciente tenha apresentado o resultado de exame complementar solicitado, positivo ou negativo. O Teorema de Bayes permite integrar estas informações para chegar ao valor da probabilidade pós teste da ocorrência da doença sob suspeição. O uso do Nomograma de Fagan(13), traz a vantagem de permitir a obtenção da probabilidade pós-teste sem a necessidade da dedução matemática do teorema. Isso é feito em três etapas:

1 = Determinação da probabilidade pré-teste. Comumente utiliza-se a prevalência da doença. Quanto não se dispõe da prevalência da doença ou condição, pode-se usar uma estimativa. No estudo já analisado de Bachur e Harper (11) eles encontraram uma prevalência de 2.1% de infecção urinária em crianças com a temperatura média de 38.8°C. Entretanto, no sub-grupo de crianças com temperatura igual ou superior a 39°C e menos de seis meses de idade, a prevalência atingiu 13%.

2 = Etapa: Cálculo do Índice de Probabilidade.

O **índice de probabilidade (IP)** é uma medida que sumariza as características de um teste, sintoma ou sinal, dado que ele seja positivo ou

negativo. O IP positivo pode ser definido como a probabilidade de um resultado positivo em um indivíduo com a doença sobre a probabilidade de um teste positivo na ausência de doença, ou seja:

$$\frac{\text{Sensibilidade}}{1 - \text{Especificidade}} \quad \text{ou} \quad \frac{\text{Taxa de verdadeiros positivos}}{\text{Taxa de falsos positivos}}$$

O **IP negativo** corresponde à probabilidade de um resultado negativo em uma pessoa com a doença sobre a probabilidade de um resultado negativo em uma pessoa sem a doença, ou seja:

$$\frac{1 - \text{Sensibilidade}}{\text{Especificidade}} \quad \text{ou} \quad \frac{\text{Taxa de falsos negativos}}{\text{Taxa de verdadeiros negativos}}$$

Quando o IP + ou IP - é igual a **1,0 ou próximo de 1,0**, o teste, sintoma ou sinal nada acrescentam ao processo diagnóstico. Um índice de probabilidade de 0 indica que o resultado elimina a probabilidade de doença. Quanto mais elevado o **IP+**, maior a probabilidade da doença estar presente.

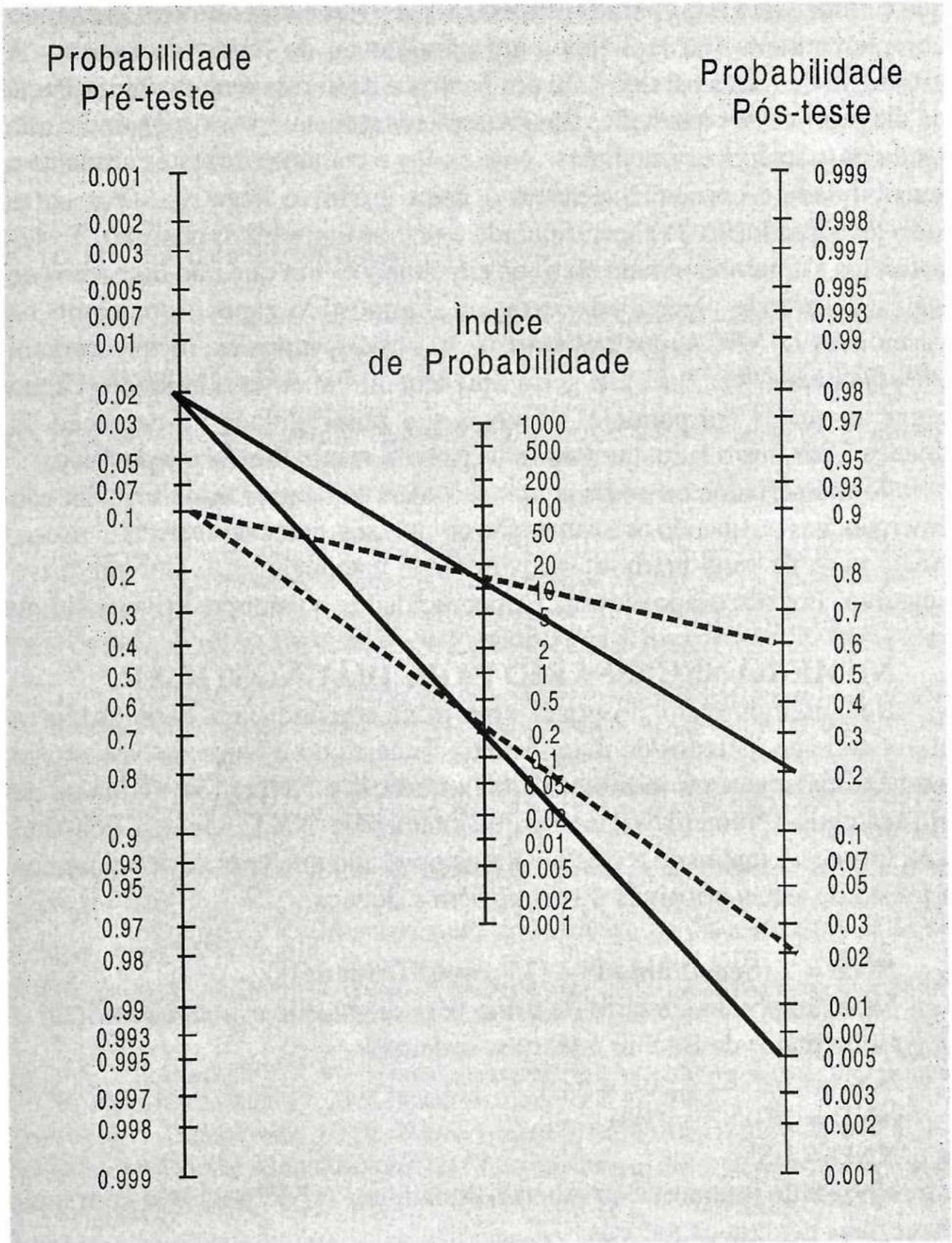
No exemplo do estudo sobre sumário de urina em crianças que apresentou sensibilidade e especificidade de 82 e 92% respectivamente, teríamos então:

$$\text{IP+} = \frac{\text{Sensibilidade}}{1 - \text{Especificidade}} = \frac{0,82}{1 - 0,92} = 10,25$$

$$\text{IP-} = \frac{1 - \text{Sensibilidade}}{\text{Especificidade}} = \frac{1 - 0,82}{0,92} = 0,19$$

3 = Etapa: Nomograma de Fagan.(13) Neste ponto ajusta-se a probabilidade pré-teste que, no exemplo é 2.1 (primeira coluna) ao índice de IP+ que foi calculado em 10,25 (segunda coluna) e obtém-se na 3ª coluna a Probabilidade Pós-teste. (**Figura 7**) Neste exemplo usando-se o IP+ alavancou-se a probabilidade pré-teste que era 2.1 para 20% de probabilidade pós-teste (linha contínua). Este nível de probabilidade, apesar de 10 vezes superior à probabilidade pré-teste, ainda é um nível desconfortável para decisões terapêuticas. Isso tende a ocorrer sempre que a prevalência é muito baixa. Um IP-torna a probabilidade de ocorrência de infecção muito baixa: 0.5%. Neste mesmo estudo de Bachur e Harper existe um grupo de crianças com temperatura acima de 39°C. Nestas a prevalência é de 13%. Neste grupo, aplicando-se o nomograma de Fagan, atingimos uma probabilidade pós-teste de 62%, situação em que uma decisão terapêutica tem muito maior respaldo. (Linha tracejada) Como já mencionado antes, muitas vezes não temos a probabilidade pré-teste. Neste caso devemos substituí-la por uma estimativa. Por exemplo: estimando-se que uma mulher com quadro típico de infecção urinária aguda tenha 60% de probabilidade pré teste de ter esta condição, podemos usar informações da literatura para calcular o índice de probabilidade positivo e negativo. Dados de Lachs e colaboradores (14) mostram sensibilidade de 83 e especificidade de 71% para o exame sumario de urina identificar presença de infecção urinaria. Nesta situação o IP+ e o IP – correspondem respectivamente a 2,8 e a 0,71 integrando estes dados ao nomograma de Fagan teremos uma probabilidade pós-teste de 80% se o exame for positivo e de 18% se o exame for negativo.

FIGURA 7: Nomograma de Bayes.



Testes em Paralelo e Testes Seqüenciais.

Habitualmente o médico solicita um número variável de exames, vez que o clínico não lida com exames 100% sensíveis e específicos. Os exames complementares são realizados em paralelo ou de forma sucessiva. A estratégia de testes paralelos ou em bateria é preferida quando há urgência do diagnóstico. Os resultados dos exames, comprovando a doença, indicarão medidas terapêuticas imediatas. Neste caso o conjunto de testes aumenta a sensibilidade e conseqüentemente o valor preditivo negativo. Por outro lado leva à redução da especificidade e do valor preditivo positivo. Testes paralelos são também mais efetivos em situações em que não dispomos de testes de grande efetividade para um diagnóstico específico, como na vasculites por ANCA, por exemplo. Nestes casos, vários exames costumam ser solicitados, vez que, em geral apresentam baixa sensibilidade. Como regra, os testes em paralelos aumentam a possibilidade de detecção da doença. Por outro lado aumentam o risco de resultados falsos positivos.

Testes seriados ou seqüenciais são mais utilizados em situações não emergenciais ou quando os exames são complexos, caros ou acarretam riscos. Neste caso há uma perda da sensibilidade e redução do valor preditivo negativo. Por outro lado elevam a especificidade e o valor preditivo positivo.

NÚMERO NECESSÁRIO PARA DIAGNÓSTICAR.

Recentemente foi proposta uma nova medida para caracterizar a efetividade de métodos de diagnóstico. Trata-se do o Número Necessário para Diagnosticar um indivíduo com a doença, o **NND** (15). Trata-se de um análogo ao Número Necessário de Tratamentos (**NNT**). Ou seja, constitui a recíproca da fração de testes positivos no grupo que tem a doença menos a fração de testes positivos no grupo sem a doença.

$$\text{NND} = 1 [\text{Sensibilidade} - (1 - \text{especificidade})].$$

No exemplo do sumário de urina para diagnosticar infecção urinária, utilizando dados de Bachur e Harper, teríamos:

$$\text{NND} = 1/[0.82 - (1 - 0.92)]$$

$$\text{NND} = 1/(0.82 - 0.08)$$

$$\text{NND} = 1.35.$$

NND é de interpretação menos direta que o NNT, pois lida com uma faixa mais estreita de valores.

Risco de morte no grupo HDD: $0,22 / 0,80 = 0,27$ ou 27%
 Risco de morte no grupo HDI: $0,037 / 0,80 = 0,46$ ou 46%
 Risco Relativo de morte: $(0,22 / 0,80) / (0,37 / 0,80) = 0,59$
 Odds Ratio de morte: $(0,22 \times 0,43) / (0,37 \times 0,58) = 0,44$
 Redução Relativa do Risco : $(0,46 - 0,27) / 0,46 = 0,40$ ou 40%
 Redução Absoluta do Risco : $0,46 - 0,27 = 0,19$ ou 19%
 NNT: $1 / 0,19 = 5,3$

Referências Bibliográficas:

- 1 - Churchill DN, Fine A, Gault MH.: Association between hydrocarbon exposure and glomerulonephritis. An appraisal of the evidence *Nephron*. 33:169-72. 1983.
- 2 - Marcilio de Souza, C A: *in* *Semiologia Geral*. Editor Porto, CC. Rio ED. Guanabara Koogan, 2001.
- 3 - Llach F : Hypercoagulability, renal vein thrombosis, and other thrombotic complications of nephrotic syndrome. *Kidney Int*;28:429-39. 1985.
- 4 - Derkx FH, Schalekamp MA. Renal artery stenosis and hypertension. *Lancet*. 344:237-91; 1994.
- 5 - Anderson GH Jr, Blakeman N, Streeten DH. The effect of age on prevalence of secondary forms of hypertension in 4429 consecutively referred patients. *J Hypertens*.12:609-15. 1994.
- 6 - Simon, G.: What is critical renal artery stenosis? *Am J. Hypertension* 13: 1189-1193; 2000.
- 7 - van Jaarsveld BC, Krijnen P, Derkx FH : The place of renal scintigraphy in the diagnosis of renal artery stenosis. Fifteen years of clinical experience. *Arch Intern Med* 157:1226-34. 1997.
- 8 - Olin JW, Piedmonte MR, Young JR,: The utility of duplex ultrasound scanning of the renal arteries for diagnosing significant renal artery stenosis. *Ann Intern Med*. 122:833-8. 1995.
- 9 - Sackett, Haynes, Guyatt e Tugwell: *Clinical Epidemiology*. 2aEd. Boston, Little, Brown & Co. 1991.
- 10 - Marcilio de Souza CM: *Dicionário de Pesquisa Clínica*. Salvador-Ba. Artes Gráficas Ltda, 1995.
- 11 - Fiaccadori E, Maggiore U, Lombardi M: Predicting patient outcome from acute renal failure comparing three general severity of illness scoring systems *Kidney Int*. 58:283-92. 2000.
- 12 - Bachur R, Harper MB. Reliability of the urinalysis for predicting urinary tract infections in young febrile children. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 155:60-5; 2001.
- 13 - Fagan TJ. Letter: Nomogram for Bayes theorem *N Engl J Med*. 31:293-257;1975.
- 14- Lachs MS, Nachamkin I, Edelstein PH, Spectrum bias in the evaluation of diagnostic tests: lessons from the rapid dipstick test for urinary tract infection. *Ann Intern Med*.; 117:135-40. 1992.
- 15 - Bandolier <http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier>

MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Parte 3: Ensaios terapêuticos

Carlos A. Marcilio de Souza

José A. Moura Junior

Marilia Bahiense Oliveira

Na atualidade, o paradigma para seleção e prescrição de novos tratamentos é a verificação de se os mesmos são recomendados com base em ensaio terapêutico válido visando testar a segurança e a efetividade do tratamento. Válido, neste contexto, significa ensaio clínico randomizado (ECR), duplo-cego, controlado pelo tratamento convencional ou placebo, analisado por intenção de tratar, realizado em amostra contendo um número suficiente de indivíduos para demonstrar significância estatística (evitar erro tipo I) e poder igual ou superior a 80% para detectar efetividade terapêutica (evitar erro tipo II). De acordo com Sackett e colaboradores (8) o paradigma para que os princípios da Medicina Baseada em Evidências sejam atendidos seria o tratamento recomendado por Revisão Sistemática composta de ECRs, conduzidos com coerência e mostrando resultados concordantes e homogêneos. Em segundo lugar estariam os ECRs isolados com as características já mencionadas. Deve-se observar, entretanto, que nem sempre os esquemas terapêuticos em uso preenchem estes requisitos. Por isso, é conveniente o uso de critérios para graduar o nível de evidência que dá suporte a este ou aquele tratamento. O quadro 1 exemplifica Graus de Recomendação e Níveis de Evidência para adoção de terapias.

Na interpretação dos resultados de um ensaio clínico, procura-se estabelecer se a variável preditiva, no caso, o tratamento, associa-se a uma variável de desfecho. Por exemplo: redução do risco de eventos adversos, tais como mortalidade, necessidade de internação, recidiva da doença, rejeição de transplante, falha terapêutica, etc. Compara-se então a ocorrência do desfecho no grupo teste (GT), ou seja, no grupo que usou a terapia em

estudo e no grupo controle (GC) que usou placebo ou tratamento convencional. No ensaio clínico, a comparação entre o resultado do benefício produzido por uma intervenção terapêutica poderá ser expresso em termos de média estatística ou de uma taxa ou proporção. Quando a comparação é feita entre médias, a inferência é mais clara e direta, facilitando a interpretação do leitor. Por exemplo: na comparação da resposta à nova classe de agentes anti-hipertensivos, observou-se uma redução média de 20 mmHg na PA diastólica do GT, em comparação à redução média de 8 mmHg no GC, usando tratamento convencional. Nesta situação, há um entendimento direto e claro que um dos agentes anti-hipertensivos é mais eficaz que o outro. Entretanto, é mais apropriado avaliar os resultados de um ensaio clínico em termos da proporção dos pacientes que apresentaram um determinado evento ou desfecho no **grupo teste**, em comparação ao **grupo controle**. Isto é, o desfecho constitui uma **variável dicotômica** tal como: morte *versus* sobrevida, rejeição do enxerto *versus* não rejeição, presença de insuficiência cardíaca Grau III ou IV, *versus* Grau I ou II, etc. Entretanto, nesta situação o entendimento não é direto, tornando-se necessário obter informação sobre o **risco basal** da ocorrência do desfecho no GC e o cálculo da diferença desta ocorrência em relação ao GT. Daí a necessidade de parâmetros que tornem mais direta a compreensão de resultados de ensaios clínicos expressos corretamente como variáveis dicotômicas. Mesmo quando as variáveis são contínuas podemos transformá-las em dicotômicas. Por exemplo, em vez de usar a média do hematócrito, podemos indicar o número de anêmicos e de não anêmicos nos dois grupos. Quando os resultados são assim apresentados, sua interpretação é mais complexa, porém traz a vantagem de ser mais precisa do ponto de vista analítico, permite testes estatísticos mais robustos e são mais confiáveis quando pretende-se avaliar o seu possível uso. Os resultados de ECRs com desfechos dicotômicos podem ser analisados e mesmo complementados pelo leitor, com o uso de uma tabela 2x2. Isso é importante porque, habitualmente, os resultados dos ensaios clínicos enfatizam principalmente apenas três aspectos: 1) a redução do risco do desfecho, que pode estar acompanhada de uma curva de sobrevida e também de análise multivariada, 2) nível de significância estatística da diferença de ocorrência do desfecho no GT e no GC; e, 3) variavelmente, qual a importância clínica destes achados. Estas informações, todas muito importantes, nem sempre são suficientes para quem lê o artigo inferir sobre a validade das recomendações nele contida. A maioria dos ensaios clínicos,

tal como as revistas médicas de boa qualidade os apresentam, podem e devem ter uma análise mais objetiva, permitindo conclusões mais adequadas às inferências clinicamente importantes.

Na atualidade, entretanto, observa-se uma tendência para os ensaios clínicos apresentarem outros elementos de análise, permitindo melhor avaliação dos benefícios e dos efeitos adversos das terapias em avaliação. Revistas médicas de boa qualidade estimulam a utilização de medidas de risco como o **risco relativo (RR)**, a **razão de chance** (ou odds ratio, **OR**) acompanhadas dos respectivos intervalos de confiança, bem como, outros elementos de análise como o **número necessário de tratamentos** para obter-se o desfecho desejado – “NNT” e, mais recentemente, o “valor delta” ou a “diferença mínima clinicamente importante”. (9, 10, 11 e 12).

Elementos de análise:

Com o objetivo de explicitar o comportamento destas estimativas, vamos tomar como exemplo o ensaio clínico hipotético no qual é testado “Novo Tratamento” em comparação ao “Tratamento Convencional” no retardo da entrada de pacientes com Insuficiência Renal Crônica (**IRC**) em programa de Terapia Renal Substitutiva (**TRS**). Neste estudo hipotético, 200 pacientes foram randomizados, 100 para fazer uso do “Novo Tratamento (Grupo Teste, **GT**) e 100 para fazer uso do “Tratamento Convencional” de portadores de IRC (Grupo Controle, **GC**.) Ao final de um ano, 20% dos pacientes do grupo controle necessitou de TRS, enquanto no GT apenas 15% dos pacientes precisaram de suporte dialítico para sobreviver. Estes dados poderão então ser examinados em maiores detalhes.

Usando uma tabela 2x2.

A tabela 2x2 permite a análise das estimativas mais freqüentes e importantes na avaliação de um ensaio clínico. Vejamos algumas delas:

Significância estatística: habitualmente os artigos trazem o valor de P, ou seja a probabilidade de rejeitar-se a hipótese nula. Muitas vezes, o valor de P é simplesmente apresentado como maior ou menor que 0,05, ou seja, 5%, com a notação “S” para significativo ou “NS” para não significativo. Uma diferença estatisticamente significativa nos diz apenas que a diferença encontrada entre o GT e o GC tem probabilidade menor que 5% ($P < 0.05$) de ter ocorrido ao acaso.

Quadro 1

GRAUS DE RECOMENDAÇÃO E NÍVEIS DE EVIDÊNCIA

GRAU A

Nível 1-a: Revisão Sistemática composta de ECRs mostrando resultados Homogêneos.

Nível 1-b: ECR isolado (com intervalo de confiança estreito)

Nível 1-c: Situação tipo “tudo ou nada” quando antes do tratamento os os pacientes apresentavam elevadíssima morbi-mortalidade que foi notavelmente reduzida com o tratamento.

GRAU B

Nível 2-a: Revisões sistemáticas compostas de estudos de coorte mostrando resultados homogêneos.

Nível 2-b: Estudo de coorte isolado com menos de 80% de seguimento dos pacientes, podendo incluir ECR de menor qualidade.

Nível 2-c: Pesquisas de desfecho feitas em bases de dados ou da análise de práticas terapêuticas.

Nível 3-a: Revisões sistemáticas baseadas em estudos de caso-controle com resultados homogêneos.

Nível 3-b: Estudos de caso-controle isolados

GRAU C

Nível 4: Série de casos e estudos de caso-controle e de coorte de menor qualidade.

GRAU D

Nível-5

Opinião de especialistas sem avaliação crítica explicitada ou baseada em fisiopatologia, pesquisas laboratoriais ou princípios analógicos.

Fonte: Adaptado de Sackett, Straus, Richardson e Haynes. Ref. 8

Este valor $P < 0,05$ é um ponto de corte determinado arbitrariamente e mantido por tradição. Apresentar o valor exato da probabilidade é, entretanto, muito mais informativo, permitindo verificar-se a magnitude da possível interferência do acaso. Na tabela 2x2, apresentada com o exemplo hipotético antes mencionado, vê-se que o valor de $P=0.35$ (calculado pelo qui-quadrado) mostra que a diferença encontrada tem, do ponto de vista de inferência científica, um nível inaceitável (35%) de chance dos resultados observados decorrerem do simples acaso. Entretanto, a medida que aumenta a amostra de pacientes no estudo, mesmo permanecendo constante a proporção de desfechos em ambos os grupos, vê-se que a diferença vai tornando-se gradualmente estatisticamente significativa. Até atingir, hipoteticamente, a probabilidade de 1 chance em 33.000 por exemplo, se o ensaio clínico tivesse 4.000 participantes (ver Tabela 1). Isso permite afirmar que resultados estatisticamente significativos não são necessariamente importantes do ponto de vista clínico, pois, diferenças irrelevantes entre um tratamento e outro, passam a ser significativas, se a amostra for suficientemente grande. Por outro lado, resultados sem significância estatística ($P > 0.05$ ou maior que 5%) não afastam completamente a ocorrência de efeitos clinicamente importantes. Daí porque, revistas clínicas de grande reconhecimento científico tendem a relativizar o valor de P e sugerem a utilização do intervalo de confiança (13,14 e 15).

		Insuficiência Renal Aguda		
		Morte	Sobre-vida	
Grupo HDD		22 a	58 b	80
Grupo HDI		37 c	43 d	80
		59	101	N = 160

Figura 2 : Ensaio Clínico Randomizado comparando mortalidade em pacientes com Insuficiência renal aguda recebendo suporte dialítico intermitente ou diário.

Avaliação dos Riscos de Desfecho:

1- RISCO NO GRUPO CONTROLE (RGC): Este constitui o chamado **risco basal** ou seja o risco de ocorrência do desfecho no grupo controle, que não está usando o tratamento em teste. Neste exemplo, 20 dos 100 pacientes agravaram a função renal, tornando necessária TRS.

$$RGC = c/(c+d) = 20/100 = 0.20 \text{ ou } 20\%$$

2 - RISCO NO GRUPO TESTE (RGT):

RGT: $a/(a+b) = 15/100 = 0.15$ ou 15%. Ou seja, apenas 15 dos 100 pacientes necessitaram de TRS.

3 - REDUÇÃO ABSOLUTA DO RISCO (RAR): corresponde à redução do risco do desfecho decorrente da intervenção, ou seja do tratamento em teste. Para seu cálculo subtrai-se do risco basal (GC) o risco observado no GT. RAR é também chamado de **risco atribuível** ou **diferença de risco**. Esta estimativa, apesar de mais informativa, como veremos a seguir, é menos freqüentemente divulgada em artigos sobre ensaios clínicos.

$$RAR = (a/a+b) - (c/ c+d) = 0.20 - 0.15 = 0.05 \text{ ou } 5\%.$$

Nesse caso, poderíamos atribuir ao “Novo Tratamento” redução de 5% do risco de necessidade de TRS neste estudo. A depender da morbimortalidade da doença uma RAR de 5% poderá ser extraordinariamente importante.

4 - REDUÇÃO RELATIVA DO RISCO (RRR) Esta é a estimativa que, ao lado da significância estatística, é a mais freqüentemente apresentada em investigações clínicas. Corresponde à redução relativa do risco basal (RGC) em relação ao risco observado no grupo teste (RGT). Observe-se, que a RRR neste exemplo hipotético é bastante expressiva: 25%, enquanto que a redução absoluta do risco foi de 5%. Porém, trata-se, como o nome diz, de uma redução relativa. Já a RAR ou risco atribuível, é uma estimativa que denota a eficácia da terapia em estudo, ou seja a redução do malefício que pode ser atribuído à intervenção terapêutica que, no caso, é de 5%.

$$RRR = (c-a)/c = (0.20-0.15)/0.20 = 0.25 \text{ ou } 25\%$$

5 - RISCO RELATIVO RR : é a relação entre a ocorrência do desfecho no GT e a ocorrência do desfecho no grupo controle. Um risco relativo abaixo de 1 indica que o tratamento reduz a ocorrência do desfecho, portanto indica proteção. RR superior a 1 indica risco ou malefício, ou seja, favorece à ocorrência do desfecho.

$$RR = (a/a+b) / (c/c+d) = (0.15/0.2 = 0.75$$

6 - RAZÃO DE CHANCES ou ODDS RATIO (OR): é uma medida de risco similar ao RR que expressa o risco de ocorrência de um evento em relação à probabilidade de sua não ocorrência, tendo interpretação semelhante à do RR. Embora o RR e o OR sejam utilizados na análise da magnitude e direção do efeito (proteção / risco) em diversos tipos de investigação clínica, o odds ratio é a medida de risco apropriada aos estudos de caso-controle. Em nosso exemplo hipotético, a chance do indivíduo desenvolver IRCT usando a “Nova terapia” é 15/85, $(a \div b)$ e a chance de desenvolver IRCT com “Terapia convencional” é 20/80 $(c \div d)$. A fórmula para calcular a razão destas chances, constitui o odds ratio ou OR.

$$(axd)/(bxc) = (15x80)/(20x85) = 0.71$$

7 – NÚMERO NECESSÁRIO DE TRATAMENTOS. (NNT): indica o número de vezes que um determinado tratamento deve ser utilizado para evitar a ocorrência de um desfecho.

Tabela 1: Impacto do aumento progressivo do número de indivíduos na amostra em importantes parâmetros de avaliação de ensaios terapêuticos.

$$NNT = \text{reciproca de } (a/a+b) - (c/c+d) = 1 / 0.05 \text{ ou } 100/5 = 20$$

	1	.2	.3	.4	.5	.6	7	8	9	10	11	12	13
	Amos- tra	Risco GT	Risco GC	RRR	RAR	Valor de P	S/NS	Chance	Risco Relativo	Intervalo Conf. RR	Odds Ratio	Interválo Conf. OR	NNT
A	200	15%	20%	25%	5%	0.35	NS	1 em 3	0.75	0.41 - 1.38	0.71	0.32 - 1.56	20
B	600	15%	20%	25%	5%	0.10	NS	1 em 10	0.75	0.53 - 1.07	0.71	0.45 - 1.10	20
C	1.000	15%	20%	25%	5%	0.03	S	1 em 33	0.75	0.57 - 0.98	0.71	0.50 - 0.99	20
D	1.400	15%	20%	25%	5%	0.01	S	1 em 100	0.75	0.60 - 0.94	0.71	0.53 - 0.94	20
E	1.800	15%	20%	25%	5%	0.005	S	1 em 200	0.75	0.61 - 0.92	0.71	0.55-0.91	20
F	2.000	15%	20%	25%	5%	0.003	S	1 em 333	0.75	0.62 - 0.91	0.71	0.56 - 0.91	20
G	4.000	15%	20%	25%	5%	0.00003	S	1 em 33.000	0.75	0.65 - 0.86	0.71	0.60 - 0.83	20

De modo a alargar as possibilidades de interpretação dos dados quantitativos obtidos com uma tabela 2x2, vamos supor, tal como disposto na Tabela I que o número de pacientes do estudo hipotético tenha sido multiplicado por x 3, x 5, x 7, x 8, x 10 e x 20. (ver coluna 1), permanecendo, tal como seria de esperar-se as mesmas taxas de eventos no GT e GC. Assim, a Redução Relativa do Risco (RRR) permaneceria estável, correspondendo a 25% (ver coluna 4), pois na comparação das taxas de eventos no GT e no GC, observa-se uma redução do Risco Basal de 20%

para 15%. Ou seja, uma redução de 25%, em termos relativos, portanto. Da mesma forma, permaneceria estável a redução absoluta do risco (RAR). O que ocorre entretanto com a significância estatística? Como observa-se na coluna 5, até que a amostra de pacientes alcance 1.000 indivíduos, os resultados são “não significantes”. Quando a amostra hipotética atinge 4.000 indivíduos, observa-se uma altíssima significância: $P = 0,00003$. Ou seja, haveria uma chance em 33.000 de que o resultado decorresse do acaso.

O risco relativo e o odds ratio apresentam características estáveis e são muito importantes porque expressam a magnitude e direção (benefício *versus* malefício) do efeito observado quando compara-se a ocorrência de desfechos no GT e GC. Tanto o RR quanto o OR podem expressar o risco de desfecho em diversos tipos de ensaios clínicos. Porém, nos estudos de caso-controle, o odds ratio é a medida de risco possível. Como mostra a Tabela 1 os valores de RR e OR são bastante próximos e expressam a magnitude do efeito (proteção quanto ao desfecho) independentemente da variação do tamanho da amostra. Quando a doença é rara e a prevalência aproxima-se da incidência, RR e OD, praticamente se igualam.

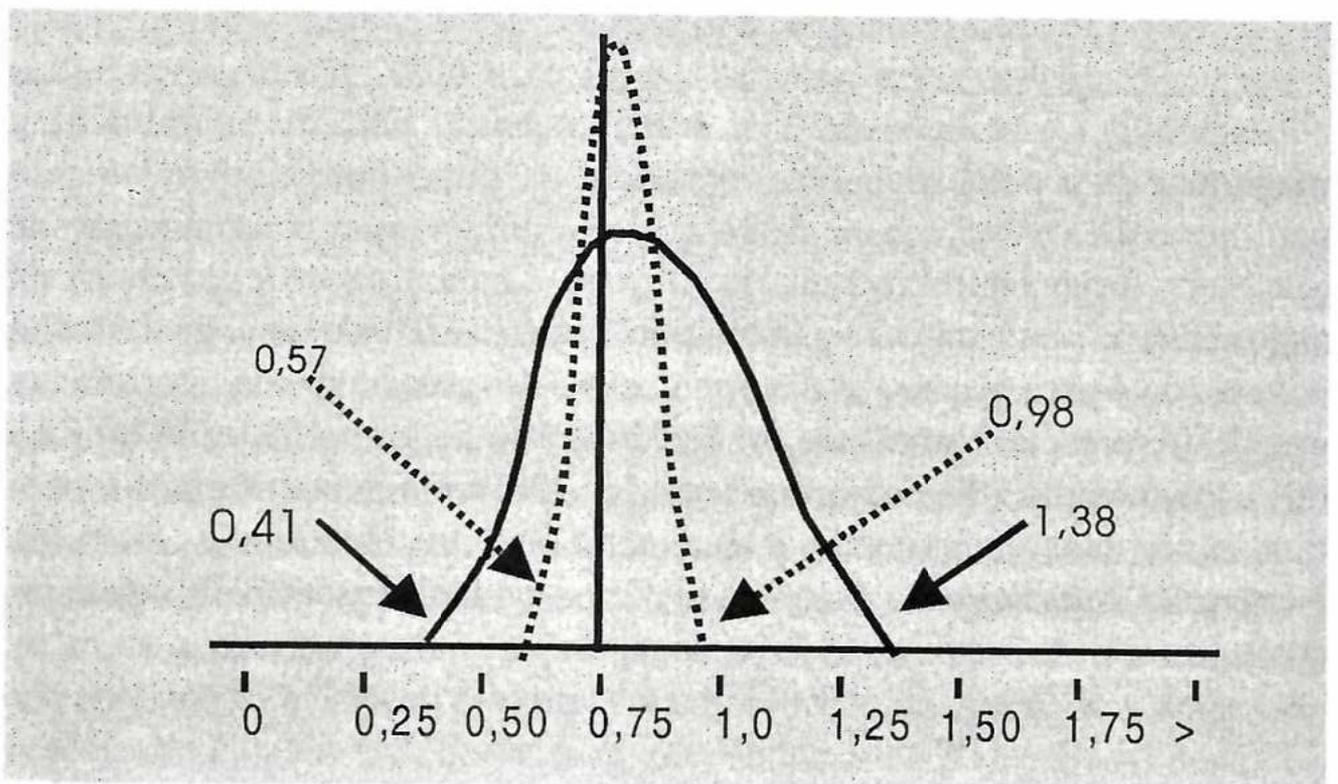
O odds ratio tem propriedades estatísticas adequadas à comparação do tamanho do efeito quando dados de vários estudos são combinados, como é o caso de meta-análises. Deve-se observar que nem o OR nem o RR informam sobre a magnitude do risco absoluto. Um risco relativo de 0,75, tal como observado no exemplo hipotético, pode indicar tanto a redução do risco de um desfecho adverso (emergência hipertensiva, por exemplo) da ordem de 4 para 3%, quanto uma redução de 80 para 60%. Ambas variações correspondem à redução de 25% no risco basal. Esta insensibilidade à magnitude da população merece consideração. Suponhamos um tratamento com um risco de 3% de um efeito colateral importante, como no caso da tosse em hipertensos usando inibidores da enzima de conversão da angiotensina. Neste caso, se o tratamento reduzisse o risco basal do desfecho adverso de 4 para 3% não se deveria instituí-lo, pois o mesmo ocorrerá em grande frequência. Entretanto, se a redução do desfecho fosse de 80 para 60%, para cada 100 pacientes tratados, 20 seriam beneficiados pelo tratamento, embora 3 viessem a apresentar o efeito colateral desagradável. Neste caso, considerando riscos e benefícios, poderá ser razoável considerar o uso (ou a tentativa de uso) deste tratamento.

INTERVALO DE CONFIANÇA:

A determinação do intervalo de confiança (IC), tanto do RR quanto do OR, ou de qualquer um outro parâmetro, taxa ou proporção, é muito útil na análise de investigações clínicas. Habitualmente utiliza-se 95% do IC. Isso significa uma faixa que inclui 95% dos valores que deverão conter o verdadeiro valor do RR ou OR ou de alguma outra taxa ou proporção encontrada na população. Como pode ser visto na Tabela 1, os parâmetros RR e OR permanecem estáveis, mostrando o tamanho do efeito e a direção da intervenção terapêutica (benefício *versus* malefício) sem influência do tamanho da amostra. O mesmo, entretanto, não ocorre com o IC que varia de acordo com o número de participantes no estudo, estreitando a faixa dos valores que deverá conter o parâmetro verdadeiro à medida em que o tamanho da amostra aumenta. Desse modo, fica mais precisa e direta a avaliação quantitativa dos resultados do ensaio clínico (7,14, 15 e 16).

Se compararmos os valores do RR e respectivos ICs para amostra de 200 pacientes (linha contínua) com a amostra de 1000 pacientes, (linha pontilhada) podemos observar que a faixa de valores de IC no primeiro caso varia de 0,41 a 1,38 desde a situação em que a intervenção terapêutica reduz a

Figura 3: Risco relativo e Intervalo de confiança conforme a amostra tenha 200 ou 1000 pacientes.



ocorrência dos desfechos adversos (indicando benefício), até a situação em que, em vez de reduzir, aumenta sua ocorrência (indicando malefício). Uma amostra de 1000 pacientes, entretanto, permitirá a observação de que o RR verdadeiro neste exemplo está situado em uma faixa bem mais estreita entre 0.58 e 0.98, (abaixo de 1, portanto), incluindo o parâmetro RR, estimado em 0.75. e indicando claramente o benefício do “Novo Tratamento”. Para Simon, o IC torna-se especialmente importante quando as diferenças de desfecho entre GT e GC são de pequena magnitude. (17)

Número de Tratamentos Necessários – NNT:

Esta estimativa proposta por Laupacis, Sackett e Roberts (11) vem sendo utilizada de modo crescente em ensaios terapêuticos. É uma medida direta do tamanho do efeito de uma intervenção (11,17, 18 e 19). Como pôde ser visto na Tabela 2x2, o uso do “Novo Tratamento” reduziu de 20 para 15% o risco dos pacientes com IRC entrarem para programa de terapia renal substitutiva (TRS). Portanto para cada 100 pacientes que receberam o “Novo Tratamento”, 5 deixaram de requerer TRS num espaço de 12 meses, tal como demonstra a Redução Absoluta do Risco (RAR). Se com o tratamentando de 100 pacientes obtém-se a redução do desfecho adverso em 5, quantos pacientes precisam ser tratados para evitar-se o desfecho em um paciente? Basta dividir-se $100/5$, ou $1/0.05$ ($1/x =$ recíproca) que indica 20. Ou seja, para cada 20 renais crônicos tratados, obtém-se o protelamento da necessidade de TRS de um paciente.

Para exemplificar a análise, vamos utilizar dados de um importante ensaio clínico que comparou comparando a mortalidade de pacientes com Insuficiência Renal Aguda (IRA), que foram submetidos a sessões diárias de hemodiálise (HDD), em comparação ao uso intermitente de hemodiálise (HDI), ou seja, o tratamento convencional em dias alternados, (20). Com este objetivo, Schiffli, Lang e Fischer planejaram uma amostra de 160 pacientes, 80 em cada grupo. divididos em dois grupos de 80, na tentativa de Esta amostra seria capaz de demonstrar detectar uma redução de 20% na mortalidade absoluta desses pacientes, e, considerando, hipoteticamente, que a mortalidade no grupo HDI e HDD seria de 45% e de 25%, respectivamente.

Insuficiência Renal Aguda

	Morte	Sobre-vida	
Grupo HDD	22 a	58 b	80
Grupo HDI	37 c	43 d	80
	59	101	N = 160

Figura 4

Risco de morte no grupo HDD: $0,22 / 0,80 = 0,27$ ou 27%

Risco de morte no grupo HDI: $0,037 / 0,80 = 0,46$ ou 46%

Risco Relativo de morte: $(0,22 / 0,80) / (0,37 / 0,80) = 0,59$

Odds Ratio de morte: $(0,22 \times 0,43) / (0,37 \times 0,58) = 0,44$

Redução Relativa do Risco : $(0,46 - 0,27) / 0,46 = 0,40$ ou 40%

Redução Absoluta do Risco : $0,46 - 0,27 = 0,19$ ou 19%

NNT: $1 / 0,19 = 5,3$

Ao final deste estudo, analisado por intenção de tratar, os autores, Schiffl, Lang e Fischer observaram a mortalidade de 22 (28%) pacientes no grupo HDD e de 37 (46%) no grupo de HDI (P=0,01). Neste bem planejado e executado estudo, a Hemodiálise diária mostrou oferecer importante benefício aos pacientes com IRA. O risco relativo foi de 0,59 com 95% de IC (igual a 0,39 – 0,91) o que nos dá a direção do estudo, ou seja, HDD protege os pacientes com IRA, deixando pouca margem a dúvidas, vez que 95% do IC está abaixo de 1. Como pode ser observado, a redução relativa do risco foi bastante expressiva: 40%. Mas este parâmetro, apesar de importante, não permite uma idéia mais clara do papel da intervenção terapêutica testada. A Redução do Risco Absoluto encontrado foi de 19%, também conhecido como ou seja, o risco atribuível **risco atribuível**, dá uma idéia mais precisa do impacto desta intervenção terapêutica. Além dessa informação, a divisão de 100 por 19 ou a recíproca de 0,19 nos dá o NNT

que corresponde a 5.3. Nem sempre os artigos se referem à RAR preferindo enfatizar a enfatizando entretanto redução relativa do risco. O importante estudo RALES (21), por exemplo, que abordando o efeito da espironolactona na redução da mortalidade por Insuficiência Cardíaca, apresenta a RRR que foi de 30%, um número por sie só bastante expressivo. No entanto entretanto, não mencionando entretanto a redução absoluta do risco, que atingiu 11.3%., uma redução Este é um resultado muito importante, pois permite inferência direta do papel da espironolactona na ICC (21), porém, não na magnitude que a redução relativa do risco apresentado no artigo, denota. O cálculo do NNT mostrou que o uso de espironolactona em nove portadores de ICC trouxe o benefício de evitar uma morte.

Bibliografia:

- 1 Feinstein, A R: Clinical Judgment. Ed. Krieger Pub. Co. Huntington NY, 1967.
- 2 Katznelson S, Wilkinson AH, Kobashigawa JA et al: The effect of pravastatin on acute rejection after kidney transplantation - a pilot study. *Transplantation*. 61):1469-74. 1996
- 3 Holdaas H, Jardine AG, Wheeler DC, and al: Effect of fluvastatin on acute renal allograft rejection: a randomized multicenter trial. *Kidney Int*. 60:1990-7. 2001
- 4 Murphy E A. The logic of medicine. Baltimore: Johns Hopkins University Press 1976.
- 5 Hagen EC, Daha MR, Hermans J: Diagnostic value of standardized assays for anti-neutrophil cytoplasmic antibodies in idiopathic systemic vasculitis. EC/BCR Project for ANCA Assay Standardization. *Kidney Int*.;53:743-53. 1998
- 6 Sackett, Haynes, Guyatt e Tugwell: Clinical Epidemiology. 2aEd. Boston, Little, Brown & Co. 1991
- 7 Altman DG, Bland JM. Generalisation and extrapolation. *BMJ*. 317: :409-10. 1998
- 8 Sackett, D L, Straus S, Richardson WS, Rosemberg W, Haynes BR Evidence Based Medicine, Edimburgh, 2aEd, Churchill Livingstone, 2000.
- 9 Gardner MJ, Machin D, Campbell MJ. Use of check lists in assessing the statistical content of medical studies. *Br Med J* ;292:810-2. 1986
- 10 Jaeschke R, Singer J, Guyatt GH. Measurement of health status. Ascertaining the minimal clinically important difference *Control Clin Trials*. 10 :407-15. 1989

- 11 Laupacis A, Sackett DL, Roberts RS. An assessment of clinically useful measures of the consequences of treatment *New Engl J Med.*318:1728-33; 1988
- 12 Jaeschke R, Guyatt G, Shannon H, Walter S, Cook D, Heddle N. Assessing the effects of treatment: measures of association. *CMAJ.*;152:351-7, 1995.
- 13 Chan KB, Man-Son-Hing M, Molnar FJ, Laupacis A.: How well is the clinical importance of study results reported? An assessment of randomized controlled trials *CMAJ.* ;165:1197-202. 2001
- 14 Shakespeare TP, GebSKI VJ, Veness MJ, Simes J Improving interpretation of clinical studies by use of confidence levels, clinical significance curves, and risk-benefit contours *Lancet.* 357:1349-53.. 2001
- 15 Goodman SN. Toward evidence-based medical statistics. 1: P value fallacy. *Ann Intern Med*;130:995-1004. 1999
- 16 Braitman LE. Confidence intervals extract clinically useful information from9 data. *Ann Intern Med.*108:296-8; 1988
- 17 Steme JA, Davey Smith G: Sifting the evidence - what's wrong with significance tests? *BMJ.* 2322:226-31, 2001
- 18 Moher D, Dulberg CS, Wells GA. Statistical power, sample size, and their reporting in randomized controlled trials *JAMA.*272:122-4; 1994
- 19 Simon R. Confidence intervals for reporting results of clinical trials. *Ann Intern Med.*;105:429-35. 1986
- 20 SchiffH H Susanne ML. and Fischer R. Daily Hemodialysis and the outcome of Acute Renal Failure, *New Eng J Med.* 346:305-310, 2002
- 21 Pitt B, Zannad F, Remme WJ, Cody R, et col.The effect of spironolactone on morbidity and mortality in patients with severe heart failure. Randomized Aldactone Evaluation Study InvestigatorsThe effect of spironolactone on morbidity and mortality in patients with severe heart failure. RALES. *N Engl J Med*;341:709-1999

“Saúde do Povo”... Sem Educação?

Edmundo Leal de Freitas

O Social não é um processo claro e unívoco.

Há três hipóteses:

o **social**, na realidade, **nunca existiu**

o **social**, na realidade existiu, **existe cada vez mais**

o **social**, na realidade existiu, **não existe mais**

JEAN BAUDRILLARD

É impositivo reiterar, solidário com MÁRIO DOS SANTOS⁽²⁾ e MATTOSINHO-FRANÇA⁽³⁾, que se muitas são as tecnologias, multiplicam-se geometricamente os descompassos.

Pretende-se aqui, oferecer uma visão do descompasso educacional. Matriz constante de todos os descompassos.

Longe esteja o propósito, ingênuo, de repetir a “fixação”⁽⁴⁾ da inteligência nacional no “mito da Educação” e nas “falhas do Governo” em relação à “Saúde do Povo”.

No Brasil, “fixações mitológicas” são tão importantes na paisagem cultural, como o Corcovado e seu Cristo o são na paisagem geográfico – monumental.

MASCARENHAS (1994) desvenda e comenta trinta pontos de fixação da inteligência nacional. Entre estes, o culto às estatais; o paradigma do imperialismo dos capitais internacionais; o mito da existência de “conquistas

⁽¹⁾BAUDRILLARD, J. *À sombra das maiorias silenciosas – o fim do social e o surgimento das massas*. 3.ed. São Paulo: Brasiliense, 1993.

⁽²⁾Membro Titular da Academia de Medicina do Rio de Janeiro.

⁽³⁾Membro Titular da Academia de Medicina de São Paulo.

⁽⁴⁾“fixação” aqui entendida no sentido psicanalítico da palavra: o que ficou “fixado”, não evoluiu.

sociais”; a lenda de que ao Estado compete o social; a crença do aumento nominal do salário; a crença de que denúncia e indignação sejam soluções; a mentira de que tecnologia se faz em casa; a antinomia social-democracia/liberalismo para citar oito de importância indiscutível.

O binômio – binário educação/saúde e vice-versa, cantam e encantam, porém, é preciso cautela com o entoar do seu canto.

No descompasso Tecnologias/Educação inserem-se dissonâncias principais e complementares, preliminares e suplementares. Essas dissonâncias aparentemente isoladas, estão na verdade interligadas em um contexto amplo e onde, invariavelmente, se envolvem várias categorias do conhecimento e diversos atributos indissociáveis no ser humano.

A ingenuidade começa e termina na tentativa desengonçada, e sempre mal engendrada, de isolar do ser humano a sua condição inalienável e inarredável de membro cativo de um sistema social.

A simples manutenção adequada do corpo humano, suporte de todos os atributos do homem (nunca é demais reiterar esse aspecto), exige a associação entre os homens. Cumpre alimentar o corpo, vesti-lo, transportá-lo, cuidá-lo, curá-lo, fazer com que repouse e se aconchegue e essas tarefas só se podem realizar permeadas pela sociedade [cf. MASCARENHAS, 1994, p. 11]. Desde a, impropriamente, chamada pré-história.

No que respeita ao desempenho de comportamentos primários e à sua adequação, estão capitulados os processos que se iniciam no seio familiar. Ensino e aprendizagem processam-se, informalmente, de todos os modos imagináveis. Desenvolvem-se a partir das matrizes familiares, muitas vezes falaciosas e incompetentes, determinando impropriedade de modos e conteúdos.

Acrescentem-se as patologias e as desestruturas familiares, viscosidades, interpenetrações, onipresenças ou diásporas.

Somem-se agora escolas e métodos incompletos, permissivos, rígidos, controladores ou anárquicos.

São as portas do Inferno.

Sobre cursos, adotem-se como imagens matriciais alguns de medicina, de todos nós sobejamente conhecidos, que se ministram em instituições que sequer possuem hospital-escola⁽⁵⁾.

⁽⁵⁾Registre-se a observação de JOSÉ KNOPLICH, Presidente da Associação Paulista de Medicina: “ensinar medicina sem hospital é como ensinar a nadar sem água”...

O início deste Conclave trouxe à baila alguns dados, no mínimo (se confrontados às rajadas meufanistas), no mínimo, encabulantes. O Professor ALFREDO SCHRÖDER, na conferência inaugural, deu a conhecer que na Alemanha o seguro saúde remonta ao Édito Imperial de 1883 (anterior à República no Brasil). Em 1990 as *reservas orçamentárias* para este fim representaram valores da ordem de *quatrocentos bilhões de dólares*. O dispêndio de *oitenta e três bilhões* dessa reserva deflagrou uma campanha panfletária na imprensa que exigia se manietassem os gastos antes que, tal como dinossauros, transformassem a Alemanha em um Parque Jurássico (charges e manchetes da imprensa alemã exibidos em plenário). Campanha ferrenha, desencadeada não obstante a constatação, no mesmo ano, que a vida média alcançara algo em torno de 75 anos, em decorrência, claro está, da utilização (gastos) desses recursos.

Confrontem-se esses dados, SUS, INSS, FRAUDES e vivam-se perplexidades.

Perplexidades que se potencializam segundo os dados do Acadêmico ALVES DOS REIS⁽⁶⁾ que, mediante publicação do Banco Mundial, dá a conhecer que as despesas brasileiras com educação ocupam o 74º lugar no mundo (abaixo da Malásia, do Zaire ou da República de Ghana). Isto, não obstante as determinações constitucionais⁽⁷⁾ e que o Brasil seja, paralelamente, o ocupante do 9º lugar na origem dos países exportadores, o 3º no superávit comercial e o 10º classificado de acordo com os valores do PIB.

De outra parte é preciso cuidar quanto à tendência, perigosa e arquetípica, de antecipar a Saúde à Educação na ordenação dos conceitos.

Duvidosamente (para evitar uma forma mais categórica de afirmar), podem-se empreender ações de Saúde, mormente as de Saúde Pública, sem o primado da Educação. Concomitantemente, não é possível educar sem o redimensionamento do Estado e dos tributos, a redistribuição da riqueza e

⁽⁶⁾FRANCISCO ALVES DOS REIS, Presidente da Federação Brasileira das Academias de Medicina. 1992-1994.

⁽⁷⁾Convém ler os artigos 205, 206, 207 e 208 da Constituição Federal de 1988 onde se definem as obrigações do Estado com Educação, "direito de todos", "visando o pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho". O artigo 208 começa a ser burlado quando não se exige ensino fundamental obrigatório e gratuito (art. 208, inciso I). Como direito público subjetivo (art. 208, inciso VII, parágrafo 1º) **deve ser cobrado e exigido** já que sua oferta irregular ou o seu oferecimento pelo Poder Público importa a responsabilidade da autoridade competente (art. 208, inciso VII, parágrafo 2º).

dos espaços, a prevenção do desperdício, a reorganização da sociedade, do trabalho e a estabilização econômica, produtos da vontade e do equilíbrio políticos, determinando-se a segurança necessária ao exercício da cidadania.

O título deste relato, “Saúde do Povo... Sem Educação?” aponta em direção ao óbvio, que não se discute. É preciso, porém, desconfiar, e muito, das obviedades.

A evolução do pensamento político em relação à Educação, impulsionada pela Constituição Federal de 1988, começa a deslocar o que até então se denominava Legislação do Ensino, em direção ao que irá configurar o Direito Educacional, “reconhecendo-se que há uma legislação assistemática e dispersa, no interior do ordenamento jurídico” (BOAVENTURA, 1992, p.9).

Contudo não basta configurar o Direito Educacional. Leis existem e serão promulgadas outras. Recomenda-se que se cumpram. Todas.

Na fantasia de quem vos fala, e por isso o faz, as Academias de Medicina devem cumprir o papel, como realçado por IRANY NOVAH MORAES⁽⁸⁾: “cabe às Academias usar a maior das suas forças – a de reflexão”. Nessa reflexão, não escotomizar as mazelas da carência educacional e, “em trabalho silencioso e sem conturbação” oferecer os seus préstimos como órgãos consultivos, já que para isso a Academia de Medicina foi criada na França em 1820 e bem assim, a Sociedade de Medicina e Cirurgia, em 1895, precursora da Academia de Medicina de São Paulo.

Quanto à saúde, cumpre pensá-la como um todo. Os descuidos com a doença são determinados liminarmente pela *deseducação do povo*, na sua mais legítima acepção política. Desde “populus”, arcaico, grupo dêmico progressivamente organizado, até o “povo”, sempre atual, conjugam-se o Território, a Soberania e o Governo, originando o Estado. Povo, cuja vontade democrática, na visão política da Nação, é o mais importante dos vetores do Estado de Direito. Ao Estado compete pois, fazer frutificar e defender o cidadão, figura objetual e concreta, a mais importante da vida nacional. Ao Estado *cumprir educá-lo para que se torne cidadão*.

Pretende-se decretar o *fim do social* através da “dessocialização progressiva” e da massificação (BAUDRILLARD, 1993). A Teoria das Estruturas Dissociativas, a criação da ordem pela desordem – como se

⁽⁸⁾Presidente da FEBRAM. 1994-1996.

aprende com PRYGOGINE (1993) – profetiza o “desmanche” da sociedade. Potencializam-se dúvidas sobre o valor do ‘social’ que BAUDRILLARD (idem, ibidem), considera “múltiplo” e “pouco claro”. Contudo, em quaisquer circunstâncias predomina a *função social do homem* que se instrumenta na sociedade a partir do desenvolvimento do corpo, sede, inclusive, das funções mentais e psíquicas⁽⁹⁾.

Os descompassos ciência/tecnologias, saúde/felicidade dos povos, estão muito além dos nossos singelos limites brasileiros. O derrocar de toda uma sistemática e das fantasias oriundas da falsidade industrializante, inclusive a explosão “high-tech”, desorientou desde os paradigmas da soberania colonialista do Reino de Sua Majestade até os critérios subversivos de John Maynard Keynes, com a sua roda da fortuna e, bem assim, os nacionalismos xenófobos, os MacCartismos fantasmáticos, e todos os totalitarismos de “direita” ou de “esquerda”.

Não se imagina aqui a defesa de quaisquer teses ultrapassadas de desigualdade social pela desigualdade em si, até porque, a “esquerda”, autêntica, aquela que transitou pelo Terror, acabou no 18 Brumário, que fez definhar a revolução burguesa e reinstituiu o Império que acabou em Santa Helena. Daí por diante, falsas esquerdas, de tropeço em tropeço, acabaram por acabar na derrocada do Muro da Vergonha.

É ilusório imaginar que as medidas do saber e da ignorância se fazem das medidas dos níveis de repleção das cornucópias. Resta, por enquanto, a ricos e pobres assimilar o conhecimento reproduzido conforme o interesse das classes hegemônicas. Resta-lhes, a ricos e pobres, sem auto e heterocrítica, alimentar-se da ignorância total ou parcial que lhes é servida à guisa de falta ou de parcialidade na Educação. Assim se fez em 1789. Em 1917. Em 1937. Elaboraram-se doutrinas sociais “justas” e “atraentes” deixando-se escapar que *fraternidade* não se impõe nem obedece às leis formais. Que a mais valia a ser distribuída iria ser transformada no capitalismo do Estado Totalitário e o seu produto nos arquipélagos Gulag. Que o átomo, *agora divisível*, iria gerar a parafernália manipuladora de opinião, dissolutiva da ordem e alienante, eversora dos costumes, alimentadora do consumo, e produtora dos arcaísmos precoces pré-

⁽⁹⁾As funções biológicas, afetivas e cognitivas do ser humano, incluída a linguagem verbal desenvolvem-se a partir da matriz social binária mãe-filho e se estendem à convivência no lazer e no trabalho, este, o construtor efetivo do conhecimento e do homem como tal.

fabricados. Da velha classe à Nova Classe⁽¹⁰⁾. Inutilmente à procura de alguma coisa que prometa a “felicidade do povo”. Desde o pão e o circo até a superação do *trabalho* pelas tecnologias que promovem a ociosidade extemporânea, o tempo inútil, a depressão psíquica e os diversos modelos de suicídio que se multiplicam. Que ao que parece não (?) ocorrem neste país!

Neste Brasil, a imensidão territorial dá-nos a falsa ilusão de largueza. A miscigenação das etnias, a falsa percepção da tolerância. A sua estrutura geológica e climática, a aparência da terra da promessa. A riqueza natural e potencial, a idéia deliróide de fartura eternizada.

Sem que se dê conta, vive-se no Pantanal matogrossense a civilização do regadio e na moldagem das opiniões pelos satélites, quintessência das ferramentas da doutrinação, a mais elaborada das violências da civilização termo-nuclear, permeados esses extremos por todos os estágios que compõem o desenvolvimento do processo civilizatório [convém ler DARCY RIBEIRO (1978) e KONRAD LORENZ (1974)]. Contudo, como adequadamente citado pelo Ilustre Acadêmico MANASSÉS CLÁUDIO FONTELES, LENIN prediz que “a prática é a verdadeira aferidora das verdades” e o que ela nos mostra é que “o social é ao mesmo tempo destruído por aquilo que o produz (a informação) e reabsorvido pelo que produz (as massas)” (BAUDRILLARD, idem, ibidem).

A História da Medicina e a História da Educação andam à corda da História da Civilização como caçambas danificadas. Vez por outra uma “grande peste” ou um “grande sábio” permeiam a população, a política, o governo, o poder, a economia. Isto, quando economia, poder, governo e política deveriam ser utensílios da população e ferramentas de uso privativo dos construtores do Trabalho/Educação e do Trabalho/Saúde de onde derivam os demais bens.

Falar de saúde é quase um imperativo em qualquer espaço. O mito da *aquisição* da Saúde por *doação* remonta ao mais arcaico dos arquétipos onde, o ser materno e o maternante produzem a vida e a mantêm. Gestam-na, trazem-na à luz e depois a conservam através das atenções primárias sem as quais explode a inviabilidade.

Adotar a saúde como princípio fundamental é quase atender ao instinto

⁽¹⁰⁾Recomenda-se a leitura de MILOVAN DJILAS - “A nova classe”. São Paulo: Agir, [?].

celular e ao impulso humano de sobrevivência. Como se fossem adotadas posições embriológicas, fetais, maternantes e maternalizantes.

Resta questionar se os fracassos históricos das tentativas de promover saúde pública não resultam de enfoques assistencialistas, paternalistas, estatizantes, seja nos regimes autocráticos, seja nas “liberal - democracias”, seja nos Estados socialistas.

Cuidar de uma tecnologia mecanocêntrica ou eletrônica – desde as mais simples ferramentas inventadas pelo homem até a sofisticação de diagnósticos e terapêuticas de alta complexidade e custo – podem ser, em si, alvos a serem atingidos, e, caso possível, é desejável que se os atinjam. Contudo, é bom lembrar as queixas que freqüentamos acerca dos níveis de cognição e do acervo de conhecimento dos nossos estudantes de nível superior, particularmente as queixas em relação ao alunado nas áreas da saúde.

Vemos os nossos alunos – neste Conclave reúne-se uma quase totalidade de professores – vemos os nossos alunos, como se emergissem da linearidade seqüencial dos ensinamentos primário, secundário, e agora terciário ou, gradualmente: primeiro, segundo e terceiro de-graus como se o conhecimento fosse numerável, natural ou ordinalmente. Observamos e rejeitamos os descompassos que omitem crítica às sínopes, aos contrapontos, às desarmonias e às falsidades de um ensino básico para o qual não nos voltamos, esquecendo que dele nos originamos, e de que a ele devemos, pessoalmente, os nossos sucessos e fracassos cognitivos.

O ensino como proposto pela Constituição (?) de 1937, com o dualismo educacional visava, sorrateiramente, à preservação das elites condutoras e um ensino profissionalizante para as classes populares (GHIRALDELLI Jr., 1994). O ensino primário desembocava em cinco opções:

- o secundário que precedia o superior;
- o normal que poderia preceder o superior ou a filosofia;
- o industrial que precederia à área superior ou à técnica;
- o comercial desembocando nas escolas técnicas de comércio;
- o agrícola a terminar nas escolas agrotécnicas.

Como se percebe uma forma sutil de fomentar a divisão das classes – a produtora e a operária – nas políticas da desfaçatez dos “pais dos pobres”...

Esses modos de entender permaneceram até o advento do sociologismo, e do economicismo (1960), da tendência humanista moderna (1960), do tecnicismo e da tendência sócio-cultural, onde pontifica a pedagogia do

oprimido de PAULO FREIRE [convém ler SAVIANI, (1983) e MIZUKAMI, (1986)]. Como filosofia subjacente e oculta permanecem, entretanto, os petardos dissociadores.

Contudo, apesar das conquistas reais nos desempenhos em sala de aula, notadamente nos aspectos concretos do que se denomina ensino aberto, ainda vige a LDB 5692⁽¹¹⁾ que instituiu a unificação dos cursos primário e ginásial no 1º grau e a localização do curso colegial no 2º grau. A escola superior, institucionalizada no 3º grau, sofreu e ainda padece da reforma universitária iniciada em 1968, com a departamentalização, a adoção da matrícula por vaga disciplina e do vestibular unificado – fatores indissociáveis da despolitização, o desmoronamento da hierarquia, a dessocialização da Educação como um todo, e da Escola como fonte de pensamento e ação política.

Verifiquem-se os dados exibidos na “Carta de Goiânia” (1986), documento histórico gerado na IV Conferência Brasileira de Educação⁽¹²⁾, onde se indicavam propostas para a futura Constituição da República.

Veja-se o quadro apresentado na “Carta”:

- ◇ mais de 50% de alunos repetentes ou excluídos ao longo da 1ª série do ensino de 1º Grau;
- ◇ cerca de 30% de crianças e jovens na faixa dos 7 aos 14 anos fora da escola;
- ◇ 30% de analfabetos adultos, e numeroso contingente de jovens e adultos sem acesso à escolarização básica;
- ◇ 22% de professores leigos;
- ◇ precária formação e aperfeiçoamento profissional dos professores de todo o país;
- ◇ salários aviltados em todos os graus de ensino.

No mínimo desalentador.

Parece pois pertinente, neste Conclave, alertar para que nossas queixas específicas em relação à Educação Superior não serão atendidas e que os

⁽¹¹⁾Atualmente vige a Lei 9394/96 que escalona as etapas de ensino em Educação Infantil, Ensino Fundamental, e Ensino Médio, que contemplam a Educação Básica, à qual se acrescenta a Educação Superior. O que pouco ou nada acrescenta.

⁽¹²⁾Organizada pela ANDE (Associação Nacional de Educação) e co-participação da ANPED (Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Educação) e CEDES (Centro de Estudo Educação e Sociedade).

nossos reclamos não serão contornados *no terceiro nível*. Os descompassos tecnologias/saúde do povo não se restringem à superficialidade das necessidades quanto a equipamentos sofisticados e operadores altamente especializados. Têm origem muito mais remota e nascem desde os cursos básicos.

O acesso ao ensino, garantido em lei, na prática é letra morta. O Brasil possui 30 milhões de analfabetos. A considerar analfabetismo como a incapacidade de *interpretar* o conteúdo do que foi lido esse número pode triplicar...

Crianças e jovens que conseguem ingressar nos processos de escolarização se evadem ou cronificam a repetência. A luta por melhores condições de ensino no que respeita a melhoria da formação e aperfeiçoamento de docentes, a luta por melhores salários aos professores dos níveis básicos, as pressões que devem ser exercidas para viabilizar escolas e procedimentos adequados de ensino nos graus inferiores pertencem, sim, à alçada das Academias. A clarificação dos conceitos de educação processo e educação produto e as exigências decorrentes dessa clareza, não podem estar ausentes das nossas preocupações de educadores médicos.

Cabe-nos uma responsabilidade imensa, mormente quando estamos vendo o resultado nefasto a que conduzem essas deficiências do nosso cotidiano no Ensino Superior. E, mais do que isso, médicos, sensíveis às misérias dos homens, protagonistas e testemunhas oculares do seu sofrimento, não podemos cruzar os braços e simplesmente professar a omissão dos ineptos.

Membros de Universidades ou de Escolas Isoladas de Ensino Superior, onde exercemos nosso ministério educacional, não podemos ficar à margem do processo defendido na Carta de Goiânia, a exemplo maior, no seu item 13 – “As Universidades Públicas devem ser parte integrante do processo de elaboração da política de cultura, ciência e tecnologia do país, e agentes primordiais dessa política que será decidida por sua vez no âmbito do Poder Legislativo”.

Como instituição – FEBRAM – que somos, podemos exigir e cobrar dos poderes da República dignidade e empenho nas coisas públicas. Na administração dos bens que pertencem à Nação e ao Estado, ou seja à maioria. Como conclamou LUCKESI (1991, p.11) *educação para todos, urgente e inadiável*.

Precisamos aprender a educar com alegria e *ensinar a alegria de pensar*. Embora cômicos das dificuldades inevitáveis nos processos educacionais, da situação de indigência de uma enorme parcela da população, anômica e faminta (eram 31.679.096 os indigentes no Brasil, em 1990)⁽¹³⁾ apesar da presença do Estado paralelo dentro do Estado de Direito, do crime organizado e das *falcaturas do colarinho branco*, deixo, aqui, Ilustres Confrades, na FEBRAM, um convite à reflexão e à ação. Um convite para perseguir soluções como nosso cerne e nossa forma de existir.

Não se podem transmitir sequer os conteúdos do conhecimento científico que se multiplicam em proporção geométrica. Não se podem eliminar, talvez nem diminuir, os descompassos tecnologias/saúde do povo. Pode-se, e isso se pode, transmitir, como no pensamento expresso pelo Dr. EDEMUR LUCHIARI, neste Conclave, pode-se transmitir transparência nas nossas ações, pode-se dar o exemplo com a maneira através da qual construímos o nosso conhecimento pelo nosso trabalho, pode-se testemunhar com a ação mais perfeita que sejamos capazes de produzir em favor de uma efetiva Educação.

Referências Bibliográficas

- BAUDRILLARD, J. *À sombra das maiorias silenciosas: o fim do social e o surgimento das massas*. 3. ed., São Paulo: Brasiliense, 1993, p. 55-70.
- BOAVENTURA, E.M. O Direito Educacional frente à Legislação do Ensino. *Didat.*, São Paulo, n.28, p. 9-23, 1992.
- GHIRALDELLI Jr., P. *História da Educação*. 2. ed. R., São Paulo: Cortez, 1994, p. 226.
- LORENZ, K. *Civilização e Pecado*. Rio de Janeiro: Artenova, 1974.
- LUCKESI, C.C. Educação básica: um compromisso inadiável. *Tecnol. Educ.*, Rio de Janeiro, v.20, n.101, p. 7-11, jul./ago., 1991.
- MASCARENHAS, E. *Brasil: de Vargas a Fernando Henrique – conflito de paradigmas*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1994.
- MIZUKAMI, M.G.N. *Ensino: as abordagens do processo*. São Paulo: E. P. U. 1986.
- PRYGOGINE, I. in: PRESSIS-PASTERNAK, G. *Do Caos à Inteligência Artificial*. São Paulo: Editora da UNESP, 1992, p.35.
- RIBEIRO, D. *O Processo Civilizatório*. Petrópolis: Vozes, 1978.
- SAVIANI, D. Tendências e correntes da Educação Brasileira. In: SAVIANI et alii, *Filosofia da Educação Brasileira* (coord. DURMEVAL TRIGUEIRO MENDES). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1983.

⁽¹³⁾Fonte: IPEA/CPS-Brasil-Estimativa de Pessoas Indigentes por situação de domicílio, por Unidades da Federação, 1990.

História da Coloproctologia na Bahia

Geraldo Milton da Silveira

Como ocorreu em todas as regiões do planeta, em diferentes épocas, também aqui, as doenças ano-retais foram “tratadas” por magia negra e feiticeiros ou por curandeiros e charlatães, com chás, folhagens, banhos de assento e emplastos, mesmo após a chegada dos primeiros médicos, oriundos de Portugal. Ainda hoje, ocasionalmente, ouvimos relatos do uso de certas sementes junto ao corpo e banhos de assento, sugeridos por doentes vindos do interior do Estado.

Os primeiros trabalhos científicos sobre proctologia que encontramos foram a tese escrita pelo Dr. Alexandre Afonso de Carvalho, lente de Anatomia Descritiva, datado de 1874, intitulado “Das fístulas pelveretais superiores (Eduardo de Sá Oliveira, *Memória Histórica da Faculdade de Medicina da Bahia*, p. 207, 1992); “Complemento da história da retotomia interna publicada pelos estudiosos acadêmicos os Srs. Araújo da Cunha, em sua coleção de observações”, pelo Dr. J. A. de Freitas (*Gazeta Médica da Bahia*, ano VII, nº 163 e 164, 15 e 31 de maio de 1874. Bahia). Outro trabalho identificado, coincidentemente, foi escrito por Alexandre Afonso de Carvalho, filho do anteriormente citado, este professor substituto de Clínica Otorrinolaringológica, “Em torno de um caso de corpo estranho no reto” (*Brasil Médico*, 1919).

A proctologia apenas cuidava das afecções orificiais e era exercida, em nosso meio, também por cirurgiões gerais, que operavam os doentes dos especialistas, sendo por esses ajudados. Os proctologistas eram pouco considerados pelos colegas que os julgavam cientificamente limitados, sendo freqüentemente alvos de piadas e chacotas.

As intervenções cirúrgicas mais frequentes, até a década de 1940, eram: drenagem de abscessos, retirada de plicomas, abertura de trajetos fistulosos com curetagem ou cauterização do leito e retirada de “botões” hemorroidários, como eram chamados.

O primeiro médico que exerceu a especialidade, em Salvador, foi o Dr. Fernando Salazar. No Memorial da Faculdade de Medicina, foi encontrado o registro de formatura do Dr. Fernando Salazar da Veiga Pessoa, em dezembro de 1908, sobre o qual muitos fatos e anedotas são contados até hoje.

O Dr. Fernando Salazar da Veiga Pessoa foi preparador de anatomia. Em 1924, o Prof. Eduardo Diniz Gonçalves solicitou a demissão desse professor à Congregação da Faculdade de Medicina, visto que ele “se licenciava no período letivo, ausentava-se do Estado, e só voltava no período de férias, em que reassumia o exercício.” (Dr. Gonçalo Muniz Sodré de Aragão, *Memória Histórica da Faculdade de Medicina da Bahia*. 1924). Hoje, muitos assim procedem e nem licença solicitam...

Em 1927, formou-se o Dr. Lourival Carvalho, outro proctologista “puro”, com atividade em Salvador, possuidor de grande e seleta clínica particular.

Em 31 de dezembro de 1936, foi criado o Serviço de Proctologia do Hospital Santa Izabel, pelo Dr. Antônio Moacir da Silva Pereira, então Provedor da Santa Casa de Misericórdia da Bahia, cujo atendimento foi iniciado no ano seguinte, sendo o seu primeiro dirigente o Dr. Fernando Salazar da Veiga Pessoa.

Com o passar dos anos, surgiram outros profissionais que se firmaram, obtiveram notoriedade e proporcionaram maiores progressos à especialidade, pela adição de novas técnicas e condutas, dentre os quais citamos os doutores Edgard Valente, Valter Gentile de Mello, Mário Matos, Nair Perolina Guena (primeira mulher a exercer a especialidade em nosso Estado), Almiro Daltro, Eduardo Cerqueira (cirurgião geral), Fernando Marigliano, Clarival do Prado Valadares (patologista), Grimaldo Andrade, Geraldo Milton da Silveira (cirurgião geral) e muitos outros.

Nos programas das “Cadeiras” de Clínica Propedêutica Cirúrgica ocupada pelo professor Eduardo de Sá Oliveira e de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina da Bahia, posteriormente exercida pelo mesmo professor, encontramos pontos dedicados à propedêutica proctológica e às afecções do reto e do ânus, respectivamente, datados de 1942.

Em 1944, o Dr. Valter Gentile de Mello publicou artigo na *Revista Médica da Bahia*, dizendo-se proctologista da Faculdade de Medicina. Entretanto, não encontramos subsídios que pudessem comprovar essa assertiva. O assunto comporta algumas considerações. Em 1944, a Faculdade de Medicina atendia os pacientes no Hospital Santa Izabel da Santa Casa de Misericórdia, onde funcionavam as “Cadeiras” clínicas. Como vimos, na década de 1940, já funcionava o Serviço de Proctologia do referido nosocômio. Na época em apreço, existia o ambulatório Augusto Vianna, no Canela. É possível que uma sala tivesse sido utilizada com tal finalidade, hipótese essa que carece de confirmação. Nada encontramos sobre o assunto nos documentos existentes no Memorial da Medicina, e a burocracia impediu qualquer averiguação nos arquivos da Superintendência de Pessoal. Nessa época, o grupo de proctologistas estava bastante motivado e, em 1945, seus integrantes resolveram fundar a **Sociedade de Proctologia da Bahia**. Para tanto, incumbiram o Dr. Edgard Valente de elaborar o anteprojeto dos estatutos e acordaram que fosse ministrado um curso de alto nível científico, com a participação de especialistas de outros estados, sobretudo do Sul. Da lista de convidados fazia parte o Dr. Sylvio D’Ávila, do Rio de Janeiro. Os desdobramentos dessas iniciativas resultaram, por sugestão do Dr. Sylvio D’Ávila, na fundação da **Sociedade Brasileira de Proctologia**, aqui em Salvador, em 30 de outubro de 1945, cujos detalhes publicamos na *Revista Brasileira de Coloproctologia* (vol.10, nº 3, julho/setembro, 1990). Toda documentação referente ao assunto, os originais da época, foram-me entregues pelo Dr. Mário Matos e passados ao Dr. Rosalvo José Ribeiro, durante reunião de uma comissão criada para o estabelecimento da data de fundação e para tomar medidas de preservação da história da sociedade, composta pelos Drs. Walter Ghese, Daher Cutait, Rosalvo José Ribeiro e Geraldo Milton da Silveira. Em lugar da **Sociedade de Proctologia da Bahia**, nasceu a **Sociedade Brasileira de Proctologia**, fato esse muito significativo para a proctologia baiana.

Não obtivemos informação sobre o Serviço de Proctologia do Hospital Aristides Maltez, a despeito de todo nosso empenho.

Em 1950, dois baianos foram admitidos na novel sociedade, porquanto os participantes da reunião de 30 de outubro de 1945 foram considerados fundadores: os Doutores Clarival do Prado Valadores e Geraldo Milton da Silveira, como titular e associado, respectivamente. No ano seguinte, ambos, além de alguns fundadores, compareceram no **1º Congresso Brasileiro e**

7ª Reunião Anual, no Rio de Janeiro. Após estar presente a quase todos os congressos dessa sociedade, desde então até os dias atuais, e haver exercido quase todos os cargos e funções na **SBCP**, somos o único sobrevivente atuante.

Em 1954, o Prof. Fernando Freire de Carvalho Luz, cirurgião geral, publicou tese à Livre Docência de Clínica Cirúrgica sobre uma das mais comuns afecções colônicas à época, o megacolon chagásico. O número de técnicas cirúrgicas propostas e mal sucedidas refletia o desconhecimento da verdadeira fisiopatologia da doença. A tese, intitulada “Contribuição à cirurgia do megacolon” transpunha os conhecimentos fisiopatológicos da doença de *Hirschsprung*, divulgados por Swenson e Haitt, como base da nova e eficiente técnica cirúrgica proposta. Simultaneamente, o Professor Daher Cutait, predominantemente proctologista, publicou tese com igual enfoque, em São Paulo.

Em 1965, o Conselho Administrativo do Hospital das Clínicas, hoje Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES), aprovou requerimento com exposição de motivos, encaminhado pelo então Prof. Adjunto Geraldo Milton da Silveira, que demonstrou a necessidade de criação do Serviço de Proctologia para atendimento à demanda de todo o HUPES. O ambulatório especializado e os instrumentos cirúrgicos ficaram ligados à 1ª Clínica Cirúrgica e foram dirigidos pelo autor da solicitação até 1981.

Esse serviço permitiu a realização de grande número de trabalhos científicos publicados e/ou apresentados no Brasil e no exterior, assim como o despertar do interesse geral pela especialidade e a formação de vários especialistas, projetando-os no cenário nacional, dentre os quais, mais se sobressaíram os Drs. Henrique Roberto Krutman, Alfredo Rogério Carneiro Lopes, Diógenes Junquilha Vinhaes, Felinto Marques de Cerqueira Filho, José Luiz Coelho, Jayme Vital Santos Souza, Vitor Lúcio de Oliveira Alves e Sebastião A. Mesquita, por ordem cronológica.

No período administrativo do Dr. Romeu Marra, à frente da **SBP**, em 1968, fomos solicitados a fundar a **Sociedade de Proctologia da Bahia** e filia-la à nacional, o que fizemos, sem perda do vínculo com a **Associação Baiana de Medicina**. Para tanto, além da “ala jovem”, constituída por Henrique Krutman, Rogério Lopes, Felinto Cerqueira, Diógenes Vinhaes, Marinaldo Moradillo de Mello, Eméria Dorotéa Resedá, Natércio Fernandes e Grimaldo Andrade, conosco cerraram fileiras Mário Mattos,

Nair Guena, João Cunha, Eduardo Cerqueira, Fernando Marigliano, Fernando Carvalho Luz, Almiro Daltro e Lourival Carvalho.

Após ingentes esforços, conseguimos trazer o **XXI Congresso Brasileiro de Proctologia** para a Bahia, com o decisivo apoio de Daher Cutait e Filipe Figliolini, de São Paulo. Vale ressaltar que, a despeito de fundada em Salvador, em 1945, somente vinte anos depois do 1º congresso, em 1951, conseguimos trazer para Salvador o primeiro conclave a ser realizado no Norte/Nordeste, enquanto Guanabara/Rio de Janeiro sediou nove, São Paulo seis, Rio Grande do Sul e Minas Gerais dois e Goiás um. Participaram desse histórico Congresso, porquanto o único até hoje em Salvador, desempenhando funções, Geraldo Milton da Silveira, presidente em cargos e comissões diversas, os Drs. Henrioque Krutman, Rogério Lopes, Mário Mattos, Eméria Resedá, Natércio Fernandes, Diógenes Vinhaes, Carvalho Luz, Fernando Marigliano, Grimaldo Andrade e Mariovaldo Moradillo. Carecendo de entendimento das verdadeiras razões, a despeito de todos os esforços pessoais, não conseguimos repetir o feito em 1971. Não se há de argüir qualquer preconceito ou reação ao Norte/Nordeste, porquanto o Ceará já realizou dois ou três eventos e Pernambuco dois.

Também não se pode acusar baixo nível científico, pois nesse aspecto, estamos bem posicionados no cenário nacional. Ainda, se assim não fosse, o caráter nacional da entidade deveria mantê-la atenta, a fim de desenvolver estímulos e incentivos regionais. Tudo indica, salvo melhor juízo, que o personalismo e a desunião entre nós, somados à grande e condenável parcela de vaidade, sejam as verdadeiras causas de nunca mais termos realizado congressos do **SBP**, em Salvador.

Em 1978, foi fundada a **Sociedade Mundial de Proctologia**, em Madrid, durante os congressos mundiais de gastroenterologia e endoscopia digestiva. Mais uma vez, a Bahia se fez presente, signatários que fomos da solicitação às Sociedades Mundiais de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva de desmembramento da especialidade e havermos assinado a ata de fundação.

Só em 1986, quinze anos após o importante evento aqui realizado, constatamos dois fatos significativos para a proctologia na Bahia. Referimo-nos à realização da 4º **Reunião Anual Norte/Nordeste**, presidida pelo Dr. Grimaldo Andrade e a criação da Residência Médica em Coloproctologia no Hospital Geral Roberto Santos, pelo Dr. Jayme Vital Santos Souza. Essa foi a primeira no Norte/Nordeste e, também, a primeira a ser reconhecida pelo MEC, no Brasil.

Em 1990, com a dupla função de membro da “Comissão para criação dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Cirurgia” e representante da Faculdade de Medicina na Câmara de Ensino de Pós-Graduação e Pesquisa da UFBA, criamos os referidos cursos, juntamente com o Prof. Fernando Didier e Álvaro Rabelo, com área atendendo à proctologia. Em 1996, o prof. Vítor Lúcio de Oliveira Alves defendeu tese de mestrado intitulada “Influência da pressão intra luminal no extravasamento das anastomoses intestinais”, aprovada com distinção. O resumo, apresentado no Congresso da Regional Norte / Nordeste, foi premiado.

Em 2001, o Prof. José Luiz Coelho requereu ao Departamento de Cirurgia da FAMED a criação da disciplina de Coloproctologia. Aprovada que seja essa iniciativa, que tem todo o nosso apoio e estímulo, a especialidade atingirá significativo desenvolvimento. Colocará a Bahia entre os estados mais progressistas no ensino da especialidade, e ainda, completará a seqüência de ensino: graduação, pós-graduação especializada e qualificação acadêmica.

Neste ano de 2002, outro fato marcante ocorreu, qual seja a realização deste Congresso Norte/Nordeste de Coloproctologia, sob a lúcida presidência do Dr. Jorge Serra e para o qual tive a honra de ser convidado a proferir esta conferência, na sessão solene de instalação.

Quatro grandes cirurgiões, quatro diferentes personalidades

Geraldo Milton da Silveira

A Bahia tem um envolvimento histórico com a cirurgia.

Em 1808, o ensino médico no Brasil foi aqui iniciado, sob a égide de Escola de Cirurgia que, em 1815, passou a ser chamada Academia Médico-Cirúrgica, denominação que perdurou até 1832. Assim, a Escola de Cirurgia foi a *cellula mater* da Faculdade de Medicina e, em consequência, da Universidade Federal da Bahia.

Teve como seu inspirador e organizador o cirurgião-mor do reino, José Correia Picanço e como seus primeiros professores Manoel José Estrela e José Soares Castro, Cirurgião-Mor e Cirurgião Militar, respectivamente. A nossa Universidade foi criada, instalada e posta a funcionar por um professor de cirurgia, Edgard Rego dos Santos.

O primeiro livro médico escrito e editado no Brasil teria sido de autoria do cirurgião militar José Soares de Castro, o *Tratado de osteologia*, impresso em Salvador, em 1812, com 122 páginas.

Nos 194 anos de fundada, foram vinte e dois os professores catedráticos ou titulares de clínica cirúrgica, dezessete de especialidades e dez cirurgiões ensinando em outras áreas. Assim, não nos seria possível, sem incorremos em graves omissões, no espaço de tempo de que dispomos, a todos nos referirmos com eficiência. Escolhemos, por isso; quatro notáveis professores de cirurgia, como poderiam ser outros tantos, não para apresentarmos a biobibliografia completa, porém sim, para prestarmos justa homenagem, o que ocorrerá por ordem cronológica.

O professor *Caio Otávio Ferreira de Moura* nasceu em 30 de junho de 1878, em Bom Jardim, município de Santo Amaro da Purificação, estado da Bahia. Filho de Mariana Leopoldina Fernandes, de origem muito pobre, foi adotado pelo Conselheiro João Ferreira de Moura. Caio Moura, como se assinava, fez o curso primário em sua terra natal. O curso secundário foi cumprido no Instituto Oficial de Ensino, em Salvador, nos anos de 1890 a 1893. Aos 16 anos, matriculou-se na Faculdade de Medicina da Bahia e “colou grau de Doutor em Medicina”, a 12 de dezembro de 1899, após brilhante defesa de tese, intitulada *Da hymen no defloramento*, editada pela Typografia Reis.

Em 1902, foi nomeado Preparador Interino de Anatomia Médico-Cirúrgica, sendo efetivado no ano seguinte. Em 1906, submeteu-se a concurso para substituto da 5ª sessão, concorrendo com Antônio Batista dos Anjos e Domingos Emílio de Cerqueira, com provas oral, escrita e prática. Obteve nove indicações contra quatorze de um dos oponentes. Não se deixou abater pela derrota e, em 1909, editou três livros, correspondentes aos assuntos das provas a que se havia submetido: *Ferimentos do coração, Nefrectomias, nefrotomias e nefrostomias e Tratamento das supurações mastoidianas*.

No primeiro, usou frases amenas, até poéticas. Nos dois últimos, linguagem científica, objetiva, sem se descuidar da forma, beleza, correção e clareza. Teve constante preocupação com a dor provocada pelas intervenções cirúrgicas, razão pela qual foi o primeiro em nosso meio a utilizar-se dos anestésicos que surgiram, tais como éter, clorofórmio, balfórmio e avertina. Seu respeito ao paciente levou-o a estabelecer que “a pele da região a ser operada será raspada, desinfetada, podendo-se, quando o pudor repelir a prática da raspagem, usar de pomadas depilatórias”.

Em 1911, foi nomeado Professor Extraordinário Efetivo de Clínica Cirúrgica, cargo em que permaneceu até 1914, quando foi designado Professor Ordinário de Patologia Cirúrgica e, logo a seguir, para a segunda Cadeira de Clínica Cirúrgica. O período de maior produção científica que experimentou foi entre 1914 e 1916, quando escreveu sete trabalhos e as *Memórias Históricas da Faculdade de Medicina da Bahia*. Nesta, apresentou criteriosa análise do ensino da medicina no Brasil, comparando-o ao de países mais desenvolvidos e concluindo, sobre “os nossos lentes, que nada deixam a desejar, em cultura, inteligência e habilidade, aos de outros centros” por ele visitados nos Estados Unidos, França, Alemanha e Inglaterra.

Em viagem aos USA, foi convidado a assistir a uma tireoidectomia. Ao final, um dos irmãos Mayo perguntou-lhe a opinião sobre o ato cirúrgico. Após o elogio indispensável, teria dito usar diferente tática para preservação dos nervos recorrentes. Convidado a demonstrar, em outro doente, o seu proceder, aceitou. Ao final, teria ouvido do Dr. Mayo estar convencido e que passaria a usar tal procedimento na sua clínica.

Escreveu, durante longo tempo, aos domingos, crônica intitulada *Reportagens científicas*, no jornal **Diário da Bahia**.

Dedicado ao esporte cinegético, fazia longas viagens pelo interior do Estado. Em 1923, visitou *as cachoeiras de Paulo Afonso*, motivo do livro no qual demonstrou a sua alegria, entusiasmo e otimismo, nunca encontrado em suas crônicas e trabalhos científicos, e deslumbramento incontido ao referir-se às “paisagens verdejantes com belo gado a pastar, conforto da viagem em dois possantes automóveis” e à “bela estrada de rodagem, orlada de floridos arbustos trescalantes de fragrância dos trópicos, por onde rapidamente deslizavam os veículos”... Tudo isso, no Nordeste, àquela época!

Membro do Conselho Municipal, de 1924 a 1927, da Câmara Estadual, em 1927 e 1928, e Senador Estadual em 1929 e 1930, exerceu a presidência das duas primeiras e foi 3º Vice-presidente da última. Desenvolveu importante trabalho em prol de Salvador e da Bahia. Na reforma da nossa Constituição, apresentou exemplares da Lei Magna de vários países, até orientais, o que influenciou, sobretudo, para ser elaborado documento moderno e avançado.

Possuiu a maior e mais selecionada clínica privada do seu tempo, o que não o impediu de publicar novos trabalhos, entre 1922 e 1930, senão vejamos: *Um novo aparelho para drenagem nas prostatectomias*, *Fistula salivar curada por secção do nervo auriculo-temporal*, *Apresentação de alguns instrumentos cirúrgicos*, *Tratamento do pé plano*, *Sutura do plexo braquial lesado por projétil de fogo*, *Cisto quiloso do mesentério*, *Corpos estranhos da articulação do joelho*, *Cirurgia tropical*, *Sugestões sobre o ensino universitário no Brasil*, sua obra de maior expressão, na qual propunha a criação do Ministério da Educação, do Conselho de Educação e do Registro Profissional. Demonstrou as grandes vantagens da fundação de universidades em locais onde existissem escolas de Direito, Medicina, Politécnica, etc. “Bastava uma lei unificando-as e boa vontade”, disse ele.

Quando da sua morte, o Prof. Aristides Novis publicou, na Gazeta Médica da Bahia, comovente artigo, e assim se expressou: “Ele próprio o

declarou, convicto, em uma perturbadora solenidade, quando, zombando da sua parca implacável, que o já esmagava nos braços invisíveis, transmitida ao austero auditório a lhe beber, extasiado as palavras de despedida, a confortadora certeza da sua sobrevivência nos discípulos que ficavam”.

O Prof. Antônio Borja, cirurgião de grande prestígio, em comovente epicédio, definiu-o como “o cirurgião do belo e do bem acabado”. Sobre ele, disse o Prof. Sá Oliveira: “Humanista, anatomista e, sobretudo, excepcional cirurgião, foi o Dr. Caio Moura. Clínico de grande e justa fama, artista do bisturi, professor de escol, deixou em cada cliente um sincero amigo; em cada discípulo, um entusiasta da cirurgia, que nele teve, em verdade, um dos grandes mestres do Brasil”.

Nosso segundo homenageado, o Prof *Edgard Rego dos Santos*, nasceu a 26 de Junho de 1897, em Salvador, filho de João Pedro dos Santos, bacharel em Direito, que foi Deputado Federal, Secretário de Estado em três governos e Conselheiro do Tribunal de Contas, e de D. Amélia Rego dos Santos, ambos de famílias bem postas social, política e economicamente.

Defendeu tese, a 19 de dezembro de 1917, sobre *Um ensaio em torno de hormônios*. Após sua formatura, transferiu-se para São Paulo, onde trabalhou com seu tio Antônio Luiz do Rego, cirurgião detentor de boa clínica na cidade que apresentava grande crescimento econômico, e lá permaneceu por mais de quatro anos. Quando retornou a Salvador, casou-se com D. Carmen Figueira Santos e esteve na Europa (Paris e Berlim), por cerca de seis meses, visitando os mais importantes serviços cirúrgicos e mantendo relações com personalidades científicas e sociais das mais influentes.

Foi diretor do Sanatório Espanhol por cerca de trinta anos. Para trabalhar nesse hospital, trouxe freiras alemãs que melhoraram de maneira altamente significativa o nível assistencial. Cirurgião jovem, com aprimorada formação, residindo no ponto mais elegante da cidade e convivendo com as personalidades mais influentes do Estado, foi o Dr. Edgard Santos logo atraído para o ensino da sua profissão. Assim, ocupou interinamente a regência de Patologia Cirúrgica em 1925 e, posteriormente, foi transferido para Clínica Cirúrgica (1928). Escreveu mais duas teses: *Câncer na bexiga e Intervenções de cirurgia nos domínios do simpático*.

Foi diretor, também, do Hospital de Pronto Socorro, em 1930, quando os doentes eram atendidos em velho e pessimamente equipado prédio no centro da cidade. Fez iniciar estágios dos acadêmicos, pondo-os em contato

com casos de urgência, melhorando sobremodo o ensino da cirurgia e o atendimento hospitalar.

Eleito e nomeado Diretor da Faculdade de Medicina em 1936, permaneceu no cargo até organizar a Universidade Federal da Bahia e ser o seu primeiro Reitor. Também eleito e reconduzido, de tal sorte a completar mais de vinte e cinco anos ininterruptos no comando da Faculdade e da Universidade. Entre 1938 e 1948, construiu e equipou, com o que havia de mais moderno no mundo - aparelhos, mobiliário e instrumentos, o que o tornou comparável ao Hospital das Clínicas de São Paulo -, o Hospital das Clínicas da Bahia, hoje Hospital Universitário Prof. Edgard Santos, em justa homenagem.

A habilidade política, o rápido conhecimento das personalidades, com identificação dos seus pontos vulneráveis, deram-lhe prestígio crescente. No Ministério da Educação, todos o conheciam, gostavam dele e facilitavam a consecução dos seus objetivos. Sua conduta tão envolvente e seu poder de convencimento ou de dissuasão, agradando a grande maioria das pessoas, conseguiram fazê-lo atravessar um período extremamente conturbado, tanto no plano mundial, por causa da Segunda Grande Guerra, quanto no interno - Estado Novo, deposição de Getúlio Vargas, Constituinte.

As dificuldades econômicas, assim como as políticas, eram evidentes e se fizeram sentir, tanto na reação da administração central a tão audacioso plano, quanto na reação local das principais escolas superiores, particulares e públicas, a se unirem para formarem a universidade, perdendo muitas prerrogativas. Entretanto, Edgard Santos, com esforço hercúleo e habilidade, venceu a todos os óbices.

Para algumas unidades novas, construiu as sedes onde hoje funcionam, tais como as escolas de Enfermagem, Nutrição, Geologia, hoje Instituto de Geociências, Administração de Empresas, Música, Dança, Teatro, Biblioteconomia e Documentação, Jornalismo, Faculdade de Ciências Contábeis. Criou os serviços de Assistência ao Estudante e o Médico, assim como as residências para interioranos e carentes de ambos os sexos, em prédios separados, próximos ao campus, e o Restaurante Universitário.

Edificou prédios para as faculdades já existentes: Direito, Odontologia, Engenharia e o da Reitoria. Instalou em novos edifícios a Casa da França e os Institutos recém-criados de Cultura Hispânica, de Estudos Norte-Americanos, Centro de Estudos Afro-Orientais e Museu de Arte Sacra.

Atraiu professores de grandes centros do País e do exterior, criou

condições de preparo de professores para jovens com potencialidades, arranjou parceiros nacionais e estrangeiros. Para obter aceitação das escolas particulares, conseguiu “federalizar” seus professores e manteve unida e atuante a sua grande e heterogênea equipe. Deve ter sido uma tarefa extremamente difícil.

Segundo o que penso, além das excepcionais qualidades inerentes à personalidade do Prof. Edgard Santos, a sua formação cirúrgica muito contribuiu para o seu sucesso. Trabalho em equipe, objetividade, disciplina, iniciativa, rápida resolução de situações difíceis, paciência, precisão, desejo de perfeição e especial prazer na obtenção de bons resultados devem ter contribuído para que fizesse tanto, em relativamente tão pouco tempo, aglutinasse e mantivesse unidas tantas pessoas com tão boas qualidades, conhecimentos e entusiasmo.

Nosso terceiro homenageado, o Prof. *Eduardo de Sá Oliveira*, nasceu a 26 de junho de 1897, em Salvador. Filho de D. Antônia e do Dr. João Batista de Sá Oliveira, médico e Preparador de Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Bahia, cargo que corresponde, hoje, ao de Professor Assistente.

Diplomou-se em medicina no ano de 1922, após defender a tese intitulada *Da soroterapia antipestosa*, e foi o orador oficial da turma.

Ensinou Física e Química, Pedagogia e Legislação Escolar na Escola Normal e, a partir de 1923, como catedrático de Física e Química, no Ginásio da Bahia e no Educandário dos Perdões, participando das bancas examinadoras dessas disciplinas nos concursos vestibulares das Faculdades de Medicina, Farmácia e Odontologia, durante vários anos.

Exerceu as funções de médico nos Hospitais de Isolamento e Santa Isabel, da Santa Casa de Misericórdia, na Associação dos Funcionários Públicos do Estado da Bahia e na Prefeitura Municipal de Salvador em dois setores e épocas distintas: Corpo de Bombeiros e Matadouro do Retiro.

O Prof. Sá Oliveira deve ter tido um início de vida profissional com limitações econômicas. Seu pai, cuja especialidade era medicina legal, chefe de numerosa família oriunda do interior do Estado (teve cinco filhos), faleceu em 1889 quando Eduardo tinha 8 anos. Tímido, introspectivo, cuja modéstia alcançava as raias do inacreditável e, nesse mundo altamente competitivo, tinha postura humilde e retraída.

Entretanto, pertinaz e obstinado, desempenhou as funções que lhe foram atribuídas de forma destacada, o que lhe proporcionou ascensão lenta, porém

contínua. No Corpo de Bombeiros, criou uma enfermaria para atendimento a casos graves e aos dependentes dos soldados. No Matadouro do Retiro, insistiu e conseguiu implantar o serviço de microscopia para exame das carnes bovina e suína, destinadas ao consumo pela população de Salvador. Assim, pela primeira vez no Estado, foi identificado o carbúnculo e, após acirrada luta contra o poder econômico, obteve uma lei tornando obrigatória a cremação dos animais doentes.

Exerceu, com sucesso, atividade clínica gratuita no Hospital da Santa Casa e privada nos Hospitais Espanhol e Português a qual, embora não muito numerosa, ao final foi constituída pela nata da sociedade.

Na Faculdade de Medicina, ocupou todos os degraus da carreira universitária, desde Interno, Assistente de Anatomia Humana (1927), Livre Docente de Clínica Cirúrgica (1931), a Catedrático de Propedêutica Cirúrgica (1932).

Participou de 32 comissões examinadoras de concursos para professores da Faculdade e publicou 22 trabalhos científicos, o que, para a época, era uma quantidade significativa, sobretudo pela qualidade e interesse que despertavam. Embora já catedrático, submeteu-se a outro concurso para a Cátedra de Clínica Cirúrgica (1942), cargo que exerceu até 1962, quando se aposentou.

Fundador e primeiro presidente do Instituto Baiano de História da Medicina, realizou o primeiro congresso em Salvador e imprimiu os anais.

Publicou no jornal **Estado da Bahia**, a vida e a obra de 122 *Mestres da medicina baiana*. Escreveu as *Memórias Históricas da Faculdade de Medicina da Bahia*, com 1054 páginas, apresentando a biobibliografia completa e iconografia desses professores. Incluiu minucioso relato das ocorrências, teceu considerações sobre o Ensino Médico, com sugestões para sua melhoria e, sobretudo, ao curso de Medicina Militar.

Extrapolou a área médica, analisando a Legislação do Ensino. Ensinos Primário e Secundário e Concurso de Habilitação (vestibular), no primeiro volume. Na segunda parte, transcreveu cartas de professores, relatórios, programas das disciplinas, comentando-os, apresentando sugestões dos professores das “cadeiras”, horário das aulas e justos comentários. A última parte correspondeu à iconografia e biobibliografia dos professores e daqueles que foram diretores com suas realizações.

No seu mister de cirurgião, acompanhou, como elemento de primeira grandeza, a evolução da cirurgia, influenciando, de forma inequívoca, seu

progresso local. Operou em condições precárias, quando as cirurgias eram realizadas nas residências dos doentes e em salas adaptadas, assim como nos hospitais Santa Isabel, Português, Espanhol e das Clínicas.

Era um cirurgião consciente, minucioso, habilíssimo e humanitário. Ambidestro, tornava as cirurgias mais rápidas, fator muito importante à época, em virtude dos percalços da anestesia. Repetia sempre o aforismo “primeiro, não prejudicar”.

Defendeu tese intitulada *Aspectos cirúrgicos da esquistossomose na Bahia*, despertando grande interesse e abrindo discussão sobre o assunto e uma série de novas observações sobre os aspectos cirúrgicos da doença. Suas publicações científicas sempre encerravam mensagens que despertavam interesse, quer pela originalidade, valor prático ou raridade, como encontramos nos *Quatro casos de doença de AINHUM (ou de Silva Lima)*, *Doença de DERCUM* (adipose dolorosa) e *Doença de GAUCHER (retículo endoteliose)*.

Este último foi o primeiro trabalho no Brasil, publicado em 30 de fevereiro de 1933, na revista **Bahia Médica**, n. 2. O baço enxangue pesava 3,8 kg. Realizou a ligadura do tronco celíaco em portador de hipertensão portal grave, na tentativa heróica de controlar as conseqüências da doença e publicou o resultado favorável obtido, embora por tempo não muito longo. Foi, também o primeiro cirurgião baiano a operar, com absoluto sucesso, um caso de feocromocitoma.

Além de orador da turma de formandos, pronunciou vários discursos em nome da Congregação da Faculdade de Medicina, inclusive quatro epicédios à famosos professores de sua época e, quando da visita do ilustre professor René Leriche à Faculdade de Medicina, saudou-o em francês e dispôs de exíguo tempo para prepará-lo.

Homem elegante no trajar-se e no trato interpessoal, o professor Eduardo de Sá Oliveira foi um mestre na mais ampla concepção do vocábulo. Sobre ele escrevi: “Ensinou ética pelo exemplo. Honradez, pela sua conduta. Amizade, pelo seu devotamento. Trabalho, por suas realizações. Ciência, nas suas aulas e publicações. Técnica, na realização das intervenções cirúrgicas. Discrção, no seu proceder. Senso, nas suas atitudes”.

O professor *Fernando Freire de Carvalho Luz* nosso quarto homenageado, nasceu em Salvador, a 09 de novembro de 1916, filho de D. Maria Luíza e do Desembargador Euvaldo Luz. Fez o curso primário com a sua genitora que lhe ensinou, além das matérias constantes do curso para

exame de admissão ao 2º grau, francês e inglês. Formou-se em 1937 pela Faculdade de Medicina da Bahia. Exerceu as funções de Interno da 1ª Clínica Cirúrgica (1936).

Após sua formatura, trabalhou como cirurgião do Pronto Socorro (1938 - 1953) e exerceu com sucesso a clínica particular. Nos anos de 1939 a 1940, foi Assistente de Ensino da 1ª Clínica Cirúrgica da Faculdade, onde se formou e, de 1942 a 1951, Cirurgião Chefe de Serviço do Hospital Santa Isabel, da Santa Casa de Misericórdia.

Durante a Segunda Guerra Mundial, trabalhou como cirurgião da Base Baker da Marinha Americana em Salvador e, graças ao seu desempenho e fluência do inglês, foi convidado a estagiar no Hospital Central de BETHESDA da Marinha americana, onde, devido à falta de cirurgiões, ajudava e até operava com frequência (1943).

Estando de regresso ao Brasil logo após a descoberta do fator sanguíneo Rh, trouxe a tecnologia e os reativos. Em parceria com o hematólogo Estácio Gonzaga, fizeram ambos a primeira transfusão de sangue no Brasil com a utilização do conhecimento desse fator.

Voltou aos USA como bolsista da Universidade de Columbia, New York (1945 -1946). Ao retornar dos estágios, trazia sempre novidades que divulgava e introduzia na prática cirúrgica. Assim, realizou as primeiras cirurgias de dissecação radical do pescoço, para tratamento do câncer da tireóide, esofagectomia, em casos de câncer e estenose cáustica, com transposição do intestino delgado, mastectomia supra-radical (dissecação da axila, ressecção em bloco do plastrão condro-esternal, incluindo artéria e linfonodos mamários internos e reconstituição usando a "fáscia lata" e enxerto livre de pele), a gastrectomia total, visando a cura do câncer gástrico, comissurotomia mitral digital, "strip" de varizes dos MMII, abertura, exploração instrumental e drenagem do colédoco com dreno em T, que trouxe dos USA, assim como dilatadores, colheres e pinças para retirada de cálculos; realizou, também, as primeiras colectomias D e E para tratamento do câncer do grosso intestino. Demonstrando, mais uma vez, a sua versatilidade cirúrgica, fez ressecções de linfoedemas dos MMII devidos a filariose, com enxerto livre de pele. Transpôs os conhecimentos fisiopatológicos e técnica cirúrgica, de Swenson e Hiatt, relativos à doença de HIRSPRUNG, para tratamento do megacólon chagásico. Com tanto progresso realizado e difundido, fácil é entendermos as justas razões que levaram o Prof. Eduardo de Sá Oliveira a convidá-lo e nomeá-lo para o seu serviço.

Em 1954, submeteu-se a concurso para Livre Docente e, em 1963, para Catedrático da 1ª Clínica Cirúrgica. Examinou 25 concursos e publicou 63 trabalhos científicos. Desenvolveu a técnica da filtração extracorpórea do sangue portal para tratamento da esquistossomose hepatoesplênica, abrindo um leque de conhecimentos sobre a doença com grande repercussão no Brasil e no exterior. Foi convidado a proferir conferências nos Estados Unidos, Inglaterra, França, Alemanha e Itália.

Ensinou pela doutrina e prática. Demonstrou arrojo consciente, técnica aprimorada e capacidade de trabalho. A sua existência é um marco indelével na história da cirurgia baiana e brasileira.

Enfim

A homenagem que prestamos a esses quatro cirurgiões, deve-se às suas qualidades excepcionais no campo da difícil especialidade que abraçaram e os seus diferentes desempenhos em outros setores da atividade humana.

O Prof. **Caio Moura, alegre**, desinibido, chamando para si a atenção de todos, além de cirurgião de escol, foi político e, nessa condição, reiteradamente eleito, numa demonstração de sua capacidade e acertos. Ocupou a presidência da Câmara Estadual em duas oportunidades e vice-presidência do Senado da Bahia.

Orador festejado, desempenhou intensa atividade venatória, reconhecido e proclamado.

Já o Prof. **Edgard Santos**, que também foi cirurgião respeitado, era cauteloso ao falar e político hábil na administração universitária. Diretor da Faculdade de Medicina por cerca de 20 anos, conduziu-a de forma progressista e foi o criador da nossa universidade. Desempenhou atividade febril, difícil, intrincada, conseguindo, ao final, concretizar a monumental obra e deixá-la funcionando de forma invejável, a ponto de haver sido considerado o segundo conjunto multívio de ensino superior do país. Era lendário o seu prestígio no MEC, sendo conhecido e querido desde os serventes até os ministros. Homem de poucas e incisivas palavras, gestos discretos, fala mansa, com grande habilidade e sem choques, preferia a conversa personalizada e ao “pé do ouvido”. Conseguia o que desejava usando a argumentação, persistência, poder de convencimento e paciência como armas.

O Prof. **Sá Oliveira**, modesto, introspectivo, trabalhador incansável, igualmente cirurgião competente e respeitado, possuidor de invejável

habilidade manual, ambidestro, operava com rapidez e eficiência, metucioso, aguda percepção dos problemas no campo operatório, consciente na utilização de manobras cirúrgicas, culto, foi o orador oficial da turma de formandos e dos principais acontecimentos da Faculdade no seu período de maior atuação. Pugnou o quanto pôde para ser instalado o Museu da Faculdade de Medicina para a preservação da sua memória. Lutou para ser instalada a UTI do Hospital das Clínicas, atingindo o seu desíderato, como ocorreu com propostas suas no Matadouro do Retiro e no Corpo de Bombeiros. Escreveu as *Memórias Históricas da Faculdade de Medicina*, tidas como as mais completas.

Por fim, o Prof. **Carvalho Luz**, alto, forte, ágil, determinado, decidido, concentrou-se no exercício da cirurgia. Arrojado sem ser afoito, as suas grandes mãos tratavam os tecidos com extrema delicadeza. Era avesso a discursos e outras manifestações literárias, assim como a cargos administrativos e a esportes, porém operava, com facilidade, qualquer tipo de cirurgia, vista a diversidade de procederes cirúrgicos que introduziu em nosso meio. Espírito inovador, concorreu para o desenvolvimento atualizado e contínuo da cirurgia em nosso Estado.

Ao aposentar-se, participou ativamente da construção e é responsável pela instalação do Hospital Aliança, que foi tido como o mais moderno e melhor hospital do Norte e Nordeste.

Os últimos anos da sua existência foram dedicados ao Hospital Aliança, a ouvir música clássica à tarde e, em todas as oportunidades surgidas, a reverenciar a memória de sua esposa.

Os 194 anos da faculdade de medicina

Geraldo Milton da Silveira

A cirurgia na Bahia tem grande responsabilidade histórica na influência que a Faculdade de Medicina pode ter na saúde do Brasil, porquanto, fundada como Escola de Cirurgia (1908), deu origem à Faculdade de Medicina (1832), *cellula mater* da Universidade Federal (1946).

A Escola de Cirurgia teve como seu inspirador o Cirurgião-mor do Reino, José Correia Picanço e, como seus primeiros professores, o baiano Manuel José Estrela, também Cirurgião-mor e José Soares de Castro, português, Cirurgião Militar. Como se a participação de cirurgiões nos primórdios do ensino da nossa medicina não bastassem, a Universidade Federal da Bahia (1946) foi criada por um cirurgião, Dr. Edgard Rego dos Santos, professor catedrático, seu primeiro Reitor, cargo que manteve por longo tempo, deixando a universidade praticamente concluída, com suas unidades em pleno funcionamento.

Os primeiros professores de cirurgia, na sua quase totalidade, ou aqui se formaram e foram adquirir experiência e ampliar seus conhecimentos na Europa (o ensino, aqui, era eminentemente teórico) ou de lá vieram já formados e experientes, em condições de bem exercerem a profissão, emprestando assim grande respeitabilidade a nossa Escola (1808), Academia (1815), Faculdade (1832).

Na fase inicial de implantação, houve grandes dificuldades para o ensino de anatomia, base para a execução de operações, desde a falta de “ferros para a dissecação” de cadáveres até locais apropriados e compêndios na língua pátria, o que motivou o Cirurgião-mor José Soares de Castro a escrever (1812) um “tratado” sobre osteologia, com 122 páginas, impresso em Salvador.

Até meados do século passado, exigiam-se do cirurgião vastos conhecimentos, rapidez ao operar e boa técnica, porquanto não existiam especialidades definidas e as dificuldades no campo da anestesia assim o exigiam. Com o passar dos anos, a extensão e o aprofundamento do saber médico implicaram no surgimento de especialidades. Foram tantas divisões e subdivisões que hoje há questionadores da existência da chamada cirurgia geral.

Vivi uma época na qual o cirurgião dava anestesia, tanto geral (balsofórmio, éter), quanto raqui e extradural, e tratava patologias, hoje integrantes de áreas bem definidas e estruturadas, tais como ortopedia, traumatologia, ginecologia, angiologia, urologia, obstetricia, cirurgias de cabeça e pescoço, pediátricas, neurocirurgias (nervos periféricos, trepanações cranianas), cardíacas (coração fechado), gastroenterológicas e proctológicas. Não eram raras as visitas de colegas de outras plagas que aqui aportavam para “reciclar” seus conhecimentos ou aprender novas técnicas cirúrgicas.

O tema deste painel é “a influência da Faculdade de Medicina da Bahia na saúde do Brasil”. Entendo, pois, não caber, nesta oportunidade, apresentação de biografias dos grandes vultos da cirurgia baiana, mas sim o resultado das suas ações no conceito e respeitabilidade de nossa Faculdade.

De forma indiscutível, a nossa Faculdade, pioneira no Brasil, liderou o ensino e a prática cirúrgicos, não só nas regiões Norte e Nordeste, onde foi o único centro de ensino da cirurgia por mais de um século, mas também e sobretudo, pela fama de bem preparados e dedicados ao ensino que nossos professores desfrutavam, com justiça. Há que enfatizar não ser apenas no ensino médico, como também no exercício profissional que nos destacávamos, visto o número e a freqüência de doentes que aqui chegavam, carentes de diagnóstico e de tratamento.

Recebemos estudantes do Norte e do Nordeste e, com menor freqüência, de outros Estados da Federação, de tal sorte que inúmeros foram os professores de faculdades que se iam criando, aqui formados, que voltaram para se especializar, ampliar ou atualizar os seus conhecimentos.

Estamos dizendo que a Faculdade de Medicina da Bahia, direta ou indiretamente, exerceu marcante influência, por mais de um século, na formação médica, não só no Norte e no Nordeste (Faculdade de Medicina do Pará, 1919, de Pernambuco, criada em 1915, com o curso iniciando-se em 1920), mas em quase todas as regiões do país, por colegas aqui formados, baianos ou não, que venceram concursos para catedráticos, assistentes ou adjuntos em São Paulo, Rio de Janeiro, Goiás, Ceará, Pernambuco e outros.

Em época mais recente, ou seja, a partir do meado do século passado, nos principais eventos de sociedades médicas, tais como o Colégio Brasileiro de Cirurgiões, o Colégio Internacional de Cirurgiões, a Federação Brasileira de Gastroenterologia, a Comunidade Lusíada de Gastroenterologia, Sociedade Brasileira de Colo-Proctologia, no país ou no exterior, figurou sempre o nome da Bahia, representada por um ou mais de seus professores.

Fundamos, aqui em Salvador, duas sociedades de caráter nacional, a de Proctologia⁵ e a de Endoscopia Digestiva (1976). Houve até organização e presidência de congresso em Portugal por um baiano. A freqüência e a constância de cirurgiões nos eventos de caráter nacional, e mesmo local - estadual ou municipal -, tais como cursos, mesas-redondas, etc., demonstraram o prestígio de nossa medicina e a aprovação aos conceitos emitidos e condutas utilizadas.

O ensino de cirurgia acompanhou as exigências impostas pela evolução dos conhecimentos científicos e pedagógicos. Em 1925, foi criada a Docência Livre ou Livre Docência, pelo art. 179 do decreto 16.782A da Presidência da República e os nossos cirurgiões dela se valeram amplamente, não com a finalidade de realizar cursos paralelos aos oficiais, como lhes era facultado, mas sim como preparação para se submeterem a concursos à cátedra e, posteriormente, à titularidade.

Igual sorte não tiveram os cursos de mestrado e de doutorado em cirurgia, criados em 1989. Embora houvessem qualificado academicamente significativo número de cirurgiões, ou talvez por isso, encontram-se em latência há mais de seis anos.

Outrora, os professores eram os melhores cirurgiões do Estado ou, dito de outra forma, os melhores cirurgiões eram professores. Entretanto, o grande número de excelentes cirurgiões revelados nos últimos anos ultrapassou em muito a capacidade das faculdades em absorvê-los. Este é um fato altamente positivo para nossa comunidade.

Nos cento e noventa e quatro anos da nossa Faculdade, vinte e dois foram os professores catedráticos ou titulares de clínica cirúrgica, quinze de especialidades cirúrgicas e dez cirurgiões ministrando outras disciplinas.

A primeira prostatectomia realizada no Brasil foi feita pelo Prof. Antônio Pacheco Mendes, assim como a primeira laparotomia da América do Sul ambas na Bahia. Eduardo de Sá Oliveira operou, pela primeira vez no Brasil, “o maior baço gaucheriano até hoje visto”, pesando nove quilos, em 1931. Em 1954, o Prof Carvalho Luz executou a técnica cirúrgica de

Hiatt, que se baseava nos conceitos fisiopatológicos de Swenson, visando ao tratamento do megacólon adquirido⁶

A cirurgia baiana acompanhou e beneficiou-se do fantástico desenvolvimento da medicina nas diversas épocas, sobretudo nos progressos da anestesia geral, da antibioticoterapia, do perfeito entendimento dos metabolismos hídrico, eletrolítico e “humoral”, da imunologia, da cibernética e da eletrônica, facultando, com grandes êxitos, os transplantes de órgãos, nos mais variados setores de nosso organismo.

A videocirurgia, progresso que surgiu no fim do século passado, foi inteiramente adotada pelos nossos cirurgiões, universitários ou não, colocados que estão em posição de destaque no cenário nacional.

Se, no passado, detínhamos tranqüila hegemonia da excelência nas regiões Norte e Nordeste e suplantávamos o Oeste e o Centro-Oeste, hoje dividimos essa influência com outros estados. Devemos tal fato ao fenômeno da globalização e precisamos estar atentos e sobretudo confiantes na pujança da juventude, alheia ao personalismo e amplamente integrada ao espírito que preside ações conjuntas cooperativas, como garantia de crescimento científico.

Referências Bibliográficas

1. OLIVEIRA, E. S. Doença de Gaucher (reticulo-endoteliose). *Bahia Médica*, Salvador, fev. 1933.
2. _____ MEMÓRIA Histórica da Faculdade de Medicina da Bahia. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1992.
3. SARINHO, C. T. *Grandes mestres da cirurgia brasileira: esboço histórico*. Natal: [s.n.], 1988.
4. _____ FACULDADES de medicina do Brasil. Natal: Nordeste Gráfica, 1989.
5. SILVEIRA, G. M. Fundação da Sociedade Brasileira de Proctologia. *Rev. Bras. Colo-Procto*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, jul./set. 1990.
6. _____ HISTORIA da proctologia na Bahia. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE HISTÓRIA DA MEDICINA, 4., 2001, Barbacena. *Anais...* Barbacena: Sociedade Brasileira de História da Medicina, 2001. p. 89

Salão Nobre

Geraldo Milton da Silveira

Há, na Bahia, um salão nobre mais nobre que o Salão Nobre da Faculdade de Medicina do Terreiro de Jesus?

Desconheço!

Ele é nobre, não só pela bela e austera arquitetura.

Ele é nobre, não só pelo mobiliário de jacarandá preto do qual é feita a parte original que ainda resta.

Ele é nobre, não só pelo seu majestoso assoalho de largas tábuas de madeira de lei.

Ele é nobre, não só pela suntuosidade dos lustres de cristal de bacará.

Ele é nobre, não só pela beleza e simbólica pintura das suas paredes onde encontramos além de guirlandas e belas colunas compósitas, retratos de vultos da Medicina, executados por Manoel Lopes Rodrigues, tais como de Hipócrates (460-377 a.C.), Galeno (132-200 d.C.), Joseph Lister (1827-1912), André Vesale (1514-1584), William Harvey (1578-1658), Laënnec (1781-1826), Rodolph Virchow (1821-1902), Cons. Barão de Goyana (1745-1823), Louis Pasteur (1822-1895), e, em corpo inteiro, de Higiência e Panacéia.

Ele é nobre, não só pelos valiosos bustos em bronze de autoria de Pasquale De Chirico (1905), dos ex-Diretores da Faculdade, Professores Alfredo Thomé de Brito, Pacífico Pereira e Augusto Cezar Vianna e do Ministro do Interior J. J. Seabra, e em mármore de autor não identificado, de Hipócrates e Galeno.

Ele é nobre, não só pela localização no Centro Histórico de Salvador, primeira cidade brasileira repleta de lendas e histórias.

Ele é nobre, não só por haver presenciado memoráveis embates científicos e de todos os tipos de manifestação verbal da inteligência e do conhecimento humanos.

Ele é nobre, não só por ter sido palco privilegiado das mais circunspectas solenidades de alcance social, como diplomações de milhares de médicos, farmacêuticos e odontólogos, operários da luta em prol da saúde e da vida humanas e de célebres concursos dos seus mais expressivos mestres.

Ele é nobre, pela soma destas multifárias nobrezas, soma que representa todo um passado de glórias nobilitantes, que honrariam as mais expressivas e cultas civilizações, qual pantheon da Medicina Brasileira!

E esse segmento tão nobre do Templo da Medicina Brasileira, cheio de glórias, integrante do Memorial da Medicina Brasileira, está prestes a ruir. Ele, o Salão Nobre, que está sendo exemplo material da incúria, da insensibilidade com a “coisa pública” daqueles que têm como obrigação precípua, zelar pelo patrimônio histórico e cultural do nosso povo, agoniza.

Ele, o Salão Nobre, integrante principal do Templo da Medicina Brasileira que, de resto, também se encontra em lastimável estado de conservação, e que deve ser lembrado como destaque do Centro Histórico de Salvador, Patrimônio da Humanidade, célula mater do ensino médico no Brasil e da Universidade Federal da Bahia, pede socorro, aos brados, tentando acordar as forças expressivas da Bahia e do Brasil: NÃO ME DEIXEM RUIR!!!

Considerações sobre a prática médica de hoje e a de antanho

Geraldo Milton da Silveira

Algumas vezes lemos ou ouvimos pronunciamentos de defensores da volta à utilização de minuciosa anamnese e cuidadoso exame clínico, como capazes de nos fornecer o correto diagnóstico em percentagem alta de casos. Tal atitude beneficiaria o doente, por não submetê-lo a uma “bateria” de exames, muitos dos quais desnecessários, e baratearia sobremodo os custos do atendimento. Concorreria, ainda, para a aproximação entre médico e paciente, contemplando o famoso binômio indispensável para o bom êxito do tratamento.

Há aqueles que responsabilizam a quebra deste equilíbrio como causa direta do aumento, a cada dia, das demandas tradutoras de insatisfações dos pacientes, geradora de denúncias aos Conselhos de Medicina e, até, à Justiça Civil. E têm, estes, uma dose ponderável de razão, visto o baixíssimo número de dolo comprovado. Havendo diálogo entre as partes, a amizade, a empatia ou o sentir-se alvo de atenção, de consideração e apreço, concorreriam para dificultar ou impedir tais denúncias. Ainda, aumentar o relacionamento entre as “partes” facilitaria uma maior aceitação das explicações que lhes fossem prestadas pelo médico.

Por outro lado, o hábito do diálogo levaria o profissional a manter o seu doente a par de todo o andamento do tratamento, os resultados esperados, as possíveis falhas, etc. É comum ouvirmos que, antigamente, e eu ainda vivi essa época, o médico curava 20% dos casos e paliava 80%. Mesmo assim, os doentes sentiam-se satisfeitos, dispensavam amizade, consideração e respeito, referindo-se ao médico da sua família com orgulho.

Hoje, após uma consulta, pergunta-se ao paciente: “quem é o seu médico?” e, com alta frequência, ele não sabe! No máximo conhece o nome da clínica ou do prédio visitado!

Outrora, o médico procurava tranquilizar o doente e seus familiares, minimizando até situações graves. Hoje, ao contrário, confere gravidade a casos que não a têm ou, quando ela existe, ele a amplia. Atitude de defesa? Supervalorização do trabalho?

Fato sempre lembrado é o de que muitos médicos, com poucos conhecimentos dos seus misteres, possuíam grandes clínicas e outros, capazes e conhecedores a fundo do seu ofício, não conseguiam sucesso. Esta ocorrência, que ainda hoje é comprovada, deve ser levada à conta do bom e sadio relacionamento médico-paciente.

A justificativa mais frequentemente argüida como razão para evitarem demoradas consultas com minuciosos exames clínicos e explicações do por que foram solicitados os exames subsidiários, os prós e os contras de cada modalidade de tratamento e qual o proposto para o caso, assim como as vantagens e possíveis complicações que poderão advir, é de ordem econômica. Valores aviltantes estipulados para o pagamento de consultas e de certos procedimentos pelos chamados “planos de saúde” e a cada dia mais escassa clínica particular seriam as principais causas.

As empresas prestadoras de serviço de saúde argüem os baixos preços cobrados aos segurados (não tanto quanto dizem), o grande número de consultas e de exames complementares solicitados, muitos desnecessariamente, a manutenção do corpo de funcionários para o controle e atendimento das solicitações, assim como os altos custos hospitalares. Hoje, com os conhecimentos disponíveis, o tempo de permanência para manutenção sustentada da vida nas UTI é bastante alto, assim como os valores cobrados e a aumentada frequência de utilização.

Os órgãos governamentais pagam salários irrisórios, comprometedores da conduta profissional de fracos, obrigando o médico a desempenhar as suas funções em muitos empregos. Ainda, há aqueles que, à guisa de defenderem o dinheiro público, estabelecem um número bastante alto de pessoas a serem atendidas em determinado espaço de tempo ou em cada plantão. E, não raro, esse período, com tantos a serem atendidos, não faculta a possibilidade de o doente sentar-se à frente do médico. É atendido de pé...

Para ser feita uma boa anamnese e razoável exame clínico no número estipulado, levaria todo o dia. Afinal, o médico é um ser que tem as mesmas

preocupações, necessidades e sentimentos dos seus semelhantes. Há que bem se apresentar, assim como seus familiares, de se atualizar, se divertir e repousar. Como pode atender a tantas exigências da vida moderna, algumas bastante dispendiosas como atualização (livros, cursos e congressos), aquisição de material e instrumental, recebendo R\$ 2,00 por consulta do SUS ou pouco mais de R\$ 20,00 dos convênios? Infelizmente, só existe uma saída: atender o mais rápido possível, pedindo uma série de exames, objetivando acertar o diagnóstico.

Este procedimento é bastante oneroso para os “convênios”, que tentam limitar o número de exames. Assim, outra frente se abre, porquanto as pessoas estão mais conscientes, mais exigentes e temerosas. Os programas apresentados pela mídia muito concorrem para o desenvolvimento desse aspecto e o médico fica, a cada dia, mais acuado e vulnerável.

Dois exemplos que ilustram essa problemática: um paciente procurou o serviço de emergência de um hospital altamente categorizado, queixando-se de cefaléia intensa. Explicitou que essas crises o acompanhavam nos últimos 15 ou 20 anos, com frequência mais ou menos regular. Foi examinado (pulso, pressão, reflexos oculares), medicado e, depois de apresentar melhora, dada alta. Morreu no dia seguinte à consulta, em virtude de ruptura de aneurisma cerebral. Os familiares denunciaram o médico e o hospital junto ao Conselho de Medicina e ingressaram na justiça comum, pedindo alta indenização.

O médico precisa “acertar” no diagnóstico para instituir bom tratamento, manter a sua clientela e evitar denúncias.

O outro caso: há pouco tempo, tivemos uma paciente com 91 anos de idade, emagrecida e pálida, portadora de câncer do reto, diagnosticado por simples toque que mostrou já haver semi-obturação. Solicitamos hemograma e ultra-sonografia do abdômen para identificação de possível metástase hepática. Um colega apareceu no caso, convenceu a família que seria melhor para a doente ser internada. Para tanto, seria necessário passar pela emergência, afim de ser conseguida vaga mais rapidamente! Feito o atendimento, o “protocolo do hospital” manda que seja solicitada avaliação cardiopulmonar, mais de dez dosagens sanguíneas, ressonância magnética do abdômen e colonoscopia (após cinco tentativas, desistiram pela espoliação causada e impossibilidade de progressão do aparelho). Ao final, constatou-se que a paciente era portadora de cinco nódulos hepáticos, um dos quais abraçando o ramo direito da veia porta... Uma simples ultrasonografia, que

custaria em torno de R\$ 25,00, definiria o caso, sem tanto sofrimento para a paciente, tantos exames caros e quinze dias de internamento hospitalar. Medo, desconhecimento ou exploração?

A anamnese e o exame clínico bem orientados nesta como em muitas outras situações, são indispensáveis e devem ser associados a conhecimentos gerais e bom senso. Nós não rejeitamos ou fazemos grandes restrições ao uso de tecnologia de ponta em muitos e muitos casos, porquanto tem evitado procedimentos e perda de vidas. Porém, só quando estiver corretamente indicada.

Na década de 60, os japoneses apresentaram índices de 5 anos de cura do câncer gástrico, freqüente no país, em torno de 90% dos casos operados. E todos os casos diagnosticados eram ressecáveis. Nos melhores centros ocidentais, o sucesso, em igual período, situava-se entre 35% e 70% dos casos. Os orientais realizavam gastroscopias à maneira que realizávamos abreugrafias para o diagnóstico da tuberculose. Identificavam tumores com 1/2 a um 1 cm de diâmetro, operavam e curavam os pacientes, enquanto nós só podíamos realizar gastrectomias em torno de 50% dos casos, por causa do avanço da doença, ao ser diagnosticada.

Quantas e quantas vidas de pacientes portadores de sintomas intestinais frustrados são salvas pela colonoscopia que identifica e retira pólipos com pequenas áreas de degeneração maligna ou pequenos tumores que podem ser curados cirurgicamente?

Outros tantos pacientes são salvos pela realização de cateterismos cardíacos, identificadores de semi-obstruções coronarianas, tratadas antes da ocorrência de infartos do miocárdio, que poderiam resultar em morte.

E os benefícios da ultra-sonografia da tireóide, identificando pequenos nódulos que poderiam passar despercebidos à mais criteriosa das palpações, mostrando-nos as características do nódulo?

Incalculável número de mulheres no mundo foram salvas ou puderam manter as suas mamas graças às mamografias identificadoras de microcalcificações agrupadas.

E a tomografia computadorizada cerebral, identificando pequenos aneurismas ou sangramentos em portadores de sintomas e de sinais incipientes?

A ultra-sonografia endoscópica, mostrando os limites de invasão tumoral no tubo digestivo e na próstata, ou orientando biópsias por agulha e aspiração de secreções, evitando cirurgias cujo risco ocorre em razão direta do estado geral e imunológico?

O indiscutível valor da tomografia de alta resolução no diagnóstico das doenças intersticiais e bronquiectasias?

A densitometria óssea no diagnóstico e estadiamento da osteoporose, assim como a cintilografia na identificação de pequenos tumores ou metástases ósseas?

Os hoje indispensáveis exames bioquímicos do sangue, “humores” e tecidos, desde os mais comuns e baratos até os altamente sofisticados e caros?

Uma palavra para lembrarmos o uso de drogas caríssimas no tratamento de cânceres e os antibióticos, as UTI e, em circunstâncias, os longos períodos de internamento hospitalar com gastos astronômicos porém, necessários?

As cirurgias videolaparoscópicas ou por endoscopia não podem deixar de entrar no rol das grandes despesas das operadoras de planos de saúde.

Mas, julgamos que um outro fator deva ser incluído na complexa questão envolvendo médicos, pacientes, riscos, custos e benefícios: referimo-nos à formação do médico. “No Brasil, de 1808 a 1960, tivemos 27 escolas médicas; de 60 a 70 foram criadas outras 46 escolas e, hoje, temos 104! O número de médicos quintuplicou enquanto a população não chegou a triplicar”...

Considerando-se que é estimado em dez anos o período para a boa formação de um professor de Medicina, avaliamos a grande dificuldade que ocorre, frente à velocidade de criação das faculdades, muitas das quais não dispendo de hospitais-escola nem de controle no internamento ou na alta dos doentes.

Em nossa avaliação, é uma irresponsabilidade do MEC a autorização para o funcionamento de tantas faculdades de medicina, sem professores qualificados academicamente e experientes, sem hospitais ou sem controle funcional sobre os que lhes são emprestados. Carência de materiais, de aparelhagem e até de espaço adequado para o funcionamento das disciplinas básicas para a formação do profissional de medicina compõe o quadro de proliferação de tantas escolas.

Um médico, formado com tantas deficiências, aceitas ou mesmo estimuladas pelo Governo Federal, poderá ser responsabilizado pelo insucesso profissional que venha a causar prejuízos a terceiros? Não, obviamente não!

Nesses últimos oito anos, o MEC tem provocado graves prejuízos às faculdades federais, estimulando aposentadorias e pedidos de demissão, não preenchendo as vagas de docentes e de pessoal técnico-administrativo,

forçando o aumento do número de alunos, cortando verbas, sobretudo aquelas destinadas à pesquisa, e sem reajustar o salário durante esses mesmos oito anos, período em que se verificou um índice de 94,6% de inflação!

Um outro complicador que começou a ser muito discutido é o seguro médico, já existente há vários anos nos Estados Unidos e outros países europeus. Quanto mais credenciado o médico, isto é, mais tempo de formado (maior experiência), maiores e mais longos cursos e estágios no currículo, mestrado, doutorado, etc., menor será o valor a ser pago por ele. O oposto é verdadeiro.

Utopia ou falta de vontade política? O médico há que ter boa formação profissional, julgar criteriosamente os achados na anamnese e no exame físico e há que saber solicitar, com parcimônia, os exames complementares indispensáveis a cada caso. Também, que não os peça numa extensa lista única e sim que inicie a sua pesquisa procurando a patologia mais freqüente no quadro clínico encontrado e daí parta para situações mais raras e exames mais sofisticados, quando for o caso.

Compete aos governos (federal, estadual e municipal) e às empresas exploradoras da doença remunerarem os médicos condignamente de forma a permitir a utilização do seu tempo para uma boa orientação diagnóstica e terapêutica. A remuneração deve ser condizente com as responsabilidades inerentes à profissão, e com a exigência de que os doentes adquiram conhecimentos para entender o equilíbrio instável ou precário entre saúde e doença e entre a vida e a morte.

Volto a perguntar: utopia ou falta de vontade política dos nossos governantes?

Adeus a Zezito

Geraldo Milton da Silveira

Quando ele estava prestes a assumir a Secretaria de Saúde do Estado, em 1994, escrevi artigo publicado em **A Tarde**, sob o título *A saúde pública em boas mãos*, referindo-me ao Professor Doutor José Maria de Magalhães Netto. Hoje, com o coração magoado pela perda impreenchível do amigo-irmão, vejo que o vaticinado foi rigoroso e correto.

Não que resultasse de adivinhação em cartomancia, mas sim com base nos períodos que vivemos e pelejamos juntos nas lides universitárias, no minucioso conhecimento de sua vida e, conseqüentemente, dos seus pensamentos e atos.

Esse conhecimento, resultado do cotidiano na Faculdade de Medicina, do estudo de sua caminhada, permitiu-me, com justeza, saudá-lo em nome da Famed e da UFBA, no momento em que recebeu o título de Professor Emérito e também quando, em virtude de sua aposentadoria do serviço público federal, seus amigos e admiradores ofereceram-lhe consagrador jantar que aglutinou o melhor da intelectualidade baiana, da classe médica e da sociedade do Estado.

Há pessoas que nascem predestinadas ao sucesso em qualquer área de atividade humana que se arvora a executar. Zezito foi um desses predestinados. Grande influência deve-se ao fator genético, facilmente comprovado pelas vidas de seu genitor, Professor Doutor Francisco Peixoto de Magalhães Netto, de seus irmãos Antônio Carlos, Ângelo, Jayme e Eduardo Jorge, sentindo-se ainda a influência do patriarca nas gerações mais novas, como em Luiz Eduardo, em Antônio Carlos Magalhães Júnior e no bisneto Antônio Carlos que já desponta com sucesso.

Estudante brilhante, dedicou-se a sua formação profissional com esmero. Nos esportes, escolheu o futebol, sendo considerado um craque, pelos que entendem do assunto, aqui e no Rio de Janeiro, para onde o Botafogo quis levá-lo. Nós só não o perdemos graças à ação pronta do Prof. Magalhães Netto e seu amor à medicina e à Bahia.

Como administrador, deixou marca indelével na Maternidade Tsylla Balbino, quando a dirigiu por cerca de 24 anos, aglutinando e nunca dividindo. A despeito de ser maternidade para atendimento público, ele e seus colegas do corpo médico realizaram intensa atividade de pesquisa que resultaram inúmeros trabalhos científicos. Igualmente, aparelhou e organizou o funcionamento da Maternidade Climério de Oliveira, colocando-a entre as melhores do país, e também realizou e estimulou a atividade científica.

Na Faculdade de Medicina, em época de política partidária exaltada, foi elogiado até por aqueles com pensamentos opostos e filosofia contrária mais aguerridos. Com o Deputado Federal Eraldo Tinoco, conseguiu criar o Memorial da Medicina Brasileira, melhorou o espaço físico da biblioteca, protegendo o valioso acervo das intempéries, tal o estado de degradação em que se encontrava o prédio, e imunizou mais de cinco mil livros antigos de alto valor histórico e científico. Acentue-se que a verba destinada a nossa Faculdade era irrisória.

Mesmo durante o exercício na diretoria da Famed, ministrou o curso de obstetrícia com absoluta regularidade, tanto na graduação quanto na pós-graduação. Exerceu, o magistério nas duas faculdades de medicina, onde lhe foram outorgados os títulos de Professor Emérito, e foi paraninfo de diversas turmas de médicos e de enfermeiras.

Teve vasta e importante produção científica na sua especialidade, sendo considerado um dos melhores professores de todos os tempos, e detentor de uma das maiores e mais seletas clínicas particulares. Marcou sua atuação com veemência e vasta argumentação contra o aborto e a realização desnecessárias de operações cesarianas.

Os seus discursos e artigos primaram pelo português *escorreito*, facilidade e clareza na transmissão de suas idéias. Empolgação e veemência, ao lado de farto vocabulário e sinonímia abundante, concederam-lhe característica singular.

No artigo publicado em 30 de dezembro de 1994, disse que, à frente da Secretaria de Saúde do Estado, faria “uma administração pautada em rígidos princípios científicos, morais e éticos, tendo a honestidade como bandeira,

a modernização como meio e a eficiência como fim”, valorizando sempre o aspecto social. Não houve um mínimo de exagero no que acima foi afirmado.

Exímio dançarino, transmitia através de sua fisionomia o prazer de estar dançando. Em alegres reuniões familiares e com amigos íntimos, demonstrava toda sua admiração pela música brasileira. Possuía grande repertório da MPB e não se acanhava em cantar, nem mesmo ao lado de Zizi, seu grande amor, professora de canto e dona de bela voz, entoada e agradável de ser ouvida.

Era assim o nosso Zezito. Bom em todas as tarefas que se propunha realizar, rígido quando necessário, folgazão em certas ocasiões, epigramista ferino, amigo fiel, ético e autêntico em tudo o que fazia.

Cerimônia de instalação solene da IV Conferência Nacional da Academia Brasileira de Reumatologia

Lipe Goldenstein

Exmo. Sr. Dr. Raimundo Perazzo, muito digno representante do Governador do Estado, Dr. Otto Alencar, e digníssimo Secretário de Saúde do Estado da Bahia.

Exma. Sra. Dra. Aldely Rocha, digna representante do Prefeito da Cidade de Salvador, Dr. Antônio Imbassahy e digníssima Secretária de Saúde do Município do Salvador.

Exmo. Sr. Dr. Luiz Azevedo, ilustre representante do Dr. Paulo Gaudenzi, Secretário de Cultura e Turismo do Estado da Bahia.

Notável Presidente da Academia de Medicina da Bahia, Prof. Dra. Maria Tereza Pacheco.

Senhores Presidentes do Conselho Regional de Medicina da Bahia - Dr. Jorge Cerqueira, da Associação Bahiana de Medicina - Dr. Roque Andrade e do Sindicato dos Médicos - Dr. Alfredo Boa Sorte.

Ínclito Prof. Protásio Lemos da Luz.

Autoridades presentes e representadas.

Prezadas confreiras e estimados confrades.

Pulquérrimas senhoras e conspícuos senhores convidados.

Declaro abertos os trabalhos da IV Conferência Nacional da Academia Brasileira de Reumatologia e da sessão gratulatória da Academia de Medicina da Bahia.

Ao recebê-los em nome da Academia de Medicina da Bahia e da

Academia Brasileira de Reumatologia, recebe-os a Bahia com sua tradição mult centenária, costumes próprios e a proverbial cortesia. Somos - os homens da Ciência e da Ética - depositários da História - que guardamos, e fiadores do futuro - que ensinamos.

Por isso, comprometidos com dizer e fazer, repetimos o bom já alcançado e criamos, a modo próprio, cada dia, cristal sobre cristal, a Medicina que persegue a cura e ajuda no sofrimento.

A Medicina em geral e a Reumatologia em particular, polimorfos, amplas, universais, do dualismo hipocrático ao unicismo galênico, chegam aos nossos dias reunindo ciências que abrem caminhos para fins jamais imaginados. Não fosse tão válida porque registrada nos mais antigos documentos históricos e até pré-históricos, sua função hoje reúne à patologia individual, o coletivo. Reumatologia e Medicina Geral se praticam para as pessoas que somam e para a sociedade que totaliza. Doenças da dor, do sofrimento e das incapacitações, aciona os médicos e provoca os poderes públicos e privados, que atendem ao chamado, como agora, neste instante, verificamos nas pessoas das autoridades e personalidades que nesta ocasião vêm abraçá-los, não só porque a Bahia é assim mesmo, como porque a nossa arte pesa no conceito humano.

É, meus senhores, mister da Academia a manutenção, a mais alto nível, do valor da pessoa humana, da dignidade do ser orgânico intocável. Incumbe-lhe prover a que o símbolo não substitua a realidade viva. Acudir a que não se dilua, amorfa, no anonimato da massa, a alma humana - a Criatura, o homem que pensa e sofre, o homem de coração, carne e osso.

Cabe à Academia, isso - aparelhar gente, transfundir-lhes essência e afeição, para que o tecnicismo extremo, o materialismo estéril, não anulem o conhecimento vivo. Cabe-lhe evitar que o desajustamento moral e espiritual retire ao homem a sua qualidade mais nobre de ser indivíduo, coexistente, interativo, interatuante. Incumbe-lhe obstar a inércia, impedir que a técnica avassaladora, impessoal, tome o Ser irremisso, irresponsável, descaracterizado, toticondicionado. A Academia, no dizer de Pierre Mille, é a prova antiga e sempre viva, de que existem em nosso País outros poderes além do dinheiro e da política.

Onde exista a Academia viva, não pode ter o homem aquele jeito distorcido de música sem sintonia, e não se enfileiram os indivíduos por *stractus* e por camadas, ou sequer se escalonam em cortes, como a terra superposta. Nem se permitem os homens planos sem relevo, sem realidade

individual, sem sentido humano, nem o grotesco, o aleijão do homem mutilado d'alma. Não se pode viver sem ossos, membros, juntas, coração e nem sem sonho! Desvive-se se não se tem, plantado no jardim do âmago, o culto dos valores subjetivos, e se não cantam, no peito, as aleluias dessa misteriosa resposta e ressonância que de mais alto vem, como se um aceno do desconhecido, convibrando conosco, em misteriosas coordenadas.

É na Academia que se aprende a não admitir preconceitos, discriminações, intolerância religiosa ou racial e onde se glorifica o respeito à Vida, na sua mais alta expressão - o respeito à dignidade do pensamento humano. Sagrado, o homem que pensa. Pensar, é estar em oração. Pensar é atuar em plano de elevação. Sagrado é o homem que sofre, pois, sentir é a eloqüência do pensamento e é o jeito de pensar do coração.

Atividades operacionais, símiles e irmãs - Cultura, Sentimento e Fé - impõem-se cuidados ao mesmo carinho protetor, portas a dentro de uma Academia vigorosa. Nem conheço unidade trina mais indissolúvel - saber, sentir e querer, conhecer, amar e crer, conhecer de consciência plena, sentir de todo coração e crer de alma inteira, tudo numa síntese totalizadora, o homem realizado, contra a indolência da negação. Existir é realizar-se, e o instrumento aprimorador dessa realização suprema é a Academia que, por isso mesmo, há de ser um organismo vivo, fecundo e criador - Um Templo Vivo! E nesse Templo, perene o culto dos valores morais, que transcendem o critério limitador e estreito da utilidade imediata. Em síntese - Humanismo e Humanidade são as mais altas funções das Academias.

Sabemos que é no coração e no intelecto que Deus costuma falar aos homens, e os inebria de ventura, e os transborda com a suprema graça da Sabedoria. Vindos de longe, vocês não contaram a lonjura e a fadiga, nuncieiros de esperanças e mensagens, das que se cultivam exclusivamente na consciência - flor e fruto do conhecimento que importa semear.

Bem-vindos e obrigado aos colegas e amigos de todos os quadrantes do nosso querido Brasil e da nossa amada Bahia, que aqui presentes, engrandecem e prestigiam o nosso conclave; saúdo a todos, com boas-vindas e muito agradecido.

Saudação ao Prof. Protásio Lemos da Luz

Lipe Goldenstein

Nobres Confreiras e Confrades
Ilustres Senhoras e Senhores

Tivesse esta noite especial mais luzes que alargassem os caminhos, mais flores que os embelezassem e, sobretudo, o orador que não sou, chegaríamos mais perto de sua figura acadêmica, médica, intelectual e, mais do que tudo, humana, Professor Protásio Lemos da Luz .

Cabendo a mim, por escolha conjunta, quando se quis, a um só tempo, fazer-me o intérprete dos desejos das confreriras e confrades da Academia Brasileira de Reumatologia e da Academia de Medicina da Bahia, para enaltecer o expoente nacional na Cardiologia, o encargo distinto me envaidece mas não me confrange porque estamos entre acadêmicos fraterenos.

Respondo como posso ao convite da Academia de Medicina da Bahia, na pessoa de sua magnífica Presidente, Profa. Maria Tereza Pacheco, e em particular, à honrosa incumbência do celebrado Prof. Agnaldo David de Souza que, aqui, melhor do que eu, expressaria os dotes de Vossa Excia. Prof. Protásio. E logo alegre-me acoplar, no honroso posto de Presidente da Academia Brasileira de Reumatologia, a nossa proposição afetuosa, quando de muito já nos alcançara a sua sabedoria e seu conceito magistral.

Representante do pensamento e dos sentimentos das duas Academias, coube-me pois a honra de dirigir, ao eminente Professor Protásio Lemos da Luz, algumas palavras, ao ensejo da justa outorga de dois galardões, tradutores do reconhecimento de uma vida dedicada à clínica, à ciência, à pesquisa, à cultura, à solidariedade e à fraternidade.

Inquestionavelmente, é uma das mais expressivas personalidades da nossa Medicina contemporânea, representando um significativo exemplo às gerações futuras, de Homem em sua inteireza plena e escrevendo no seu dia a dia a finalidade do entendimento do significado do seu viver, com otimismo e confiança. Seu coração, aureolado de amor, condiciona-lhe um determinismo firme, forte e sábio, tanto como Homem integral, quanto como Médico competente. Com argúcia e placidez tem sabido caminhar vitoriosamente e compartilhar com humildade.

Inspirado no Professor Protásio, cunhei o tema desta nossa IV Conferência Nacional: **experiência, competência e excelência**. Sua capacidade e potencialidade captam necessidades e identificam projetos progressistas para o futuro. Condizente com o saber e o fazer, logra promover a aproximação e a articulação, em busca de criar expressivos paradigmas de influência atualizada e respeitada.

A um só dia, como as abelhas dos intuicionistas, depois de dispersos pelo mundo afora, cada singular compoendo a sinfonia plural de uma civilização nos braços da ciência e no coração da honra, experiências colhidas e trabalhadas pelos caminhos do bem, porque a dignidade faz o feitio moral e exaltamos os casulos de um progresso sempre de esperanças. Dele passam a fazer parte, convalidando-lhe as virtudes, os títulos de Membro Honorário da Academia de Medicina da Bahia e do Mérito Acadêmico Honorário da Academia Brasileira de Reumatologia, que outorgaremos ao professor que ora reverenciamos. A categoria de Acadêmico Honorário se propõe a reconhecer profissionais de vidas gloriosas, de ilibada reputação, elevado caráter e personalidade de alta estirpe.

Afinal, esses títulos, em termos, não se diferenciam, porque o coração está a um passo dos clamores reumáticos: quando dói o punho, a coluna e o joelho, dói o coração. Ficamos, assim, pelo traço de união desta noite, acadêmicos vizinhos, coabitando o mundo que a sua presença hoje lidera, por merecimento. E o que é ser merecedor?

Para o cientista, em primeiro lugar, será abrir a boca para dizer, que é, de verdade, médico, e falar que o paciente, e não a biblioteca, é o seu melhor livro. E dizer e escrever pérolas e diamantes, como se lê no seu admirável pequeno grande livro “NEM SÓ DE CIÊNCIA SE FAZ A CURA”.

Aqui, na página 13 - “Quando chegou na parte referente ao estilo de vida e hábitos, indagou sobre dieta, exercício, fumo, tipo de trabalho e por fim perguntou: o senhor bebe álcool? Resposta: “Olha doutor... só quando não tem pinga”.

Ou ali, na página 63 - Eu costumo dizer aos meus pacientes, evidentemente dramatizando para fim didático: “a doença cardíaca não é gripe. Gripe, tratando ou não, vai embora em três ou quatro dias, já doença cardíaca precisa ser respeitada, porque às vezes mata”.

Página 71 - “Quero viver até oitenta anos; e se morrer antes vou ser um defunto inconformado”. Esta senhora, diz o Prof. Protásio, dirigia uma escola primária com 400 crianças, e estava certamente muito ocupada para deixar-se abater por uma simples artrite reumatóide.

E doutrina, na página 127: “Em ciência não basta apenas trabalhar”; é preciso disciplina. Talvez a regra mais importante de disciplina seja fazer uma coisa de cada vez, fazê-la bem e leva-la até o fim.

E por mais que se o leia, com olhos de ver e por mais que se o leia, de ler e pensar, sempre encantamo-nos com as formosas lições, hoje tão raras.

Sei, senhor professor, não precisar perfilar para V. Excia, os atributos que levam nossas Academias a chamá-lo para nós.

Conhecidos não de ser. Mas creio não ser demais nomear os títulos fundamentais que o distinguem: a competência sem arrogância, o que faz o Homem, na sua formação; paralelamente, o humanismo, que faz o homem não se isolar como os bichos e não amearhar as inutilidades que fomentam a onzena e desconhecem a filantropia. E por fim, sem que tanto implique em ordem, que dizer da honra? Sem ela deixa-se passar o dever, que, afinal, não é mais do que o direito de ser gente.

Certos estamos os daqui, ao escolhermos o melhor, do batismo desses princípios, expressos em V. Excia, com modéstia altiloquente, ao confessar, quanto os pacientes lhe ensinaram nesses 35 anos de profissão, consolidados em anos de estudo diuturno em universidade dos EUA, na prática de sua especialidade, como ainda, no ensino e na pesquisa.

Privilégio na vida dos grandes homens o de facultar-lhes assistir ao julgamento dos seus coevos; o Prof. Protásio desfruta hoje honrarias e homenagens as mais justas, reconhecimento público de um nobilitante predicado - o de uma gloriosa e edificante carreira.

Paladino da boa medicina, se lhe tornou o mestre, guia e modelo.

Saudemos pois a certeza da valorização grupal, que faz, desde Auguste Conte, passando por Ducheheim, o homem social.

Queira, Professor Protásio Lemos da Luz, guardar no rol dos seus títulos este binário, que lhe passaremos às mãos agora, sem necessidade de comparações, o quanto de aprazível e sincero posso abraçar seu sentimento. Aqui na Academia Brasileira de Reumatologia e simultaneamente com a Academia de Medicina da Bahia, teremos seu nome como resguardo, para exemplo e valorização, dentro do nosso objetivo maior - o de ser por ser.

Entrega do título de “Doutor Honoris Causa” ao professor Dr. Protásio Lemos da Luz, pela Fundação para Desenvolvimento das Ciências e Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública, no dia 25 de abril de 2002, no auditório da Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública, pela Diretora da EBMSP

Maria Luisa Carvalho Soliani

A Fundação para Desenvolvimento das Ciências, presidida pelo eminente cardiologista Dr. Agnaldo Davi de Souza, entidade mantenedora dos Cursos e Escolas integradas de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Odontologia, Psicologia, Medicina e Administração, aos quais virá se somar, em breve, o curso de Biomedicina, estimulada pela comemoração de seus 50 anos de existência que se inicia com o nascimento da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, em 1952, escola mãe de cujo corpo e espírito todas os outros advieram, procurou encontrar, neste ano de 2002, na comunidade científica nacional pessoas que representassem, de forma paradigmática, seus valores e princípios norteadores, e homenageando-as, relembrar sua trajetória e festejar esta passagem de tempo, povoada por lutas e conquistas, fincadas fortemente nas proposições básicas - ainda mantidas com orgulho - de servir à comunidade, sem visar lucros, e formar sujeitos comprometidos com o bem - estar de seus semelhantes, possuidores de preparo científico, técnico e humano de excelência, necessários para as tarefas que deles se esperam.

Foi dessa busca que nos surgiu, iluminada, a figura carismática do Professor Protásio Lemos da Luz, vindo lá de Vacaria, no Rio Grande do Sul, há sessenta e dois anos, filho de seu Salvador, criado num sítio, em contato com a força que vem da terra, das plantas, dos bichos, vacas e bois, sobre os quais, segundo testemunhos, parece ser também doutor.

De Vacaria para Curitiba: a entrada, em 1960, na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Paraná; a Residência em Clínica Médica, no Hospital das Clínicas dessa mesma universidade, de 1966 a 1967.

De Curitiba para São Paulo: o Curso de Pós-graduação em Cardiologia, no serviço do Prof. Luiz Décourt, do Departamento de Medicina da Universidade de São Paulo, em 1968 e 1969.

Depois, de São Paulo para Los Angeles: estágios como *fellowship* em Critical Care Medicine e em Critical Research, no Serviço do Prof. Max Harry Weil, da University of Southern California, entre 1971 e 1973 e, como *fellow e research-scientist*, de 1973 a 1976, no Cedars-Sinai Medical Center.

Em 1972, Protásio da Luz já havia apresentado tese de doutoramento à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e, em 1976, presta concurso para livre-docência em Clínica Médica nessa Universidade, com a tese “Miocárdio isquêmico: estudos sobre a função mecânica e metabolismo”.

Como os senhores podem ver, a base sólida estava completamente instalada, o clínico e o pesquisador configurados, o sujeito crítico, treinado tanto na prática como no método científico, encontrava-se em plena função: médico, professor, pesquisador e ele só tinha 36 anos de idade.

Daí para a frente, foram mais de 200 trabalhos publicados em revistas nacionais e internacionais de grande impacto, mais de 300 apresentados em congressos, quase 400 conferências proferidas no Brasil e no mundo e inúmeras participações em sociedades científicas, em conselhos, comissões, corpo editorial de revistas e academias de ciência.

Atualmente, é professor associado em Clínica Médica da Faculdade de Medicina da USP; Diretor da Unidade Clínica de Aterosclerose, do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP (INCOR); membro titular do Conselho Diretor do mesmo instituto; membro, também, do Conselho Curador da Fundação Zerbini; editor brasileiro do “Atherosclerosis Reports”; membro titular da Academia Brasileira de Ciências e membro honorário da Academia de Medicina da Bahia.

Obteve, ainda, cinco prêmios da Sociedade Brasileira de Cardiologia por trabalhos apresentados em congressos brasileiros da especialidade.

Ouvindo, senhoras e senhores, este pequeno relato de seus feitos, somos levados a ver o Professor Dr. Protásio Lemos da Luz como um homem produtivo, incansável, determinado, com uma vocação nítida, aprimorada, permanentemente, através dos cursos e estágios que fez, da medicina que pratica, do ensino que ministra, das pesquisas que realiza e das publicações científicas.

Mas, nos últimos tempos, o professor produziu algo diferente e trouxe à luz um “livrinho” – chamo-o assim não por achá-lo inferior ou de menor importância face aos outros trabalhos publicados - muito pelo contrário. Eu assim o denomino pelo carinho que ele desperta em todos que o lêem, velhos e jovens.

É um “livrinho” de formato pequeno e amigável, que se pode levar para ler na cama e nos prende pela leveza, humor e alegria com os quais foi escrito. Mas, também, pela sabedoria de suas páginas, pelas reflexões que nos obriga a fazer, a todos nós que lidamos com pacientes, exercendo a clínica e, mesmo, o ensino.

Seu nome promete o que o livro cumpre, coisa nem sempre verdadeira: “Nem só de ciência se faz a cura: o que os pacientes me ensinaram”.

Prof. Protásio Lemos da Luz,

Seu “livrinho” nos chegou às mãos num momento importante das reformas curriculares nas quais estamos trabalhando, no meio das discussões para a reconstrução do projeto pedagógico que professores e alunos da Escola Bahiana de Medicina vêm tentando criar e implantar, quando estamos questionando a avalanche das tecnologias da medicina moderna que nos fazem esquecer a importância da relação do sujeito doente com aquele a quem busca para aliviar sua dor e seu medo.

Neste livro, de forma simples e direta, o senhor nos alerta: “Pode-se dizer que as novas técnicas podem mudar os meios com que trabalhamos, mas não mudam a alma humana.” E aí o senhor nos fala de compreensão, confiança, compartilhamento. O senhor nos diz, com todas as letras: “Para fazer medicina clínica, é preciso gostar de gente”.

O senhor nos ensina a maneira de abordar o paciente, de fazer a anamnese, dizendo-nos para nos interessarmos primeiro pelo geral, primeiro por quem essa pessoa é, para além de sua doença, para que entendamos o que ela quer dizer e como se sente.

Nos diz para que conversemos sobre seus interesses, seu gosto, usando humor e elogios honestos.

O senhor nos aponta a importância de desenvolvermos uma cultura geral, para que possamos compreender aspectos e valores da vida das pessoas diferentes de nós: sabermos música, literatura, ciências sociais, pois tudo isso ajudará muito no relacionamento interpessoal, a base para o sucesso ou o insucesso de um diagnóstico e de um tratamento.

O senhor nos alerta para como fazer perguntas, dependendo do grupo social e cultural a que uma pessoa pertence. E nos conta um “caso” acontecido com o Dr. Fábio Jatene, durante a anamnese de um senhor muito simples. Na parte referente a estilo de vida e hábitos, ele lhe perguntou: “O senhor bebe álcool?”, sendo surpreendido pela resposta: “Olha doutor...só quando não tem pinga”.

Sua afirmação categórica, Prof. Protásio da Luz, deve nos servir de farol: “é preciso ouvir com atenção” pois “esta é uma das maiores qualidades do clínico”.

O título do capítulo 3, por sua vez, professor, carece ressoar fundo em nós mesmos: “Os médicos deveriam ficar doentes, de vez em quando”. Tenho certeza, professor, que essa não é uma afirmação sádica de sua parte, pois colocar-se no lugar do outro, de nossos pacientes, nos ajudará a compreender, vivendo, seus medos, as dores que lhes impingimos, o desconforto dos hospitais, das UTIs, o tratamento frio, distante, hieroglífico, de médicos e enfermeiros.

Relembrei, agora, uma última consideração sua, cuja importância me parece crucial, porque diz respeito à relação entre medicina e psicologia, ainda, infelizmente, tão questionada e pouco conhecida mas, para o senhor, “duas faces da medicina” porque não há como separar mente e corpo.

O senhor discorre sobre os problemas emocionais que acometem as pessoas quando se sentem ameaçadas em sua integridade por algo desconhecido, com reações diferentes, dependentes do tipo de sujeito, e nos leva a pensar sobre as associações entre infarto do miocárdio e problemas emocionais, afirmando que problemas emocionais em doença cardíaca, sua especialidade, “não são a exceção, senão a regra”.

Muito teríamos, ainda, a sinalizar e comentar, entretanto, por mais que eu deseje, isto aqui não pode e não deve ser uma resenha deste grande livro, apesar da tentação despertada. Só me resta, portanto, dizer àqueles que nos ouvem: leiam-no, mesmo que não sejam médicos. E aos cardiologistas, seus companheiros de especialidade, que tão bem conhecem a importância de

seus trabalhos científicos: leiam-no, porque o Professor Dr. Protásio Lemos da Luz tem a nos ensinar muito mais do que cardiologia. E aos estudantes de medicina, bem, a estes nós os instigaremos a ler, pois o colocamos como referência bibliográfica, na disciplina de Psicologia Médica e Protásio da Luz será um professor e um amigo para ajudar na árdua caminhada que é tornar-se médico.

Ele está inteiro em cada capítulo, sendo cada qual produto da soma de seu vasto conhecimento, experiência e sabedoria como médico, como pesquisador, como professor e como homem.

Prof. Dr. Protásio Lemos da Luz!

Estas suas várias facetas, e outras mais, dos vários papéis que o senhor desempenhou pela vida afora, são incapazes de serem dissociadas e estão num amálgama tão completo que, o título que agora a Fundação para Desenvolvimento das Ciências e a Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública lhe conferem, de “Doutor Honoris Causa”, o qual, certamente, muito mais nos honra do que distingue aquele que o recebe, é uma homenagem sincera ao doutor em cardiologia, ao doutor pesquisador, ao professor, mas, também, ao mestre em amizade, ao doutor de gente e doutor em gente, conferido no dia a dia por seus pacientes e amigos, aos quais o senhor, numa autocrítica explícita, confessa:

“Ultimamente me tornei um médico melhor. Antes tratava pouco das pessoas; eu andava muito ocupado tentando resolver problemas científicos médicos. Hoje, concluo com tranquilidade que devemos tratar primeiro das pessoas que, circunstancialmente, estão doentes.”

Ao mestre, não só pelas palavras, mas principalmente pelo exemplo, nosso muito obrigada.

Discurso proferido pelo Prof. Dr Protásio Lemos da Luz, professor associado de clínica médica da USP e diretor do INCOR

Professor Agnaldo, Professor Humberto, Professora Maria Luisa Soliani e demais membros da mesa, meus amigos.

Peço licença para não ser formal. Depois da apresentação da Maria Luisa, eu acho que a formalidade meio que caiu e eu queria, profundamente, agradecer a gentileza e o carinho que ela teve em ter buscado informações a meu respeito que são quase confidenciais. Mas, eu vou acrescentar um dado a mais para você. Eu não só fui criado em sítio a fazer tudo que se faz no sítio, como a minha principal função naquela época era ser tropeiro, de modo que há uma coisa que eu fazia bastante bem que era andar a cavalo.

Mas sua menção a respeito do meu primeiro mundo não podia ter sido mais carinhosa. Eu apenas gostaria de lembrar que ao citar o que quer que eu tenha feito na minha função, não poderia esquecer pelo menos o nome de umas poucas pessoas, entre as muitas que me ajudaram. Eu tive um professor de Clínica Médica, que eu menciono no livro, o Professor Lysandro dos Santos Lima, já falecido, que foi uma pessoa de extraordinária importância na nossa época de faculdade, não só para mim, mas, para, praticamente, todos os alunos daquela época, e a quem dediquei o meu livro. Para os senhores terem uma idéia do que eu acho do Professor Lysandro, digo, há muito tempo, que convivi com grandes cientistas e grandes professores mas, na minha opinião, até hoje, o melhor médico que vi atuar foi o Professor Lysandro dos Santos Lima.

Depois, nós precisamos todos lembrar do Professor Décourt que fez um comentário sobre o livro, que está na 2º edição agora, uma pessoa de extraordinária importância. O Professor Zerbini e, de fora do país, e

mencionados também no meu livro, não posso nunca esquecer do Professor Max Weil, do Professor Willian Ganz e do Prof. Swan, pessoas que tiveram enorme influência não apenas na minha formação, mas na formação de um sem número de pessoas no mundo inteiro e contribuíram, enormemente para o desenvolvimento da Ciência, para formação das pessoas e para a Medicina de um modo geral.

Dito isto, senhoras e senhores,

Sinto-me profundamente honrado em receber esta homenagem que tem imenso significado para mim, visto que vem de meus pares, personalidades do maior respeito e que bem avaliam os diversos aspectos da profissão médica e das lides acadêmicas. Estou ciente que, a concessão do Título de **Doutor Honoris Causa** nesta casa segue princípios rígidos há muito estabelecidos. Por isso, sua atitude me alegra e me sensibiliza ao extremo. Agradeço-lhes com humildade, e de todo o coração, esta distinção ímpar.

Desejo compartilhar esta homenagem com meus colegas da Unidade de Aterosclerose do INCOR, alguns dos quais me acompanham há anos, compartilhando sonhos e dividindo lutas, em nossas tarefas de pesquisar, instruir estudantes e cuidar de pacientes.

A Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública é uma instituição de merecido renome em todo país, graças à atuação decisiva nos campos de ensino e atendimento médico. É amparada administrativamente pela Fundação para Desenvolvimento das Ciências, que lhe dá indispensável apoio. É reconhecida nacionalmente graças à excelência de seu corpo docente; conta com cerca de 250 professores, sendo todos especialistas, dos quais, aproximadamente, 60% possuem doutorado ou mestrado. Em funcionamento desde 1953, formou aproximadamente 6.000 médicos, 750 fisioterapeutas e 300 terapeutas ocupacionais. Mantém intenso programa de pós-graduação nas áreas de Medicina e Administração Hospitalar. A Fundação para Desenvolvimento das Ciências é responsável não só pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, mas também pelos cursos de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia e Odontologia, e pela Escola Bahiana de Administração. Tem programas comunitários de grande relevância, dando mostras da preocupação louvável em integrar a universidade à comunidade social. Por isso tudo, é uma honra pertencer a seus quadros.

Tendo V. Sas. me honrado com esta admissão, sinto-me na obrigação e também com a permissão de externar algumas idéias que tenho sobre as escolas médicas, sobre o papel do professor de medicina, e sobre a função do próprio médico.

Corro o risco, como disse Vieira, de “pregar aos convictos”. Mas, a observação diária da vida acadêmica e a prática da medicina me sugerem nossos problemas comuns, reavaliando nossos conceitos, buscando novas idéias, se quisermos contribuir para o progresso de nossas instituições acadêmicas, do nosso sistema de saúde, e para o bem estar dos doentes. Assim como os conceitos religiosos que são semanalmente reavivados, os conceitos acadêmicos também devem ser constantemente lembrados, discutidos e atualizados, para que não os esqueçamos, para que os incorporem ao nosso comportamento. Comparadas às universidades européias, algumas das quais têm ao redor de oito séculos de duração, nossas universidades estão apenas começando a construir uma tradição. A sua famosa Faculdade de Medicina da Bahia, a mais antiga do país no seu gênero, não tem ainda um século. A Universidade de São Paulo, nossa maior universidade brasileira, tem apenas 68 anos. Assim, talvez não seja demais refletirmos sobre o que somos.

Abordarei três pontos: o que uma escola de Medicina deve ser; o que um professor de Medicina deve ser; o que um médico deve ser.

Penso que a **Escola de Medicina deve:**

- Ensinar o básico: isto é, os fenômenos biológicos que governam as funções do organismo, suas leis essenciais - do coração, dos pulmões, do fígado. Muitos hoje se fiam na tecnologia, nos resultados computadorizados de gases sangüíneos, do débito cardíaco - mas não sabem donde vêm esses números, as leis físicas ou químicas que governam esses fenômenos. Ora, as técnicas evoluem, se aperfeiçoam - mas o fenômeno biológico não muda. Sabendo a essência do fenômeno biológico, é fácil absorver as inovações tecnológicas e as novas descobertas. Na ausência do conhecimento básico, inovações conceituais e novas técnicas são difíceis de absorver e de fato podem representar apenas mais uma área de confusão.
- Ensinar a fisiopatologia das doenças - sem isso não se entendem os sintomas, não se compreendem os diagnósticos, não se justificam os

tratamentos. É preciso evitar as “receitas de bolo”, infelizmente tão comuns hoje entre nossos estudantes. Esta é uma das deficiências mais comuns que encontro hoje entre médicos jovens, nas visitas que faço na minha enfermaria.

- A Escola Médica deve ensinar a buscar as causas - o fundamento essencial da cura biológica é a eliminação das causas. Claro que isso nem sempre é fácil; mas é preciso que o ensino médico tenha por filosofia, ensinar buscar as causas das doenças. Hoje estamos na era dos genes, da biologia molecular, do genoma funcional; estes conhecimentos devem nos guiar para o entendimento das causas, criando uma verdadeira revolução no entendimento das doenças.
- Criar novos conhecimentos, pesquisar, e não ser apenas uma estação repetidora do que já se sabe. Tenho ouvido recentemente que existe uma incompatibilidade entre ensinar e pesquisar; que não é possível associar as duas coisas. Eu não poderia discordar mais dessas idéias. Para mim, a escola médica deve incentivar a pesquisa, alimentar o espírito inquisitivo, reavaliar seus próprios procedimentos, ser crítica de si mesma, e criar soluções inovadoras para problemas que ocasionalmente lhe são peculiares, e lhe são de exclusiva responsabilidade. Além do mais, aquilo que se sabe hoje tende a mudar amanhã; é só o espírito de investigação reinante numa escola que permite a atualização constante. Portanto, ensinar e pesquisar são atividades indissociáveis, embora deva ser reconhecido que a pesquisa sistemática em nosso país é mais recente e enfrenta desafios que precisam ser vencidos por todos.
- Ensinar o aluno a pensar criticamente. É necessário questionar, para errar menos. É praticar a primeira das leis de Descartes... “Não aceitar coisa alguma por verdadeira que eu não conheça como evidentemente verdadeira”. Pensar criticamente serve também para a prática clínica, ou seja, na indicação de tratamentos e de exames, os quais devem ter uma razão específica, clara.
- A escola deve estar na fronteira do conhecimento médico, da técnica e da ciência. É preciso incorporar criticamente os avanços conceituais e tecnológicos; ser um filtro que separe o realmente novo e útil, daquilo que é apenas um modismo promovido pela propaganda. E propaganda hoje em dia é uma força muito intensa; direta algumas vezes, subliminar em outras, mas poderosa sempre. A escola médica deve ser o lugar onde se aprende a reconhecer esses meandros do mundo econômico moderno.

- Ser um lugar onde talentos possam ser descobertos; onde se encontrem os diamantes da natureza humana; onde os líderes possam ser identificados; onde se descubram habilidades manuais, talentos matemáticos, tendências para boas relações humanas. A universidade deve ter lugar para a inteligência emocional, para o reconhecimento do talento não catalogado nos regulamentos. É o último reduto para essa garimpagem; daí prá diante, o jovem já ingressa numa profissão. A Universidade, **sensu latu**, não deveria ser uma linha de montagem que recebe uma matéria-prima bruta, e ao final entrega centenas de produtos rotulados, todos com a mesma forma; deveria ser antes um jardim onde viscejam as flores mais diversas, todas com o frescor da primavera, mas cada um salientando a individualidade, a exuberância e a beleza de cada espécie.

Por outro lado, penso que **o professor de Medicina deve:**

- Mostrar ao aluno as possibilidades da profissão: assistência, ensino e pesquisa; mostrar as peculiaridades de cada aspecto da medicina; fazer ao estudante pergunta: **o que você quer ser no futuro?** É muito comum o aluno simplesmente seguir o currículo, fazer o que lhe é imposto, sem se perguntar o objetivo amplo de sua própria formação, do ponto de vista prático, profissional. É importante, porque o treinamento não é igual; os tipos de compromissos, as atividades, não são iguais em cada uma dessas áreas. É preciso que ao longo do treinamento, o aluno tenha uma definição do que vai exercer no futuro. Embora cada uma dessas atividades tenha nobreza equivalente, a preferência do aluno deve ser respeitada, sua inclinação obedecida.
- O professor precisa inspirar - dar exemplos de dedicação, conhecimento, aperfeiçoamento continuado. O professor é um líder, um paradigma; deve dar exemplos.
- Facilitar intercâmbios, porque o contato com outras culturas e diferentes experiências é uma das grandes fontes de aprendizado. Isto se aplica a situações nacionais e internacionais. Pessoalmente, considero que meu estágio de cinco anos, nos EUA, foi o melhor investimento que poderia ter feito para minha formação profissional. Os ganhos científicos, mas também culturais de um estágio no exterior, são incalculáveis.

- Preparar o aluno para a prática da moderna medicina, incluindo aspectos éticos, legais, administrativos, gerenciais. Hoje, a sociedade brasileira tornou-se mais reivindicativa, cônica de seus direitos constitucionais. Isto tem impacto direto no exercício profissional. Assim, os médicos precisam de conhecimentos amplos, além da área científica.
- Ao professor compete estimular o aluno a exercitar seu poder criativo - o mundo não está acabado. O que não sabemos é, possivelmente, bem maior do que o conjunto de tudo o que pensamos conhecer hoje. O fato de ser aluno não impede a pessoa de ter idéias novas. A história da Medicina está recheada de contribuições importantes feitas por alunos e investigadores jovens. As bibliotecas de hoje podem ser apenas a ante-sala da grande biblioteca do futuro. As mentes jovens estão livres de preconceitos, uma condição essencial para a inovação.
- Formar equipes para aproveitar as potencialidades de cada um de seus colaboradores; juntar talentos para buscar soluções de problemas complexos e importantes. Em suma, o professor de hoje precisa conviver e estimular o conceito de multidisciplinaridade.
- Finalmente, há a relação universidade/sociedade que o professor deve considerar. Urge transmitir os conceitos de que a universidade, e a profissão médica em geral, se inserem no contexto amplo da sociedade, e que os médicos têm responsabilidades sociais para com o país e outros seres humanos. Transmitir, difundir e operacionalizar o conceito de que as instituições de ensino não podem mais sobreviver sem o apoio concreto da comunidade. Os problemas da saúde de um país não se resumem aos aspectos técnico-científicos, mas estão intimamente ligados ao desenvolvimento e à participação da sociedade. E também não são de alçada exclusiva do governo.
- É preciso, pois, estabelecer parcerias com entidades privadas, com pessoas, com empresas, para enfrentar os grandes desafios do mundo moderno. Estes desafios implicam custos, requerem qualificações diversas. A universidade deve se abrir para a sociedade e a sociedade deve adotar a universidade como seu patrimônio; portanto, deve ampará-la, apoiá-la, ajudá-la concretamente na sua tarefa de criar progresso e amparar a juventude.
- Compete ao professor de medicina exercer liderança nesta área, motivando outros líderes da comunidade para juntos realizarem essa grande empreitada de desenvolver o país em saúde, ciência e tecnologia. Em nosso país, ao contrário de outros, especialmente nos

EUA, essa associação universidade/comunidade está apenas se esboçando. Considerando as limitações do governo para enfrentar os problemas da saúde e do desenvolvimento científico/tecnológico, o papel do complexo universidade/comunidade é de imensa importância.

Por fim, considero que o médico deve:

- Conhecer o seu ofício, ser competente - e não se conhece o ofício sem estudo e prática constantes. À Medicina se aplica o que Camões disse da arte militar:

*“Não se aprende, Senhor, na fantasia
Sonhando, imaginando ou estudando
Senão vendo, tratando, pelejando.”*

- Ser bom comunicador, consciencioso, honesto, afetivo, bom ouvinte.
- É preciso lembrar que não tratamos doenças apenas; tratamos de pessoas que circunstancialmente estão doentes. Essas pessoas precisam de compreensão, tanto quanto de nossa ciência. Por isso, tenho dito que para fazer Medicina, cuidar de doentes, **é preciso gostar de gente**. Se o médico só gostar de idéias, o que não é pecado, que faça ciência. A Medicina de hospital e de consultório, é a Medicina das pessoas. O médico deve ver o doente com um compêndio numa mão, o estetoscópio na outra, e um poema de amor no coração.
- Aceitar que a Medicina é um compromisso moral, não simplesmente um meio de vida; é preciso estar disposto a certos sacrifícios.
- Aperfeiçoar-se sempre. O treinamento médico jamais acaba. Carece treinar sempre, para chegar o mais próximo possível da perfeição.
- O médico precisa trabalhar em equipe, para acompanhar a complexidade dos conhecimentos modernos. As especialidades progrediram de modo extraordinários. Ninguém mais sabe tudo.
- Ser crítico, para não aceitar facilmente modismos da mídia, da indústria e da própria comunidade científica.
- Viver com a certeza de que esta profissão é um legado de Deus, que o médico é o guardião dos bens supremos, a saúde e a vida. Como na

Oração de São Francisco, o médico deve pedir a ajuda divina para que sua missão seja:

*“Um instrumento de paz.
Onde há dúvida, que eu leve a fé;
Onde há desespero, que eu leve a esperança
Onde há tristeza, que eu leve a alegria
Onde há trevas, que eu leve a luz.”*

Ao finalizar, agradeço-lhes mais uma vez esta comovente homenagem. Assim, me integro oficialmente a esta terra baiana, cujo povo sempre se notabilizou pela alegria, inteligência, criatividade e generosidade, e que tem contribuído notavelmente para a ciência e a cultura brasileiras. A Bahia, que ensina o Brasil a sorrir, de fato conhece os caminhos do coração.

Muito obrigado.

Palavras finais proferidas pelo Coordenador geral da Fundação para Desenvolvimento das Ciências

Humberto de Castro Lima

Senhor Professor Doutor Protásio Lemos da Luz, agora Doutor Honoris Causa, agora nosso companheiro, nosso mestre.

Esta noite, eu agradeço a deferência do Presidente da Fundação, Dr. Agnaldo David de Souza, em me dar a palavra, pois isso não estava no programa. Agradeço a ele, também, o fato de ter me apresentado ao Dr. Protásio e de ter encaminhado, há algum tempo, a proposição de conceder este título ao notável cardiologista, humanista, professor e amigo, saudado por uma mulher. Não por ser minha mulher, porque já acabou essa história de posse há muito tempo. Pelo contrário, nós homens hoje somos o homem da mulher. Mas, porque ela, melhor do que ninguém, conseguiu com sutileza, com *finesse*, com carinho, com amor, com psicologia - porque ela é uma psiquiatra, psicodramatista e psicanalista - seguir os conselhos do professor Protásio da Luz, como médica. Apesar de ser uma médica mais da mente do que do corpo, ela conseguiu identificar no corpo as pressões que determinam as pulsões da alma. Para isso ninguém melhor do que uma mulher.

Há dois dias (ontem ou anteontem) eu vi na televisão o amigo do presidente Fernando Henrique Cardoso, o grande sociólogo francês Tourraine. Ele dizia, dava mesmo uma advertência para os homens, para a sociedade como um todo. Ele, que é um grande cérebro pensante, imaginativo, criativo, realmente um conquistador, dizia - minhas senhoras e meus senhores, meu querido Dr. Protásio - que se intimidava. Ele faz uma importante advertência à sociedade, aos projetistas, àqueles que analisam a sociedade deste milênio: *não estamos ainda suficientemente conscientes,*

preparados para o milênio que vai ser conduzido, que vai ser criado, estabelecido pela mulher.

O mundo deste milênio que está começando será - a não ser que a história mude a escrita de Alá, dizem as pessoas, a não ser que Alá interfira no século que vivemos agora (e eu tive a felicidade de entrar nele um pouco cambaleante) - este século, Professor Protásio da Luz, minhas senhoras e meus senhores, terá que se ajustar a uma coisa que já ocorreu em sociedades matriarcais, a este papel importante que as mulheres estão ocupando na vida.

Hoje, eu conversava com dois amigos juristas a respeito de alguns problemas sociais. Comentávamos que o Direito será exercido, nesta terra da Bahia, pelas mulheres. Talvez isto não venha a ter uma grande influência sobre as reformas do mundo, mas eu não quero dizer como Tourraine disse que a América Latina não existe, *n'existe pas*. Não existe por que nós ainda não chegamos ao ponto desse fantástico desenvolvimento econômico, que nós dois vivemos juntos, querido amigo Dr. Protássio, nos Estados Unidos. Evidentemente, quando ele era criança e eu já era um velho.

Diante da leveza com que Maria Luisa o tratou, a generosidade do querido Dr. Protásio deu de volta esta aula magnífica, esta aula extraordinária que só pode ser dada por quem viveu tratando de corações - das crianças que correm pelo seu consultório, dos velhos que vão chorar no seu ombro porque vêem nele a possibilidade da vida.

Professor Dr. Protásio

Nesta Bahia, eu não tenho fama, eu não sou famoso. Tenho apenas uma característica, para esses amigos e companheiros que estão aqui: "ele gosta de falar." Você também gosta. Então, vamos nos falar muito. Mas eu queria dizer que, na verdade, não deveria ter falado. Mas eu fui sabido - baiano tem um jeitinho para tudo - se eu dissesse o que vou dizer agora, eu não teria a oportunidade de dar meus recados (é a historia um pouco parecida do jeitinho do caipira que se não tiver cachaça bebe álcool).

Enquanto nosso querido presidente Dr. Agnaldo David de Souza me dizia que iria me dar a honra de encerrar esta sessão, pensava comigo mesmo em uma frase famosa, porque todo orador tem que ter alguns recursos. E esses recursos ficaram aqui, me batendo na cabeça....

Veio aquela frase famosa (para vosmecê que conhece tão bem inglês): - "What could I say when is better to say nothing?" Porque eu não deveria dizer era nada. Porque Maria Luisa e o Professor Protássio da Luz, sobretudo, com sua oração magistral, simples, delicada, com sua humana conferência nos deleitou, e fez o que ele faz todos os dias: tratou com muito carinho dos nossos corações!

Discurso de posse

Roberto Figueira Santos

Sejam minhas primeiras palavras, na presente cerimônia, de cordial agradecimento aos colegas que se empenharam para que eu fosse eleito membro desta Academia, distinção que me honra e desvanece, por ensejar múltiplas oportunidades de reflexão conjunta sobre as nossas experiências profissionais. Ao assumir a Cadeira de número 9, substituo o saudoso colega Fábio de Carvalho Nunes, cuja memória reverencio, juntamente com a do patrono da cadeira, Antônio Luiz Cavalcanti de Albuquerque de Barros Barreto.

Conheci pessoalmente Barros Barreto, ao tê-lo como professor de Parasitologia, no meu terceiro ano do curso médico. Pude, então testemunhar várias das qualidades positivas que compunham a sua complexíssima personalidade. Era dotado de inteligência privilegiada e de cultura invulgar, nutridas por notória dedicação a leituras sobre os mais variados assuntos. Dizia-se entre os estudantes da época, ser ele dado a entreter-se lendo dicionários, ora da maneira habitual, para efeito de consulta, ora na ordem alfabética dos verbetes, como quem lê uma após outra as páginas de um romance, afim de satisfazer o intuito respeitável de ampliar e aprofundar a sua ilustração.

Outro testemunho favorável posso oferecer perante os confrades: era Barros Barreto excelente expositor. Costumava apoiar as aulas teóricas em pranchas coloridas, que amenizavam suas preleções e nos facilitavam o aprendizado da morfologia dos parasitos humanos, tema árido por natureza e objeto principal do programa da sua cátedra. Ouvia-se, também, entre os alunos, serem essas pranchas criações originais do Professor, imaginadas e confeccionadas com a ajuda da esposa, Senhora Maria Constança Góes Calmon de Barros Barreto.

Acompanhava-o a fama de um começo de carreira profissional de enorme brilho. Originário de Pernambuco, nascido a 11 de Maio de 1892, descendia de família ilustre, a mesma que dera ao Brasil outro sanitarista dos mais respeitados, o seu primo Dr. João de Barros Barreto. No curso de Medicina, realizado na Faculdade Federal do Rio de Janeiro e completado em 1916, recolhera número inusitado de distinções e conquistara todos os prêmios que a escola oferecia. Ainda no último ano, fez concurso para “assistente” do Instituto de Manguinhos, cargo que continuou a ocupar depois de formado, até 1921, quando se transferiu para o Departamento Nacional de Saúde Pública. No mesmo ano, viajou para os Estados Unidos, onde obteve o título de doutor em Saúde Pública pela Universidade de Johns Hopkins, ao completar curso que desfrutava então de sólida reputação mundial. Após regressar ao Brasil, durante curto lapso de tempo chefiou o Serviço de Saneamento Rural do Paraná, e logo se transferiu para Salvador. Aqui constituiu família e fixou residência até o fim da vida.

Na Bahia, logo se sobressaiu pela inteligência e pela atualizadíssima especialização no campo da Saúde Pública. Na administração estadual, atuou junto aos Governadores Góes Calmon, Vital Soares e Juracy Magalhães, ocupando as Secretarias encarregadas da Saúde Pública e da Educação. Em 1936, tornou-se professor de História Natural do Ginásio da Bahia, atividade da qual se afastou ao fim de pouco tempo, devido à promulgação da lei que proibiu a acumulação de cargos públicos. Havia já conquistado duas docências-livres pela Faculdade de Medicina da Bahia, quando foi aprovado em concurso e nomeado catedrático de Parasitologia da mesma Faculdade. O Professor Isaías Alves de Almeida conferiu-lhe mais um título acadêmico, ao fundar a Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Bahia, inicialmente como instituição privada, convidando-o a lecionar Geologia e Paleontologia. Sobre temas muito variados, publicou inúmeros trabalhos científicos e deixou obra literária de reconhecido mérito.

Mas, ao lado das marcantes qualidades intelectuais, o Professor Barros Barreto tornou-se também conhecido por ser de convívio extremamente difícil. Entre os colegas de profissão e os companheiros de magistério, conseguiu gerar muitos desafetos.

Em meio às inúmeras distinções que recebeu ao longo de toda a vida, ocupou uma das cadeiras da Academia de Letras da Bahia. Ao sucedê-lo, o poeta Carlos Benjamin de Viveiros, no belíssimo discurso de posse, descreveu a personalidade do antecessor com absoluta fidelidade e em

vibrante estilo literário. No mesmo texto em que aponta os traços louváveis do perfil de Barros Barreto, vale-se o orador de expressões como as que transcrevo a seguir, para caracterizar a outra vertente do estranho temperamento do biografado: "...luzia o multifacetado cristal da sua personalidade bizarra e morbidamente ciosa do valor que, com justos motivos, atribuía a si próprio. Professava a egolatria mais indisfarçável...".

Em certo aspecto, contrastava a personalidade do patrono da cadeira número 9 desta Academia de Medicina com a do seu mais recente titular e meu antecessor, o Professor Fábio de Carvalho Nunes. Neste, a grande competência profissional conviveu com imensa modéstia. Nascido em Barbacena, Minas Gerais, a 6 de Fevereiro de 1912, Fábio iniciou seus estudos de Medicina na Faculdade que iria integrar a Universidade Federal daquele Estado. Dois anos depois, transferiu-se para a da Bahia, onde se diplomou em 1939. Casou-se em Salvador, no ano seguinte, com a Senhora Sônia de Carvalho Aguiar, e aqui fixou residência. Dedicado à Saúde Pública desde o começo da carreira, fez curso de pós-graduação no Instituto Oswaldo Cruz, em Manguinhos e, mais tarde, alcançou o grau de Doutor mediante apresentação e defesa da tese intitulada "Estudo epidemiológico da difteria na Bahia".

Continuou os seus estudos nos Estados Unidos, no começo da década de 1950, o que lhe assegurou os títulos de mestre em Saúde Pública pela Universidade de Columbia e em Estatística Vital em Washington, D.C. Publicou muitos artigos e vários livros sobre a sua especialidade, entre os quais: "A coqueluche na cidade do Salvador", "Um programa de trabalho para o serviço de Saúde no interior da Bahia", "A mortalidade por tuberculose na Cidade do Salvador", "Aspectos epidemiológicos do câncer na Cidade do Salvador", "Infecções hospitalares" e outros. Revelam esses trabalhos o seu espírito metódico e o conhecimento profundo da complexa disciplina da Estatística Sanitária, aliados à vigorosa motivação para o desempenho consciente e escrupuloso das responsabilidades de médico sanitário na Bahia. Fábio Nunes foi Diretor Geral de Saúde Pública no Governo Regis Pacheco, período durante o qual ocupou a Secretaria Estadual da Saúde.

Em virtude do elevado conceito de que desfrutava perante os colegas de profissão, foi escolhido membro fundador desta Academia de Medicina, abrilhantando-a até à data do seu falecimento, em 13 de Abril de 2.001.

* * *

Em meio aos múltiplos afazeres que ocuparam a minha vida profissional, foi sempre *a organização do ensino da Medicina* um dos assuntos merecedores da mais alta preferência. Como *professor*, ora acompanhando grupos de alunos nas Enfermarias e Ambulatórios do Hospital Professor Edgard Santos, ora participando da alta administração do ensino superior; como *pesquisador*, em trabalhos de laboratório ou na elaboração e na implementação de políticas públicas relativas à pesquisa técnico-científica; como *político*, no exercício de cargos públicos de elevada responsabilidade; conservei-me, invariavelmente, fiel aos compromissos profissionais do médico, mesmo quando as circunstâncias me levaram a cuidar de grande variedade de assuntos, ora mais próximos, ora mais distanciados da carreira que escolhi. No cumprimento de um programa de vida que excluiu períodos de férias e deixou tempo muito escasso para o lazer, jamais faltou o apoio decisivo de Maria Amélia e dos nossos filhos e genros, assim como dos demais familiares e de muitos amigos leais. A elas e eles, assim como a todos os que atenderam ao convite para a presente cerimônia, deixo consignado o mais profundo agradecimento, nesta hora de fortes emoções e imenso júbilo.

Cursei a Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia entre 1944 e 1949, período que coincidiu, portanto, com a Segunda Guerra Mundial e os primeiros anos do após-guerra. Ao longo desse tempo, em decorrência da própria guerra, reduzira-se o intercâmbio cultural do Brasil com os países onde a ciência e a técnica haviam alcançado maior desenvolvimento. Ao restabelecer-se o contato com as nações mais ricas e culturalmente mais avançadas, foi se revelando o crescente aumento da influência norte-americana, enquanto se mostravam diminuídas as anteriores presenças européias, notadamente da Alemanha e da França. Não tardaram a se fazer sentir as conseqüências desta evolução sobre a organização do ensino da Medicina nas nossas Faculdades.

Sete meses após receber o diploma de médico, viajei para os Estados Unidos, de onde regressei quase três anos mais tarde, trazendo comigo os resultados de importantes descobertas pessoais quanto às praxes ligadas ao exercício da profissão, ao sistema de formação de médicos e à realização de pesquisas clínicas.

* * *

As peculiaridades da formação do médico obrigam, invariavelmente, a um relacionamento estreito entre o processo ensino-aprendizagem e as atividades locais de assistência à saúde. O bom êxito desses complexos programas depende visceralmente da qualidade dos cuidados prestados aos pacientes nos serviços adaptados ao ensino.

Apesar da sua complexidade, sistemas montados com essa finalidade tem sido operados sem tropeços, pelo mundo afora, por longos períodos de tempo. Contudo, quando a evolução do ambiente social exige alterações profundas nos hábitos e tradições pertinentes à formação de médicos, as dificuldades podem ser enormes, a ponto de configurar-se verdadeiro desafio. Foi este o cenário que me atraiu, na segunda metade dos anos 1950, em momento histórico que prenunciava grandes transformações, tanto nos moldes do exercício da profissão, como na organização do ensino superior em nossa terra.

Até o final da década de 1950, os currículos de quase todas as Faculdades de Medicina do Brasil eram muito semelhantes, uns aos outros. Documento daquela época (1) assim retrata a realidade desse ensino:

“... a um currículo demasiado denso correspondiam horários que, se fossem cumpridos, ocupariam todas as horas úteis do dia, todos os dias do ano ao longo de todo o curso, com aulas teóricas e com práticas de demonstração, nas quais o estudante era mero espectador, não participando ativamente dos exercícios práticos nem das aulas de doutrina. Nenhum médico dos que se formaram no Brasil até àquela época, cumpriu senão parcela reduzidíssima dos horários oficialmente estabelecidos pelas Escolas. Era praxe vincular-se cada estudante, desde o segundo ou terceiro ano, a determinado serviço clínico, onde, no horário oficialmente destinado ao aprendizado teórico das várias disciplinas, procurava aprender ou exercitar-se nas tarefas necessárias à prática da profissão, com desconhecimento quase completo do programa escolar...”.

Era este o caminho inexorável para a especialização precoce com todos os seus inconvenientes. Retomando a citação acima (1), acrescento:

“...Não se notava, entretanto, a preocupação de melhorar os métodos de ensino, coordenar e integrar as atividades didáticas

das diferentes cátedras, estudar o aproveitamento mais eficiente do pessoal e das instalações disponíveis, de modo a permitir participação mais ativa do aluno no processo de aprendizado. Havia, é verdade, em cada turma, uns poucos estudantes-internos, que logravam boa formação médica por seu trabalho contínuo nos serviços mais ativos e melhor orientados. Estes privilegiados representavam uma pequena percentagem do total de alunos. Dos restantes, a Escola pouco mais fazia além de aprová-los em exames, abrindo-lhes assim o caminho para a obtenção do diploma...”.

Paralelamente a outras transformações que então ocorreram na sociedade brasileira, instalou-se, gradualmente, o sentimento de que era necessário atualizar vários conceitos pertinentes à formação dos médicos, a começar pelo reexame do currículo dos cursos de Medicina e pela reorganização dos serviços de saúde onde se processava o ensino. Iniciativas de modernização começaram a verificar-se, isoladamente, em umas poucas Faculdades. Na Faculdade da Bahia, cabe citar como exemplo, a implantação dos “horários em bloco” para os **estágios** de **todos os** estudantes de 4º e 5º anos em Enfermarias e Ambulatórios das “clínicas gerais” (Clínica Médica, Cirurgia, Obstetrícia e Pediatria). Por sua vez, o início da especialização, em moldes muito mais racionais, transferiu-se para os programas de “residência”, oferecidos a médicos recém-formados, no nosso Hospital das Clínicas.

O “estágio”, regimentalmente exigido de **todos** os alunos, implicava a “permanência do estudante no serviço para o qual estava designado, durante várias horas por dia e por prazo suficientemente longo e ininterrupto, com responsabilidades definidas e participação direta no estudo do doente, supervisionados pelo pessoal docente”(1). Diferiam, fundamentalmente, esses estágios das “aulas práticas”, nos moldes então prescritos pelo Regimento da nossa Escola.

Ao dedicar-me, em regime de tempo integral, à implantação dessas providências inovadoras, da maior importância para a formação dos futuros médicos, contei com a total colaboração dos colegas de magistério e a pronta aceitação dos alunos.

O movimento de renovação iniciado em conversas entre uns poucos professores de número restrito de Escolas, ganhou força em pouco tempo.

Por proposta minha e sob minha coordenação, realizou-se na Bahia, de 21 a 25 de Fevereiro de 1961, a I Conferência sobre o Ensino da Clínica Médica com a representação de todas as Faculdades de Medicina do Brasil. Teve essa Conferência caráter pioneiro e inovador. Várias outras reuniões a ela se seguiram, referentes a múltiplos aspectos da formação dos médicos. Não se havia implantado, até então, o hábito de debater o processo ensino-aprendizagem em escolas médicas, de forma assim objetiva e pragmática. Evidenciaram-se, então, grandes falhas e insuficiências, a exigir correção.

* * *

O crescente grau de especialização no exercício das mais diferentes profissões foi uma das marcas do século passado, como decorrência do acelerado acúmulo de conhecimentos técnico-científicos. A Medicina, entretanto, se reveste de importantes peculiaridades a esse respeito. Como a essência do trabalho do médico é lidar com seres humanos, necessita o estudante, por motivos éticos, adquirir uma visão integrada do organismo do homem, da sua mente e da sua condição de vida em sociedade, antes de iniciar-se no estudo de qualquer especialidade. Além de motivos éticos, resulta esse princípio de vantagens de natureza técnico-profissional. No regime que prevalecera até então, a maioria dos estudantes participava de serviços especializados desde os primeiros anos do curso de Medicina, sem qualquer planejamento orientado pela Escola e em horários que conflitavam com os do calendário oficial. Assim se preparavam anestesistas, oto-rinolaringologistas, pediatras, psiquiatras, etc., que não haviam antes adquirido os fundamentos da formação profissional almejada.

O primeiro programa de residência médica na Bahia, por mim criado em 1956 e destinado a atribuir maior racionalidade ao início da especialização médica, gerou total mudança dos hábitos de trabalho no Hospital Edgard Santos e teve expressivos reflexos sobre os padrões de exercício profissional em nosso meio. Nas respectivas áreas geográficas de influência, o Hospital das Clínicas de S. Paulo, o Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro e o Hospital das Clínicas da Bahia foram pioneiros em proporcionar esse gênero de experiência. Em pouco tempo, a idéia se difundiu e os números de “residências” e de “residentes” cresceram de forma explosiva. Atualmente, estima-se que existam por volta de 17.000 residentes em todo o Brasil, abrangendo cerca de 45% das turmas graduadas

mais recentemente. Não há dúvida de que esses programas resultaram em enorme melhoria dos padrões de assistência médico-hospitalar no país.

O clima de dedicação, vontade de aprender e camaradagem que se instalou, desde início, entre os integrantes do programa de residência do Hospital das Clínicas da Bahia, exprimia bem a convicção de estarmos participando de uma era nova na formação de profissionais de elevado padrão. Procedia-se à seleção entre os egressos da nossa e de outras Faculdades do País. Trabalhávamos em regime de tempo integral, tanto os residentes quanto os supervisores-docentes. Estendemos para o dia inteiro o aproveitamento das esplêndidas instalações do Hospital, antes confinado ao período das manhãs. Servia esse esforço para aprimorar o preparo dos médicos recém-formados, porem, era seu alvo prioritário o melhor atendimento possível aos pacientes.

Participávamos com entusiasmo das sessões em que se discutiam casos clínicos sob nossa responsabilidade, em nível técnico-científico comparável, freqüentemente, ao de hospitais universitários do primeiro mundo. Convivíamos com visitantes e consultores provindos de países onde a Medicina avançara mais que entre nós. Cuidávamos de atualizar-nos em relação às publicações periódicas, com a apresentação crítica de artigos originais, duas vezes ao mês. Integrávamos equipes de pesquisas clínicas e experimentais, realizadas no próprio Hospital e que geraram várias teses de concursos e artigos publicados em revistas de curso internacional. Vivemos, então, a que acredito haja sido a *fase áurea* da formação de médicos na nossa geração. Muitos dos que compartilharam aqueles tempos estão hoje aqui presentes, enriquecendo o patrimônio intelectual desta Academia. O seu excelente desempenho propiciou, de imediato, grande credibilidade ao programa. Todos eles, praticamente, se encaminharam para um brilhante futuro profissional.

Logo ouviremos a palavra de um dentre eles, o Professor Almério Machado, atual ocupante da cadeira número 23 desta Academia. Nascido e criado em ambiente familiar de grande dedicação à Medicina, revelou Almério, desde muito jovem, as qualidades de inteligência e de caráter que dele fazem o companheiro sempre respeitado e estimado.

Ao conhecê-lo, ainda estudante, logo identifiquei a sua vocação de médico, pelo constante empenho em melhorar a condição dos pacientes, aliado à disposição de aprofundar-se no conhecimento das intrincadas bases científicas da profissão. Tendo escolhido a especialidade da Pneumologia,

estagiou em serviço de projeção internacional, sob a direção do professor Robin, na Universidade de Pittsburg. De volta à Bahia, retomou suas atividades no serviço do Professor César de Araújo, incorporando-se à carreira de magistério, na qual tem merecido numerosas demonstrações de aplausos dos colegas e dos discípulos. Cedo constituiu família, enriquecida pelo nascimento de seis filhos e muitos netos. Aos serviços profissionais prestados pelo próprio Almério à população baiana, acrescentam-se os dos seus filhos dedicados à mesma especialidade. Por justificadas razões, foi ele distinguido com a eleição para esta Academia. Ao candidatar-se, apresentou valiosa monografia intitulada “História da Pneumologia na Bahia – tributo ao Professor César de Araújo”.

* * *

Ao retomar o tema deste depoimento, é oportuno ressaltar o absoluto predomínio das práticas curativas, na tradicional formação dos nossos médicos. O estudo da promoção e da preservação da saúde ficava relegado a plano inferior, juntamente com o das questões relativas à *saúde das coletividades*. Tratou-se de atenuar tal falha, entre as iniciativas do processo de modernização do ensino médico, o que se reveste de particular importância onde são precárias as condições de saneamento, nutrição e educação, como ocorre entre grandes segmentos das nossas populações. Sabidamente, têm esses fatores decisiva influência sobre a saúde individual e coletiva. No ensino de disciplinas pre-profissionais como a Fisiologia, a Parasitologia, a Microbiologia, encontram-se nítidas oportunidades para tratar das questões relativas à promoção e à preservação da Saúde. O mesmo pode dizer-se das disciplinas clínicas, como a Pediatria, a Obstetrícia, a Clínica Médica. O novo currículo incluiu, então, em várias Escolas, o preparo adequado dos alunos para assumirem essa atitude no exercício da profissão.

Com esse propósito, várias Escolas ofereceram aos alunos dos semestres iniciais do curso, noções de Sociologia e Antropologia relevantes para os problemas da saúde. E, mediante programas experimentais, os estudantes passaram a visitar comunidades no intuito de conviver com a realidade dos problemas sociais que influenciam a saúde. Além disso, como espectadores, acompanharam o significado no seio das famílias, de fenômenos da fisiologia normal dos seres humanos, como a gravidez, o parto, o desenvolvimento da criança recém-nascida e o processo do envelhecimento.

Ganhávamos experiência na aplicação dessas idéias, quando recebi convite da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, para montar um programa de Medicina Social destinado aos estudantes do 2º ano médico. Instalou-se esse programa em amplo espaço do Instituto de Pediatria daquela Universidade, na Ilha do Fundão. A favela de Ramos, muito próxima ao Instituto, prestava-se admiravelmente ao tipo de trabalho a ser realizado.

Junto com a equipe de jovens médicos que fui autorizado a contratar e que haviam sido por mim treinados, lancei-me nessa iniciativa com o maior entusiasmo. Tivemos total apoio das autoridades. Ao fim de pouco tempo, éramos visitados por grande número de representantes de Escolas Médicas brasileiras e de outros Países. A grande projeção da UFRJ deu visibilidade aos trabalhos e permitiu ampla divulgação dos seus princípios básicos. Mesmo com extensa gama de variações, foram esses princípios adotados por várias outras Escolas, onde se encontravam lideranças com bastante sensibilidade para as questões de natureza social.

Ainda na mesma época, a Diretoria do Ensino Superior do Ministério da Educação passava por grandes transformações, após muitos anos de estagnação. Quando Ministro da Educação, o baiano Dr. Oliveira Brito convidara para aquela Diretoria o jovem professor Durmeval Trigueiros, que trouxe para o exercício do cargo novas idéias e excelentes propósitos. Entre outras inovações, estabeleceu o Professor Trigueiros uma Comissão de Especialistas em Ensino Médico, destinada a examinar e propor medidas relativas ao aprimoramento desse complexo segmento do ensino superior. Tive a honra de ser convidado a integrá-la, e fui escolhido seu primeiro coordenador. Nela trabalhei por mais de uma década, juntamente com alguns dos mais ilustres professores de Medicina do País.

Instalara-se, então, com grande vigor, a discussão sobre o problema da qualidade do ensino, em confronto com os números de escolas e de alunos que compunham as classes dos cursos médicos. Explico melhor: durante muito tempo, pouco tinha variado entre nós o número de Faculdades de Medicina, assim como o de alunos que as freqüentavam. Eram quase todas financiadas com recursos públicos.

Desde o começo da década de 1960 aumentara, rapidamente, o número dos egressos do **ensino médio**. Como seria de esperar, a pressão dos candidatos ao nível superior de estudos – inclusive na Medicina – intensificou-se em pouco tempo. Surgiu verdadeiro clamor social diante

das limitadas oportunidades oferecidas à formação de médicos. Muitas propostas para a criação de novas Faculdades passaram a ser submetidas ao Conselho Federal de Educação. Não tardou o aparecimento de debates sobre os critérios exigíveis para o funcionamento de cursos superiores, envolvendo divergências que persistem até hoje. Num extremo, colocam-se os que se inclinam por critérios menos rígidos e desejam a expansão das vagas para a formação de profissionais de nível superior, inclusive de médicos. Em outro extremo, estão os que se preocupam particularmente com a **qualidade do ensino** e são mais meticolosos na análise das condições de funcionamento das escolas. Entre esses, incluem-se os preocupados com que o número crescente de escolas e de alunos venha a gerar profissionais em excesso sobre a capacidade de absorção do mercado de trabalho. Nos anos mais recentes, a discussão relativa à dimensão da rede de escolas superiores está sendo objeto de novos e vigorosos debates.

O primeiro dos temas examinados pela Comissão de Ensino Médico do MEC foi, precisamente, o da expansão da rede de Faculdades de Medicina. Os trabalhos da Comissão logo adquiriram grande credibilidade, e passaram a ser usados com total confiança pelo Conselho Federal de Educação e pelo Ministério. Data de 1972 o Documento número 1, intitulado “A expansão da rede escolar”, no qual transparece a constante atenção dedicada pela Comissão à qualidade do ensino. Na área médica, efetivamente, não se pode tergiversar com os padrões do processo ensino-aprendizagem.

Outro assunto examinado em profundidade pela Comissão foi o da articulação dos serviços locais de saúde com as Faculdades de Medicina, para que estas oferecessem aos alunos a indispensável experiência com quadros clínicos tão representativos quanto possível, da clientela que irá predominar na prática profissional do futuro médico. Este debate envolveu, inevitavelmente, a recomendação de maior aproximação entre as instituições de ensino médico e a Previdência Social, o que constituía novidade na época e encontrou considerável resistência nos primeiros tempos. Foram esses debates resumidos no Documento n° 2 da Comissão, publicado em 1974 e intitulado: “Ensino Médico e Instituições de Saúde”.

Incluo a minha participação nessa Comissão entre as atividades que exerci com a mais alta satisfação, derivada da excepcional qualidade dos companheiros que a integravam e do sentimento do dever cumprido.

O movimento de renovação do ensino médico havia crescido a ponto

de justificar-se a realização, em 1964, de um encontro de professores do qual resultou a fundação da Associação Brasileira de Escolas de Medicina (ABEM). Foi seu primeiro Presidente o Professor Oscar Versiani Caldeira, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Em pouco tempo, a Associação conquistou grande influência e recebeu o apoio de sucessivos Ministros da Educação. Até hoje, continua a mesma entidade a prestar serviços relevantes à causa da formação de médicos. Coube a mim o privilégio de presidi-la no mandato de 1968 a 1970. Vali-me daquela oportunidade para promover com toda a ênfase os princípios que ora estou procurando resumir e defender.

Várias publicações minhas sobre o tema do ensino médico, datadas daqueles anos, foram, mais tarde, reunidas em livro a que dei o título de “Ensino Médico e Assistência à Saúde”.

* * *

No esforço de aprimorar a formação dos nossos médicos, o mais controverso dos problemas foi o das relações entre o ensino da Medicina e os demais setores da atividade universitária. As origens das escolas superiores no Brasil geraram dificuldades ainda não superadas, na maioria das nossas Universidades, quanto ao estímulo à **pesquisa**, uma das missões inerentes ao próprio conceito dessas instituições.

Como é de geral conhecimento, somente no início do século XIX, graças à chegada ao Brasil da Família Real Portuguesa, foram criadas os primeiros estabelecimentos de ensino superior, precursores, respectivamente, das Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, e das de Direito em S. Paulo e em Recife. Nasceram, assim, as nossas primeiras escolas superiores, voltadas estritamente para a formação profissional e destituídas de vínculos com outras entidades culturais. No final do século XIX e nas três primeiras décadas do século XX, várias outras Faculdades foram criadas em moldes semelhantes, para a formação de diferentes categorias de recursos humanos com nível superior de estudos. Continuava o Brasil sem dispor de Universidades que apoiassem essas Escolas quanto ao ensino das disciplinas científicas que devem preceder o treinamento profissional. Conseqüentemente, cada Escola ou Faculdade precisou oferecer todas as disciplinas do currículo, tanto as de feição propedêutico como as profissionalizantes, até à concessão do diploma.

Permitiu esse modelo a preparação de grande número de profissionais de boa qualidade. Porém, enquanto foi esta a fórmula única de organização das nossas escolas, nelas não se criou ambiente adequado ao florescimento da pesquisa científica e tecnológica. Ressalvadas umas poucas situações de exceção, continuava muito reduzida a criação de novos conhecimentos dentro das nossas instituições de ensino superior. Limitava-se o Brasil a importar quase todas as informações e técnicas transmitidas aos futuros profissionais. Também vinham de outros países, prontos e acabados, os produtos cuja fabricação envolvesse tecnologias mais complexas. Por muito tempo, as nossas lideranças pouco se deixaram sensibilizar pelo papel que deveriam desempenhar as Universidades na alteração dessa obsoleta realidade.

Somente no começo da década de 1930 começaram a funcionar, efetivamente, as primeiras Universidades brasileiras, resultantes da aglomeração de escolas preexistentes. Continuaram estas a oferecer, cada qual, todas as disciplinas exigidas para a obtenção do respectivo diploma. Deu-se, na ocasião, o importantíssimo passo da integração administrativa entre as escolas existentes. Porém, não se realizou ainda, àquela altura, a sua integração acadêmico-didática. O ensino das ciências básicas permaneceu pulverizado. Existia, por exemplo, em cada Universidade, uma cátedra de Matemática na Escola de Engenharia, além de outras, nas Faculdades de Filosofia, Arquitetura, Economia e assim por diante. Inexistia, ademais, qualquer coordenação entre elas. Situação idêntica ocorria com a Física, a Química, a Biologia Geral. Os laboratórios para o ensino prático desses ramos da ciência, na sua grande maioria eram pobres, obsoletos e sub-utilizados, enquanto dispunham de equipamento que se repetia de uma para a outra das várias unidades. Comentário idêntico se aplicava às respectivas bibliotecas. Não se cuidava, tão pouco, de somar esses escassos recursos materiais e humanos para dar suporte a cursos de pós-graduação nem a projetos orgânicos de pesquisa.

Na segunda metade do século XX, alguns segmentos da sociedade brasileira começaram a reagir quanto à debilidade da investigação técnico-científica praticada no País e a exigir das Universidades que se adaptassem ao cumprimento sistemático dessa outra importante vertente das suas responsabilidades. Logo perceberam os educadores que era inadiável uma grande expansão dos setores encarregados das disciplinas básicas do conhecimento humano (matemática, física, química, biologia básica,

geociências, ciências sociais, letras), nos quais se encontram, de preferência, os ambientes propícios à formação de pesquisadores, graças ao permanente e mais imediato convívio com os rigores da metodologia científica e à facilidade maior para a fixação de pessoal em regime de dedicação exclusiva.

Assim se resume a razão primordial da reestruturação universitária ocorrida na década de 1960. A causa que nos motivava era de tamanha importância, que plenamente justificava o imenso esforço exigido para a superação dos obstáculos previsíveis à modernização institucional. Enquanto isso, as disciplinas profissionalizantes seriam beneficiadas em prazo mais longo, graças às conseqüências da melhor formação de maior número maior pesquisadores. Tudo dependeria da agressividade com que os departamentos das ciências básicas defendessem as suas reivindicações e ocupassem o espaço que lhes é devido na atividade universitária.

O Conselho Federal de Educação cuidou, então, de traçar as diretrizes que serviram à reestruturação das nossas Universidades, e que foram subsequentemente transformadas em lei. A inspiração das novas diretrizes foi totalmente acadêmica e brasileira, condicionada a fatores históricos essencialmente nossos e gerada por professores da mais alta categoria intelectual e ética, à frente dos quais se encontraram nomes como os de Anísio Teixeira, Darcy Ribeiro, Newton Sucupira, Walnyr Chagas e Ester Figueiredo Ferraz. Para a elaboração das novas normas, o Conselho aproveitou a interrompida experiência dos primeiros anos do funcionamento da Universidade de Brasília, em pouco tempo distorcida a ponto de tornar-se irreconhecível. Carecem, pois, de quaisquer fundamentos, os rumores difundidos em certa época, de que tivesse exercido qualquer influência uma chamada Comissão MEC-USAID, integrada por dirigentes de Universidades norte-americanas, que somente chegaram ao Brasil depois de transformadas em lei as propostas essenciais do Conselho Federal de Educação.

Na Bahia, o processo de valorização das ciências básicas começara no final da gestão Edgard Santos, quando este, reconhecendo o mérito da orientação impressa pelo baiano Anísio Teixeira e por Darcy Ribeiro à recém-instituída Universidade de Brasília, criou o Instituto de Matemática e Física, ainda com objetivos menos abrangentes do que vieram a ter depois, por força de lei. O mesmo projeto havia recebido novo impulso na gestão Miguel Calmon com a elaboração de importantes documentos sobre as alterações que precisava sofrer a estrutura da Universidade Federal da Bahia.

Assumi a Reitoria da UFBA, em Julho de 1967, quando se iniciava a implantação das medidas legais referentes à nova estrutura universitária. Em discurso datado de **Julho de 1967**, ao ser imitado no cargo de Reitor, assim me pronunciei a esse respeito (2):

“Processo assim tão complexo, como o da reestruturação que agora se pretende, comporta interpretações de vária ordem. Entendemos nós que o seu verdadeiro móvel tem sido a procura de maior soma de conhecimentos científicos para consumo de uma sociedade que entrou em fase acelerada de desenvolvimento... Conforme procuraremos demonstrar, a nova estrutura terá como **vantagem maior** ensejar a valorização **das ciências básicas** em ritmo que a nossa tradicional organização do ensino superior jamais permitiu”.

O tempo passou e poucos são os que lembram a eclosão dos departamentos de ciências básicas então ocorrida nas Universidades brasileiras, inclusive na nossa. Durante o meu mandato de Reitor, foram reforçados os corpos docentes dos Institutos de Matemática, Física, Química, e Geo-Ciências, pelo convite a professores-visitantes do exterior, selecionados e financiados com o apoio de organismos internacionais, como a UNESCO e o PNUD. Simultaneamente, foram construídos os edifícios próprios destinados aos Institutos de Matemática, Física, Química e Geo-Ciências, além do Centro de Processamento de Dados. Os três primeiros e algumas disciplinas do de Geo-Ciências eram anteriormente comprimidos no antigo e super-lotado prédio da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, situado no bairro de Nazaré. As instalações da Escola de Geologia foram, também, incorporadas às do Instituto de Geo-Ciências. Nos novos edifícios instalaram-se laboratórios com os modernos equipamentos ajustados aos programas traçados pelos respectivos corpos docentes, substancialmente renovados e aumentados. Mais ainda, terminamos a construção e equipamos o Instituto de Ciências da Saúde. Foi um período de intensíssima atividade na nossa vida universitária, em que nos reuníamos com grande assiduidade para discutir cada passo da reestruturação e da modernização dos recursos materiais e humanos da Universidade.

Poderá alguém deixar de reconhecer o grande salto havido com a instalação dos laboratórios nos novos prédios construídos no campus da Federação, em substituição aos espaços dedicados às práticas do ensino e da pesquisa no antigo prédio de Nazaré?

Alguns colegas de magistério, entretanto, ainda se ressentem de feridas abertas pela reestruturação. Contam-se entre eles companheiros da maior respeitabilidade, muito apegados às tradições e inconformados com alterações ocorridas no respectivo ambiente de trabalho. Transcorridos mais de trinta e cinco anos desde que se desencadeou a implantação da reforma, nada de melhor foi até agora proposto, em termos de estrutura universitária. Em verdade, nas regiões de maior progresso e de economia mais dinâmica, o reforço dos departamentos de ciências básicas gerou vigoroso impulso às pesquisas no âmbito das respectivas Universidades, nos seus mais diversos setores, com evidentes reflexos favoráveis no relacionamento entre elas e as comunidades a que servem.

* * *

Cabe uma palavra especial acerca da implantação da reforma na área da Saúde. Foi esta, sem dúvida, a mais lenta e a mais **difícil** das adaptações aos novos princípios. A maior das dificuldades se originava em que várias das disciplinas pre-profissionais, a exemplo da Anatomia, da Fisiologia, da Bioquímica, da Microbiologia, da Parasitologia, são comuns a diferentes cursos do setor saúde, embora segundo programas que, parcialmente, diferem entre si. Os recursos humanos, materiais e financeiros destinados ao ensino das citadas disciplinas eram anteriormente pulverizados entre as diferentes unidades da área da saúde, de forma idêntica ao já assinalado no tocante à Matemática, à Física, e demais setores básicos do conhecimento. Quase sempre, era muito heterogênea a qualidade do ensino dessas disciplinas nas diferentes Faculdades da mesma Universidade. E na sua quase totalidade, eram insuficientes as condições para a realização de pesquisas. De acordo com os princípios da reforma, essas cátedras foram reorganizadas em grandes Departamentos, que passaram a oferecer programas de ensino de graduação diversificados e ajustados às múltiplas atividades da nova unidade, e onde mais facilmente se instalaram programas de pesquisa e de pós-graduação. Era a aplicação do princípio da “não duplicação de meios para fins idênticos”, um dos pilares da reestruturação universitária. Os Departamentos assim constituídos, por sua vez, se reuniram num Instituto ou Faculdade, que entre nós tomou o nome de Instituto de Ciências da Saúde. Nasciam esses novos Departamentos com ampla liberdade para planejar da melhor forma possível, as aulas destinadas às disciplinas dos diferentes cursos dos quais participavam, atribuição que passaram a exercer mediante o uso de estratégias muito variadas e com diferentes graus de sucesso.

Logo apareceram as críticas. Alguns, menos afeitos ao conceito de Universidade e muito presos à tradição das escolas profissionais isoladas, entendiam que a **sua Faculdade** havia sido “mutilada”, esquecidos de que a instituição de referência passara a ser a **Universidade**. Nesta, de maneira muito mais adequada que nas antigas Faculdades, se cumprem integralmente as tarefas acadêmicas que incluem, como todos sabem, o ensino em nível de graduação, além da pesquisa, da pós-graduação e da extensão.

Mais um fator complicava o campo da Saúde. Os professores das clínicas viviam a sua especialidade o dia inteiro, pela manhã no hospital universitário e à tarde na clínica privada. Naquela época, na grande maioria das Faculdades de Medicina do Brasil, pouquíssimos dentre os encarregados das matérias pre-profissionais trabalhavam em regime de tempo integral e exclusiva dedicação à disciplina a seu cargo. Não apenas os salários eram muito reduzidos, como as condições materiais de trabalho não ensejavam a existência de programas sistemáticos de pesquisa compatíveis com o mínimo de satisfação intelectual e projeção profissional. Na Bahia, durante a década de 1950, com a inauguração do Hospital Professor Edgard Santos, que oferecia excelentes condições para o aprendizado dinâmico e atualizado, assim como para a pesquisa clínica, vários membros do corpo docente passaram a trabalhar em tempo integral. Tornava-se ainda mais urgente expandir entre o pessoal docente das disciplinas pre-profissionais, o número de posições nesse mesmo regime. Tal providência, de importância essencial, ocorreu em ritmo muito diverso entre os vários departamentos das instituições universitárias federais, inclusive na nossa. Não tinha, pois, qualquer fundamento, atribuírem-se à nova estrutura universitária, as eventuais faltas de articulação entre as diferentes fases da formação do futuro médico, isto é, entre as disciplinas pré-profissionalizantes e as clínicas. Essa desarticulação já era, aliás, nitidamente presente na antiga organização universitária.

São notórias as dificuldades enfrentadas pelas Universidades públicas brasileiras nas décadas mais recentes, tanto pela questão salarial, como devido a atitudes equivocadas da parte do poder público em relação às condições materiais de trabalho indispensáveis ao bom desempenho das suas funções. Há, entretanto, uma parcela importante das responsabilidades dessas instituições que teve notável desenvolvimento, graças à pertinácia e à vocação acadêmica de alguns membros do nosso magistério. O Conselho Federal de Educação, pelo seu Parecer 977/65, regulamentou a pós-graduação, até então limitada a umas poucas iniciativas surgidas por força de imensos esforços de alguns professores. A legislação referente à carreira

do magistério, criada na mesma época, valorizou oportunamente os títulos de “mestre” e de “doutor”, obtidos mediante cumprimento dos requisitos então aprovados para a pós-graduação. Subseqüentemente, aumentaram e se sofisticaram rapidamente nas Universidades públicas, projetos de investigação científica financiados pelo CNPq, pela CAPES, pela FINEP, por entidades internacionais e pelas Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa instituídas nas mais progressistas unidades da Federação. Para o sucesso desta nova feição dos trabalhos, contribuíram decisivamente a modernização da estrutura universitária e o aumento no número de posições em regime de dedicação exclusiva. A rápida expansão dos programas de pós-graduação ensejou a melhor formação de grande número de professores que vem sendo absorvidos pelas antigas e pelas novas Faculdades, e que assegurarão um futuro mais propício à atividade universitária entre nós, tanto nas escolas públicas como nas privadas.

Na Bahia, as áreas clínicas e as relativas à patologia das doenças transmissíveis conseguiram firmar uma sólida tradição de pesquisa. O programa de residência do Hospital das Clínicas, os mestrados e doutorados segundo as normas do Conselho Federal de Educação, os projetos apoiados pelo CNPq e por entidades internacionais, fizeram com que as disciplinas médicas se colocassem na vanguarda da produção científica e da formação de pesquisadores em nosso meio. A essa produção, somaram-se, recentemente, os excelentes trabalhos sobre a Medicina Preventiva, realizados no Instituto de Saúde Coletiva. A maior aproximação entre os setores profissionalizantes da área médica e as disciplinas básicas do conhecimento, quando ocorrer entre nós na medida desejável, dará ensejo a resultados ainda mais merecedores do estímulo e do aplauso da comunidade científica internacional e das lideranças nacionais.

Diante da complexidade do panorama da saúde no nosso país, permanecem as preocupações quanto à qualidade do processo ensino-aprendizagem na formação dos médicos. Os indicadores de saúde dos brasileiros melhoraram parcialmente nos últimos anos, porém continuam motivo de constrangimento para os nossos compatriotas. Enquanto o Brasil não alcançar a redução das terríveis desigualdades econômicas e sociais que constituem uma das tristes marcas da nossa vida em sociedade, não poderemos esperar a melhora desses indicadores.

Poder-se-ia dizer, a esta altura do nosso depoimento, que a questão escapa da alçada dos médicos. Jamais concordei com essa atitude. A responsabilidade dos médicos exige a sua presença insubstituível, exatamente, na avaliação e na busca de soluções para muitos problemas

sociais. Nem foi outra a motivação que me levou a dar tantas voltas na carreira de médico, do médico que nunca deixei de ser, mesmo quando no exercício de funções e de cargos aparentemente distantes da profissão.

Vimos quanto é longa e diversificada a relação de itens pertinentes à formação de médicos para a Bahia e o Brasil, com os quais me ocupei ao longo de várias décadas. Não foram poucas as oportunidades que pus de lado, por conta do propósito quase obsessivo de contribuir para a maior racionalidade no preparo dos recursos humanos a serviço da saúde da nossa gente.

* * *

Permitam-me registrar uma observação final: embora tenham variado as estatísticas referentes às escolas, aos professores e aos alunos, a essência dos debates em torno do ensino médico, em nível nacional, continua incidindo sobre os temas aos quais me dediquei durante décadas. Observam-se, apenas, umas poucas diferenças: entre elas, a ênfase crescente na *avaliação* do processo ensino-aprendizagem; assim como a mudança da atitude de muitas lideranças perante o binômio pós-graduação / pesquisa, sobretudo no tocante às ciências básicas e às disciplinas pré-profissionais da saúde. Sinaliza esse avanço, a despeito das recentes dificuldades que vêm afligindo as instituições federais de ensino superior, que devemos nutrir razoável otimismo em relação ao futuro dos nossos cursos de graduação em Medicina, graças ao surgimento de uma nova geração de professores beneficiados pelo alto padrão de sua formação acadêmica nos programas de mestrado e de doutorado.

Referências bibliográficas:

- (1) Relatório da 1ª Conferência sobre o ensino da Clínica Médica no Brasil - Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia - 21 a 25 de Fevereiro de 1961.
- (2) Santos, R.F. - Discurso proferido ao assumir o cargo de Reitor da Universidade Federal da Bahia - Julho de 1967.

Saudação da Presidente da Academia de Medicina da Bahia, quando do encerramento da sessão de posse do Acadêmico Roberto Santos

Maria Thereza de Medeiros Pacheco

É uma honra, para o Silogeu das Letras da Bahia, acolher, sob estas antigas naves a excelsa instituição co-irmã, o Cenáculo da Medicina de nossa terra.

Não seria estranhável, Sr. Acadêmico, porque é V.Sa., pelos méritos então celebrados, membro também desta Casa onde a Medicina e a Arte Literária ora se encontram festiva e fraternalmente.

A Academia de Medicina da Bahia vive instantes de sagrado entusiasmo. Já era tempo e mais do que tempo. Mas, afinal, chegastes, já agora sob o cognome, Acadêmico Roberto Santos.

Vagueando em andanças por outras áreas, percorrendo outros caminhos, tardastes um pouco para estar entre nós, neste sodalício que há tanto o aguardava!

Para honrar esta Casa de Cultura Médica com o brilhante currículo de todos conhecido, porém, lembrado através a pena brilhante do Acadêmico Almério Machado.

Tardiamente, talvez, mas como quisestes e como sonhastes, pois “de cabeça erguida, sem falsas asas e pelos próprios pés”.

As Academias de Medicina têm como finalidade primordial elevar o sentido ético e técnico da Medicina, e se dispõe a honrar aqueles que deram pela profissão, no decorrer dos tempos, “escrevendo com suas vidas a própria história da Medicina”.

As suas origens revelam essa preocupação de enaltecer as obras dos nossos maiores que vieram antes de nós!

Platão, ao criar a Academia no Jardim de Academus, em Atenas, há cerca de 430 anos aC., visava eternizar a obra e a memória de seu Mestre Sócrates. Conseguiu perpetuar Sócrates e em conseqüência, perpetuar-se no pensamento filosófico e nas ações, através da Academia. Elas têm razões para existir. Congregam experiências e sabedorias acumuladas. Valem pelo somatório de cada um de nós e pelo conjunto de representatividade solidária da Instituição.

Na visão de alguns, as Academias e as Sociedades de Médicos “deveriam organizar, dirigir, comandar a assistência médica no Brasil, e nunca o Governo”, tese com a qual concordamos.

Vem, V.Sa., de conquistar mais uma láurea! Quantas até hoje! Quase incontáveis!

* * *

O bem maior não é o “sonho que viveu”, senão aquele que buscamos atingir de coração ansioso, sem que seja possível realizá-lo todo.

Desgraçado do homem que imagina haver atingido, na vida, a meta de suas aspirações, disse-o outrora. Morrem-lhe os estímulos, fuge-lhe a coragem. Quem não quer mais, perdeu, para sempre, o ideal... E o ideal deve ser, assim, brilhante como o sol, alumando casebres e palácios, fazendo sorrirem as crianças, ou secando as lágrimas dos velhos, mas como o sol... muito alto e inatingível... Às vezes, a luz é demasiado forte e o calor excessivo. Pode sempre o homem morrer, na sua asfixia luminosa. Mas é sempre menos doloroso sucumbir nesse deslumbramento, do que perecer nas trevas, ignorado e lúgubre como um pesadelo...

O ideal, diz o filósofo, é representado pela mais alta perfeição de um desejo...

Acredito foi sempre assim, V.Sa., senhor Acadêmico Roberto Santos.

Pensando em exemplos como o de V.Sa., melhor compreendermos o escritor quando revela: “os ideais são como estrelas; não lograis tocá-las com as mãos, porém, como aos navegantes da imensidão do oceano, vos servem de guia e, seguindo-as, chegais a vosso destino.

Tendes as qualidades requeridas de Professor, de Chefe, de Líder e por isso fizestes na vida, escala e escola. Conquistastes colaboradores e atraístes discípulos que gravitam em torno dos teus ensinamentos. Aqui mesmo estão a baterem palmas os acadêmicos Agnaldo David de Souza, Almério Machado, Carlos Marcílio de Souza e José de Souza Costa, seus internos no Hospital Prof. Edgar Santos; aprenderam com o exemplo e com a doutrina de V.Sa.

* * *

Prof. Edgar Santos, criador da Universidade Federal da Bahia, cujos alicerces sólidos lhe garantem a perpetuidade.

Todos temos, no imo d'alma, Sr. Acadêmico, um altar votivo aos deuses de nossa admiração e bem querer.

Prof. Edgar Santos, figura estelar dentro do século, seguramente o maior de teus mestres, mas, sobretudo, Edgar Santos, o genitor!

Impossível seria olvidar ou, mais uma vez, assinalar porque já foi apontado o imensurável bem que fez V.Sa., Sr. Acadêmico, construindo o Departamento de Polícia Técnica da Bahia, onde está instalado, entre outros, o Instituto Médico Legal Nina Rodrigues, tão do meu devotamento. Posso assegurar, obra-prima de um grande governo. É o Departamento de perícias técnicas, como deveria ser cognominado e não de polícia técnica. Praza aos Céus veja eu, um dia, a modificação, em tudo, mas, o agrupamento construído por V.Sa. é o melhor da América Latina e, por onde passei, em meu périplo em busca da Medicina Legal, Europa, ou América, nada vi que se comparasse! Hoje, Sr. Acadêmico, minhas senhoras e meus senhores, aqui na Bahia, naqueles sítios, fazem-se 200 perícias diariamente; ninguém sabe ou imagina o que ali se faz para o bem da sociedade.

Nas obras destinadas a durar temos o dever de não sacrificar aos cuidados do presente, os interesses respeitáveis das gerações futuras. Ante os olhos devemos trazer sempre a certeza do juízo dos pósteros, sobre o acerto ou a condenação dos nossos feitos e dos móveis bons ou egoístas que os ditaram.

* * *

Vejo nesta bela festa, com muito agrado, duas de suas filhas, minhas ex-alunas, uma da Faculdade de Direito e a outra da Faculdade de Medicina!

Excelentes alunas e não seria diferente, se não compreendêssemos as leis do velho abade Mendeliano.

Hoje, pontificam as duas doutoras na Universidade de São Paulo, celeiro da Medicina e do Direito.

Srs. Acadêmicos, minhas Senhoras e meus Senhores: quando os romanos, vitoriosos de suas pelejas, retornavam com seus louros e se apresentavam ao supremo Imperador, eram recebidos com a frase da qual me utilizo para saudar V.Sa., em relação à Academia de Medicina da Bahia: "Dignus est entrare".

A obsolescência do conhecimento médico

Zilton A. Andrade

Discurso pronunciado em 17 de fevereiro de 2000, no Salão Nobre da antiga Faculdade de Medicina do Terreiro, ao ser homenageado pelo CREMEB (Concessão do Título de Alto Mérito Médico).

A Medicina é exercida em todo o mundo por indivíduos que procuram cultivar o mais elevado padrão ético. As lamentáveis exceções apenas confirmam o dito de que toda a regra tem exceções. Cuidando da saúde de nossos semelhantes, não poderia ser de outro modo. Os Conselhos de Medicina foram criados para zelar pela pureza ética das atividades médicas, mas também se ocupam de problemas correlatos, como o ensino médico e as repercussões éticas que os progressos científicos, extraordinários dos nossos dias, possam vir a ter no comportamento dos médicos. Fazem portanto um trabalho de fiscalização, normatização e ensino, no terreno da ética médica. Considero uma distinção e uma responsabilidade das mais honrosas, para qualquer um profissional da medicina, ser livremente eleito pelos demais colegas para fazer cumprir desígnios tão elevados. Tive o privilégio de pertencer ao primeiro Conselho do CREMEB, fui reconduzido a um segundo mandato e fui também Conselheiro-Eleitor para o primeiro Conselho Federal. Pertencer a um Conselho que tem como objetivo fundamental zelar pela pureza ética da Medicina, ser para tal indicado e eleito por colegas no pleno desempenho de sua profissão, foi sempre para mim motivo de satisfação e, porque não dizer, de orgulho, tendo de minha parte procurado cumprir as obrigações estatutárias com entusiasmo e dedicação. Tive agora a ventura de receber dos atuais Conselheiros do

CREMEB, por decisão unânime, a suprema homenagem que este Conselho reserva para os médicos que pautaram a sua vida pela dedicação à Medicina, preservando seu elevado padrão ético. Embora receba tal homenagem com sincera modéstia e senso de responsabilidade, é claro que sinto também grande satisfação e honra. O significado que esta homenagem tem para mim é de tal nível que, na realidade, experimento dificuldades para achar as palavras apropriadas para expressar meus agradecimentos. Digo apenas: muito obrigado a todos.

Na solenidade deste momento, desconfio de que a coincidência em se colocar numa mesma sessão a homenagem que me é prestada e a entrega das credenciais aos jovens médicos que chegam ao mercado de trabalho, não é uma mera coincidência. Desta maneira, considero-me como que convocado para dizer breves palavras aos que vão se iniciar na vida profissional; palavras não só de boas vindas, que aliás serão mais apropriadamente ditas pelo Presidente do CREMEB, mas algo da minha própria experiência, vivida ao longo de muitos anos, lidando com os afazeres da Medicina. Aviso logo que essas palavras não serão os famosos conselhos aos jovens, mas algo que sirva de motivo de reflexão.

Ao observar tantos recém formados neste salão, lembro-me da minha formatura que, em dezembro próximo, estará completando 50 anos. Lembro-me que, no momento em que aguardava para receber o diploma, um colega de turma se aproximou e me disse baixinho que sentia grande necessidade de um livro de Medicina de urgência. Perguntei-lhe se ele já estava certo de que iria trabalhar em algum serviço de pronto socorro, ao que ele me respondeu: “Não, é que necessito aprender Medicina com urgência”. Esta blague era dita menos para fazer humor do que para dissipar a angustiante sensação que assalta a todos nós no começo da profissão, pois costumamos sair da faculdade com um pouco de prática e muitas noções teóricas e não sabemos ainda como iremos responder ao desafio da prática médica, longe da supervisão e com a responsabilidade direta pela saúde do paciente.

Esta sensação é natural, creio que para todos que se iniciam em uma profissão. Mas a angústia do novo médico creio ser maior neste momento que a de outros profissionais em semelhantes circunstâncias. No entanto, ela poderia ser suavizada, se o ensino médico entre nós fosse mais eficiente. Não tenho a intenção, não me sinto preparado, nem tenho tempo para abordar aqui a complexidade do ensino médico. O nosso CREMEB há muito vem se preocupando com este assunto. Nos Cadernos do CREMEB, No. 1,

de 1992, pode-se encontrar um amplo debate sobre este tema tão controvertido. Nele o orador oficial do Simpósio, o Dr. Benedictus Philadelpho de Siqueira, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, fez uma excelente análise do problema. Destaco um pequeno trecho em que ele cita **a velocidade espantosa com que se dá a obsolescência do conhecimento na área médica**.entre os grandes fatores que dificultam a ministração de um bom ensino

Esta afirmativa tem sido admitida tacitamente, mas creio que a mesma necessita ser melhor analisada e entendida, pois a sensação de que os nossos conhecimentos estão ficando desatualizados, preocupa a todos nós, professores, alunos e médicos em geral e esta preocupação gera reflexos importantíssimos sobre as nossas atitudes e procedimentos. Gostaria de tomar este tema como a parte central desta mensagem para os meus jovens colegas. Todos temos receio de ficarmos desatualizados. É um receio natural, face ao extraordinário progresso da medicina, com notícias sobre novas descobertas, novos métodos, novos medicamentos, não apenas sendo apresentadas nos congressos médicos ou publicadas nas revistas especializadas, mas aparecendo também nas revistas leigas, nos jornais diários, no rádio, na televisão e agora na Internet. Este receio condiciona muito mais as nossas atitudes do que estamos preparados para admitir. Há uma tendência de muitos professores, sobretudo dos mais jovens, de tentar transmitir conhecimentos aos mais recentemente captados, se possível a última palavra sobre o assunto que alguém falou no último congresso. Do contrário estariam correndo o risco de passar por desatualizados diante dos seus alunos ou de seus clientes, que estarão, por sua vez, ansiosos por mais detalhes sobre as novidades que ouviram no último programa de televisão ou que leram em alguma revista, médica ou leiga.

Mas, será que os nossos conhecimentos médicos se desatualizam assim tão vertiginosamente como apregoado? Creio que o problema está mais em não sabermos distinguir o que é a base sólida, onde a medicina se assenta e o que é a parte movediça, mutante, onde se situam reais progressos, todavia mesclados com muitas novidades transitórias e modismos

Depois de um longo passado de medicina mágica, entramos pouco a pouco numa era mais racional, a principio precariamente, com teorias não comprovadas e uma forte crença na autoridade. A partir dos dois últimos séculos vem ocorrendo uma aceleração gradual da aquisição de conhecimentos sólidos baseados em observações bem controladas e

repetidas, em um considerável progresso tecnológico, consolidando a medicina científica dos tempos modernos. Esta base extraordinária de conhecimentos, sedimentados através dos tempos, não é imutável, como nada no mundo é, mas os seus conceitos básicos se modificam tão lentamente que mal o percebemos. Hoje em dia, uma legião de pesquisadores, tão numerosa, quão eficiente e bem equipada, como nunca existiu antes, labuta incessantemente em vários países do mundo, para ampliar a zona de fronteira desta base extraordinária. Suas descobertas são ampla e rapidamente divulgadas, algumas podendo vir inclusive a modificar conceitos básicos, todavia o mais comum é que o impacto destas descobertas, quando elas são realmente positivas, seja no sentido de ampliar e consolidar a base de sustentação. Muitos destes dados são sólidos, mas outros se constituem em modismos ou “novidades” que logo serão descartados. O interesse em divulgá-los, em impingir-los ao público antes do tempo necessário para uma adequada maturação, muita vezes resulta de interesses de firmas internacionais que fabricam os novos instrumentos e produzem os inúmeros medicamentos que hoje usamos e que comandam os modismos e o incentivo para uma medicina sofisticada, esbanjadora e cara.

É necessário uma certa vivência e uma boa dose de experiência pessoal, além de uma boa formação feita com os conhecimentos dos fundamentos da Medicina, para que o indivíduo possa tentar incorporar efetivamente os novos avanços, e possa separar o joio do trigo. O impasse atual se relaciona com o fato de que todos nós estamos condicionados pelo receio de ficarmos desatualizados, principalmente porque não fomos educados com a ênfase no que é básico em medicina e sim com o charme da sua porção mais cambiante, esta sim, que acaba sofrendo uma vertiginosa obsolescência com o passar do tempo.

Várias resoluções de conselhos médicos ou universitários têm indicado que o objetivo fundamental das escolas médicas é o de formar o médico generalista. Para armarmos este médico com a capacidade para reconhecer o valor da medicina preventiva e aplicá-la em programas de vacinação, em recomendar atividade física, boa alimentação, em divulgar os preceitos de higiene, nos baseamos em conceitos que são todos muito antigos e sólidos. Para ensinar um futuro médico a tomar uma história clínica objetiva e inteligente (base de tudo o que vem depois), a fazer um cuidadoso exame físico, a examinar um fundo de olho, a pesquisar reflexos, a tomar a pressão arterial, a fazer um parto normal, a interpretar resultados dos mais correntes

testes de laboratório, a ler um eletrocardiograma, examinar uma chapa de torax, etc., necessitamos de uma base teórica de fundamentos que não se modificam simplesmente de uma geração para outra.

Devemos lembrar que a primeira grande síntese da nossa medicina científica, seu núcleo fisiopatológico, surgiu em meados do século XIX, na França, com Claude Bernard. Ao estudar o comportamento dos níveis de glicose no sangue e verificar a excreção urinária da mesma quando este nível ultrapassava certos limites, o fisiologista francês fez ilações geniais e enunciou o conceito da **constância do meio interno**. Temos um meio interno constante, mas vários fatores, internos ou externos, tendem a alterá-lo a todo o momento. Quando isto acontece, entra em jogo imediatamente um mecanismo de compensação para fazer voltar o meio interior ou interno ao seu estado de equilíbrio. Muitas vezes esta correção se dá sem que a percebamos, dizemos então que estão em jogo os mecanismos fisiológicos. Outras vezes, os mecanismos de ajuste levam à perturbações mais profundas, provocando o aparecimento de sinais e sintomas. Dizemos que estão em jogo os mecanismos patológicos, que nada mais são, na realidade, que mecanismos fisiológicos exagerados ou desregulados. A função do médico é entender estes mecanismos e tentar ajudar a natureza a corrigí-los ou no mínimo não vir a atrapalhar as forças naturais quando estas estão atuando.

Este é o fundamento básico da nossa medicina científica. Reconhecê-lo como tal é muito importante para a nossa aprendizagem, atitudes e práticas. Mas, o conhecimento mesmo básico, fundamental, se amplia, se renova. Assim, nos anos da década de 1930, o fisiologista americano Cannon, nos seus estudos sobre as glândulas adrenais, verificou que um hormônio, a adrenalina, era secretado, como que abruptamente, quando um animal de experiência era desafiado por uma situação de perigo eminente. Este hormônio acelerava os batimentos cardíacos, a gluconeogênese, o armazenamento de glicogênio nos músculos esqueléticos, a dilatação dos brônquios, o aumento dos movimentos respiratórios, o eriçamento dos pelos, preparando o animal para a luta ou para a fuga. Passado o perigo, tudo voltava gradualmente ao normal, ao estado de repouso. Cannon designou o estado de equilíbrio como **homeostáse**. A natureza procura sempre compensar as alterações da homeostase, compensação esta que pode ser suave, não percebida (fisiológica) ou tumultuada (patológica). O estado patológico ou de doença é pois, caracterizado como uma homeostase não compensada. Mais tarde, um experimentalista canadense, Hans Seyle,

estudando os hormônios da cortex adrenal, nos anos 50, enfatizou o papel dos corticóides nos mecanismos de modulação das respostas às agressões, o que se caracterizaria por uma reação de alarme, que, havendo falhas na compensação, originaria a **síndrome do stress**.

Esta pequena digressão serve para ilustrar o que se passa com a evolução, muitas vezes recorrente, dos conhecimentos médicos. A constância do meio interno de Claude Bernard, a homeostase de Cannon e a teoria do Stress de Seyle, todas concorrem na mesma direção. Os dados que vieram depois de Claude Bernard consolidaram e ampliaram os conhecimentos, mas não tornaram obsoleto o conceito sobre a constância do meio interno. Claude Bernard, Cannon ou Seyle não ficariam muito surpresos se hoje pudessem constatar que os maiores progressos surgidos desde então confirmam as linhas básicas do conceito das regulações ou modulações. O extraordinário desenvolvimento dos conhecimentos sobre o sistema imune, por exemplo, veio a mostrar que além do setor protetor (que deu origem ao nome do sistema), existe um outro, agressor (surpreendentemente revelado com a descoberta da anafilaxia), e um terceiro supressor e mesmo um estado mudo, de tolerância. A fina regulação diante, da resposta a antígeno(s), condicionada por uma base genética, pode se expressar com tipos e graus diferentes de manifestações clínico-patológicas. Mas, quanto mais penetramos até a intimidade das moléculas, o conceito se mostra universal. O desenvolvimento da biologia molecular veio nos mostrar que no interior dos cromossomos há genes estimuladores ao lado de outros que são supressores e que a fina regulação que existe entre eles, encerra não só os segredos sobre a origem do câncer, mas em última instância todas as nossas maneiras de responder aos estímulos ambientais, seja no compartimento físico ou no mental. Aliás, em relação à área neuropsíquica, grandes avanços estão a acontecer. Sem negar a influência ambiental, o desenvolvimento extraordinário das neurociências estão apontando para a importância da biologia, cada vez mais apoiando o aforisma de Pierre-Jean Georges Cabanis, enunciado em fins do século XIX: **o cérebro secreta pensamentos como o fígado secreta bile**.

O iniciante no cultivo da Medicina deve ter uma visão histórica do desenvolvimento dos nossos conhecimentos, uma noção do que é básico e duradouro e uma base para ancorar no mesmo o que é novo. Assim terá maior aptidão para entender e criticamente incorporar os novos dados. Um ensino que procura enfatizar o básico durante o curso médico, em mostrar

os dados bem comprovados, que passaram o teste no tempo, capacitará os jovens, dar-lhes-a régua e compasso, para incorporar progressivamente o novo, evitando a angústia que o bombardeio das novidades acarreta.

Uma vez estive expressando as idéias acima para um jovem colega e ele concluiu que o que é bom em medicina está mesmo nos livros antigos. Por favor, não me interpretem mal. Costumo recomendar aos jovens que leiam sempre em livros ou revistas recentes. Frequentemente ocorrem mudanças de nomenclatura, senão de ênfase para certos assuntos e mesmo para certos conceitos, que poderão levar o jovem, que lê as edições mais antigas, a dar a impressão de estar desatualizado senão no seu discurso, quando não na sua atuação prática. Mas, cabe ao professor enfatizar o básico. Se ao invés de uma simples leitura de atualização, o jovem tem o objetivo de se aprofundar num determinado assunto, então deve procurar as raízes do conhecimento e acompanhar a sua evolução histórico-científica, para depois chegar aos dados mais recentes. Desta maneira se libertará do fetiche das novidades e constatará que o seu conhecimento da ciência médica precisa de uma constante atualização, mas que a base onde ele se assenta é bem sólida e não sofre o propalado perigo de uma vertiginosa obsolescência.

Desejo a todos grandes sucessos na profissão que vão iniciar. Reforço o preceito que indica o nosso CREMEB: a necessidade de obediência às normas éticas, uma faceta básica da nossa profissão.

“A Vida é breve e a Arte longa; a ocasião é passageira; a experiência enganosa e o julgamento difícil; o médico deve respeitar a dignidade do ser humano e deve observar a inviolabilidade do segredo médico”. Estes preceitos fundamentais da ética médica foram enunciados por Hipócrates, que viveu na antiga Grécia entre 460 e 370 antes de Cristo. Hoje existem volumes escritos sobre ética médica. Novos problemas impõem novos desafios, aprimoramentos e desdobramentos, mas no juramento de Hipócrates, que todos fazemos ao colar o grau, está o essencial. Por isso a citação de Hipócrates vem a propósito para comprovar que, o que é básico e sólido na profissão médica, tem durabilidade e universalidade.

Ciência, uma atividade humana

Roberto Badaró

Este material é original e foi apresentado na Academia Bahiana de Medicina (27.08.2001) em Conferência Trilógica: Imagem, Som e Palavra, onde a Imagem, o Som e a Palavra foram usados para apresentar aos Acadêmicos a dimensão humana, o seu contexto na . Evolução das Espécies e a capacidade humana de criar ao longo dos tempos.

As imagens ilustraram a tônica dos conceitos, a música lhes faz uma viagem dos primeiros registros musicais até a música contemporânea e pós moderna, passando . evidentemente pelo Barroco e o Romantismo.

Nos anos 70, o conhecimento científico da Genética e Biologia Molecular não passavam de exercícios básicos para entendimento do Gene e o papel dessas moléculas guardadas em uma caixa preta chamada Genoma que controla a vida.

Não estavam disponíveis tecnologias capazes de entrar e desvendar a sua intimidade. Ameaçada a sua existência por essa terrível doença, a AIDS, o homem foi estimulado a criar e desenvolver tecnologias capazes de entender a intimidade da célula e quiçá desvendar o fenômeno da vida. Assim floresceu a Biologia Molecular que tanto nos encanta nos dias atuais.

O que lhes falarei hoje é o resultado de uma reflexão contínua sobre esta indagação: aonde nos conduzirá a ciência? “Penso, logo existo”! Ciência é, e sempre foi, a expressão da capacidade do ser humano de perguntar, investigar e criar pensamentos necessários para o benefício, à felicidade e a sua preservação ao seu tempo. Sócrates, o Santo e Mártir da . filosofia, em seu julgamento no ano 339 a.C., disse aos juízes: “*Se achais que um homem que tem algum valor deve gastar seu tempo pensando as perspectivas de*

Vida ou Morte, estais enganados "... *"Só há uma coisa a considerar quando se faz uma ação - É saber se está agindo correta ou erradamente."* (1)

Nos equivocamos sempre ao pensar, e muitas vezes agir, como se fazer ciência fosse uma atividade meramente tecnológica e a expressão do avanço do conhecimento e modernidade de uma sociedade. Também erramos ao assumir o topo da pirâmide da vida na revolucionária teoria Darwiniana da origem e evolução das espécies. A própria ciência, nos revela que não.

Chegamos a um dos conhecimentos mais ovacionados neste milênio que se inicia: o mapeamento do genoma humano.

Líderes políticos e cientistas de expressão, vez por outra afirmam: estamos próximos de chegar ao mais importante passo no avanço da ciência na História da Humanidade: o completo mapeamento do genoma humano.

Será que a escala de valores da evolução cósmica das leis universais permite à ciência tal mensuração?

Ao longo da história das ciências, sucessivos destronamentos da arrogância humana . têm sido verificados. No seu livro, *Full House*(2), o paleontologista Stephen Jay Gould recorda três incidentes mencionados por Freud no seu entendimento do Homem. Diz ele: *uma vez: pensamos que éramos o centro do universo, até que Nicolau Copérnico, Galileu e Newton . identificaram a terra como um minúsculo satélite marginal a uma grande.* Então, nos confortamos imaginando que Deus escolheu esse local periférico para criar o único organismo à sua imagem e semelhança, até Charles Darwin, na Teoria da Evolução da Espécie(3) e relegar-nos a um animal descendente de espécies primitivas, na sua magnífica e revolucionária teoria evolutiva das espécies.

Muitos cientistas historiadores, psicólogos, teólogos, antropólogos, paleontólogos, sociólogos, todos divergem entre si nas explicações para essa necessidade que temos de validar a nossa .a existência como uma previsível preferência cósmica. Será que se completará a revolução Darwiniana? Estamos evoluindo para o homem perfeito? São as nossas conquistas o resultado inequívoco da marcha para o ser mais evoluído do mundo cósmico?

(1) Platão, *Apologia* 286. E. Hamilton, H. Cairns (Ed.). Princeton University Press, 1961, p.14.

(2) Stephen J Gould; *Full House*. Three Rivers Press, 1996.

(3) Charles Darwin. *The Origin of Species*.

O Psicólogo Scott Peck⁽⁴⁾, no seu livro *The road less traveled*, publicado em 1978, traz um capítulo intitulado *O Milagre da Evolução*. Na visão de Peck a evolução resulta de uma milagrosa violação da segunda lei da termodinâmica. Diz ele: *A grande característica descoberta do processo físico da evolução é que: ela é um milagre*. Pelo que conhecemos das leis do universo o fenômeno evolutivo jamais deveria ocorrer ou sequer existir. A segunda lei da termodinâmica enuncia que a energia flui de estados altamente organizados para estados de menor organização. Em outras palavras, o universo está num processo de involução. Mas, Peck introduz o conceito de um empurrão milagroso na contra ordem natural do processo evolutivo e admite um processo de evolução da menor para a maior complexidade, diferenciação e organização. Assim vírus, bactéria, paramecium, esponja, inseto e peixe representam uma seqüência evolucionária. Stuart Kauffman⁽⁵⁾ em seu livro *At Home in the Universe*, argumenta que vivemos num mundo maravilhoso e biologicamente complexo. Moléculas de todas as variedades junta-se em uma dança metabólica para fazer uma célula. Células interagem com células para fazer um organismo; organismos interagem com organismos para formar um ecossistema, economias, sociedades. De onde essa grande arquitetura? Há mais de um século, a única teoria que a ciência oferece para explicar essa ordem biológica é a seleção natural. Como Darwin nos ensinou. Todavia, a seleção natural por si só não consegue explicar a diversidade evolutiva dos organismos mais simples comparado com aqueles mais complexos. Stuart Kauffman introduz o conceito de co-evolução, onde as espécies são fixas e só evoluem a interagirem umas com as outras. Por exemplo, as flores co-evoluem com os insetos que as polinizam e se alimentam do seu néctar.

E o homem? *Homo sapiens* originou-se mesmo do macaco?

Os criacionistas que admitem de algum modo a evolução - porque é impossível negá-la absolutamente - limitam-na à evolução interna das espécies. Cento e quarenta anos depois da publicação da origem das espécies, alguns princípios básicos da obra foram refinados, graças ao próprio desenvolvimento da ciência. Na cruzada antievolucionista, o conceito, diga-se de passagem antigo, de "Intelligent design", ressurge enfatizando a 2ª Lei da Termodinâmica. Sistemas irreduzivelmente complexos constituem

(4) Peck M Scott. 1978. *The Road Less Traveled*. New York. Simon & Schuster.

(5) Kauffman S. *At Home in the Universe*.

“sérios obstáculos à evolução Darwiniana. No Darwinismo cada passo na evolução de um sistema requer que ele seja funcional e adaptativo”. O Bioquímico Católico Michael Behe no seu livro *A Caixa Preta de Darwin* argumenta a teoria da “Complexidade Irredutível”⁽⁶⁾. Um sistema irredutivelmente complexo, explica, “é um sistema único composto de várias partes compatíveis, que interagem entre si e que contribuem para sua função básica. Se removermos uma das partes o sistema deixa de funcionar de forma eficiente. Um sistema de tal complexidade não pode ser produzido diretamente, isto é, pelo melhoramento contínuo da função inicial, mediante modificações leves e sucessivas de um sistema precursor. O teólogo William Paley do Século XVIII, creacionista por excelência, sustenta que os sistemas complexos é obra de um Criador⁽⁷⁾. Teilhard de Chardin⁽⁸⁾, define evolução como algo que transborda os limites da Biologia, envolve todo o desenrolar do universo, da matéria primitiva do Reino de Deus. Nessa cósmica visão mística tudo está ligado a tudo e converge em direção a Ele. Esse mais novo astro das conferências evolucionistas, o Bioquímico Michael Behe, iça uma nova bandeira criacionista, a do “Planejamento Inteligente”, sob o argumento de que alguns sistemas da natureza são demasiado complexos para terem surgido por evolução. Stephen Jay Gould propõe a teoria do equilíbrio pontuado, como se a Evolução ocorresse aos solavancos.

Os neodarwinistas e Richard Dawkins⁽⁹⁾, um dos novos autênticos representantes, definem evolução como sinônimo da modificação do Gene e sua seleção e perpetuação entre as espécies. Em outras palavras, só evoluímos quando os Genes mutam e se perpetuam.

Que bom saber o mapa do genoma humano, para também saber que os genes e seqüências de DNA daqueles primeiros homens que habitaram o Leste da África, e provavelmente migraram para todos os continentes antes da separação glacial há 100.000 anos atrás, têm a mesma capacidade genética que tem o homem hoje. Somos uma só espécie desde que existimos. Temos e sempre tivemos 23 pares de cromossomos, e coincidentemente 100.000 genes e bilhões de nucleotídeos, que re-arranjados nos faz parecer diferentes, pensar diferente. Mas, nunca superiores aos nossos ancestrais.

(6) *Darwin's Black Box* by Michael Behe, 1996.

(7) William Paley. *Natural Theology: Or, Evidences of the Existence and Attributes of the Deity, Collected from the Appearances of Nature*. Faulder, London, 1903.

(8) Teilhard Chardin, Pierre. *The Phenomenon of Man* (Harper Collin, San Francisco, 1980).

(9) Dawkins R: *The Selfish Gene*, Oxford University Press, 2nd edn 1989. 1976.

Definitivamente nunca fomos micróbios ou insetos que após milhões de anos ficaram de pé e se chamou, o Homem.

Será que a alma e corpo são duas coisas distintas? Como teorizou Descartes inaugurando o deslocamento fundamental do pensamento científico. “A alma pela qual sou o que sou é inteiramente distinto do corpo” (ATVI 31-3: CSMI 126-7).

O que é você? Provavelmente, responderia “*um ser humano*”. E um ser humano simplesmente não é algo incorpóreo, mas como escreveu Aristóteles um “*animal racional!*”.

Os evolucionistas e criacionistas pelo menos em algo concordam: a evolução Darwiniana ainda não está completa e só ocorrerá quando nós destruímos o pedestal da arrogância, e o plano da evolução da vida não for medido em termos de progresso das nossas conquistas sobre o corpo que nasceu apenas ontem nesta imensa árvore a Vida.

A inteligência característica do ser humano, ela em si não evolui: está sempre sob sua plenitude.

O ser humano através dos milênios não foi e nem é mais ou menos inteligente. É a inteligência que cria a realidade. O mundo não tem sentido não fora o ser humano. O próprio Genesis explica que o Senhor após criar o universo, criou o homem, pois sem ele não haveria . razão de ser.

Antes-depois-perto-longe-agora são criações da inteligência assim como a idéia de hora, dia, mês, ano, século, milênio, apenas servem para dar praticidade à compreensão. O *poema didático de Paulo Mendes Campos*⁽¹⁰⁾, no Domingo Azul no Mar ele recita:

“O mundo nasceu das necessidades “O caos ou Senhor”
Não filtraria no escuro um homem inconstante,
Que apenas palpitasse ao sopro da imaginação.
O Homem é um gesto que se faz ou não se faz...”

Ao inventar o arco e a flecha há milhões de anos atrás, o homem por certo comemorou, como estamos comemorando o mapeamento do genoma humano, a sua grande. invenção. Enfrentar as feras abatê-las e obter o agasalho e o alimento trazido pelo arco e flecha, trouxe benefício para milhares de seres humanos que habitavam e que habitam esta terra.

A prova mais eloqüente de que a inteligência no ser humano é imemorial e de que “o mundo nasce das necessidades: A RODA, que invenção!

Ao conceber a roda, o ser humano, seguramente, comemorou e, talvez pode ser menos pretensioso e vaidoso do que o homem do terceiro milênio, pode ter considerado um ato de rotina para atender às necessidades de então. A roda, porém, atravessa os tempo movendo as embarcações fenícias e fazendo girar as usinas que produzem energia. E a roda a base do timão que conduz as naus por mares bravios “nunca antes navegados”, viva Camões!

HERACLITO, filósofo pré-socrático, entre os anos de 340 e 480 a.c., observou que o mundo está impregnado de constantes opostos, raciocínio que influenciou vários pensadores, entre eles Marx na concepção da TESE, ANTÍTESE e SÍNTESE e estas se tomando em novas TESE e assim a evolução. - Entre outros aspectos anotava HERACLITO: “*Se nunca ficassemos doentes, não saberíamos o que significa a saúde*”. Não por acaso, a medicina é, seguramente, das mais antigas especulações da inteligência e assim os inventos são imemoriais e permanentes entre os cientistas.

A importância do ser para a existência da realidade foi e é a RAZÃO maior do pensar, pouco significando a época. – Vale registrar que, SÓCRATES (400 anos antes de Cristo) assim mais de vinte séculos antes de KANT, vivendo na Grécia, quando o mundo ocidental era mal ou não era oficialmente conhecido, já naquela época, em Atenas, pontificava que a FILOSOFIA - A CIÊNCIA DA VIDA - não existiria enquanto o ser humano não se conhecesse, daí a famosa máxima: KNOST SE AUTON - ou seja - “*CONHECE-TE A TI MESMO*”, o que só é possível através da RAZÃO. SARTRE, grande filósofo do século XX não foi mais inteligente do que o Gênio Grego ao conceber o EXISTENCIALISMO.

E assim, qualquer ramo do saber resulta da atividade inteligente do homem. Não devemos afirmar que a inteligência sofra mutações. Novas são as necessidades...

Deste modo, não há que se imaginar quem foi mais inteligente e conhecedor da alma humana. Se SÓFOCLES (495 a 406 a.C.) com as tragédias: “*ÉDIPO REI* e *ELECTRA*”, ou se SHAKESPEARE com o “*HAMLET*” ou “*MACBETH*”; ou ainda se foi BERTOLD BRECHT com “*MÃE CORAGEM*” ou “*GALILEO GALILEI*”.

Da mesma maneira, são igualmente fantásticas “*ODISSÉIA*” escrita por HOMERO (século IX a.C.) como também “*A DIVINA COMEDIA*” de DANTE (século XV a.C.) ou ainda o “*CANTO GENERAL*” de PABLO NERUDA, o grande poeta do século XX, Prêmio Nobel de Literatura. Sim, não obstante os séculos que a separa, todas são fantásticas.

O Teorema de Pitágoras (500 a.C.) é tão importante para a humanidade quanto a “TEORIA DA RELATIVIDADE” elaborado vinte e cinco séculos depois.

A inteligência sintetizou a grandiosidade da música em sete notas como estruturou também as sete cores.

Olhando a história da música, temos a sensação que chegamos ao topo do conhecimento completo. No século XVI e XVII, a música foi tão além do seu tempo que ainda hoje ela é tão atual quanto as recombinações que hoje fazemos. Não foi sem razão que Beethoven e Van Gogh expressaram a sua arte ao longo do tempo com a expressão “*O futuro nos defenderá*”. Beethoven disse a um músico conservador da época que criticou o seu Quarteto de Razoumovsky com a expressão: *Pode esse quarteto ser definido como música?* Respondeu-lhe Beethoven. “*Ele não foi feito para vocês, mas para o futuro*”. O vírus germânico que entre 1685 (nascimento de Bach e Handel e 1828 a morte de Schubert) no pequeno mundo de língua germânica, nos presenteou com Bach, Handel, Haydn, Mozart, Beethoven e Schubert, para não mencionar outros menos famosos. Quem são seus substitutos hoje? Entre milhares de músicos que se seguiram ao final do último milênio jamais poderemos comparar com eles? Serão os roqueiros, jazzistas ou o vírus germânico já foi extinto da humanidade?

Teria o homem do passado necessidade de exercitar sua criatividade para descobrir o genoma humano? Alguém há de dizer? Mas eles não eram geneticamente evoluídos o bastante para pensar em tal descoberta! Como nos enganamos com os exercícios e estudos da palenteologia classificando os homens e seus precursores em escalas maiores e menores. O mapa do genoma que já se finda diz que não.

O que fez a ciência dos nossos antepassados, dos nossos ancestrais? Provavelmente, nada diferente do que faz a ciência hoje! A história da humanidade está repleta de contínuos exemplos durante os milhares de anos de sua existência, da sua indiscutível capacidade de sobrevivência e seleção entre as espécies dos mais aptos para preservar os mais capazes entre as suas espécies. Esta lei de sobrevivência das espécies existe mesmo antes de nossa existência. Então, onde progredimos? Se geneticamente, não o foi! Contra argumentam os modernistas: temos mais comodidades e bens do que os nossos antepassados e inventamos as coisas mais rápidas.

E enfatizam: o homem levou 5000 anos para inventar a roda e em apenas poucas décadas voou e chegou à lua. Viajava meses e anos para chegar nos

lugares que hoje em poucas horas chegamos. Aqueles homens acreditavam primeiro nos espíritos e forças sobrenaturais que governavam as leis físicas e os métodos científicos. O progresso dependia da vontade divina! Por que nos equivocamos tanto? A roda muito provavelmente não foi inventada antes dos 5000 anos porque certamente não era necessário; não porque eles eram menos inteligentes ou geneticamente incapazes.

Os índios selvagens, sem contatos com nossa civilização, ainda hoje utilizam os animais e cestos no dorso dos cavalos para transportar seus alimentos e materiais, porque a roda de nada lhes serve. Roda num ambiente íngreme e acidentado onde vivem ainda impenetráveis, porém, seguro da nossa civilização, não tem utilidade para eles. Ouvi estupefato a tragédia dos índios Araueté no Xingu que estavam sendo exterminados pela catapora em Altamira no Pará alguns anos atrás, porque tiveram contato recente com os brancos. E estes disseram piedosamente: vamos vaciná-los a todos. A vacina já está disponível.

Seria mesmo necessário?

Os aviões também não foram antes inventados por serem absolutamente desnecessários àqueles que não sentiram a necessidade de voar. Os homens viviam mais contidos no seu ambiente onde o alimento e a proteção estavam ao seu alcance. Ao atribuímos a Leonardo da Vinci a inspiração do avião ao observar os pássaros voarem, aos irmãos Wrights que inventaram a bicicleta e a Santos Dumont que os uniu e fez o aeroplano, devemos encontrar, mais do que a simples genialidade do homem. Mas sim, a motivação que deve ter lhes despertado a criar algo para servir a uma necessidade da humanidade ao seu tempo. Mesmo que uma invenção tenha o egoísmo da que fez os alemães a buscar a criação de bombas e mísseis para molestar e dominar os ingleses. Há de haver nela uma atividade humana.

Ciência, sempre foi e sempre será um processo de primeiro, acreditarmos no nosso potencial de poder criar as coisas que satisfarão as nossas necessidades. Aí então, usamos a nossa genética (a mesma que sempre existiu) e depois, Criamos.

Ciência é uma atividade meramente humana. *Penso, logo existo*. Nesta lição de René Descartes. No Discurso Sobre o Método⁽¹¹⁾, século XVI, nos ensina que nenhum objeto de pensamento resiste a dúvida. Mas o próprio ato de duvidar é indubitável. Para Descartes, o pai da nossa ciência, Deus

(11) René Descartes. *Discourse on Method*, 1637.

criou o mundo instante por instante. O tempo é descontínuo e a natureza não tem nenhum poder próprio. Diz Kant⁽¹²⁾ que as leis da natureza só são o que são a cada momento, em vista da vontade do Criador. É importante compreender que essa transcendência radical de Deus possui duas conseqüências fundamentais: livre arbítrio humano e independência das ciências. O que faz criar? Ciência é primeiro uma crença, depois um investimento na humanidade. Portanto, se a ciência sempre teve a mesma criatividade e intensidade ao longo dos séculos e milênios da nossa existência, porque os historiadores sugerem então que estamos progredindo?

A resposta a esta questão pode nos conduzir a grandes equívoco. Os historiadores propõem, ou subconscientemente precisam mostrar, que a sociedade atual tem se beneficiado do seu passado. Essa é a principal razão porque escrevemos, porque historiamos.

Winston Churchil incerto do que os seus historiadores escreveriam acerca da História da Guerra Mundial, da qual foi um dos líderes, exclamava: aqueles que fazem a história, acreditam que o que estão fazendo é algo importante para a humanidade, porém somente os historiadores farão esta decisão. Por isso, escreverei a minha própria história.

Assim, meus amigos, devemos suspeitar das histórias que dizem que estamos melhorando, evoluindo ao longo da nossa existência. Se nossa criatividade nos primórdios foi diferente e de aparência ultrapassada e arcaica comparada aos bens e valores que temos hoje, resta-nos uma indagação. Seríamos nós geneticamente superiores ao que fomos e assim não somos por causa das influências culturais, econômicas e religiosas do nosso tempo? Sabemos bem que a maioria dos chamados avanços da ciência ocorreram em grande parte durante as guerras, agressões e por necessidade de defesa do homem (inclua-se as dinamites, os mísseis e a bomba atômica). Por outro lado, também sabemos que o processo de criatividade do homem é bloqueado pelo momento cultural que ele vive. No seu livro *O Físico*, Noah Gordon⁽¹³⁾ afirma que métodos diagnósticos e intervenções médicas foram impedidos de ser usados . durante 1000 anos pela crença de que a alteração do corpo e da alma era uma atividade divina e só Deus tinha o direito de alterá-la. A prova disto está nos manuscritos de 600 anos antes de Cristo, com a documentação da prática, pelos Persas, da Medicina com todos os requisitos

(12) Immanuel Kant. *The Critic of the Pure Reason*. 1781.

(13) Noah Gordon. *O físico*. Ed. Rocco. 1988.

e pré-requisitos acadêmicos que temos hoje. Parece paradoxal a influência econômica e cultural no substrato básico da ciência que é a crença e a necessidade do existir. Mas a verdade, essas influências culturais continuam ainda hoje, apesar de dispormos de elevada tecnologia para rapidamente saciar a fome da maioria dos 6 bilhões de pessoas que habitam a terra. Para responder aos desastres da globalização com os constantes e eficientes métodos que impiedosamente controlam o acesso ao alimento, programas de saúde e habitação que flagela o mundo subdesenvolvido, a serviço da hegemonia e supremacia do Capital, do Econômico.

Aonde quer chegar o Homem?

Pateticamente, há um mês atrás as Nações Unidas, a FAO, o Fundo Monetário, Organização Mundial da Saúde e o Banco Mundial decidiram enviar computadores aos países pobres como parte de uma solução científica para responder a constante indagação: como ajudar a resolver o problema da fome, habitação e saúde dos povos do chamado terceiro mundo? Será que a solução reside nessa artificial maneira de saber que traz computadores ou simplesmente no impedimento de pensar que virá junto com as máquinas maravilhosas que são esses novos monstros de chips, hardware e software! Certamente, o mundo dos necessitados precisam mais das vacinas que não são desenvolvidas pelo desinteresse dos poderosos (a exemplo da vacina contra Rotavírus pronta e que pode evitar a morte de milhares de crianças, mas está bloqueado o seu desenvolvimento porque não é problema para os mais ricos, e muitas outras coisas que de certo tem maior serventia do que os computadores).

Está claro, muito claro, quão errônea é a noção que muitos têm de que a ciência é um processo exclusivamente material e aplicado que não sofre a influência da alma e da crença religiosa do homem, ao seu tempo.

Iludem-se aqueles que não a vivenciam e pensam que fazer ciência é uma atividade dirigida por um grupo de céticos que não creem no que transcende a matéria. A ciência tem mais a ver com crença nos mistérios e força da natureza do que na pouca percepção de divindade dos pregadores bíblicos e praticantes de seitas religiosas.

A impressão que tenho é de que necessitamos reinventar o sagrado. Na última glaciação 10 mil anos atrás, o gelo derreteu-se e reformou-se nos dois pólos .

A cultura que surgiu e mais tarde reconhecemos no Sul da França como a cultura Madaleniana, Período Paleolítico, são figuras vistas nas cavernas

que nos dão conta da atividade do Homem. O Bisão e o Veado impresso na parede das cavernas expressam o senso harmônico da humanidade com reverência e inspiração para a natureza. Não há imagens de violência além das imagens da caça. Uma pintura de dois Antílopes reproduzindo-se, por certo observados com respeito a sua procriação enfatiza o sagrado respeito à vida.

Espero que a maravilhosa revelação do genoma humano sirva para redimensionar o homem no Universo, humanizá-lo e criar maneiras de ao manipularmos genes possamos quebrar as barreiras entre os povos, acabar com a desunião entre irmão e irmã, recomeçar as nossas crenças religiosas, para nos fazermos menos juízes e mais homens à semelhança do nosso Deus e que possam dizer olhando o gene no microscópio, de nada sei, se não experimento e deixo que outros também o façam.

Algum dia quando nossos netos e bisnetos nos indagarem: vovô, vovó; eu ouvi minha mãe dizer que o senhor viveu antes da invenção do computador! Como vocês conseguiram viver sem ele? Sua vida deve ter sido muito difícil!

Como essa invenção que explora o Bill Gates (*The Road Ahead*)⁽¹⁴⁾ teria afetado a sua vida?

A resposta simples será: nós temos saudades do nosso tempo, fomos felizes ouvindo nossas músicas, ensinando a seus pais as primeiras letras, a caminhar e o aprender a viver. A arte, a literatura, o amor, a família e a crença nas pessoas e no bem que chamamos de humanidade bem como a capacidade na criatividade científica como expressão do real desejo de ser, nos fez sobreviver tão bem e tão feliz quanto vocês o são hoje. Porque: simplesmente, tínhamos esperanças.

(14) Bill Gates. *The Road Ahead*. Ed. Peguin - USA.1996.

Gerontologia e geriatria: *considerações*

Ruy Machado da Silva

As preocupações do homem com o envelhecer ocorrem em toda a sua existência. As referências sobre o envelhecimento e suas conseqüências constam de publicações nas civilizações antigas, a exemplo do Egito, da Grécia, de Roma, da China e de outros locais. Vale assinalar, de imediato, os aspectos negativos quando se encara o envelhecimento. A primeira referência foi feita por Ptah-Hotep, no Egito, há 2.500 anos a.C., segundo Gomes⁽²⁾ merece uma breve leitura: “quão penoso é o fim de um ancião. Vai dia a dia enfraquecendo. A vista baixa, os ouvidos se tornam surdos, a força declina, o corpo não encontra repouso. A boca se torna silenciosa e já não fala. A velhice é a pior desgraça que pode acontecer no homem.”

Cícero⁽¹⁾, grande pensador romano, apontava, em seu livro, “Da Velhice e da Amizade”, quatro razões para que a ancianidade se caracterize como um tempo infeliz: primeiro, afasta o ser humano do trabalho ativo; segundo, debilita seu corpo; terceiro, priva-o de quase todos os prazeres físicos e quarto, deixa-o mais perto da morte.

Não é sem razão que as injeções de testículos pesquisadas por Brow Seguard, à procura do elixir da juventude, e a geroconomia (crença de que o homem idoso absorve virtudes e juventude no convívio com mulheres jovens e sua conseqüente prática) buscavam neutralizar a irreversibilidade de tão complexo processo. Não mudaram, como se pode constatar, as concepções sobre o envelhecimento e a velhice no período medieval. Em pleno século XVI, surgem publicações voltadas a aspectos literários, nas quais conselhos e interpretações pessoais, sem respaldo científico, são a regra.

A partir do início do século XX, surge a palavra Gerontologia. Em 1903, Elie Metchnikoff, pesquisador russo, introduz o termo, que procede do grego “geron” (homem velho) + “logia” (estudo de). No entender de Hayflick⁽³⁾, estudioso do processo de envelhecimento, o significado da palavra amplia-se, passando a envolver o envelhecimento de todos os seres vivos e não somente do ponto de vista biológico (Biogerontologia), mas também dos aspectos psicológicos e sociológico de tão complexo processo.

Em 1938, os russos organizam, em Kiew, a primeira conferência internacional sobre envelhecimento, surgindo, a seguir, nos Estados Unidos da América do Norte, um livro de grande expressão científica, intitulado “Problems of aging”. É ainda Hayflick⁽³⁾ que aponta o nascimento do Clube de Gerontologia, dando origem à Sociedade Gerontológica dos Estados Unidos, tendo como lema: “Acrescentar vida aos anos e não apenas anos à vida”.

Em 1956, foi fundado o Instituto de Gerontologia Experimental na Suíça, do qual resultou um grande feito científico: a criação de uma colônia de 2.000 ratos em processo de envelhecimento, o que permitiu estudar, com bases científicas, o envelhecimento de animais.

Seguem-se conferências nacionais e internacionais sobre envelhecimento nos Estados Unidos, salientando-se as realizadas na Casa Branca, em 1961, 1971, 1981. Em 1974, inaugura-se, no mesmo país, o Instituto Nacional de Envelhecimento e, na Europa, a Eurage, com o objetivo de coordenar as pesquisas sobre tão importante tema nos países europeus, culminando, em 1982, em Viena, com a Assembléia Mundial sobre Envelhecimento organizada pela O.N.U. Seguem-se outras conferências.

O rápido esboço histórico da Gerontologia mostra que o seu *status* científico é adquirido no século XX, através dos institutos de pesquisa que surgem em diversos países do mundo, com ênfase em Biogerontologia.

Se é verdade que as determinações físicas com repercussões clínicas são devidamente explicáveis no curso do envelhecimento biológico, o mecanismo íntimo de tão intrincado processo desafia os pesquisadores de todo o mundo. Já se disse que as causas do envelhecimento são tantas quanto o número de gerontólogos.

Estão aí diversas teorias, representadas pelas alterações das macromoléculas (erro na síntese protéica, no *turnover* das proteínas, danos no D.N.A.), tais como a teoria dos radicais livres; a do *pace-maker* (relógio biológico); a genética; a imunológica e outras de menor consistência científica.

Sem negar a relevância da visão biogerontológica, a fim de esclarecer o mecanismo íntimo do envelhecimento, há de se levar em consideração problemas de natureza econômica, ambiental, social e cultural que desempenham importantes papéis no envelhecer do homem e das populações. Acreditam Neto e Ponte⁽⁶⁾ que “aceitar, como assim desejam os biogerontologistas, que o envelhecimento seja caracterizado pela incapacidade de manter o equilíbrio homeostático sob condições de sobrecarga funcional, acarretando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levar o idoso à morte, é satisfazer-se com apenas uma meia verdade”.

E o que dizer sobre a Geriatria?

Nenhum geriatra discorda de que a palavra Geriatria tenha sido criada pelo médico norte-americano, Inaz L. Nascher, quando, em visita a uma casa de idosos em Viena, impressionado com a longevidade e o excelente estado de saúde dos internados e questionando sobre isso, responderam-lhe: — “É porque tratamos os pacientes idosos como os pediatras tratam as crianças”. Em analogia com a Pediatria, resolveu criar o termo Geriatria. Surge, assim, em 1909, tão importante área de conhecimento no âmbito da Medicina. Etimologicamente, procede do grego “geron” (velhice) + “iatros” (médico). A seguir, o mesmo estudioso publica o livro “Geriatrics – the disease of old age and their treatment”. A partir de então, cresce a Geriatria em bases científicas, sendo, atualmente, entendida como um ramo da Medicina que se propõe a cuidar dos aspectos clínicos, preventivos e de reabilitação, importantes na manutenção da saúde do paciente idoso (pessoa a partir de 60 anos, nos países subdesenvolvidos, e a partir de 65 anos, nas áreas desenvolvidas, segundo conceito da O.M.S.), bem como de suas doenças e incapacidades.

De imediato, cabe distinguir os aspectos biológicos do envelhecimento (Biogerontologia) daqueles decorrentes dos aspectos médicos. Os primeiros exprimem um processo fisiológico, designado eugérico, “um estado natural das coisas”, enquanto os segundos expressam as enfermidades, as anormalidades, as patologias. Insiste Hayflick⁽³⁾, com a competência de um expressivo gerontólogo: “a distinção é crucial”. De sua parte, acentuam Kane e Ouslander⁽⁴⁾ que desejam evitar ambos, rejeitando a patologia tratável como simplesmente um resultado da idade e olhando o processo natural de envelhecimento como se fosse uma doença.

De outra parte, há os que estão — inclusive este articulista — plenamente convictos da estreita relação entre envelhecimento e doença, o que, na prática geriátrica, marca de peculiaridades e de singularidades o idoso doente.

A freqüência de polipatologias crônico-degenerativas, geralmente, nunca menos de duas, associadas ao processo biológico de envelhecimento, constituem o que se designa, segundo Perlado⁽⁷⁾, “Situação de enfermidade”, a exprimir as conseqüências derivadas da precária situação de equilíbrio em que vive o ancião.

A concepção de “Situação de enfermidade” parece de extrema importância, posto que conduz, de imediato, a um aprofundamento da íntima relação do processo biológico de envelhecimento x doença, a que se aliam variantes psicossociais, conferindo à Geriatria complexidades e dificuldades no seu exercício. Tal peculiaridade, na prática geriátrica, deveria servir à meditação dos que acreditam que a Geriatria se resume ao exercício da clínica médica no idoso. Não de se convencer os internistas de que as unidades dos serviços geriátricos, no ambiente hospitalar, crescem em importância pela complexidade de um idoso doente e não simplesmente por ser ele portador de doença crônica.

No Brasil, a Geriatria tem seu maior desenvolvimento no Rio Grande do Sul, através do Instituto de Gerontologia e Geriatria da PUC, o qual desenvolve linhas de pesquisa em Biogerontologia, formação de especialistas em Geriatria para toda América Latina. Segue-se São Paulo, com ênfase na Geriatria Clínica e com vários serviços, desenvolvendo a designada Gerontologia Social, sob a responsabilidade de uma ampla equipe multidisciplinar, composta de juristas, sociólogos, psicólogos, administradores, políticos, assistentes sociais, religiosos, que buscam um entendimento mais amplo das determinações econômicas, políticas, sociais, ambientais e outras, que interferem no difícil e intrincado — por que não dizer — fascinante problema do envelhecer.

A Bahia conta, atualmente, com a Sociedade Baiana de Geriatria e Gerontologia, filiada à S.B.G.G. (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia), com vistas à divulgação de ambas as áreas de conhecimento, em sessões mensais, na Associação Baiana de Medicina, além de jornadas a cada três anos. Como referência, são contemplados a Geriatria do Hospital Santo Antônio, o serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas (UFBA) e, recentemente, o CREASI (Centro de Reabilitação e Assistência ao Idoso).

Diversos cursos com ênfase na Gerontologia Social têm sido ministrados

pela Universidade Católica de Salvador e pela Escola de Enfermagem da UFBA.

Enfim, para concluir essas considerações, cabe algumas palavras sobre a Geriatria Acadêmica na Bahia. Em que pese o esforço que realizamos para criação de área ambulatorial dedicada especificamente ao tratamento de idosos, doentes e carentes, bem mais difícil se tornou a criação da disciplina optativa nos currículos da Faculdade de Medicina, após reiteradas justificativas ao colegiado de curso dessa faculdade, o qual, felizmente, compreendeu a necessidade de criação da referida disciplina. Assim, alunos da UFBA e da Escola Baiana de Medicina já se mostram bem interessados e motivados para o aprendizado de atitudes e de comportamentos em relação ao ancião enfermo.

No atinente à produção de conhecimento, convém registrar a publicação do livro “A terceira idade e suas dimensões”, sob a responsabilidade deste articulista e da Prof^a. Marilene Baqueiro, com prefácio do então Diretor da Faculdade de Medicina, professor e acadêmico Thomaz Cruz. No ano 2000, a professora Elvira Quadro Cortes defendeu tese inédita no país, versando sobre o tema: Hipertensão Arterial em Idosos — Estudo de resistência à insulina e da microalbuminúria.

Essas são as considerações julgadas oportunas a propósito das origens e dos fundamentos da Geriatria.

Referências Bibliográficas

- (1) CÍCERO, M. Da Velhice e da Amizade. Introdução e comentários, notas e tradução direta do Latim por Orpheu Spalding. São Paulo: Cultrix, 1964. p. 54.
- (2) GOMES, F. Introdução ao estudo da Geriatria e Gerontologia. Manual de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro : Editora Brasileira de Medicina, 1985. p. 3-7.
- (3) HAYFLICK, L. Uma breve história da Biogerontologia moderna. Como e por que envelhecemos. Rio de Janeiro: Campos, 1996. p. 26-29.
- (4) KENE, L. e OUSLANDER, C. Implicações clínicas no processo de envelhecimento. O essencial em clínica geriátrica. Organização Andréa. Barcelona: Editora Barcelona, 1985. p. 15-8.
- (5) MORAGAS, R. Interesse pela Velhice? Gerontologia Social. Barcelona: Herdes, 1991. p. 21-3.
- (6) NETO e PONTE. Envelhecimento: desafio na transição do século. Gerontologia. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 3-12.
- (7) PERLADO, F. Geriatria: definição e funciones em teoria e prática da Geriatria. Madrid: Ediciones Diaz de Santos, 1995. p. 1-14.

A criação do conhecimento na universidade

Zilton A. Andrade

A Universidade é uma Instituição destinada a gerar e a disseminar o conhecimento. Esta função diferenciada e nobre tem que ser executada por todos os seus integrantes, professores e alunos.

Estamos vivendo a era da Ciência. O extraordinário progresso, atingido nos dias de hoje, criou uma confiança e um respeito pela Ciência nunca dantes registrado, muito embora ainda exista o medo latente e secular contra os indivíduos “que querem brincar de Deus” e ainda se encontrem muitos cultores de várias formas de obscurantismo. Por outro lado, sabemos que não há, ainda, na nossa universidade, professores pesquisadores em número suficiente para suprir as necessidades. Mas, é no âmbito da universidade onde está a motivação maior para a criação do conhecimento e, portanto, as condições para formar pesquisadores. No entanto, no que pese o extraordinário progresso trazido pela pós-graduação entre nós, ainda há relativamente pouca atividade de pesquisa nas nossas universidades. O saudoso pesquisador brasileiro Samuel Pessoa dizia que a universidade deve ser uma comunidade de pesquisadores. E acrescentava, se não temos pesquisadores suficientes, compete à universidade formá-los. Há muitos que gostariam de argumentar que a tarefa fundamental da universidade é a de utilizar o extenso cabedal de conhecimento já existente para preparar profissionais para servir à Sociedade; para capacitá-los a integrar os quadros dirigentes da nação, seja na esfera municipal, estadual ou federal; para cuidar dos enfermos e da saúde das populações; para interpretar e fazer as leis; para planejar e construir edificações e estradas; para criar e interpretar as

obras de arte em geral, e assim por diante. Evidente que estes elevados objetivos não estão em contradição com a necessidade de se fomentar a produção do conhecimento. Pelo contrário, a exposição dos estudantes às atividades de pesquisa faz com que as finalidades acima referidas sejam alcançadas com maior eficiência e entusiasmo.

Ainda existem indivíduos na universidade que sinceramente acreditam que a tarefa de produzir conhecimento seja mais um “hobby” de alguns professores, que, não tendo capacidade de competição para se inserir no mercado de trabalho (entenda-se, para ganhar dinheiro), acabaram se contentando com o magro salário de professor universitário. Assim tiveram uma sobra de tempo suficiente para se dedicar à pesquisa. Esta maneira equivocada de encarar o problema não é simplória ou frívola como pode parecer, mas tem raízes históricas. É este tema que pretendo analisar aqui, da maneira mais simples possível, para me desincumbir do honroso e gentil convite recebido e para enviar uma mensagem de otimismo aos jovens que aqui compareceram e que vão ter a paciência de me ouvir.

Historicamente, as universidades surgiram quando da transição da Idade Média para os Tempos Modernos na Europa, precedendo e influenciando a eclosão do Renascimento, que procurava colocar o homem no centro de todas as questões. Eram formadas por grupamentos de indivíduos, geralmente de diversas nacionalidades, que cultivavam a arte grega e a filosofia. Os bispos e padres, como os homens mais cultos da época, davam às universidades nascentes um cunho essencialmente teocrático. As Universidades se desenvolveram com a fome de saber do Renascimento. Seus componentes ganharam prestígio crescente, sendo venerados como homens cultos, dotados de um saber profundo. A ciência existente, como a criada por Leonardo da Vinci, por exemplo, não tinha penetração no ambiente universitário de então. Mas, esta indiferença, por vezes até tornada em rivalidade e intolerância, persistiu por muito tempo ainda. Isto não impedia de todo certas manifestações científicas dentro do ambiente universitário, como aconteceu com William Harvey, na Inglaterra, que veio a publicar o seu famoso livro sobre a circulação do sangue em 1651. Todavia, nesta obra científica extraordinária, ele ainda se mostrou sob a influência das teorias teocráticas ao concluir que a revolução, por que passava o sangue humano nas veias e nas artérias, refletia como que o microcosmos da grande revolução dos corpos celestes, unificando assim os sinais da presença divina.

A história do ensino da medicina também nos dá um exemplo da

dissociação que existiu no passado entre teoria e prática, entre empirismo e ciência no âmbito da universidade. Embora a prática de curar tenha profundas raízes na magia e nos encantamentos, desde os tempos de Hipócrates, na antiga Grécia, no quinto século antes de Cristo, o ensino da Medicina era baseado na observação e na racionalização. No decorrer da Idade Média, principalmente por iniciativa dos cristãos, os doentes eram levados para locais especiais (os Hospitais), para serem cuidados. Os médicos se formavam nestes locais, observando a evolução dos doentes e usando a experiência adquirida para tratar outros doentes. Com o surgimento das universidades o ensino da Medicina passou a ser feito nas mesmas. Os médicos práticos mais destacados foram tirados de dentro dos hospitais para as cátedras universitárias. Eles se tornaram importantes e solenes, enquanto o ensino, antes prático, passou a se concentrar nas teorias sobre a origem das doenças. Este ensino discursivo se prolongou na Europa até o início do século XIX e, entre nós, por muito mais tempo. Mas, o impacto das descobertas da máquina a vapor, dos avanços da era microbiana, do advento dos grandes conceitos sobre a evolução, relatividade, quantum, psicoanálise, etc. veio impor uma maior objetividade aos estudos, ao tempo que o progresso se acelerava.

Devemos lembrar que as universidades na América Latina se implantaram copiando o clássico modelo das matrizes europeias. O Brasil foi um dos mais atrasados neste particular. Os espanhóis criaram esboços de universidades no Peru e na América Central, ainda nos tempos coloniais, mas foi após a independência política que elas foram surgindo nos novos países latino-americanos. A de Buenos Aires foi fundada em 1821, um ano antes da independência política do Brasil, e a maioria das outras daí até 1833. No Brasil, entretanto, a primeira universidade, a do Rio de Janeiro, só foi inaugurada em 1921. Por incrível que possa parecer, a motivação para que fosse criada uma universidade entre nós surgiu primariamente da necessidade de se dar um título de doutor *honoris causa* ao rei da Bélgica que então nos visitava. Para tal era preciso existir uma universidade. A Universidade Federal da Bahia é de 1942 e foi inaugurada em plena época da Segunda Grande Guerra, surgida de um ajuntamento de escolas isoladas então existentes. Temos que nos contentar todavia, pois embora tivéssemos entrado atrasados na área das universidades, fizemos uma caminhada impressionante até os dias atuais. Mas, temos que conseguir ainda mais. Embora alguns raros indivíduos tenham, mesmo nas escolas isoladas, se

dedicado à pesquisa científica esta atividade não era cogitada como parte integrante da nossa Universidade. Não havia, até época bem recente, qualquer previsão orçamentária diretamente vinculada à atividade de pesquisa no orçamento da Universidade Federal da Bahia.

Permitam-me que fique na minha área - a Medicina - para ilustrar o fato de que nem sempre a pesquisa científica e a universidade estiveram juntas. Embora possamos ficar profundamente impressionados com a precisão de certas observações feitas por médicos da antiguidade clássica, como as deixadas por Hipócrates, Galeno, Celso, etc. a associação da ciência com a Medicina é relativamente recente.

Além da sua forte associação com a magia e os encantamentos, muitas noções médicas existiam simplesmente porque alguma autoridade, certamente universitária, havia dito que eram verdadeiras. Em decorrência de tais ensinamentos ou crenças, as sangrias, os purgativos eram aplicados aos doentes, principalmente aos mais graves, sob a justificativa de que faziam bem, sem que ninguém tivesse jamais demonstrado que isso era verdade. As mulheres que apresentassem vômitos em jato, agitação psicomotora, movimentos oculares desordenados, que sabemos são manifestações de várias afecções que envolvem o sistema nervoso central, eram diagnosticadas como bruxas e muitas delas acabavam queimadas nas fogueiras. Se um menino nascia com um dedo a mais ou qualquer órgão supranumerário, se dizia que havia sido gerado com excesso de esperma. Se, ao contrário, lhe faltasse uma parte qualquer do corpo, era um sinal de insuficiência de esperma. Em Edinburgo, quase no início do século XIX, há o registro de um processo que resultou na condenação de um médico porque o mesmo deixou de prescrever uma sangria para um paciente que veio a falecer de tiflitis, termo com que se designava então a apendicite aguda.

A partir do século que viu o descobrimento do Brasil, pouco a pouco surgiram na Europa indivíduos com a idéia de procurar comprovar, na prática e nos experimentos, a interpretação lógica dos fenômenos naturais. Esta nova mentalidade foi sintetizada magistralmente no livro do filósofo francês René Descartes, intitulado *Discurso sobre o Método*, publicado em 1636. Foi também impulsionada pela criação, em 1645, da Real Sociedade Científica, de Londres, que existe até hoje. Esta Sociedade, que veio a abrigar no seu início a Newton, Boyle, Francis Bacon, etc. começou com reuniões de pessoas interessadas em ciência, simplesmente para conversar, trocar idéias sobre a interpretação natural de fatos observados. Conta-se que na

primeira sessão uma afirmativa muito comum foi testada pelo método científico. Dizia-se então que um peru colocado dentro de um círculo de giz, daí não conseguiria sair. Ainda hoje pode se ouvir a expressão de que uma determinada pessoa está dentro de um círculo de giz, querendo significar alguém aprisionado por um problema simples. Pois bem, os membros da Real Sociedade resolveram carregar um peru até a sala de reunião, lá traçaram no chão um círculo de giz, colocaram a ave no seu centro e ficaram em volta silenciosos, olhos atentos, para ver o que iria acontecer. Depois de alguns segundos, o peru simplesmente saiu de dentro da área delimitada. Como manda a boa técnica, a experiência foi repetida, mas tantas vezes lá fosse ele colocado, tantas saía. Todos ficaram sabendo que derrubaram um mito, mas também demonstraram de uma maneira singela e didática, um princípio básico em Ciência: tudo que se afirma como verdade, precisa passar pelo teste da comprovação.

Foi ficando cada vez mais frequente os médicos passarem a relatar suas experiências, descrevendo doenças desconhecidas, novos métodos de tratamento, manifestações fora do comum de algumas doenças, discutindo suas prováveis causas. Os melhores relatos tentavam ficar dentro dos postulados de Descartes, isto é, dividir um problema complexo nas suas partes mais simples, atacar uma destas partes de cada vez, fazendo observação cuidadosa, com testes para comprovar ou negar as suposições levantadas (o que hoje chamaríamos **controles**), mas sempre procurando causas naturais, fugindo das explicações sobrenaturais. Assim sendo, os médicos passaram a se confundir com os cientistas. A associação da prática médica com a metodologia científica estimulou, enriqueceu e tornou muito mais eficiente o exercício da Medicina.

Ler um determinado assunto em vários livros e revistas e depois fazer uma apreciação geral do problema, não se constitui, de fato, em uma pesquisa científica, por mais que um indivíduo possa fazer uma boa análise crítica, original ou independente. Tal atividade, que é fundamental em Filosofia, é também estimulada nos bons cursos de formação, inclusive desde a escola primária, não deve ser confundida com a verdadeira pesquisa científica. Na realidade, ela se constitui numa parte integrante e importante da pesquisa, a chamada pesquisa bibliográfica, pois quem investiga um assunto deve estar a par de tudo que foi escrito sobre o mesmo, mas, isoladamente, não deve ser confundida, repito, com a pesquisa científica. Muitos defendem que as pesquisas nas áreas social e histórica podem ser feitas com revisão

bibliográfica apenas, mas se não houver uma consulta aos documentos, às fontes primárias, se não se fizerem inquéritos, questionários, etc. a atividade pode ser catalogada como diletantismo e, se não for empregado o método científico, não é pesquisa científica. Ramon y Cajal acentuou que ninguém ainda conseguiu descobrir o mais simples dos fenômenos, com as costas voltadas para a realidade objetiva.

Quem deveria se envolver com a pesquisa científica na universidade? A resposta correta é: todos os seus integrantes, professores e alunos. Tal afirmativa poderia parecer a muitos, não só demasiado radical, como utópica. Na realidade não o é, e algumas escolas no Brasil já estão bem próximas desta meta, para não citar os inúmeros exemplos que existem em outros países mais desenvolvidos que o nosso. Poder-se-ia também argumentar, como já se disse antes, que o objetivo das nossas escolas é o de formar profissionais para cuidar das nossas populações, dos nossos problemas e não o de formar cientistas, os institutos de pesquisa que cuidem disso. Este argumento revela uma visão muito estreita do papel da universidade. É evidente que o problema da pesquisa na universidade não pode ser equacionado isoladamente, fora de um contexto que inclui a implantação do tempo integral para professores e alunos, a reformulação da carreira universitária, para que esta última tenha uma porta de entrada aberta aos mais competentes, uma possibilidade de ascensão pelo mérito de cada um, uma contrapartida entre titulação e poder e uma porta de saída para os que não se mostrarem com capacidade para progredir. Todavia, a pesquisa científica é a razão de ser da universidade. O seu objetivo fundamental é a descoberta do novo, mas a atividade em si é salutar, não apenas o seu resultado imediato ou aparente. Durante a atividade de criação do conhecimento, há vários subprodutos que merecem ser considerados. A lógica científica, o método experimental, enfim, a metodologia científica fazem parte de todas as atividades. Ninguém ignora o impacto que sofreram as ciências sociais, mesmo a sociologia e até o “marketing”, os institutos de opinião pública, etc. sob a influência da técnica científica. A exposição dos jovens à ciência, o contato com a metodologia científica, disciplina o raciocínio, exercita o espírito crítico, valoriza a dúvida, preparando assim os indivíduos para melhor equacionarem os seus problemas práticos, para discernirem melhor a realidade objetiva. O exercício da pesquisa científica na universidade é também um poderoso estímulo ao estudo, ao aperfeiçoamento na direção do saber real em contraposição ao saber aparente, palavroso, que, por tanto tempo, dominou as nossas escolas superiores.

É, por outro lado, um poderoso instrumento de intercâmbio. A ciência é hoje muito vasta e complexa, e ao indivíduo, e mesmo aos grupos de pesquisa, só é permitido a abordagem de aspectos limitados. Estes, muitas vezes, parecem às pessoas comuns como algo sem sentido, irrelevante diante de tão graves problemas gerais ainda sem solução. Por isso, é muito difícil se progredir trabalhando em locais atrasados. O isolamento, a estagnação, logo vêm a desanimar a vocação mais entusiasta. Todavia, o indivíduo quando pesquisa, como que começa a emitir sinais dentro de uma determinada frequência, os quais podem deixar de ser captados pelos seus colegas mais próximos, mas que podem ser captados à distância.

Outras pessoas interessadas no mesmo problema, também emitem sinais e o pesquisador isolado vem a captá-los. Logo se estabelece o intercâmbio e o pesquisador, na sua universidade, passa a ser um centro irradiador do conhecimento relacionado com o problema geral no qual está inserida a sua pesquisa, a qual, fora do contexto adequado, pareceria pequena e aparentemente irrelevante. Através de congressos, das trocas de informações, do encontro em instituições científicas, da análise de relatórios, o pesquisador está, a todo o momento, canalizando novos dados que ajudam na atualização não só pessoal, como da sua comunidade. Quando há poucos pesquisadores numa universidade, este efeito quase não é notado, mais se houver “massa crítica”, o efeito multiplicador será muito importante, fundamental. Por outro lado, tem sido observado que os professores que não têm o hábito da pesquisa, não têm interesse em procurar o novo, em se atualizar constantemente. Num prazo em torno de 5 anos a repetição das suas aulas se torna rotineira e enfadonha não só para os outros, como para si mesmo. Suas técnicas, empregadas no trabalho diário, se tornam obsoletas e ele se torna amargo e reacionário ao novo.

Assim, a pesquisa na universidade se constitui na alavanca propulsora do progresso, da renovação. Os seus efeitos benéficos vão bem além do que uma visão imediatista ou superficial poderia indicar. Não deve ser, simplesmente, a atividade de indivíduos ou grupos isolados, mas deverá se tornar uma prática comum de todo o corpo docente e discente.

Desde Galileu até os nossos dias, o desenvolvimento da ciência rompeu com a superstição e com o obscurantismo até então reinantes, e permitiu um progresso continuado e cada vez mais rápido. Hoje, todos os povos pobres se preocupam com o desenvolvimento científico e almejam, através do mesmo, chegar ao progresso e diminuir a distância que os separa dos povos mais desenvolvidos. Mas, como conciliar intenção com realidade?

O desenvolvimento da ciência é um processo complexo. Não só os estudantes universitários e o grande público em geral, mas muitos planejadores e executores de política científica têm uma idéia imprecisa do que é a pesquisa científica, e este fato tem dado lugar ao aparecimento de mitos, preconceitos e confusões a respeito do seu real significado e de qual tipo de pesquisa a promover.

Recentemente ouvi de uma autoridade em política científica, uma pessoa inteligente e culta, a declaração de que o tipo de pesquisa que se deve fazer nos países pobres na área de saúde, deve ser fundamentalmente diferente daquele que se faz nos países ricos. Coisas simples, como a descoberta da solução salina açucarada para combater a desidratação ou a redescoberta do valor do aleitamento materno, dizia ele, estão tendo um valor muito mais palpável para os povos pobres do que se pode conseguir com as clonagens, os transplantes de órgãos, os bebês de proveta ou os anticorpos monoclonais, as técnicas de DNA recombinante ou a identificação de citocinas, quimocinas e coisas que tais.

Tem se dito que, ao se buscarem tecnologias apropriadas para solucionar problemas de saúde comunitária, não é a sofisticação tecnológica que conta, mas a adequação dos meios que são aplicados à sua solução. Na realidade, o aumento da expectativa de vida a partir do século XIX resultou de quatro inovações aparentemente muito simples: aumento da produção de alimentos e racionalização de sua distribuição; métodos para obtenção de água pura; saneamento básico e processo de pasteurização do leite e derivados.

Daí parecer a muita gente, que é possível se orientar as pesquisas para um campo puramente aplicado, visando acima de tudo melhorar as condições gerais de vida do povo. Preocupante, para não dizer trágico, é que, a partir deste raciocínio, muitos supõem que o maior entrave para se fazer pesquisa aplicada entre nós, reside naqueles poucos indivíduos que insistem em fazer pesquisa pura, isto é, aquela desvinculada de uma aplicação imediata e que é feita simplesmente para aumentar os nossos conhecimentos.

As chamadas pesquisas básicas são caras, de resultados incertos, exigem metodologia sofisticada, pessoal altamente qualificado e um trabalho metódico e continuado. As pesquisas que utilizam a aplicação de conhecimento já adquiridos são mais simples, mais baratas e de efeitos mais evidentes. Por isso muitos acham que um país pobre deveria se limitar a fazer apenas pesquisas aplicadas.

O grande erro em que muitos incorrem, é o de pensar que tudo se resume

numa simples questão de opção. Se fosse o caso, veríamos a todo o momento os países ricos, dedicados a fazerem descobertas sofisticadas e inócuas, enquanto os países pobres, se reservariam para usufruir as vantagens das suas aplicações. Todos sabemos que não é isto o que acontece.

Simplemente porque, a pesquisa científica verdadeira, é um processo contínuo e integrado, tendo o seu núcleo gerador na ciência básica. Daí partem, em várias direções, os influxos inovadores, que se desdobram em vários setores intercomunicantes até as aplicações que todos percebemos. Não é possível se queimar etapas impunemente. A natureza não dá saltos. As boas pesquisas aplicadas partem de indivíduos que estão dentro do processo científico integral, que lidaram de alguma forma com a ciência básica, e que obtiveram não só os métodos, mas a mentalidade adequada, que predispõe para um estudo metódico continuado, e a procura incessante do intercâmbio.

Quando um órgão governamental, uma indústria, uma companhia agrária, uma entidade qualquer, sentir a necessidade de pesquisas aplicadas para solucionar problemas imediatos, devem recorrer aos locais onde a atividade de pesquisa, digamos básica, já existe como um processo vivo, contínuo, onde pelo menos uma certa quota de pesquisa pura está entranhada. É um equívoco desastrado, partir de uma hostilização a estes setores, na suposição de que a convocação de indivíduos desvinculados da pesquisa integral e a alocação de recursos amplos possam gerar uma pesquisa aplicada de bom nível. Há muitos exemplos de fracasso total de iniciativas deste tipo, mas estas estão sendo, a todo o momento, teimosamente repetidas entre nós. No âmago destas decisões podem existir fatores pessoais, políticos ou administrativos de momento, mas o grande fator parece ser mesmo a falta de um entendimento fundamental do que é o complexo processo da pesquisa científica. Numa situação de subdesenvolvimento, fica difícil se entender porque a pesquisa pura é necessária, essencial, é a geradora de todos os outros tipos de pesquisas e que não se constitui numa atividade diletante. Ela deve ser tratada com carinho entre nós, porque ainda é uma planta tenra, incipiente. Sobretudo devemos estar conscientes da sua importância, porque ela é o alvo preferido da demagogia política, do populismo científico, dos que querem cobrar dos cientistas a solução de problemas sociais que, geralmente, dependem muito mais de opções políticas que conduzam a modificações estruturais da sociedade como um todo. Por favor, não entendam estas palavras sobre pesquisa básica como a apologia

de uma ciência da moda, estéril, preocupada simplesmente em usar insumos importados e caríssimos, mas que é simplesmente uma tentativa subdesenvolvida de imitação do que de mais transcendental está ocorrendo nas fronteiras da ciência dos países que dispõem de longa tradição, de excelentes quadros, de muito intercâmbio e de muito dinheiro. Aliás, esta tendência, sobretudo nos nossos jovens, deve ser reconhecida e analisada, mas não destruída. Muitas vezes indica a procura de caminhos que, após tentativas frustradas, podem vir a ser encontrados, ao fim desta fase imitativa.

Embora a maioria dos estudantes expostos à pesquisa científica não venha a se tornar cientista de profissão, desenvolverá o raciocínio amparado na metodologia científica, fazendo com que os problemas práticos aparecidos no desempenho da sua profissão se configure como uma verdadeira pesquisa científica em miniatura. Mas, alguns deles se diferenciarão em professores pesquisadores, que irão transformar, cada vez mais, as nossas universidades em comunidades de pesquisadores, o que resultará em um ensino mais eficiente, na formação de profissionais mais competentes e na geração de novos conhecimentos, caracterizando assim a verdadeira universidade.

Que assim seja.

Acadêmico Jayme de Sá Menezes

Maria Thereza de Medeiros Pacheco

Há grandes homens que, vivos ou não, constituem-se permanentemente na admiração dos que o conheceram.

“Falai em tudo verdade,
a quem em tudo a deveis.”

Jayme de Sá Menezes, iniciava com esta transcrição a idéia e o pensamento de origem lusitana, do escritor de “Os Vilhalpandos” para fazer lembrar, no Volume I, de abril de 1978, a História da Fundação e Funcionamento da Academia de Medicina da Bahia.

Faz parte da História de nossas agremiações o saber de sua progênie.

Inconformado com a inexistência de uma Academia de Medicina, em nosso meio, naquele ano de 1958, visualizando a presença de tal sociedade em outros estados da Federação, a exemplo de São Paulo que ostentava sua Academia, decorridos já sessenta e três anos, oriunda da anciã Sociedade de Medicina e Cirurgia, criada em 1895.

O ideal de Jayme de Sá Menezes, seguramente, de olhos fitos na máxima de Renan, foi uma segurança para seus sonhos: “fazer sempre o bem, buscar sempre o bem, buscar sempre a verdade e realizar o belo”.

Juntando uma plêiade de entusiastas, logo irmanou-se a Urcício Santiago e José Ramos de Queiroz, este compondo os quadros de nossa Academia, pesquisaram estatutos e começaram a faina difícil de sementeira no recolher nomes para fundadores da sonhada agremiação.

Eleito, à unanimidade, para presidente, o Professor Emérito João Américo Garcez Fróes e sua primeira diretoria foi assim composta:

- 1) Urcício Santiago – 1º Vice-Presidente;
- 2) Jorge Valente – 2º Vice-Presidente;
- 3) Jayme de Sá Menezes – Secretário Geral;
- 4) Antônio Simões – 1º Secretário;
- 5) Rui de Lima Maltez – 2º Secretário;
- 6) José Ramos de Queiroz – Tesoureiro;
- 7) Aristides Novis Filho – Bibliotecário.

Escolhidos os patronos das quarenta cadeiras da novel Instituição já assinalados pelo Acadêmico referido em seu bem apresentado artigo de 1978, volume I, bem como dos membros honorários e correspondentes.

Nasceu, assim, a Academia de Medicina da Bahia, em sessão solene do dia 17 de outubro de 1958, na sede da Academia de Letras da Bahia.

Jayme de Sá Menezes, idealizador, fundador, o Pai da Academia de Medicina da Bahia!

“Não se chora aqui um morto. Glorifica-se uma existência!” Foram palavras de Sá Menezes, quando proferiu a oração, diante do corpo do Magnífico Reitor Luiz Fernando Seixas de Macedo Costa, Titular e ex-presidente da Academia de Medicina da Bahia, no Salão Nobre da Reitoria da Universidade Federal da Bahia, em 31 de outubro de 1984. Valho-me daquelas mesmas palavras suas, seu próprio pensamento e alocução para me dirigir ao próprio Mestre Sá Menezes.

É da lavra de Tristão de Athayde: “Toda vida bem vivida exige uma mensagem e um gesto”. Esta é a mensagem da Academia de Medicina da Bahia ao seu Fundador.

Pertence Jayme de Sá Menezes a coorte de vultos notáveis que a Bahia ofertou ao Brasil. Nascido em Salvador, a 3 de abril de 1917, Arthur de Sá Menezes teve a privilegiada herança porque também formado em nível superior, embora engenheiro, também professor e fundador da Escola Politécnica da UFBA; Jayme – fundador da Academia de Medicina; sua genitora – D. Luiza Ferreira França de Sá Menezes.

Foi a cidade do Salvador, feiticeira de graças infinitas, heroína e sublime nas pelejas de sua emancipação, ao mesmo tempo, terna e boa... tradicional, grave, engalanada com sua topografia especial, rica em templos doirados e

azulejados onde sua história está sempre rediviva; foi aqui que nasceu Jayme de Sá Menezes e aqui mesmo plasmou o seu espírito e a sua personalidade. Também nesta Bahia vieram à luz da vida o maior estadista deste país – Ruy Barbosa e o maior poeta de todos os continentes – Antônio de Castro Alves. Modelou, Jayme, a sua pátria de nascimento à sua imagem, pensamentos e sonhos, levando-o a admirar e a seguir os exemplos dos que mais honraram sua terra. Tudo o que desde criança acompanhou deixou marca na sua personalidade e ficou para sempre ajuntada à sua alma sensível e ao seu agir corretíssimo.

Doutor em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia, em 1944, ocupou o 1º lugar dentre os médicos daquele ano, em Medicina Social, testemunho de seu colega de ternura, o Prof. Antônio Jesuíno dos Santos Neto. Daí por diante, foi uma ascensão contínua e brilhante.

Percorre o olhar pela bibliografia de Jayme de Sá Menezes é sentir a dualidade do homem de ciência e do homem de letras. Nunca a leitura de uma página de sua lavra deixava de demonstrar o cuidado com o que escrevia, sempre na atenção da exemplar correção.

É de Sylvio Abreu Fialho o interessante comentário: “Em erudito discurso de posse na Academia de Letras da Bahia, em 1970, onde ocupou a cadeira nº 4, confirmou Sá Menezes a afirmação de Ruy Barbosa, admitindo com seu conterrâneo ilustríssimo, que – a inteireza do espírito começa por se caracterizar no escrúpulo da linguagem”. Socorreu-se, também, de Machado de Assis, para justificar seu apego aos clássicos de nossa língua. Documentou, destarte, seu apreço à linguagem tersa, assim compreendendo a que se não descuida de assegurar às idéias a imortalidade da harmonia e da beleza. Chamou-o, ainda, Abreu Fialho de grão senhor das letras e da inteligência.

É ainda da apreciação de Fialho observar sobre o jornalista notável que foi Jayme quando escrevia sobre Pirajá da Silva, mostrando – “o simples, sereno e humilde”; com Osvaldo Cruz – “nacionalizador da Medicina brasileira” e com Francisco de Castro “seu oráculo”. Fê-lo com Manuel Vitorino Pereira – “médico e estadista”; com a família Andrada, em amplo estudo genealógico; com o Visconde da Parnaíba; com Wanderley de Pinho – “fidalgo nas maneiras e na mentalidade”; com o Visconde do Rio Branco – “sumarizando com mão de Mestre”; no dizer de Pedro Calmon, a vida exemplar do grande Paranhos.

Jornalista de estilo despretensioso, apesar de lapidar a linguagem,

escreveu muitas vezes para a Revista Portuguesa de Medicina, para a Imprensa Médica de Lisboa, em A Tarde, Diário de Notícias, Estado da Bahia e Diário da Bahia.

Na Imprensa Médica de Lisboa, assinou artigos sobre a história, a majestade, a beleza e a suavidade de Coimbra e Évora.

Na Revista Portuguesa de Medicina fez vir à lume: Manuel Vitorino Pereira, Médico e Estadista Brasileiro (1954). Também sobre Gama Rodrigues, médico baiano diplomado em Coimbra (1855).

A Revista da Academia de Medicina da Bahia, acolheu várias publicações do festejado Mestre, a saber:

- 1) Francisco de Castro – luzeiro de Medicina;
- 2) A vida de Miguel Couto;
- 3) Aloysio de Castro – médico, escritor, poeta;
- 4) Duas vidas – Silva Melo e Josué de Castro;
- 5) Artur Neiva – cientista;
- 6) Prado Valadares;
- 7) A Medicina Tupinambá na Bahia.

Na Revista do Instituto Geográfico e Histórico da Bahia, de igual maneira, podemos acompanhar:

- 1) Centenário de um apóstolo: Júlio David;
- 2) Anchieta e o espírito social da companhia;
- 3) Os épicos maiores de Dois de Julho: Agrário de Menezes e Castro Alves;
- 4) A ação de José Bonifácio, a Independência e a Bahia;
- 5) O Liberalismo intelectual e a medicina do século XVIII;
- 6) Miguel Calmon du Piu e Almeida;
- 7) Octávio Mangabeira – centenário do nascimento.

A Academia de Letras da Bahia fez publicar o pensamento e julgamento de Sá Menezes sob os seguintes títulos:

- 1) Octávio Mangabeira, homem de letras;
- 2) O soberbo e irônico Anatole;

- 3) Hora mágica de encantos (sobre a nova sede do Instituto Geográfico e Histórico, no Rio de Janeiro);
- 4) Atualidade de Ruy Barbosa;
- 5) Herbeto Sales;
- 6) João Mangabeira num relance;
- 7) A intelectualidade baiana oitocentista;
- 8) Pedro Calmon polígrafo;
- 9) Raízes lusas do ensino médico nacional – por ocasião do IV Colóquio Internacional de Estudos Luso-Brasileiros.

Pelo Instituto Genealógico da Bahia, fez as seguintes publicações:

- 1) A família Andrada;
- 2) Ascendentes e descendentes do Visconde de Parnaíba – Manuel de Souza Martins;
- 3) A família Calmon;
- 4) Wanderley Pinho.

O Centro de Estudos Baianos, por sua vez, publicou:

- 1) Elogio de Pedro Calmon;
- 2) Homenagem a Aristides Novis.

Ainda, a assinalar a publicação de “Médicos e Cirurgiões do Brasil Colônia”, nos Anais da Academia de Medicina.

Igualmente interessante o estudo sobre “Unisex” onde aprecia a Biologia humana e animal, emitindo valiosos conceitos na contemporaneidade. Quando de sua posse na presidência do Instituto Geográfico e Histórico da Bahia, em sessão solene de 27 de janeiro de 1988, pronunciou Jayme de Sá Menezes importante conferência sob a epígrafe “Balizas históricas da Casa da Bahia”.

* * *

As medalhas Imperatriz Leopoldina, Barão de Goiana, Pirajá da Silva, Castro Alves, Gaspar Viana e Ana Nery lhe aureolaram o peito.

Na posição e condição de Secretário da Saúde Pública e Assistência

Social do Estado da Bahia, proferiu em 1962, no Salão Nobre da Reitoria da Universidade Federal da Bahia, a convite da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, brilhante conferência sobre Maniel Augusto Pirajá da Silva, sua vida, suas pesquisas suas descobertas, suas viagens à Europa e o encontro dele com os estudiosos cientistas do Instituto Pasteur, fazendo ali belíssimo curso de aperfeiçoamento, sob a égide de Metchnikoff e outros luminares da medicina francesa, aluno que também foi de Blanchard, em 1911; ainda, sua trajetória pela Alemanha, onde completa curso no Instituto de Doenças Navais e Tropicais de Hamburgo, além de estágios em Berlim e Viena, estudando a especificidade da esquistossomíase humana, da qual foi sua gloriosa descoberta, na Bahia, com a minuciosa observação do “Schistosomum-americanum”.

Rende, Sá Menezes, a Pirajá da Silva, belíssima e justa homenagem. Além de toda esta publicação, ainda escreveu livros e monografias, tais como:

- 1) Agrário de Menezes, um liberal no Império;
- 2) Vultos que ficaram: os irmãos Mangabeira;
- 3) Medicina Indígena;
- 4) Oswaldo Cruz, o nacionalizador da Medicina Brasileira;
- 5) O concurso da Bahia na Independência Nacional;
- 6) A Academia de Letras da Bahia e sua participação na vida cultural baiana.

Médico dos Ministérios da Educação e Saúde e da Previdência, Professor da Escola de Medicina e Saúde Pública da Bahia, presidente do Conselho de Saúde Pública da Previdência Social, foi também Secretário Estadual de Saúde (1959 / 1963).

Em palavras consagradas, revelou o então Ministro Márcio Pinotti, em relação a Sá Menezes – “Grande Secretário, de capacidade invulgar na execução de suas altas e nobres tarefas na Secretaria da Saúde Pública do Estado”.

“Dos últimos idealistas, que têm sacrificado riqueza e ambições para servir à cultura e ao civismo, e a quem Pedro Calmon fez votos pelo “brilho permanente de seus talentos”, Sá Menezes foi ressaltado por sua “invulgar capacidade de trabalho” e pelos “seus créditos na república das letras, em que é príncipe”, segundo, ainda, o juízo abalizado de Calmon.

Foi, ainda, o preclaro e inolvidável Jayme de Sá Menezes que descreve em “acontecimento memorável”, digno do maior destaque, a campanha desencadeada pela Academia de Medicina da Bahia, para que o edifício da antiga Faculdade de Medicina da Bahia, primaz do Brasil, fosse transformado em Monumento Histórico da Medicina Nacional (Anais da Academia de Medicina da Bahia).

A essa nobre campanha se associaram o Instituto Baiano de História da Medicina, a Associação Baiana de Medicina, o Conselho Regional de Medicina, o Sindicato dos Médicos, a Sociedade Brasileira de Medicina Preventiva, a Sociedade Brasileira de Escritores Médicos, o Instituto Brasileiro para Investigação do Tórax, o Clube dos Médicos e o próprio Governo do Estado, visto que a primeira assinatura, no respectivo memorial, foi a do nosso eminente colega, Antônio Carlos Magalhães, então Governador do Estado.

A luta tem sido renhida, Mestre e Amigo, Prof. Dr. Jayme de Sá Menezes, a respeito das obras da Faculdade de Medicina do Terreiro de Jesus, mas, tenha certeza, seremos vitoriosos e os nossos sonhos, que foram também os seus, serão realidade, um dia, para o bem da ciência, das letras, da história da Bahia e do Brasil.

O amor e a admiração pela nossa amantíssima Faculdade fizeram com que o seu adeus à Bahia, no plano físico, ocorresse justamente na data da fundação da Faculdade de Medicina do Terreiro de Jesus – 18 de fevereiro de 1808 - 18 de fevereiro de 2001 – Sá Menezes.

A permanente presença da sempiterna companheira, bem amada, calma e amável, além de portadora de elegância e beleza, D. Luisa Sousa Martins de Sá Menezes, que deu a Sá Menezes – Francisco, Jayme e Artur, frutos de sincero e duradouro amor, além de netos que lhe encantaram o outono de seus dias.

Jayme de Sá Menezes teve três irmãos, Oswaldo – advogado; Walter – agrônomo e Celina que também muito o amou e admirou.

* * *

De tudo o que pesquisamos sobre a obra do grande baiano, médico, professor, epidemiologista, homem de letras, homem de ciência, cidadão da Bahia, foi o mínimo que pudemos colher para imortalizar um homem que caminhou lentamente pela vida, sempre para diante, guardando dele todos nós sua trajetória retilínea e idealista.

Toda uma vida dedicada à sua terra, à saúde, à educação, às letras, às ciências, à família, aos amigos, à sociedade, às suas Academias, sobretudo à nossa Academia da qual foi fundador; não é demais repetir.

Aqui depositamos o preito de nosso reconhecimento, o testemunho de nossa admiração ao homem sempre dedicado às santas causas da dignidade, por entre peijas e lutas, no apostolado do bem, produzindo ensinamentos de ciência, de comportamento, de acompanhamento dos difíceis problemas da saúde pública, onde pontificou.

O médico escritor, o médico abacharelado, o epidemiologista amador. E ainda: “contínuo na devoção do passado, timbrado em recordar grandes vidas, caminha na primeira linha de nossos historiadores”.

Sempre a querer lembrar aos pósteros a importância de “vultos que ficaram” como a ensinar à juventude o valor dos realmente valorosos, daqueles que somente grandezas nos podem legar, com suas convicções, seguiu para diante e para o alto com todo talento e muita alma.

De Agrário de Menezes tomo-lhe os versos para o Acadêmico Jayme de Sá Menezes:

“Ah! Recebe-o, Senhor... ou cedo ou tarde,
O gênio é teu! Aspira a tua glória!
Senhores! Celebrai seu nome ilustre,
Erguei-lhe um monumento, uma memória!”

A obra do Acadêmico Jayme de Sá Menezes exige uma biografia.

Ponderações reumatológicas

Lipe Goldenstein
William Habib Chahade

Os conhecimentos adquiridos pelos reumatologistas são progressivos ao longo do tempo e acompanham a cultura médica que desenvolve-se a passos largos. As deformações, incapacitações e limitações da funcionalidade com a paralela deterioração da qualidade de vida, determinam-nos inquietações, ansiedades e tristezas, tornando-nos pesarosos e solidários na compartilha das dores e sofrimentos dos reumáticos e seus familiares. E, inquietos, pensamos, analisamos, refletimos e buscamos soluções... Lemos, estudamos, pesquisamos, trocamos idéias com colegas, praticamos, enfim – fazemos o possível para minorar o padecimento dos reumatopatas.

Uma das maneiras que dispomos para aliviar e contornar o tormento desses sofredores é divulgar e difundir nossas informações e experiência. Assim, decidimos expressar algumas reflexões, na esperança de impulsionar novos raciocínios e meditações...

Aqui vão algumas achegas que nos parecem pertinentes, no momento em que abre-se uma nova era para a medicina e a biologia com a divulgação da seqüência completa do genoma humano, favorecendo-nos com instruções que nos levarão da célula do óvulo para um ser adulto e para a sua morte. Essas instruções estão registradas nos genes, os trechos “ativos” do genoma, que codificam as proteínas.

TÓPICOS PARA REFLEXÕES EM REUMATOLOGIA

I - O paradigma das novas propostas terapêuticas para a Doença Reumatóide (DRe)/Artrite Reumatóide (ARe)

Na última década, o estabelecimento de novas bases terapêuticas para

tratar a artrite reumatóide (ARe), têm resultado em melhora significativa no controle evolutivo da enfermidade, a ponto de alcançarmos certo “estado de remissão” clínico e laboratorial, em boa parte de nossos pacientes, desde que mantidos sob tratamento, geralmente contínuo, com fármacos considerados modificadores ou controladores da DRe (DMARDs ou DCARTs).

A DRe diminui a sobrevida e a qualidade de vida, principalmente quando acompanhada de baixo nível sócio-econômico e educacional, e de estresse psico-social. A presença de fator reumatóide IgM, de erosões ósseas e cartilaginosas, de altos níveis de VHS e de proteína C-reativa, e do HLA-DR4 (DR/3), parecem conferir à doença má evolução, levando muitos especialistas a optarem por um tratamento mais intensivo. Tem sido evidenciado que o atendimento precoce pelo reumatologista melhora a sensibilidade e a especificidade do diagnóstico e do correto estadiamento.

A certeza de que temos de tratar a doença logo que ela se inicia ou é diagnosticada parece estar bem estabelecida; porém, qual a planificação terapêutica mais adequada? ainda não temos resposta com convicção consensual: monoterapia com DMARD?, terapêutica combinada com vários fármacos?, uso de medicamentos biológicos em associação já nas fases iniciais? (3); todas estas possibilidades necessitam ainda de resultados concretos, obtidos através de amplos e prolongados estudos, com número maior de pacientes randomizados em protocolos bem elaborados, que não nos permitam suspeitas ou dúvidas.

Indagações – sobre quais marcadores clínicos, laboratoriais e/ou genéticos, e que subgrupos de pacientes, podem auxiliar na identificação de grupo responsivo a determinado procedimento terapêutico, considerado o mais benéfico, - ainda necessitam de definitivas evidências e convicções de competência.

Na verdade, nos dias atuais, ainda o bom senso e a experiência clínica do reumatologista são a mola mestra de indicações consideradas mais seguras, num dado momento cronopatológico, ao analisar, de modo racional e crítico, as possibilidades do que tem sido publicado em investigações bem conduzidas.

Uma revisão seqüencial da literatura corrente, vai nos propor diversas formas de iniciar a abordagem medicamentosa em nossos enfermos reumatóides, nas fases mais precoces de sua instalação, com um ou mais dos seguintes fármacos: antimaláricos, metotrexate, ouro parenteral,

sulfassalazina, leflunomida, ciclosporina A, etanercept, infliximab, minociclina (ainda em fase experimental), entre outros, e a combinação de dois ou três destes DMARDs com doses baixas de corticosteróides, frequentemente associados a antiinflamatórios não hormonais de menor toxicidade; além desses, contamos com o primeiro método/engenho aprovado para a DRe – a coluna ProSORBA (1,2,4). A nossa experiência clínica, acompanhada daquelas de um bom número de especialistas, concordam que o metotrexate e a leflunomida têm mostrado respostas satisfatórias, principalmente o primeiro que já vem sendo utilizado na ARe há cerca de duas décadas; a leflunomida, por sua vez, de introdução e aprovação pelo FDA, recentemente, tem se mostrado um fármaco muito interessante.

Embora possamos ter determinadas preferências tanto na monoterapia como na forma combinada, não podemos afirmar, de forma definitiva, que um determinado tratamento é considerado o melhor para controlar o enfermo reumatóide a longo prazo; os estudos com a maioria daqueles fármacos foram realizados por períodos curtos e, apenas nos últimos anos é que começaram a ser planejados acompanhamentos para três ou cinco anos, prazo que consideramos mínimo para o estabelecimento de eficácia e toxicidade na DRe.

Desse modo, ao lado de tantos avanços e opções consideramos estar diante de fase ainda estritamente paradoxal: novos fármacos, novas proposições e associações, apesar de acompanhadas de maciça divulgação pela indústria farmacêutica, que as concebem, como promissoras; entretanto, toda prudência ainda é pouca, enquanto estivermos atrás de comprovações que possam diminuir nossa inquietude e aumentar nossa confiança. Estes elementos, nos levam a especular que as investigações clínicas não devem ser apenas realizadas com orientações e metas, defendidas pelas companhias farmacêuticas ou de biotecnologia, pelas possibilidades de provocarem incorretas interpretações (“bias”) (2).

Além desses aspectos, não devemos esquecer que estas novas substâncias vêm ao mercado farmacêutico com preços extremamente altos e, portanto, não estão ao alcance da maioria de nossos doentes. Ora, de que adianta novas descobertas se elas não podem ser utilizadas pelos que dela necessitam?

Temos, ao lado das instituições ou departamentos especializados e referendados como criteriosos, ao conduzir análises críticas e ao realizar investigações clínicas idôneas, que tentar esclarecer e definir o melhor

caminho que responda as nossas dúvidas e nos orientem quanto a melhor conduta terapêutica, medicamentosa ou não, que deve ser aplicada ao enfermo reumatóide.

Referências bibliográficas:

1. FRIES, J.F. Current treatment paradigms in rheumatoid arthritis. *Rheumatol*, 39(supl.): 30-35,2000.
2. O'DELL, J.R. Rheumatoide arthritis: the crisis in clinical research (invited commentary). *Current Rheumatology Reports*, 2:1-2,2000
3. O'GRADAIGH, D. SCOTT, D.G.I. Pyramids to myriads: the combination conundrum in rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol*, 17:S13-S19, 1999
4. SMOLEN, J.S. et al. Consensus statement on the initiation and combination of tumor necrosis factor blocking therapies in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*, 59:504-5,2000

II - Considerações acerca das citocinas e da terapêutica imunobiológica na Doença (Artrite) Reumatóide

Nos últimos anos, os novos conhecimentos no campo da imunobiologia molecular, da imunogenética e de bioengenharia, permitiram elucidar pontos obscuros na etiopatogenia da doença reumatóide e, em particular, de suas interações com as múltiplas citocinas até então descritas. Iniciavam-se, assim, novas possibilidades de controle terapêutico da enfermidade.

Citocinas são proteínas de pequeno peso molecular que fazem a mediação da comunicação intercelular. A denominação genérica "citocinas" compreende fatores estimuladores de colônias, fatores de crescimento, interleucinas e interferons, consideradas moléculas mediadoras de ações biológicas normais (1).

Entre estas funções fisiológicas encontramos suas participações no crescimento e na diferenciação de células hematopoiéticas, mesenquimais e linfóides, como também na organização dos mecanismos de defesa do hospedeiro. Ligam-se a receptores específicos sobre a superfície das células-

alvo, estimulando-as à produção aumentada ou diminuída de outras proteínas.

As citocinas atuam na auto-regulação da homeostasia do meio ambiente interno e sua produção descontrolada pode determinar conseqüências patológicas em doenças inflamatórias e auto-imunes. A inibição, da síntese ou dos efeitos de específicas citocinas, pode ser importante para utilização com objetivos terapêuticos. Assim, observou-se que é fundamental, para o controle da artrite reumatóide, bloquear a atuação de uma ou das duas seguintes citocinas essencialmente inflamatórias: o fator de necrose tumoral-alfa (TNF- α) e a interleucina-1 (IL-1).

A IL-1 e o TNF- α têm sido responsabilizadas por mecanismos pró-inflamatórios em várias doenças humanas como artrites inflamatórias, doença inflamatória intestinal, síndromes sépticas e inflamações agudas e crônicas de muitos órgãos (3). Embora se liguem a distintos receptores, elas dividem participações nos mecanismos patogênicos; entretanto, em algumas situações uma delas pode predominar mais do que a outra.

Entre as principais atuações destas citocinas, podemos também incluir a estimulação para a expressão de moléculas de adesão de células endoteliais e a indução da produção e liberação de metaloproteinases, de fibroblastos, condrócitos, osteoblastos, entre outras células. O excesso destas atividades pode ser responsável pelo aumento de migração de leucócitos e de linfócitos da circulação para os tecidos inflamados, resultando na degradação e destruição teciduais.

Recentemente, dois agentes imunobiológicos bloqueadores de TNF- α , o **etanercept** (forma solúvel de receptor de TNF) e o **infiximab** (anticorpo monoclonal para o TNF) foram aprovados para utilização na doença reumatóide refratária ao uso de fármacos modificadores da doença (metotrexate, leflunomide e/ou outros DMARDs, utilizados em combinação ou isolados) (4,5). O etanercept foi aprovado para ser empregado com ou sem a prescrição de metotrexate, enquanto o infliximab deve ser utilizado em associação com este antimetabólito.

A resposta a estes medicamentos tem sido, muitas vezes, satisfatória, nos enfermos reumatóides, ao limitar as lesões ósseas e cartilaginosas, embora suas interrupções possam determinar o retorno da atividade inflamatória da doença. O etanercept é prescrito por via subcutânea, 25mg duas vezes por semana, e o infliximab (Remicade) é comercializado no Brasil por infusão intravenosa, na dose média equivalente a 3,0 mg/kg/peso.

Adventos adversos colaterais sérios incluem a reativação de tuberculose latente e de outros acometimentos infecciosos (em particular, de patógenos intracelulares tais como fungos e listeria), e ainda o aparecimento de anticorpos antinucleares, acompanhados ou não, de quadros clínicos de lúpus eritematoso sistêmico (LES); esta modalidade terapêutica deverá ser evitada em pacientes com LES, esclerose múltipla ou com síndromes neurológicas mal definidas.

Um dos grandes desafios para a prescrição destes produtos imunobiológicos é, além dos possíveis efeitos tóxicos a longo prazo, o seu alto custo, tornando-o inacessível às classes menos favorecidas, apesar de, nas últimas semanas, terem sido incluídos (em particular, o infliximab) na listagem de medicamentos aprovados pelo SUS para casos de “indicações especiais.”

O FDA também, há pouco tempo, aprovou para a artrite reumatóide, um inibidor de interleucina-1, o produto imunobiológico denominado **anakinra**, um antagonista do receptor de IL-1 (IL-1 Ra). A anakinra bloqueia, competitivamente, a ligação de IL-1 ao seu receptor na superfície da célula. É empregado em injeções diárias subcutâneas; apesar de liberado ainda necessita de novos estudos, por períodos mais prolongados, para melhor avaliação de seus riscos e de sua eficácia (1).

Outros agentes anti-TNF estão sendo estudados, destacando-se o adalimumab (D2E7), um anticorpo monoclonal anti-TNF-alfa, totalmente humano que está chegando no Brasil com o nome de Humira, que tem rápido início de ação, com melhora na resposta ACR 20 em 12 semanas, aplicada por via subcutânea a cada 14 dias.

Ademais, estuda-se uma nova classe de agente (CTLA4Ig) que bloqueia o segundo sinal necessário para a ativação da célula e tem uma resposta imunológica.

Outrossim, dados iniciais parecem indicar que o bloqueio de IL-15 e IL-7 na artrite reumatóide são condutas também promissoras.

Acreditamos que o objetivo maior, já que realmente eficientes e com boa tolerância, era ter sua utilização precoce em pacientes com riscos de desenvolvimento de forma agressiva da patologia, logo após terem sido considerados refratários ao uso de metotrexate e/ou leflunomida, ou naqueles casos que não possam, por efeitos indesejáveis graves, serem tratados com estes medicamentos.

Embora o reconhecimento, de forma irrefutável, dos reais marcadores

clínicos prococes de mau prognóstico evolutivo da doença reumatóide, ainda não seja consensual, tudo leva a crer que estamos próximos deste objetivo.

Por outro lado, do ponto de vista fármaco-econômico, o emprego de infliximab melhora a qualidade de vida, ao bloquear ou retardar a progressão da enfermidade, levando a incapacidade às tarefas diárias a aparecer tardiamente; isto realça a nítida economia dos enormes gastos que oneram a sociedade e a nação como um todo. Não temos dúvida que, ao lado dessas possibilidades, há nítida diminuição dos custos diretos e indiretos determinados pela presença da doença, tais como: efeitos colaterais de múltiplos tratamentos realizados, gastos com hospitalizações e com procedimentos cirúrgicos articulares, além do aparecimento de comorbidades e/ou complicações secundárias e de ausências ou incapacidades ao trabalho (2).

Concluindo, podemos dizer que a terapêutica imunobiológica, embora ainda não resolva, definitivamente, os obstáculos conferidos pela injúria reumatóide, constitui-se numa promissora modalidade de tratamento, ao melhorar a qualidade de vida e aumentar a sobrevida do acometido pela patologia, devendo estar, precocemente, ao alcance de todos aqueles que dela necessitam.

Referências bibliográficas:

1. AREND, W.P. Cytokines in Rheumatoid Arthritis. **Bull Rheum Dis**, 51(7): 1-6,2002
2. FEAGAN, B.G. Pharmacoeconomics of remicade in the treatment of rheumatoid arthritis. Epidemiology and Biostatistics, University of Western Ontario, Canada. Dados **apresentados em conferência proferida em São Paulo**. Hotel Sofitel, 23 de Agosto, 2002.
3. FELDMANN, M. Brennan FM, Maini RN Role of cytokines in rheumatoid arthritis. **Ann Rev Immunol**, 14:397-440,1996
4. MORELAND, L.W. Baumgartner SE, Schiff MH, et al Etanercept therapy in rheumatoid arthritis. A randomized controlled trial. **Ann Int Med**, 130:478-86,1999
5. LIPSKY, P.E, van der Heijde, St. Clair EW, et al – Infliximab and methotrexate in the treatment of rheumatoid arthritis. **Ney Engl J Med**, 343:1594-602,2000

III - Reumatologia e injúrias esportivas

Qualificado como o profissional da saúde com formação mais adequada para o atendimento clínico de patologias músculo-esqueléticas (ME), o reumatologista já se depara com mais um desafio na sua formação curricular: estar preparado para ampliar seu campo de concentração e de atuação, ao necessitar se capacitar para desenvolver uma nova subespecialização, que se afirma em vários países, iniciando-se entre nós, voltada para a profilaxia, o diagnóstico e o tratamento de injúrias clínicas que ocorrem com a prática, muitas vezes, desorientada, de atividades esportivas. Torna-se claro que a reabilitação cirúrgica, quando indispensável, é de responsabilidade do ortopedista que deverá ser também um profissional experiente nesta área.

Por julgarmos oportuno, vamos tecer alguns comentários gerais sobre a realização de exercícios, muito populares entre nós, tendo como objetivo melhorar a qualidade de vida e aumentar a longevidade, assim como, sobre alguns outros procedimentos que devemos estar atentos.

Entre os mais utilizados estão a caminhada e a corrida. Os saudáveis efeitos destas modalidades incluem melhor condicionamento cardiopulmonar e de saúde mental (evidenciada por menor incidência de depressão), ao lado do controle da ansiedade (maior senso de tranquilidade) (3).

Não há dúvidas de que a prática regular de exercícios leva a diminuição das causas de mortalidade precoce, de incapacidades, de hipertensão, de diabetes, de isquemias, de osteoporose, de câncer, ao lado de melhor qualidade de sono, controle do peso, da atividade sexual, do apetite e também condiciona estrutura músculo-esquelética mais estável. No entanto, algumas conseqüências danosas à saúde podem ocorrer e devemos conhecê-las. Estas incluem riscos: de morte súbita, de injúrias ME, além de múltiplos danos articulares (1).

Cerca de aproximadamente 45% a 70% dos que praticam a corrida, apresentam, anualmente, algum dano ósteo-articular ou muscular, e precisamos saber manejá-los. É necessário, para o especialista, reciclar os conhecimentos consensuais em medicina esportiva e acompanhar seu desenvolvimento após o aprendizado inicial nos cursos curriculares de graduação e de pósgraduação (em particular, durante a realização do curso de residência).

A maioria das lesões em corredores são decorrentes, tanto em adultos como em crianças, do exagero e de erros do treinamento e, em geral, por

microtraumas repetitivos. Entre os principais diagnósticos encontramos a síndrome dolorosa patelofemural, as fraturas de estresse e a síndrome do estresse tibial (1,2). Os principais fatores de risco podem ser divididos em extrínsecos (erros na orientação do treino, calçados velhos e inadequados, irregularidades da superfície do terreno, entre outros) e intrínsecos (desequilíbrios posturais biomecânicos e flexibilidade comprometida).

Na história clínica da lesão dos corredores devem ser incluídos: a distância corrida/semana, o tipo de passo, qualquer alteração na intensidade, duração ou distância da corrida, o tipo de superfície utilizada, etc. Súbita modificação na duração ou intensidade do treino deixa o corredor em risco de desenvolver fratura de estresse, entorses, tendinite ou fasciite (1,2). O exame físico nesses casos, além de observar a área dolorosa focal, e aquelas adjacentes, deve avaliar também o alinhamento e a flexibilidade (3).

Embora as relações entre injúrias específicas e anormalidades estruturais sejam controversas, 20% a 40% das lesões são diretamente associadas a estas alterações da estrutura física. Algumas regras ou mandamentos para danos dos ME que acontecem em corridas devem ser lembrados (Quadro 1).

Quadro 1 – Mandamentos de danos dos ME provocados por corridas
Noakes T, citado por Wernicke AG & Panush RS (3)

1. Injúrias provocadas por corridas não são atos de Deus;
 2. Cada dano ME progride em quatro fases;
 3. Cada lesão indica que o atleta alcançou seu limite;
 4. Virtualmente todas as injúrias de corridas são curáveis;
 5. Radiografias e outras sofisticadas investigações são raramente necessárias para o diagnóstico;
 6. Trate a causa e não o efeito;
 7. Repouso é poucas vezes o tratamento mais adequado;
 8. Nunca aceite como opinião final o comentário de um não corredor;
 9. Evite a “faca”;
 10. Não há evidência científica definitiva de que a corrida causa osteoartrose em corredores recreacionais, nos quais os joelhos estavam normais quando eles começaram a correr.
-

Outro aspecto na formação do reumatologista se relaciona ao seu conhecimento e experiência na indicação de órteses, que freqüentemente

ajudam a grande maioria dos corredores com determinadas queixas, nos quais o repouso e o alongamento são ineficazes.

Para finalizar, é interessante chamar a atenção das conseqüências tardias da prática regular da corrida ou de exercícios articulares e musculares; ao mesmo tempo que eles promovem melhores condições cardiovasculares e outros benefícios para a saúde, podem, também ser deletérios para as articulações? Em geral acreditamos que não, quando bem realizados por corredores não profissionais com articulações saudáveis, em solos adequados e no tempo certo, sem excesso. Entretanto, há possível associação entre corrida competitiva e o desenvolvimento de osteoartrose de joelho(s) e/ou de quadril(is). Além do mais, é importante lembrar que, naqueles casos com irregularidades radiográficas articulares, há risco aumentado de desenvolverem artrose.

Os reumatologistas devem estar aptos para prevenir e tratar estas injúrias esportivas, ao orientar corretamente seus pacientes. Em geral, o tempo adequado, sem excesso, o repouso, o tratamento sintomático, o emprego de órteses, a correção de possíveis anormalidades biomecânicas estruturais e de treinamento, e o lento e gradual aumento da carga na reabilitação, podem ser os principais e suficientes cuidados.

Referências bibliográficas:

1. BALLAS, M.T. TYTKO J., COOKSON, F.D. Common overuse running injuries: diagnosis and management. **Amer Fam Physician**, 52:2473-80,1997
2. GUTEN, G.N. Running injuries. Philadelphia, WB Saunders, 1997.p.1-3.
3. WERNICKE, A.G. & PANUSH, R.S. Running and the musculoskeletal system. **Bull Rheum Dis**, 50(11):1-4,2001

IV - É necessário conhecer as dificuldades sexuais de enfermos reumáticos para uma eficiente prática clínica que proporcione aos mesmos melhor qualidade de vida?

. Sim; há alguns meses, recebemos um Boletim sobre Doenças Reumáticas, publicação da Arthritis Foundatiion, escrito por Panush RS e

cols. (1), o qual contém uma didática e interessante revisão sobre insatisfações relacionadas às atividades sexuais e o acometimento articular, em pacientes reumáticos, tópico este nem sempre bem equacionado e discutido pelo reumatologista, ou pelo internista, com seu enfermo, e que pode interferir favoravelmente na resposta à planificação terapêutica estabelecida.

Por este motivo, achamos ser relevante, escrever esta sinopse e analisar e divulgar os aspectos práticos daquela publicação, procurando contribuir para melhor abordagem clínica de fatores essenciais que podem participar na queda da qualidade de vida desses pacientes.

O médico e o paciente reumático têm dificuldades para colocarem em discussão detalhes mais íntimos dessas necessidades tão comuns e importantes para todos nós e, deste modo, muitos dos problemas deixam de ser discutidos e resolvidos, fazendo, algumas vezes, ser indispensável o auxílio dum sexólogo (nem sempre ao alcance de todos).

As doenças reumáticas podem afetar a vida sexual dos enfermos, e isto pode ser também interpretado como decorrente de efeitos dos medicamentos empregados no tratamento dessas doenças, freqüentemente, crônicas. A perda da auto estima, a depressão e a percepção de sua incapacidade, podem também contribuir para a persistência da disfunção sexual. O reumatologista pode auxiliar muito seus pacientes com aconselhamentos posicionais, tratamento, assistência psicológica, e também com atitudes de prevenção.

Não devemos nos esquecer que a postura assumida pelos parceiros deve merecer análise e orientação, principalmente ao evitar causar dor quando tentam ter relação sexual. De outro lado, medo de não preencher as expectativas do parceiro, dores, medo da dor e a presença de fadiga, modificam a libido.

A literatura considerando estes aspectos é pequena, embora seja consenso de que o comprometimento articular possa interferir com a atividade sexual e que há necessidade de validação de métodos que possam avaliar a função sexual em doenças reumáticas (2). O médico deve solicitar permissão para a abordagem aberta da vida sexual do paciente, ao discutir informações e dar aconselhamentos, orientar estratégias específicas e planejar terapêutica adequada para cada caso.

Embora todas as doenças sistêmicas e articulares agudas, subagudas ou crônicas devam ser observadas quanto às modificações da libido, algumas delas merecem comentários especiais (osteoartrose, doença reumatóide,

síndrome de Sjögren e fibromialgia). Outras patologias reumáticas (lúpus eritematoso cutâneo e sistêmico, espondiloartropatias seronegativas, artropatias reativas, esclerose sistêmica, dermatopolimiosites, entre outras), podem ter análises semelhantes, ao lado de algumas variações particulares da enfermidade.

Entre os achados mais comuns podem ser citados:

- **osteoartrose ou osteoartrite (AO):** o acometimento do quadril, nesta enfermidade, tem impacto negativo sobre a vida sexual, ao tornar a relação mais difícil e dolorosa, muitas vezes causando tensão e ansiedade no casal. A artroplastia com prótese total do quadril pode ser uma solução que melhora a performance sexual.

- **doença reumatóide (DRe):** como doença inflamatória sistêmica e articular, acompanhada de astenia, fadiga e depressão, pode alterar significativamente a sexualidade do acometido. Acredita-se que cerca de 50% de enfermos com DRe pode experimentar perda de interesse sexual e 60% estão insatisfeitos com sua qualidade de vida sexual, relacionadas com a atividade da doença principalmente do ponto de vista da duração do ato sexual mais curto (os pacientes não desejam prolongar muito a relação para evitar dores mais intensas e fadiga), embora a intensidade do orgasmo não pareça estar afetada.

- **síndrome de Sjögren:** geralmente se associa com vaginite atrófica, diminuição da secreção mucosa cervical, e, também, com gengivites. A relação pode ser dolorosa e o beijo pode ser desagradável.

- **fibromialgia:** nesta entidade sindrômica as considerações são interessantes e variáveis; a fibromialgia mostra alta prevalência de disfunções sexuais. Pode estar relacionada com abuso sexual em alguns casos e noutros pode estar associada aos sintomas clínicos de cistite, vulvodinia e vaginismo. Cefaléias tensionais e pontos de sensibilidade miofascial diminuem o prazer e causam dor.

Vários **medicamentos** utilizados em Reumatologia podem também interferir com as atividades sexuais. Entre eles devemos lembrar os corticosteróides que em altas doses causam efeitos colaterais severos na aparência do enfermo, além de manifestações psicológicas associadas com a diminuição da libido. Imunossupressores podem levar a alopecia intensa com alterações da própria imagem, além da possibilidade de desencadarem amenorréia e infertilidade. Antidepressivos tricíclicos e inibidores seletivos

da recaptação de serotonina, prescritos na fibromialgia, podem diminuir a vontade e o prazer.

Achamos relevantes as **recomendações** de Panush e cols. (1), para pacientes (com algumas modificações nossas), que são:

Gerais:

- discuta as atividades sexuais abertamente com seu parceiro;
- experimente diferentes posições sexuais ao procurar aquela que lhe for mais favorável e agradável.
- analise formas alternativas de expressão sexual, se necessário;
- discuta com seu médico ações que permitam relaxamento muscular antes da relação sexual.
- use apoios que ajudem a minimizar a dor e o desconforto;
- use, imediatamente antes da relação sexual, medicação analgésica e miorrelaxante.

Sintomas específicos: Secura vaginal: reposição hormonal, creme com estrogênio e lubrificantes vaginais.

Impotência: sildenafil, tadalafil, verdenafil e, eventualmente terapeuta sexual.

Acometimento articular p.ex. imobilidade do(s) quadril(is), sacro-ileites e espondilites: mudanças de posições, métodos alternativos de expressão sexual e / ou cirurgia do quadril – atroplastia total

Para auxiliar na melhora da qualidade de vida de seu paciente, o reumatologista deve adotar conduta definida, transmitindo otimismo e esperança, afastando certos tabus e mitos oferecidos pela estrutura atual e “cultural” da nossa sociedade.

Referências bibliográficas:

1. PANUSH, R.S. et al. Sex and arthritis **Bull Rheum Dis**, 49 (7):1-4,2000.
2. QUARESMA, M.R. et al. Assessment of sexual function. **J Rheumatol**, 24: 1673-6, 1997.

Osteoporose: qualidade de vida e longevidade

*Lipe Goldenstein
Elizabeth Viana de Freitas*

Com o envelhecimento populacional diversas doenças têm mostrado aumento de prevalência. Entre elas encontra-se osteoporose com expressivo aumento entre mulheres pós-menopausadas⁽¹⁻²⁾. Desta forma, às alterações fisiológicas próprias do envelhecimento, constituindo processos mórbidos, outras se somam, colocando em risco a qualidade de vida e a maior longevidade do indivíduo. Assim, as doenças degenerativas do sistema osteoarticular também determinam profundas alterações sobre o envelhecimento.

Definição

A osteoporose (OP), doença sistêmica do esqueleto, é caracterizada por massa óssea baixa acompanhada por deterioração da microarquitetura do tecido ósseo, resultando em aumento da fragilidade óssea e da susceptibilidade às fraturas⁽³⁾.

Epidemiologia

É uma doença insidiosa que apresenta período de latência com ausência de sintomas antes do aparecimento de quadros de fraturas, trazendo, a partir de então, um pior prognóstico de sobrevida e de qualidade de vida, podendo resultar em deformidade física e danos funcionais⁽⁴⁾. Representa uma doença de alto impacto social⁽⁵⁾.

A OP atinge a 75 milhões de pessoas nos Estados Unidos, Europa e Japão, resultando em mais de 1,3 milhões de fraturas anualmente nos Estados Unidos.

Entre a idade de 40 e 50 anos de 25% a 30% das mulheres brancas são susceptíveis de serem acometidas de OP, com expressivo aumento aos 60 anos, quando 1 em 4 mulheres sofre de OP, enquanto, que a partir dos 70 anos, 2 padecem em cada 3. Entre os homens, com menor impacto, 1 em 8, após os 50 anos, é afetado.

Entre nós, os dados de 1946, revelam uma população de 2,5 milhões de pacientes osteoporóticos. Anualmente são diagnosticadas 105 mil fraturas de quadril por ano, com um gasto de 630 milhões de reais ao ano. Para este século, espera-se 4,3 milhões de casos do OP, com 215 mil fraturas de colo de fêmur ao ano(4).

Quadro 1. Osteoporose: Problema de Saúde Pública.

Osteoporose: problema de Saúde Pública no Brasil

- . 2,5 milhões de pacientes portadores de osteoporose
- . Anualmente 105 mil fraturas de quadril
- . Projeção de 4,3 milhões de casos para os primeiros anos do século XXI
- . Com conseqüente projeção de 215 mil fraturas de colo de fêmur por ano
- . 80% dos casos do sexo feminino

Fonte: Osteoporosis 1995. Basics diagnosis and therapeutic Elements for a National consensus proposal. *SP Medical Journal*, 113 (suppl4) 64

Em 80% dos casos a OP ocorre entre as mulheres, tendo relevância a participação da menopausa, sendo a deficiência estrogênica fator de risco independente.

As conseqüências da OP apresentam caráter de maior gravidade, com repercussões financeiras, físicas e de ordem psicossocial, afetando profundamente a família, a comunidade e o próprio indivíduo. A perda gradativa da massa óssea na coluna determina a mudança de postura, devida

à lordose que se instala, com característica perda de altura ao longo dos anos, além de promover a protrusão do abdômen e contribuindo para o desconforto pós-prandial, muitas vezes confundido com distúrbios primários do aparelho digestório.

A fratura osteoporótica de ocorrência mais comum é a de vértebra, freqüentemente considerada de menor importância, sendo, entretanto, importante fator preditivo de outras fraturas futuras no período de um ano, ponto de partida, portanto, para a instituição de medidas preventivas. As fraturas osteoporóticas podem gerar quadros de dor crônica, dependência e perda de qualidade de vida.

Atualmente, um em cada sete americanos apresenta alguma condição funcional limitante, com um custo anual superior a 170 bilhões de dólares. Mesmo nos países desenvolvidos, o orçamento dedicado aos programas assistenciais dos idosos ainda é insuficiente para fornecer condições sociais e biológicas ideais. Pode-se deduzir, portanto, a profundidade do desafio de envelhecer, principalmente nos países em desenvolvimento, tendo o contingente de idosos, bem como, o de pessoas frágeis, pequeno acesso aos cuidados especializados de que tanto necessitam (Hoenig 1992)(7).

As limitações funcionais são preditoras das restrições nas atividades de vida diária (AVD) e das atividades instrumentais de vida diária (AIVD)(8) sendo de fundamental importância a adoção de medidas preventivas e persistentes, como, por exemplo, através da atividade física, que podem retardar o início das restrições das AVD e das AIVD, prolongando o tempo de vida ativa e independente (6).

Aproximadamente 84% das pessoas com idade igual ou superior a 65 anos são dependentes de terceiros para a realização de alguma AVD. Essa limitação determina maior risco de institucionalização. Para 2020 é esperado um aumento entre 84% e 167% no número de idosos com moderada ou grave incapacidade. Possivelmente, associado a esse fato, se encontram as altas taxas de sedentarismo na população idosa, atingindo 65% daqueles com idade acima de 60 anos e 80% daqueles acima dos 75 anos

Prevenção

A implantação de programas de prevenção pode minimizar ou prevenir as incapacidades. O afastamento dos principais fatores de risco contribui para a prevenção e o retardo da OP, determinando aumento da força muscular,

melhora da auto estima, melhora do equilíbrio e da marcha, além de melhorar a realização das atividades de vida diária. Os programas de prevenção visam a implantação de atividades que envolvam exercícios para fortalecimento muscular e preservação de massa óssea, por exemplo, o treinamento de força, exercícios aeróbicos de impacto para auxiliar a recuperação de massa óssea, exercícios de flexibilidade, melhorando a movimentação, e atividades direcionadas à melhora do equilíbrio e da marcha, prevenindo, conseqüentemente, as quedas que constituem grave fator de risco para fraturas entre os idosos.

Por outro lado, os programas de prevenção, com a implantação de projetos específicos, trazem inúmeros outros benefícios para os idosos. O treinamento de força melhora de 20% a 40% a simples força muscular, mantém ou aumenta a massa óssea, melhorando o condicionamento físico através do aumento de consumo máximo de oxigênio (VO₂ max), aperfeiçoa o equilíbrio e a marcha, e determinando melhor desempenho das AVD.

O risco das fraturas é uma sombra ameaçando a qualidade de vida e a maior longevidade. A instituição de medidas preventivas, objetivando a atenção integral ao idoso, é fundamental para reduzir o risco de fraturas.

Fatores de risco

Alguns fatores de risco estão relacionados à osteoporose, podendo ser considerados marcadores individuais para o seu desenvolvimento. Mudanças no estilo de vida podem contribuir para a redução do risco, entretanto nem todos os fatores de risco podem ser modificados (9).

Tabela 2. Fatores de risco não modificáveis.

Gênero – maior probabilidade de osteoporose no sexo feminino

Idade - risco aumenta com a idade

Estrutura corporal – mulheres pequenas têm maior risco

Etnia – Mulheres caucasianas e asiáticas apresentam maior risco

História familiar – pode caracterizar hereditariedade

Outros fatores de risco podem sofrer interferências e modificações reduzindo o risco de ocorrência de osteoporose e conseqüentemente de fraturas.

Tabela 3. Fatores de risco modificáveis.

Hormônios sexuais – amenorréia, menopausa, níveis baixos de testosterona no homem
Anorexia
Dieta pobre em cálcio
Sedentarismo e longo repouso no leito
Fumo
Consumo excessivo de álcool e café
Estresse
Fármacos: corticosteroides, heparina, lítio, tireoxina, antiácidos, imunossupresores, etc.

Nos indivíduos idosos a análise dos medicamentos em uso é fundamental .

Tradicionalmente, a prática da polifarmácia é comum entre os idosos, devendo ser rigorosamente investigada. Independente do risco de osteoporose, certos fármacos podem ocasionar quedas, facilitando o aparecimento de fraturas.

Quedas

A prevenção de quedas deve constituir uma preocupação especial para os portadores de osteoporose. As quedas aumentam a probabilidade de fraturas de quadril, punho e coluna, ou de outra parte do esqueleto. Inúmeros fatores podem contribuir, inclusive condições mórbidas especiais que, portanto, devem ser investigadas, tais como: arritmias cardíacas, problemas de equilíbrio e marcha, instabilidade postural, problemas visuais (catarata, degeneração macular, etc), convulsões, doença cerebrovascular, etc. Os sedativos e antidepressivos devem ser investigados e seu uso e efeitos rigorosamente avaliados; constituem importante causa de quedas entre os idosos.

Os detalhes da ambientação de casa também necessitam ser criteriosamente considerados.

É de capital importância que a osteoporose deva ser tratada ANTES que ocorram as fraturas (10).

A melhor forma de manter a saúde óssea é estar sempre em atividade, com alinhamento correto do corpo, com postura adequada para evitar sobrecargas mecânicas segmentares, o que resultará na melhora do equilíbrio e dos reflexos, mantendo o tônus muscular ideal. A atividade física diária através exercícios apropriados tonifica e flexibiliza os movimentos, permitindo um posicionamento certo no andar, sentar-se, ficar de pé, levantar-se, puxar e empurrar objetos, visando sempre evitar o repouso prolongado e o sedentarismo.

Os **exercícios** devem ser freqüentes e contínuos, por um período médio diário de 30 minutos, lentamente, evitando-se movimentos bruscos e fortes, podendo ser executados na própria residência, estando rigorosamente contraindicados os que promovem a rotação e flexão da coluna ou extensão contra gravidade, para acrescentar mais vida à idade cronológica, respeitando-se a individualidade biológica individual de cada pessoa. Os exercícios devem ser feitos em terreno firme, calçando um bom sapato tipo tênis, e associados a exercícios lentos e ritmados para as pernas e os braços. Não esquecer de comer alimentos ricos em cálcio e tomar um copo de suco de laranja e, de preferência, antes das 10 horas da manhã e depois das 16 horas. Têm ainda a vantagem de melhorar a coordenação motora. Além dos exercícios aeróbicos, sempre de baixo impacto e quando possível, com as cautelas e prudências indispensáveis, alguns poucos anaeróbicos, executados muito cuidadosamente.

Assim, a atividade física melhora a aptidão e também influencia eficazmente a ansiedade psíquica.

A qualidade de vida dos pacientes osteoporóticos.

O conceito moderno de saúde hoje deve ser admitido como muito mais amplo do que simplesmente a inexistência de doenças: ter saúde está implicitamente relacionado com a felicidade, a alegria, o convívio prazeroso com amigos e com um projeto permanente de modo de viver, onde pontificam a dignidade, a solidariedade, o altruísmo e o calor humano para com o próximo.

Consideramos que devemos sempre doar um sorriso, ter e saber incentivar a auto-estima e motivar aos portadores de osteoporose que eles estejam permanentemente também motivados em prol da ajuda aos pacientes portadores dessa e de outras enfermidades.

Não podemos ignorar que a escala progressiva de aumento dos idosos no Universo daqui a trinta anos estará aumentada, de modo que nos países desenvolvidos, de cada quatro pessoas, uma estará acima de 65 anos de idade.

Como em outras patologias, além da elaboração de um **consenso** para funcionar como linha de conduta, também foi organizado um **questionário**, auto aplicável, dirigido à avaliação da qualidade de vida para os osteoporóticos com fraturas; é constituído por 23 indagações relacionadas com a sintomatologia, a sociabilidade, o estado psicológico e físico, além da saúde em geral e sobre a qualidade de vida em particular. Os dados são coletados entre 30 e 40 minutos; inobstante sua efetividade e boa aplicabilidade, não tem sido utilidade na rotina da prática clínica diária.¹¹

E nósoutros, médicos, que lidamos diretamente com a osteoporose, necessitamos ter em mente permanentemente que vovó e vovô não somente querem casa, carinho e comida. Hoje os que estão na considerada “maior idade” desejam manter, nessa fase, a qualidade de vida boa o bastante para ter saúde, auto-estima e participação ativa. Não obstante o progredir da vida com as naturais limitações corporais, a existência deve prosseguir, com satisfação.

É fundamental que não só o corpo como também a mente continuem ativos, participando de jogos, cursos, trabalhos voluntários, fazendo novos amigos, caminhadas, danças, natação, exercícios e encontros com pessoas de ambos os sexos. E é indispensável cuidar da própria alimentação, sem exageros ou carências, buscando alimentar-se com os nutrientes essenciais em busca de um equilíbrio ponderal e de um bom funcionamento dos aparelhos e sistemas, não olvidando a atividade sexual que deve ser estimulada, uma vez que o idoso continua com os desejos e fantasias da sexualidade. Nessa etapa, mais importante que o número de orgasmos e ejaculações, é a parceira, capaz de proporcionar afeto e aconchego.

Ademais, tem grande significado não permitir que se instale a depressão, com seu conseqüente mau humor e falta de interesse, hoje perfeitamente controlada e compensada através de drogas que restabelecem as “falhas” da “química cerebral”, acompanhadas do apoio psicoterápico, familiar e

ambiental. Tudo isso permitirá aos idosos osteoporóticos uma vida digna, independente, participativa e jubilosa.

Não envelhece quem sabe fazer e cultivar amizades com sinceridade, naturalidade, otimismo e esperança na evolução prazenteira e progressiva da idade, compartilhando as conversas, a ginástica, os jogos e os novos amores.

O ser humano, com o envelhecimento, perde progressiva e gradualmente várias enzimas, vitaminas e hormônios que estão intimamente relacionados com os níveis de estrógenos e testosterona, com reflexos na libido, na massa óssea e muscular, na memória, na audição, na marcha e na força física, mental e sexual. Contudo, a prática de uma boa sociabilidade, acrescida de ânimo firme para atividades físicas, com exercícios e ginástica saudável, com uma alimentação adequada e moderada, com suplementação medicamentosa quando necessária, num ambiente sadio, tudo isso somado a um temperamento equilibrado, não depressivo nem ansioso e com elevada propensão para o labor cotidiano, oferece uma vida tranqüila, amena, participativa, solidária e esperançosa para os pacientes – homens e mulheres – portadores de osteoporose.

Para finalizar, diremos que se a solidez dos ossos está apoiada em duas vertentes, isto é, a **quantidade** de osso, representada pela massa, pela densidade mineral e pelo seu tamanho, e, pela **qualidade** do osso que exhibe-se pela micro e macroarquitetura, pela remodelação óssea e pelas propriedades materiais do osso, então, a “filosofia” desses pacientes osteoporóticos deve ser embasada na premissa de que “se uma pessoa não for amanhã melhor de que hoje, para quê o amanhã é necessário?” E assim eles vivem muito felizes, porque qualidade de vida e a alegria não têm idade...

Referências bibliográficas

¹ PEREIRA, S.E.M, MESDONÇA L.M.C. Osteoporose e Osteomalacia. In: FREITAS, E.V et al., *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Guanabara-Koogan, 2002: p. 515-529.

² FREITAS, E.V., PIMENTA, L. Climatério. In: FREITAS, E.V. et al., *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Guanabara - Koogan, 2002. p. 487-495

³ Consensus Development Conference: Diagnosis, prophylaxis, and treatment of osteoporosis, *Am J Med*, 94:646, 1993.

- 4 NAVAS, R. V; LYLES K.W. Osteoporosis. In: *Practice of Geriatrics*. Dutchie 3 rd ed.1998, WB Saunders Company.
- 5 BRUDER, J. Newer therapies in the management of osteoporosis. 2002, 5: 14-17.
- 6 Osteoporosis 1995. Basic diagnosis and therapeutic elements for a “national consensus proposal”. *São Paulo Medical Journal*, 113 (suppl 4) 64P. 1995
- 7 Hoenig H, Nusbaum N, Smith-Brummel K. Geriatric Rehabilitation: State of Art. *J Am Geriatr Soc*, 1992; 40: 861-866
- 8 Miler Em, Rejeski WJ, Rejeski WJ, Reboussin BA, Ten Have TR, Ettinger WH. Physical activity, functional Limitations, and Disability in older adults. *JAGS* 2000; 48
- 9 FERNANDES, C.E. MELO, N.R. Wehba S. Osteoporose. *Ver Bras Med*. 2000;57:177-192
- 10 MC Auley E et cols. *Aging Ment Health*; 6 (3): 222-30, 2002 Aug.
- ¹¹ SJEJNFELD, V.L. et al: Qualidade de vida em pacientes com fraturas por osteoporose: adaptação cultural, reprodutividade e validade do “Osteoporosis Assessment Questionnaire – OPAQ”. *Rev. Brás. Reumatol*, 39:9-18,1999.

Aspectos bioquímicos da evolução das espécies: Deixaremos de ser mamíferos?

Luiz Erlon A. Rodrigues

Os seres vivos estão em contínuas transformações movidas, principalmente, pelo meio ambiente onde vivem, transformam e são transformados. Como nada no universo que nos cerca e do qual fazemos parte, acontece sem envolvimento energético, as transformações mais simples e, portanto as mais entrópicas, são favorecidas e levam vantagem. Já foi demonstrado que o universo como um todo se dilata e, desde que foi possível medir os afastamentos entre as galáxias e nebulosas, ficou mais fácil entender que, a todo momento, justamente porque dilatamos, somente aquelas transformações onde o gasto energético for menor, formam produtos mais estáveis. Nessa fantástica dilatação, parte da energia inicial é transformada naquilo que os astrofísicos e pesquisadores chamam de matéria escura.

Em que isso nos afeta? Em termos físico-químicos e biológicos quanto menos energia for necessária para o desenvolver de uma determinada espécie, mais chances ela tem de obter sucesso, entre as semelhantes menos entrópicas.

Claro que, em se tratando de um processo regido por leis universais, as modificações que se estabelecem em cada ser vivo, isoladamente, são muito lentas para serem inteiramente percebidas por uma única geração. No entanto, os conhecimentos trazidos pela paleontologia e, mais recentemente, pela bioquímica e biologia molecular, demonstram claramente e de maneira

irrefutável que os seres vivos, mudam constantemente, juntos com o meio ambiente.

Naquilo que nos toca mais de perto como seres humanos, várias transformações de grande monta podem ser demonstradas. Salientaremos três, dentre elas, por serem mais fáceis de as comentar:

1. Perdemos a capacidade de sintetizar a vitamina C. Somos, juntamente com a cobaia e certos morcegos frugívoros, os únicos animais incapacitados de sintetizar tal vitamina (Figura 1).

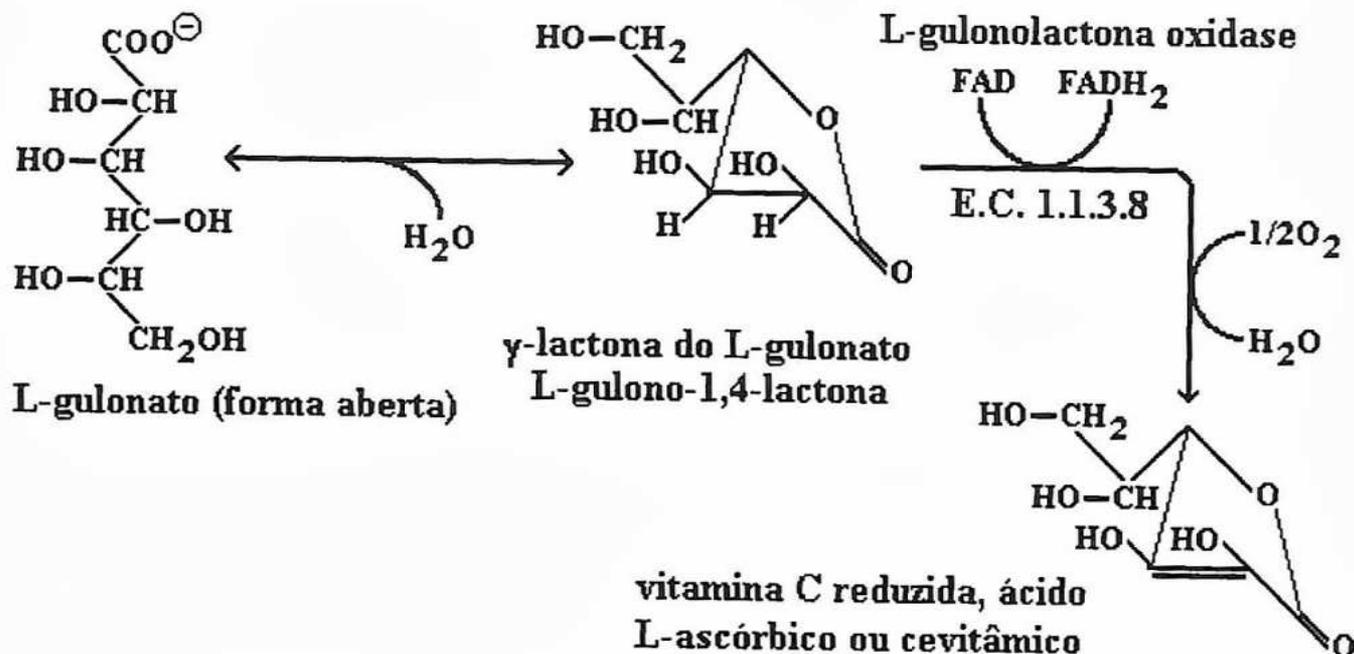


Fig. 1. - A oxidação da lactona do ácido L-gulônico pela enzima a L-gulono-1,4-lactona: oxigênio oxidoreductase, FAD dependente, a transforma em vitamina C reduzida.

Por que desadaptamos a enzima L-gulonato oxidase (L-gulonolactona oxidase, E.C. 1.1.3.8), capaz de transformar o ácido gulônico, que ainda sintetizamos, em vitamina C? A resposta parece fácil. Nosso regime alimentar e a flora bacteriana intestinal, de há muito nos fornecem, diariamente, muito mais da citada vitamina do que realmente temos necessidade. Para que gastar energia na manutenção das informações genéticas e na biossíntese da citada enzima, molécula protéica constituída de vários aminoácidos e de estrutura espacial relativamente complicada, se não temos mais necessidade desta biossíntese ?

2. Muito provavelmente, os seres humanos primitivos se alimentavam de uma dieta pobre em açúcares daí terem adaptado em suas células, principalmente nos hepatócitos, juntamente com os outros animais, um

importante ciclo metabólico que permite recuperar a glicose ou obtê-la através de outras fontes. Hoje, nossa dieta é tão rica em carboidratos que estamos em plena desadaptação deste ciclo. Muitos dos nossos descendentes já perderam parte dele. A cada dia, nascem mais crianças deficientes na enzima L-xilulose redutase (E.C. 1.1.1.10), eliminando pela urina um tipo de pentose, conhecida como L-xilulose (Figura 2).

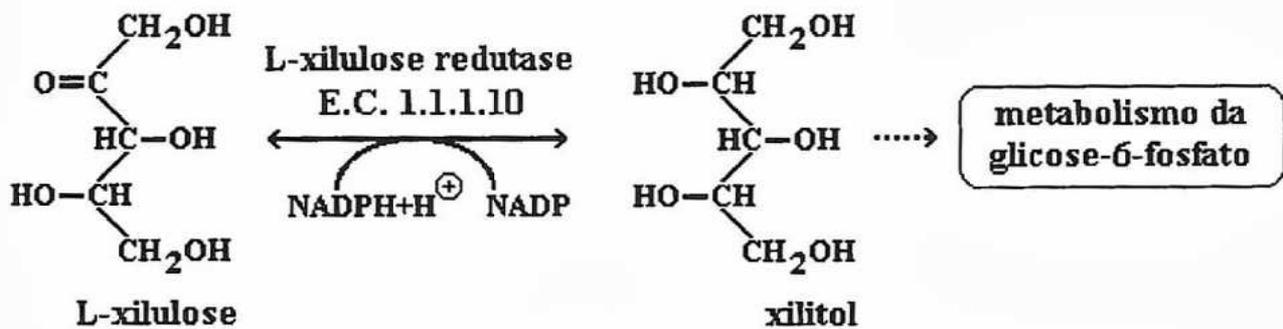


Fig. 2. – A pentosúria se caracteriza, bioquimicamente, pela ausência ou diminuição da atividade da enzima L-xilulose redutase, (xilitol: NADP oxidorredutase), que reduz a L-xilulose para xilitol.

Os animais carnívoros e que não modificaram sensivelmente seus hábitos alimentares, não apresentam tais modificações. Muito provavelmente, se o padrão alimentar da espécie humana continuar privilegiando os carboidratos, esses indivíduos, mutantes mais simples, predominarão e serão considerados normais. Atualmente são portadores da síndrome conhecida como pentosúria, (L-xilulosúria), sem maiores conseqüências.

3. Não se espantem. Estamos deixando de ser mamíferos. Parece incrível. Mas tudo indica que no futuro, talvez não tão longínquo, nasceremos e cresceremos sem a necessidade do leite. A bioquímica nos mostra que estamos em plena transformação nesse sentido. Adaptamos uma enzima, a UDP-glicose-4-epimerase (E.C. 5.1.3.2), que transforma glicose em galactose, um dos componentes da lactose, açúcar do leite, e fundamental para o crescimento celular e diferenciação dos tecidos e órgãos.(Figura 3).

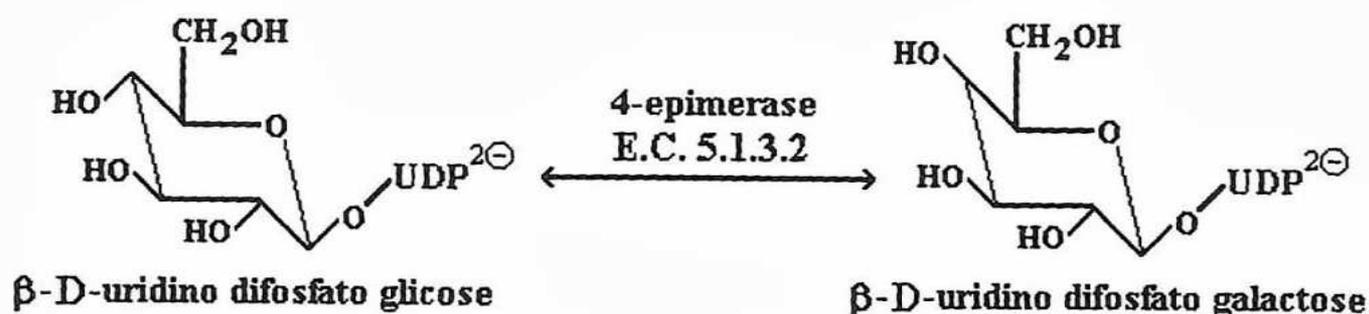


Fig. 3. – A enzima UDP-glicose-4-epimerase ou, simplesmente, 4-epimerase, transforma a glicose ativada pelo uridino difosfato em galactose, pronta para diversos processos biossintéticos.

No passado, ou as proles eram amamentadas ou morriam. Hoje, os recém nascidos da espécie humana podem, em determinadas situações, ser alimentados com produtos muito diferentes do leite. Já existem mesmo mutantes que só se desenvolverão normalmente se não forem alimentados com o leite, de qualquer espécie animal, inclusive o materno. A utilização continuada do leite por esses recém natos desencadeará uma doença muito grave, chamada galactosemia com galactosúria, que fatalmente os levará à morte. Pacientes portadores desse defeito genético apresentam uma diminuição da atividade ou mesmo a ausência da enzima UDP-glicose: galactose-1-fosfato uridiltransferase (E.C. 2.7.7.12), conhecida, simplesmente, como uridiltransferase (Figura 4).

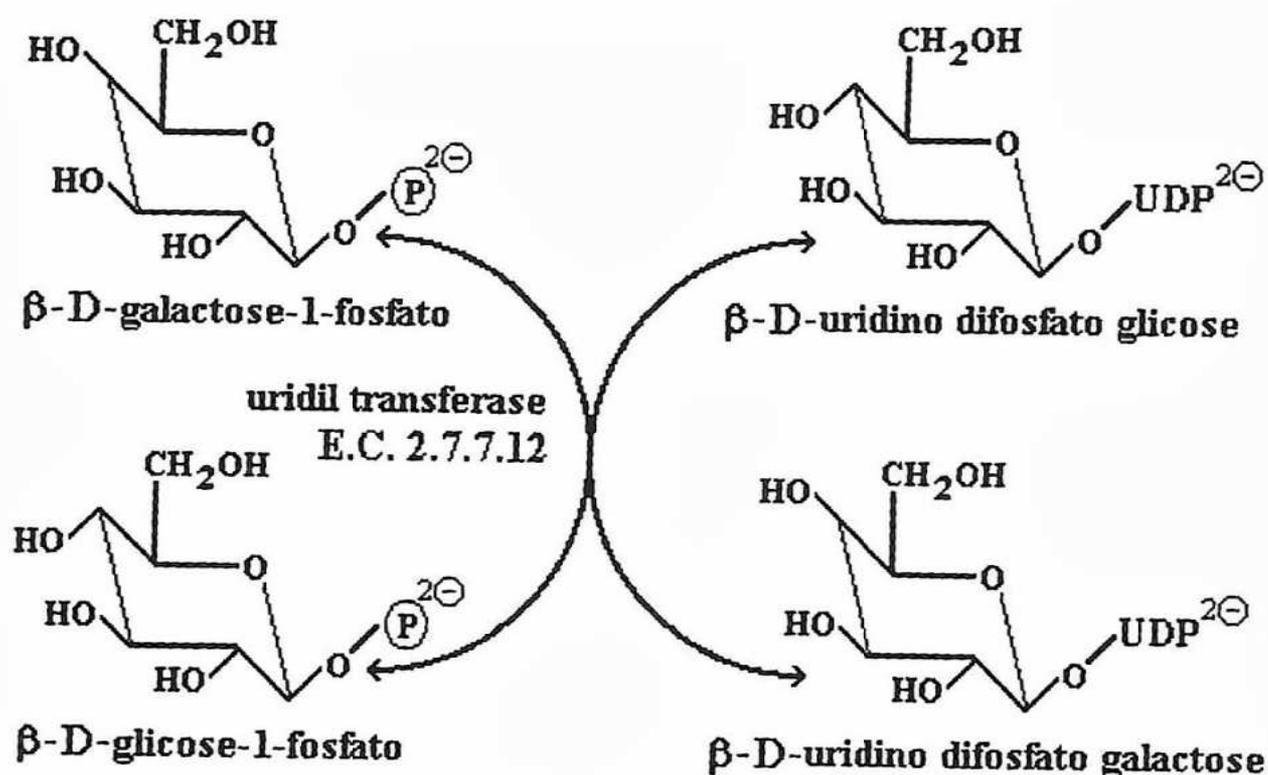


Fig. 4. – A UDP-glicose : galactose-1-fosfato uridiltransferase prepara a galactose absorvida da digestão do leite para sua incorporação nos diversos metabolismos.

Esses pacientes manifestam, pouco tempo após o nascimento, uma intolerância ao leite materno, ou de qualquer outra origem cuja ingestão, se não evitada imediatamente, causa vômitos e diarreias. A desidratação e a desnutrição que se estabelecem como conseqüências, podem levar à morte do lactente.

Se os incidentes digestivos não forem tão severos, a contínua ingestão de leite pode levar, após algumas semanas, a sintomas e sinais bem mais graves, dentre os quais se destacam crescimento insuficiente, desenvolvimento de catarata bilateral, atraso mental progressivo, insuficiência hepática acompanhada de ascite e hemorragias, devidas principalmente à carência de protrombina. O desenvolvimento rápido de hépato-esplenomegalia, acompanhada de icterícia e de degeneração gordurosa, com freqüência, leva à cirrose. A drástica diminuição das defesas imunológicas e celulares podem precipitar a morte do paciente devido a infecções generalizadas.

A doença pode se apresentar sob uma forma menos aguda na qual as perturbações digestivas, hepáticas e a catarata não são tão evidentes. O não tratamento destes casos, pode ser particularmente perigoso porque o déficit mental se estabelece sorrateira e progressivamente, principalmente se a criança continua a alimentar-se de leite. Especificamente, a lactose e a galactose devem ser eliminadas da alimentação.

A adaptação da 4-epimerase, antes descrita, anulou praticamente a importância da uridiltransferase. Aqui surge novamente a pergunta. Para que continuar com o metabolismo da lactose se para tal são necessárias três enzimas diferentes, (lactose hidrolase E.C. 3.2.1.108, galactocinase E.C. 2.7.1.6 e a própria uridiltransferase E.C. 2.7.7.12), quando a 4-epimerase garante todo o suprimento de galactose a partir da glicose? A que serve a lactose se a glicose, muito mais presente nos regimes alimentares da atualidade, supre as necessidades bioquímicas do recém-nascido de modo muito mais entrópico? Para aqueles indivíduos, mais evoluídos, que nasceram com defeito da uridiltransferase leite, de qualquer origem, torna-se uma alimentação tão perigosa que pode levá-los à morte.

Serão esses os seres humanos de futuro? Tudo faz crer, em termos evolutivos, que as glândulas mamárias estão em processo de involução. Mães que não querem amamentar e justificam essa atitude com argumentos mais diversos, são cada vez mais numerosas. Possivelmente, esse desuso poderá levar a transformações orgânicas importantes. Aliás, talvez sejam as mamas um dos órgãos do corpo feminino que mais apresentam variabilidade de tamanho e forma. Quase nunca, numa mesma mulher, uma mama é igual à outra. E as glândulas mamárias masculinas, para que servem?

Será que num passado distante, ajudaram na amamentação da prole ?

Finalmente, se lembrarmos as constantes modificações a que somos induzidos pelos múltiplos contatos com os mais diversos agentes mutagênicos e ainda porque somos constantemente bombardeados pelas radiações ultravioletas e outras provenientes do espaço e, principalmente do sol, o cenário parece desesperador. No entanto, todos os seres vivos, justamente porque somos entrópicos, temos mecanismos de recuperação do DNA nuclear que estão sempre alertas para a manutenção das formas mais simples. Algumas vezes, apesar disso, surgem formas mais eficientes. Estas permanecem e terminam substituindo as anteriores.

Não se assustem. Primeiro, porque essas transformações são suficientemente lentas e a humanidade tem tempo suficiente para adaptar-se. Isto já vem acontecendo há aproximadamente 4 bilhões de anos, desde o aparecimento da vida na terra. Segundo, e principalmente porque, compete ao Criador do universo e de suas manifestações, o poder de discernir.

“Há uma divindade que molda nossos destinos, sem respeitar os esboços que deles traçamos”. William Shakespeare (1601) *Hamlet* (V, ii).

Para mais detalhes consultar:

- BHAT, P. J. Galactose-1-phosphate is a regulator of inositol monophosphatase: a fact or a fiction? *Med. Hypothesis* 60(1): 123-128, 2003.
- BRUNIER, S. *Où sont les limites de l'univers ?* *Sci. & Vie* 1009(9): 50-65, 2001.
- EL-KABBANI, O., et al., Crystallization and preliminary crystallographic analysis of human L-xylulose reductase. *Acta Crystallog. D. Biol. Crystallogr.* 58(8): 1379-1380, 2002.
- KAHLER, S.G. & FAHEY, M.C. Metabolic disorders and mental retardation. *Am. J. Med. Genet.* 117C(1): 31-41, 2003.
- KUBIN, A., et al., Dehydroascorbic acid in urine as a possible indicator of surgical stress. *Ann. Nutr. Metab.* 47 (1): 1-5, 2003.
- RICHARD, P., et al., The missing link in fungal L-arabinose catabolic pathway, identification of the L-xylulose reductase gene. *Biochemistry* 41(20): 6432-6437, 2002.
- SCRIVER, C.R. Henry Friesen Award Lecture. Work, the clinician-scientist and human biochemical genetics. *Clin. Invest. Med.* 24(4): 179-195, 2001.
- WANG, S., et al., *Pharmacokinetics in dogs after oral administration of two different forms of ascorbic acid.* *Res. Vet. Sci.* 71(1): 27-37, 2001.
- WEBB, A.L., et al., Verbal dyspraxia and galactosemia. *Pediatr. Res.* 53(3): 369-402, 2003.
- WOLFE, K.L. & LIU, R.H. Apple peels as a value-added food ingredient. *J. Agric. Food Chem.* 51(6): 1676-1683, 2003.

Estudo da fibrilação atrial em um hospital geral e uma unidade coronariana, no período de 1999 - 2000

José Antônio de A. Souza, Fabio Solano de F. Souza, Luís Cláudio L. Correia, Saulo P. Lacerda, Sérgio Gondim Lopes, Magno César, José Péricles Esteves

INTRODUÇÃO

A fibrilação atrial é a arritmia cardíaca sustentada mais freqüente na prática clínica e está associada a morbidade e mortalidade significativas. Nos Estados Unidos estima-se que 2,2 milhões de habitantes sejam acometidos por essa arritmia, sendo a maioria deles portadores de cardiopatia estrutural. Sua prevalência aumenta com a idade, duplicando a cada década de vida após os 50 anos, e sua incidência tende a ser maior em pessoas do sexo masculino.

Os principais fatores de risco determinados pelo estudo de Framingham naquele meio foram senilidade, diabetes, hipertensão, valvulopatias, hipertrofia ventricular esquerda, anormalidades ecocardiográficas, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca (ICC) e cardiomiopatias. A fibrilação atrial é o principal fator de risco independente para acidente vascular cerebral isquêmico (AVC), e o percentual de AVC atribuível a essa arritmia aumenta com idade, ao contrário do que ocorre com AVC relacionados a hipertensão, ICC, doença arterial coronariana.

Considerando a população de idosos no Brasil e a idade-dependência da incidência e da prevalência da fibrilação atrial, bem como dos AVC a ela associados, estima-se a importância crescente dessa arritmia e de suas implicações sócio-econômicas e médicas no país. Do conhecimento dos

autores, não existem trabalhos quantificando o problema no estado da Bahia, embora a prática clínica em Salvador indique que a fibrilação atrial seja um problema muito freqüente.

OBJETIVOS

Os objetivos do estudo foram determinar a prevalência da fibrilação atrial nas populações de pacientes internados em um hospital geral e em uma unidade coronariana, na cidade de Salvador, durante os anos de 1999 e 2000, e descrever as características clínicas e demográficas dos pacientes com a arritmia, internados nesses hospitais.

MÉTODOS

Nesse estudo foi feita uma análise retrospectiva, transversal, através dos prontuários de pacientes internados com diagnóstico de fibrilação atrial (FA) em um hospital geral e uma unidade coronariana, nos anos de 1999 e 2000, na cidade de Salvador.

As duas instituições escolhidas foram o Hospital Espanhol (HE), representando um hospital geral, e a Unidade Coronariana do Hospital Português (UCO), com base no alto número de internamentos anuais que ambos possuem, e pela facilidade de acesso aos dados dos pacientes. No HE os pacientes com FA foram selecionados consultando-se o arquivo de resultados de exames eletrocardiográficos do hospital., e na UCO, a partir da consulta ao banco de dados existente nos seus computadores, utilizando-se a palavra-chave “fibrilação atrial”. O período estudado foi de 01 de janeiro de 1999 a 31 de dezembro de 2000. Após a seleção dos pacientes, seus prontuários foram identificados e analisados. Os dados de interesse foram incluídos em formulário padrão.

Obtiveram-se dados demográficos (sexo e idade), clínicos e ecocardiográficos. Dentre os aspectos clínicos foram de interesse o motivo do internamento, a duração da FA de acordo com a classificação proposta por Gallagher e cols., a presença ou ausência de fatores predisponentes à arritmia, como senilidade, hipertensão arterial (HAS), valvulopatias, doença isquêmica do coração, diabetes mellitus (DM), doença tireoidiana, tabagismo e alcoolismo, a presença de complicações tromboembólicas, como AVC, ataque isquêmico transitório (AIT), e embolia periférica, e complicações

não tromboembólicas (taquicardiomiopatia e congestão pulmonar). Os dados ecocardiográficos coletados foram relacionados às dimensões de átrio e ventrículo esquerdos, presença ou ausência de hipertrofia ventricular esquerda ou alterações segmentares, função sistólica, com base na fração de ejeção encontrada, e função diastólica.

Dois grupos de pacientes foram considerados relacionados ao local de internamento: pacientes internados no HE (enfermarias, apartamentos e UTI) e pacientes internados na UCO. A prevalência da FA foi obtida nas duas instituições. No HE a prevalência foi calculada usando-se a população total de pacientes internados em 1999 e 2000, e não apenas os que realizaram ECG. Os dados demográficos, clínicos, ecocardiográficos e relacionados ao tratamento foram comparados nessas duas populações com finalidades descritivas. Alguns dados foram analisados considerando-se a população total dos dois grupos referidos. Os dados obtidos foram também correlacionados com a duração da FA, aguda ou crônica (e seus subtipos, paroxística, persistente e permanente), nas referidas populações. A frequência dos principais fatores associados à FA foi também obtida no grupo de pacientes que tiveram complicações de uma forma geral.

A análise estatística foi feita utilizando-se o programa de estatística "SPSS 9.0 for Windows". As frequências das variáveis foram calculadas em cada instituição e na população total. Foi utilizado o teste Qui-quadrado para a comparação das variáveis categóricas nos grupos com FA aguda e crônica (e seus subtipos). O teste T de Student foi utilizado para a comparação das médias das idades nos grupos com FA aguda e crônica.

RESULTADOS

Um total de 301 pacientes internados com FA em 1999 e 2000 foram selecionados nas duas instituições. Na UCO a prevalência da arritmia foi de 10,3% (192 pacientes), enquanto que no HE, 0,7% (109 pacientes). Na UCO, a própria FA foi o motivo de internamento em 54,2% dos casos estudados, seguida de ICC (12%), e doenças cerebrovasculares (8,4%), incluindo AVC e AIT (**Tabela 1**). No HE, doenças cerebrovasculares representaram o motivo de internamento mais frequente, ocorrendo em 16,5% dos casos; ICC motivou 12,8% dos internamentos, e em seguida a própria FA, com 9,2% dos casos. No total (n = 301), a FA foi o principal motivo de internamento em 114 pacientes (37,9%), ICC em 37 pacientes, e doenças cerebrovasculares em 34 pacientes.

Na UCO, a classificação da FA quanto à sua duração de acordo com o proposto foi possível em 160 pacientes (83,3%). Dentre esses, 52 (32,5%) tinham FA aguda, e 108 (67,5%), FA crônica; destes últimos 44,1% tinham a forma persistente, 42,3% tinham a forma permanente, e 13,6%, a paroxística (**Gráfico 1**). No HE 104 pacientes dentre os selecionados puderam ser classificados quanto à duração (95,4%). Foi encontrada FA aguda em 25 (24%) pacientes, e FA crônica, em 79 pacientes (76%). No tocante ao tipo crônico da arritmia, 61,5% apresentou a forma permanente, 29,5% a forma persistente e 9% a paroxística. No total das duas instituições a forma crônica permanente foi a mais frequente (93 casos), seguida da aguda (77 casos), persistente (70 casos) e paroxística (21 casos).

Dados demográficos

Na UCO, houve igualdade de distribuição entre os sexos (1:1), nos pacientes com FA, em geral. No HE, as frequências foram também semelhantes no sexo feminino (53,2%) e masculino (46,8%). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Na população total, a frequência de casos com FA aguda foi de 51,9% no sexo masculino, e a frequência de casos com FA crônica de 55,6% no sexo feminino, contudo também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. A média de idade da população total do estudo foi 70 (± 14) anos. Na UCO a média foi de 68,5 ($\pm 13,9$) anos, e no HE, 73 ($\pm 13,8$) anos. A média de idade dos pacientes com **FA aguda** na UCO e no HE foi, respectivamente, 65,7 ($\pm 15,4$) e 64,1 ($\pm 16,47$) anos.

Fatores clínicos predisponentes

Os fatores clínicos predisponentes para FA mais frequentes encontrados na UCO (n=192) foram HAS (69,8%), senilidade (65%), valvulopatias (38%), cardiopatia isquêmica (22,9%), DM (18,2%), DAC (17,2%) e tabagismo (13,5%), mostrados na **Tabela 2**. No HE (n=109), senilidade foi o fator predisponente mais frequente nos casos de FA em geral (79,8%), seguida de HAS (62,4%), DM (23,9%), valvulopatias (13,8%), DAC (13,8%), cardiopatia isquêmica (11%) e tabagismo (10,1%).

A grande maioria dos pacientes com valvulopatias tinha insuficiência mitral (76% do total de casos com valvulopatias), seguida de estenose mitral

(21,6%), estenose aórtica (18,2%) e insuficiência aórtica (21,6%), em sua maioria associadas à FA crônica nas duas instituições (67%, na população total). Houve apenas 03 casos de IAM associado a FA, ocorridos na UCO, dois deles associados ao 1º episódio de FA (aguda). A frequência de FA aguda associada a cirurgia cardíaca foi, na UCO e no HE, de 9,6% e 16%, respectivamente. Apenas 10 casos de miocardiopatia crônica chagásica e 8 de cardiopatia reumática foram encontrados no total de pacientes das duas instituições. Em relação às cardiomiopatias foram encontrados 11 casos de cardiomiopatia dilatada, 1 de cardiomiopatia hipertrófica e 1 de cardiomiopatia restritiva.

Condições que levam a hipoxemia aguda ou crônica foram frequentes nos pacientes do HE, como tabagismo (10%), DPOC (6,4%), infecção do trato respiratório (12,8%) e sepse (7,3%). Foram encontrados apenas 03 casos de hipertireoidismo associados a FA. Contudo hipotireoidismo esteve associado à FA em 14 casos do total (4,7%). Alcoolismo ou ingestão abusiva de bebida alcoólica estiveram associados à FA em 13 casos (4,3%). No total de casos, a ausência de fatores predisponentes clínicos ou ecocardiográficos foi observada em 13 pacientes (4,3%), que podem constituir o grupo com FA solitária ou idiopática do estudo.

Dados ecocardiográficos

Ecocardiograma foi realizado em um total de 185 pacientes, sendo 144 destes da UCO e 41 do HE (**Tabela 3**). Evidências de cardiopatia estrutural foram encontradas em 115 pacientes (79,3%) da UCO e em 25 pacientes (80,6%) do HE. Algum aumento de átrio esquerdo foi observado em 55,9% dos casos da UCO e em 51,2% dos casos do HE. Hipertrofia ventricular esquerda foi observada no HE em 41,5% dos casos, e na UCO, em 29%. Dilatação do ventrículo esquerdo ocorreu em 29,3% da casuística do HE e em 9,7% da casuística da UCO. Alterações segmentares existiam em 26,9% dos casos na UCO e em 24,4% no HE. Algum grau de disfunção sistólica foi encontrada em 68,3% dos pacientes do HE e em 32,2% da UCO. Apenas 02 casos de pericardite com derrame pericárdico foram encontrados em todo o grupo que realizou ecocardiograma.

Complicações

As complicações da FA foram classificadas em prévias, se ocorreram no passado, e agudas, se ocorreram durante o período de internamento ou motivaram o mesmo. No estudo, 76 pacientes do total de 301 (28%) tinham complicações. Desses pacientes, 32 já possuíam complicações prévias, correspondendo a 17% dos pacientes com FA crônica. No grupo com FA crônica, em 25,1% dos casos ocorreram complicações agudas, enquanto no grupo com FA aguda, elas ocorreram em 13,5% dos pacientes. No total 58 pacientes tiveram complicações agudas.

Vinte e sete casos de AVC foram registrados como complicação aguda, com proporções nos grupos com FA aguda e crônica de 5,4% e 12,6%, respectivamente, e 23 pacientes já o tiveram como complicação prévia no estudo (13,2% do total de casos de FA crônica). Foram registrados 14 casos com AIT (4 prévios e 10 agudos); 02 casos de taquicardiomiopatia, 06 de embolia periférica, e 15 casos de congestão pulmonar aguda associados à arritmia. Foram observados senilidade em 80,3% (61 casos) do total de pacientes que tiveram complicação da arritmia, HAS em 69,7%, valvulopatia em 32,9%, DM em 28,9% e cardiopatia isquêmica em 14,5% (**Tabela 4**). Cardiopatia estrutural ocorreu em 78,3% (36 pacientes) dos pacientes que tinham complicação e realizaram ecocardiograma. As complicações ocorreram em 34,8% dos casos com FA persistente, em 33,3% daqueles com a forma paroxística, em 34,8% daqueles permanentes, e em 13,5% dos casos agudos (**Gráfico 2**). Aproximadamente, 56,6% dos pacientes (43) que tiveram qualquer complicação eram do sexo feminino, e 43,4% (33 pacientes) do sexo masculino.

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo determinar a prevalência da FA e descrever suas características demográficas, clínicas e ecocardiográficas nos pacientes de uma unidade coronariana e de um hospital geral de Salvador, em 1999. A população de pacientes internada na UCO apresenta doenças cardiovasculares em geral, não somente doença isquêmica do coração, e dessa forma estima-se uma prevalência anual alta da FA nesse meio. A população do HE é portadora das mais variadas patologias, possibilitando ao estudo adquirir mais informações a respeito dos pacientes com FA em

nosso meio. Dessa forma, consideramos importante analisar descritivamente as duas instituições separadamente, assim como em conjunto.

Um total de 301 prontuários de pacientes com FA foram estudados no presente trabalho. Os pacientes internados na UCO (n=192) foram provenientes de suas residências ou de outro setor do Hospital Português. Alguns foram internados exclusivamente para cardioversão elétrica. **A prevalência da FA na UCO de 10,3% retrata, como já dito, sua frequência não somente em pacientes portadores de doença isquêmica do coração, mas naqueles com doenças cardiovasculares de uma forma geral.** Alguns desses pacientes foram reinternados com FA, que já havia sido previamente tratada, contudo não foi objetivo desse estudo avaliar esse aspecto. O número de pacientes selecionados no HE (n=109) foi menor que na UCO. **A prevalência da FA encontrada nessa instituição (0,7%) trata-se de uma aproximação da realidade,** pois consideramos que um número muito reduzido de pacientes portadores crônicos de FA deixaram de ser selecionados por não terem realizado eletrocardiograma, mas reconhecemos que a prevalência da FA nesse local pode ser inclusive maior. Da mesma forma que na UCO, alguns pacientes no hospital geral também foram reinternados.

Na UCO o principal motivo de internamento dos pacientes com FA foi a própria FA (54,2%), seguida de ICC e doenças cerebrovasculares, que mesmo em conjunto não chegaram a sobrepujar a FA. No hospital geral, a FA foi a quarta maior causa de internamento, sendo as três primeiras ICC, doenças cerebrovasculares e insuficiência respiratória aguda (DPOC, ITR, asma). Acreditamos que em boa parte desses casos de ICC ou doenças cerebrovasculares, a FA tenha sido o principal fator precipitador de agravamento da condição pre-existente ou do surgimento da patologia que motivou o internamento. Foram observadas frequências menores, porém semelhantes de pacientes com FA internados em função de insuficiência renal crônica e cirurgias. Podemos dizer que a FA teve uma importância clínica significativa para seus portadores, pois representou na UCO, e na população geral do estudo, o seu principal motivo de internamento.

Segundo dados da literatura, a FA tem uma frequência maior em indivíduos do sexo masculino. **No presente estudo, verificou-se distribuição semelhante entre os sexos nos casos de FA selecionados na UCO e no HE. Houve discreta predominância do sexo masculino nos pacientes com FA aguda, e do sexo feminino nos pacientes com FA**

crônica nos dois locais. Contudo não houve diferenças estatisticamente significativas. Sabe-se que a prevalência da FA aumenta com a idade, constituindo senilidade, juntamente com doenças cardiovasculares, um dos fatores de risco mais frequentes para FA. **A população desse estudo foi predominantemente de idosos, tanto na UCO, quanto no HE, com uma média geral em torno de 70 anos.**

A FA pode ser classificada de diversas formas: duração, traçado eletrocardiográfico, etiopatogenia e outras. A classificação da FA quanto à sua duração foi feita de acordo com o proposto por Gallagher e cols. , em FA aguda, ou seja o 1º episódio, e FA crônica, que se subdivide em paroxística (reversão espontânea para ritmo sinusal), persistente (reversão somente após tratamento farmacológico ou CVE), e permanente (não reversível ou o médico e o paciente decidiram não tentar mais a reversão). Preferimos utilizar essa classificação da FA quanto à sua duração, pois ela retrata melhor o histórico clínico de seus portadores. Outra classificação, mais comumente utilizada nos prontuários, divide a FA em maior ou menor que 48h e indeterminada, parece ter maior utilidade para fins terapêuticos, objetivando-se a cardioversão da arritmia. Não achamos válido para esse estudo registrar a frequência da FA sob esses critérios. **Nos 301 pacientes estudados, foi observado a maior prevalência da FA crônica permanente, seguida da FA aguda, persistente e paroxística, nessa ordem.** Contudo existe uma tendência dos pacientes com as formas paroxística passarem a persistente, e desta a permanente caso os fatores etiológicos não sejam corrigidos. **O maior percentual de casos de FA permanente no HE associa-se à maior média de idade dos pacientes nessa instituição, se comparada à UCO.**

A coorte de 38 anos do estudo de Framingham determinou os principais fatores predisponentes para FA naquele meio. Os fatores clínicos e ecocardiográficos encontrados foram compatíveis com os dados de estudos em outros países e em outras regiões de nosso país. **Senilidade e HAS foram os fatores clínicos predisponentes mais encontrados nos pacientes da UCO e do hospital geral.** O estudo demonstra que a maior parte dos pacientes da UCO e do HE, principalmente, têm mais de 65 anos de idade e, como esperado, isto ocorreu mais frequentemente nos pacientes com FA crônica permanente. Sabe-se que alterações atriais primárias decorrentes do envelhecimento, como fibrose do miocárdio, deposição senil de amilóide no átrio, podem predispor ao desenvolvimento de FA, explicando

o aumento de sua incidência a cada ano em idosos. A HAS foi o fator associado à FA mais frequente na UCO e o segundo mais frequente no HE. A sobrecarga pressórica nas câmaras cardíacas esquerdas, com desenvolvimento de hipertrofia e posterior dilatação, são fatores preditores do desenvolvimento de FA nesses pacientes.

Segundo dados da literatura, as valvulopatias mitral e aórtica tem papel relevante na gênese da FA, principalmente insuficiência e estenose mitral. No presente estudo as valvulopatias mitral e/ou aórtica foram a terceira condição clínica de risco mais frequente associada à FA na UCO, contudo no hospital geral sua frequência foi 3 vezes menor, ficando como a quarta mais frequente. Houve uma associação numericamente maior das valvulopatias mitral ou aórtica em os pacientes com FA crônica tanto na UCO quanto no HE, contudo não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Apesar de existir elevada incidência de valvulopatia mitral de etiologia reumática em nosso meio, somente foram registrados 08 casos de cardiopatia reumática na população total do estudo. É conhecido que a cardiopatia reumática também é capaz de determinar alterações histológicas no miocárdio que predispoem à FA. A MCC, também de alta prevalência em nosso meio, esteve associada à FA em 10 casos.

Cardiopatia isquêmica foi mais frequente nos pacientes da UCO, como já era esperado pelo perfil clínico dos pacientes que são admitidos nessa unidade. A ocorrência de fibrose nas áreas de miocárdio inviável, lesões de feixes nervosos e alterações da dinâmica das câmaras cardíacas envolvidas pode favorecer à FA, e esteve presente em mais de 18% do total de casos do estudo. O IAM é considerado como causa incontestável de FA, principalmente se associado a oclusão de artéria proximal ao ramo sinusal, dificultando a geração do impulso elétrico. Foi encontrado apenas 3 casos de IAM, que esteve associado a FA aguda. A presença exclusiva de DAC crônica tem valor ainda controverso na etiopatogenia da FA. Frequências semelhantes de DAC foram registradas nos pacientes dos dois locais estudados.

Pericardite e alguns procedimentos cardíacos invasivos, como cirurgia cardíaca e angioplastia coronária, podem originar FA por causarem lesões inflamatórias na margem epicárdica do nó sinusal e seus nervos, ou em outras áreas do miocárdio atrial. Observou-se FA no pós-operatório recente de cirurgia cardíaca em 10 pacientes desse estudo, todos casos

de FA aguda (1º episódio), em proporções semelhantes na UCO e no HE. Apenas 06 casos de FA pós-angioplastia foram registrados, ambos na UCO.

Diabetes mellitus foi considerado importante fator de risco para FA no estudo de Framingham. **No presente estudo sua frequência ocupou a quarta posição entre os fatores predisponentes clínicos para FA, e foi maior no hospital geral (3º mais frequente), com distribuição semelhante nos casos de FA aguda e crônica.**

Hipertireoidismo é a causa orgânica mais frequente de FA, dentre os fatores predisponentes não cardiovasculares, segundo estudos anteriores, estando presente em 2 a 3% dos casos de FA. **No presente estudo foi observado hipertireoidismo em 1% do total de casos (03 pacientes). Contudo hipotireoidismo foi mais frequente estando presente em 4,7% do total.** Seu valor na etiopatogênese da arritmia é controverso. Vale ressaltar a maior frequência de condições que levam a hipoxemia aguda ou crônica nos pacientes do HE, como tabagismo, DPOC, infecção do trato respiratório e sepse. O alcoolismo ainda não tem papel estabelecido como fator de risco, contudo pode levar à miocardiopatia dilatada a longo prazo, que constitui substrato anatômico preditor da arritmia. Entretanto existe tendência a assumir que a ingestão frequente de bebidas alcoólicas em certas pessoas pode constituir risco para ocorrência da FA. **Verificamos FA associada à alcoolismo ou após ingestão maciça de bebida alcoólica em 13 pacientes.**

Algumas alterações ecocardiográficas são estabelecidas como preditores importantes para FA, como aumento do átrio esquerdo, aumento do diâmetro diastólico e sistólico final do ventrículo esquerdo, e hipertrofia ventricular esquerda. Não foram encontrados registros ecocardiográficos em todos os pacientes, principalmente naqueles do HE. **Contudo, foi observado no estudo presença de cardiopatia estrutural em proporções muito similares na população dos dois locais (próximo a 80% dos casos que realizaram ECO).** Em ambas as populações a anormalidade estrutural mais frequente foi o aumento do átrio esquerdo. O aumento do átrio esquerdo não é importante apenas na gênese da FA, mas também é consequência e atua na perpetuação da mesma. De um modo geral, os pacientes do HE que realizaram ecocardiograma tinham maior frequência de alterações que os da UCO.

A ausência de fatores predisponentes clínicos e ecocardiográficos em pacientes com FA idiopática ou solitária foi observada em 4,3% do total de pacientes. Esse dado é semelhante aos encontrados em alguns estudos de outros países. Contudo a prevalência desse tipo de arritmia depende muito da qualidade técnica e extensão da investigação diagnóstica dos pacientes. Além disso, não foi considerado no estudo história familiar de FA, que vem sendo apontada como fator de risco por uma possível transmissão hereditária ainda em investigação.

As complicações mais temidas e associadas à FA decorrem do tromboembolismo para vasos cerebrais ou periféricos. Estudos anteriores indicam que a FA constitui o principal fator de risco independente para AVC, que o percentual de AVC atribuível à FA aumenta com a idade, e que a FA não associada à valvulopatia é a precursora mais importante de AVC em idosos. **Observou-se neste estudo que mais de 1/4 dos pacientes da população total apresentaram complicações previamente ou durante o internamento. Senilidade e HAS foram as condições clínicas mais frequentes nesses pacientes. Cardiopatia estrutural esteve presente em mais de 2/3 dos pacientes que tinham complicação e realizaram ecocardiograma.** Considerando-se o total de casos que sofreram AVC, 67% não possuíam valvulopatia.

As complicações foram mais frequentes nos pacientes com as formas crônicas da arritmia. Alguns trabalhos afirmam que a FA paroxística seria a maior responsável por complicações tromboembólicas, em virtude de muitas vezes ocorrer despercebida, ou pelas alterações hemodinâmicas que costumam causar. Neste estudo o número de casos com FA paroxística foi muito reduzido em relação aos demais tipos. Talvez obtendo-se uma amostra maior, uma associação maior de complicações com esse tipo de arritmia possa ser observada. **Aproximadamente, 13% dos pacientes com FA aguda na UCO e no HE apresentaram complicações agudas, enquanto que em torno de 25% dos pacientes com FA crônica e com alguma complicação prévia tiveram complicação durante o internamento. Não houve predominância de indivíduos de um sexo sobre o outro no total de casos com complicações.**

Os autores têm consciência das limitações de um estudo retrospectivo. Contudo acreditam que as conclusões obtidas através dos resultados desse estudo tem valor para o melhor entendimento da casuística da fibrilação atrial em nossa cidade, caracterizando o perfil clínico e demográfico dos

pacientes acometidos, contribuindo para identificar os fatores predisponentes mais frequentes em dois grandes hospitais de Salvador, e apontando as complicações mais comuns. Portanto as informações obtidas possibilitam uma noção da dimensão do problema em nossa cidade e de suas peculiaridades, porém sugerimos um estudo prospectivo para abordar questões não avaliadas no presente estudo, e apurar com maior precisão as informações até aqui obtidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Benjamin EJ, Levy D, Vaziri SM, D'Agostino RB, Belanger AJ, Wolf PA – Independent risk factors for atrial fibrillation: a population - based cohort. The Framingham Heart Study. *JAMA* 1994; 271: 840 – 844.
2. Feinberg WM, Blackshear JL, Laupacis A, Kraumal R, Hart RG – Prevalence, age distribution and gender in patients with atrial fibrillation: analysis and implications. *Arch Intern Med* 1995; 155: 469 – 473.
3. Podrid PJ – Fibrilação atrial nos idosos. In: Crawford MH, Friesinger GC, ed. - Doença cardiovascular no idoso. *Clínicas Cardiológicas da América do Norte*. Harcourt Brace and Company, 1999. 17(1): 233 – 254.
4. De Paola AAV, Veloso HH, Figueiredo E, Melo WDS – Fibrilação atrial. *Revista Soc Cardiol Estado de São Paulo* 1998; 8 (1): 46 – 56.
5. Gallagher M, Camm J – Classification of atrial fibrillation. *Am J Cardiol* 1998; 82: 18N – 28N
6. Kannel WB, Wolf PA, Benjamin EJ, Levy D – Prevalence, incidence, prognosis, and predisposing conditions for atrial fibrillation: population – based estimates. *Am J Cardiol* 1998; 82: 2N – 9N.
7. Falk RH. – Etiology and complications of atrial fibrillation: insight from pathology studies. *Am J Cardiol* 1998; 82: 10N – 17N.
8. Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB – Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: The Framingham Study. *Stroke* 1991; 22: 983 – 988.
9. Chesebro JH, Halperin JL, Fuster V – Nonvalvular atrial fibrillation: a risk marker for stroke of cardiac and vascular origin. In: DiMarco JP, Prystowsky EN, ed – Atrial arrhythmias: state of the art. *American Heart Association: Monograph Series*. Futura Publishing Company, 1995. 4: 97 – 104.
10. Sanfilippo AJ et al. – Atrial enlargement as a consequence of atrial fibrillation: a prospective echocardiographic study. *Circulation* 1990; 82: 792 – 797.
11. Brugada R, Pappas T, Czernuszewicz GZ, et al. Identification of a genetic locus for familial atrial fibrillation. *N Engl J Med* 1997; 336: 905 – 911.

Gráficos e tabelas:

Tabela 1

Principais motivos de internamento dos pacientes com fibrilação atrial

Motivo do internamento	Unidade Coronariana (n= 192)	Hospital Geral (n=109)	Total (n=301)
Fibrilação atrial	104 (54,2%)	10 (9,2%)	114(37,9%)
ICC descompensada	23 (12%)	14 (12,8%)	37(12,3%)
Doença cerebrovascular	16 (8,4%)	18 (16,5%)	34(11,3%)
Insuf. respiratória aguda	8 (4,1%)	13 (12%)	21(7%)
Síndrome coronariana aguda	9 (4,7%)	2 (1,8%)	11(3,6%)
Crise hipertensiva	7 (3,6%)	3 (2,7%)	10(3,3%)

Tabela 2

Principais fatores predisponentes nos pacientes com fibrilação atrial na população da unidade coronariana e no hospital geral, de 1999 a 2000

Fatores predisponentes	Unidade coronariana	Hospital Geral	Total
Senilidade	125 (65%)	87 (79,8%)	212 (70,4%)
HAS	134 (69,8%)	68 (62,4%)	202 (67,1%)
Valvulopatia	73 (38%)	15 (13,8%)	88 (29,2%)
DM	35 (18,2%)	26 (23,9%)	61 (20,3%)
C. Isquêmica	44 (22,9%)	12 (11%)	56 (18,6%)
DAC	33 (17,2%)	15 (13,8%)	48 (15,9%)
Tabagismo	26 (13,5%)	11 (10%)	37 (12,3%)

Tabela 3

Frequências das anormalidades ecocardiográficas em pacientes com fibrilação atrial na unidade coronariana e no hospital geral, em 1999/2000 (n=185 pacientes)

Anormalidade ecocardiográfica	Unidade Coronariana (n=145)	Hospital Geral (n=41)
Aumento de átrio esquerdo	81(55,9%)	21(51,2%)
Leve: 40 – 45 mm	46(31,7%)	10(24,4%)
Moderado: 46 – 50 mm	16(11%)	6(14,6%)
Grave: > 50 mm	19(13,1%)	5(12,2%)
Hipertrofia ventricular esquerda	42(29%)	17(41,5%)
Dilatação de ventrículo esquerdo	14(9,7%)	12(29,3%)
Alterações segmentares	39(26,9%)	10(24,4%)
Disfunção sistólica (FE em %)	46(32,2%)	28(68,3%)
Leve: 45 – 54%	11(7,7%)	11(26,8%)
Moderada: 35 – 44%	14(9,8%)	11(26,8%)
Grave: < 35%	21(14,7%)	6(14,6%)

Gráfico 1

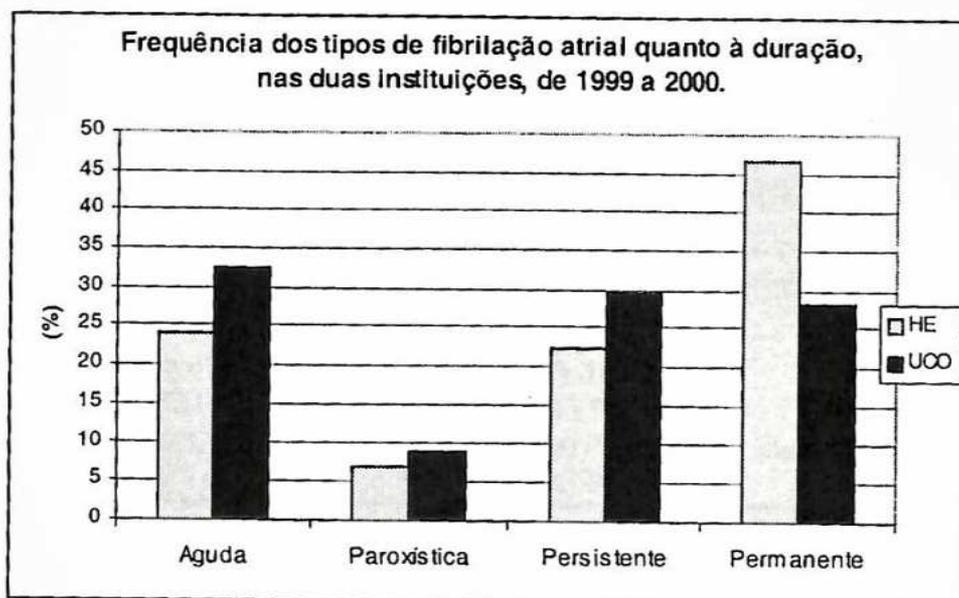
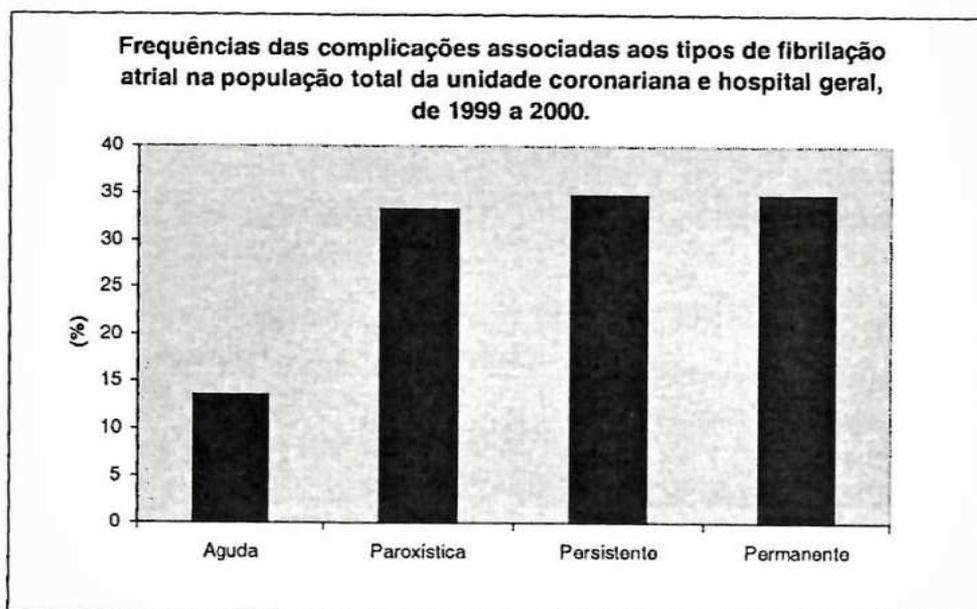


Tabela 4

Frequências dos principais fatores predisponentes de FA encontradas no grupo de pacientes com alguma complicação, em 1999 e 2000, na população total do estudo.

Fatores predisponentes	Complicações
Senilidade	80,3%
HAS	69,7%
Valvulopatia	32,9%
DM	28,9%
Cardiopatía isquêmica	14,5%
Cardiopatía estrutural	78,3%

Gráfico 2s



Um olhar sobre o paciente Imunocomprometido

Rodolfo Teixeira
Ana Verena Almeida Mendes

Desde a década de 80, com o advento da síndrome da imunodeficiência humana adquirida, a Medicina deu um grande salto em pesquisas na área de Imunologia.

A caracterização minuciosa das diversas famílias celulares e dos fatores solúveis envolvidos na resposta imune e o detalhamento das várias etapas desta resposta, descortinaram um novo horizonte no entendimento da patogênese das doenças imunológicas.

Descreveu-se o papel das células apresentadoras de antígeno e células “*natural killer*”, envolvidas na primeira linha de defesa celular ou resposta inata, diferenciando-as dos linfócitos T e B, mais específicos e regentes da resposta adquirida ou adaptativa.

Evidenciou-se uma grande quantidade de fatores solúveis como as citocinas e quimiocinas, as vias intra-celulares de ativação da resposta imune, de apoptose e de lise celular e a interação estreita entre as respostas celular e humoral, dantes separadas de maneira quase estática.

Com tudo isso, desvendaram-se os diversos mecanismos celulares e moleculares de desarranjo imunológico das principais síndromes de imunodeficiência.

Adicionalmente, esclareceram-se as causas da susceptibilidade às infecções que acompanham diversas situações e entidades nosológicas, como o envelhecimento, o diabetes, as doenças reumatológicas, as insuficiências, hepática e renal, e as síndromes que cursam com alteração cromossômica.

Dessa forma, em graus variáveis e com diferentes mecanismos patogênicos, considera-se como imunocomprometido um universo muito

maior de indivíduos do que, simplesmente, aqueles portadores de imunodeficiências clássicas, primárias ou adquiridas.

Cabe ao médico lançar um novo olhar sobre esses pacientes, individualizando-os de acordo com o grau de deficiência e com a sua patogênese.

As medidas diagnósticas e preventivas diferem de acordo com o tipo de falha existente na orquestra da resposta imunológica.

Conseqüentemente, a terapêutica também precisa ser individualizada. Não se pode abordar da mesma maneira um paciente diabético e um portador de doenças auto-imunes ou colocar, em lugar comum, o portador de síndromes genéticas que cursam com imunodeficiência e o portador da síndrome da imunodeficiência adquirida. Cada um deve ser abordado o mais pontual e profundamente possível, tanto no âmbito diagnóstico como preventivo e terapêutico.

Um outro aspecto dessa abordagem estende-se a um crescente problema na prática clínica: a imunodeficiência iatrogênica ou induzida por drogas imunossupressoras. O uso abusivo de corticoesteróides, o aumento da agressividade na terapia das doenças oncológicas e auto-imunes e o avanço na medicina de transplantes, têm suscitado o aparecimento de um grupo de pacientes gravemente imunocomprometidos e que merecem uma atenção muito próxima quanto às infecções.

A decisão sobre o tipo e a intensidade de uma terapia imunossupressora deve vincular-se, lado-a-lado, com atenção à prevenção das infecções. Neste aspecto, o *Center of Diseases Control* (CDC) tem se empenhado em produzir guias sólidos com base em evidências sobre vários aspectos de prevenção de doenças infecciosas nestes pacientes. Já se fala abertamente de imunização em pacientes oncológicos e transplantados, de profilaxias e vigilâncias recomendadas e, especialmente, da necessidade de relacionar a droga utilizada ao tipo de susceptibilidade que induz.

Este último aspecto permite, por exemplo, que se saiba que o uso prolongado de corticoesteróides predispõe às infecções fúngicas e que o uso de determinados quimioterápicos como a fludarabina, predispõe aos agentes oportunistas virais como o CMV.

Com tudo isso, não cabe mais uma avaliação superficial ou negligente sobre esses pacientes. A investigação aprofundada da imunodeficiência deve ser feita por meio de ensaios funcionais “*in vitro*”, como a dosagem de citocinas intra e extra-celulares, a resposta linfoproliferativa ou, “*in vivo*”,

como a dosagem de imunoglobulinas, os testes cutâneos e imunofenotipagem de linfócitos.

A abordagem preventiva conta com medidas clássicas como a vacinação e controle de soroconversão, as profilaxias, primária e secundária, e as técnicas de vigilância de agentes infecciosos, especialmente vírus com capacidade de latência e reativação como os membros da família *herpesviridae*.

A terapêutica por sua vez, empírica ou não, deve obedecer a critérios de precisão e não-maleficência, especialmente na nossa atual circunstância de emergência de bactérias resistentes uma vez que, estes pacientes, pela frequência com que desenvolvem quadros infecciosos, estão muito sujeitos a infecções causadas por germes resistentes.

Ademais, o paciente imunocomprometido deve ser abordado de uma maneira multidisciplinar e, neste contexto de multidisciplinaridade não convém esquecer o aspecto psíquico-afetivo do paciente, cuja relação com a depressão imunológica é estreita e já comprovada.

Por fim, é importante que fique clara a idéia de que não se pode ter sobre os pacientes imunocomprometidos uma visão simplista ou pouco precisa. Eles merecem um olhar ao mesmo tempo, global, preciso e individualizado.

Bibliografia

1. Introduction to the Immunocompromised Host Society Consensus Conference on Epidemiology, Prevention, Diagnosis, and Management of Infections in Solid-Organ Transplant Recipients. **Clinical Infectious Diseases**, 2001; 33 (supl 1):51-4.
2. Guidelines for Preventing Opportunistic Infections Among Hematopoietic Stem Cell Transplant Recipients. **MMWR**, October 20; 49 (RR-10), 2000.
3. Recomendações para imunização ativa e passiva de doentes com neoplasias. **FUNASA/MS**; Brasília, novembro de 2002.

MORAL, ÉTICA, ÉTICA MÉDICA E BIOÉTICA: *ORIGENS E SIGNIFICADOS*

Ruy Machado da Silva

Moral, Ética, Ética Médica e Bioética, vocábulos que caminham juntos, inter-relacionados, alguns tidos como sinônimos (Moral e Ética), necessitam, pela frequência e pela relevância com que são usados no contexto cultural brasileiro, de um esclarecimento semântico mais adequado.

Essa é, pois, a razão do presente texto.

MORAL

Obedecendo ao critério histórico-cronológico, pode-se afirmar que a idéia de moral surge desde o momento em que o homem primitivo, unindo-se em grupo, sente necessidade de ajustar o comportamento dos seus componentes, visando a interesses coletivos. Expressando um conjunto, não escrito e a que se deve obedecer, de normas, regras, deveres, obrigações, valores, proibições, sua aplicabilidade exige um pré-requisito essencial: a autoridade, seja ela racional ou carismática. Para Vasquez⁽¹⁴⁾, **sem a existência prévia de uma autoridade, as normas morais não teriam a possibilidade de ser incorporadas à vivência dos grupamentos humanos.**

No entendimento do que seja Moral, um marco de referência a permitir uma coesão mais efetiva no comportamento, no modo de agir, nos costumes, segundo Paim⁽⁶⁾, pensador católico, resulta da sistematização contida no Decálogo, os dez mandamentos da lei de Deus, elaborado por Moisés e contido no Pentateuco. A partir desse momento, o conceito de moral passa a conter, ao lado da religiosidade, do Direito e da Política, uma dimensão essencial para o homem.⁽⁶⁾

Para os deístas, falou o Transcendente, ditando ao líder religioso os preceitos da Moralidade (donde a heteronomia da Moral). Para os não-deístas, falou o líder político ao seu povo, então escravo dos egípcios e que estava vivendo momentos de extrema corrupção e de desagregação moral.

Atualmente, sob três perspectivas, pode ser visto o que se denomina de Moral:

- a) Quando se fala, no plano individual, em moral pessoal, entendida como um conjunto de valores e de regras, considerado válido para uma pessoa ou para um grupo de pessoas. Há de se reconhecer que esse conjunto de normas orienta relações interpessoais, emprestando à Moral um caráter social e dialético.
- b) Quando, em sua concepção, no plano geral, estão implícitos deveres e proibições ditados por instituições públicas ou particulares (governos, comunidades, corporações religiosas), geralmente codificados.
- c) Quando tal conceito envolve uma conotação prática — esforço para colocar em ação as normas, os deveres e as obrigações pela tradição oral ou pela imposição dos códigos.

ÉTICA

É sabidamente conhecido que a Filosofia (amor à Sabedoria) se originou na Grécia, do século VI ao século V a.C. De outra parte, sabe-se, também, e nenhum estudioso da Filosofia — particularmente o que conta sua história — nega isto, que os primeiros filósofos (os pré-socráticos) eram designados de físicos, pois suas preocupações envolviam também o mundo físico, além da natureza (Physis) e do cosmos.

Nessa, assim designada, fase cosmológica do pensamento filosófico, uma de suas importantes escolas, a Estóica, acreditava que a natureza fosse dotada de racionalidade a ponto de defender que o homem encontrava o bom, o certo, o justo, quando se inseria na ordem cósmica. Emprestar-se racionalidade à natureza não é esse o caminho.

No momento da fase antropológica da Filosofia, a da Tríade Sagrada — Sócrates, Platão e Aristóteles — inicia-se, sobretudo com o primeiro, o criador da maiêutica, uma atitude crítica, reflexiva, questionadora, sobre as afirmativas categóricas da Moral, cabendo a Aristóteles formular os seus principais problemas.

Os gregos nomearam de Ética “a elaboração teórica que se dirige à conceituação da moral e da moralidade”. Desvinculam-na, pois, de qualquer conotação teológica, emprestando-lhe autonomia. Frankena⁽³⁾, professor de

Ética da Universidade de Chicago, coloca com precisão: “Ética – parte da Filosofia que se preocupa com os problemas da moralidade, com os juízos morais”, e assinala Adolfo Vasquez⁽¹⁴⁾ que a Ética, ao se deparar com a experiência histórico-social no terreno da Moral (conforme já se comentou), vai à procura da essência desta última.

Nasce, assim, a Ética, sem conotação teológica. Laica. O próprio homem, como agente moral, portanto, com autonomia, contesta os costumes e interroga o que é bom, certo e justo. Está com toda razão Jaqueline Russ⁽⁹⁾, expressiva eticista francesa, quando afirma que Ética se situa além da Moral, desconstruindo, até certo ponto, suas regras, e acentua Marilena Chauí⁽¹⁾ que uma simples existência da Moral não implica a presença explícita da Ética, posto que esta significa discussão, problematização, interpretação, interiorização dos valores morais.

Pode-se sintetizar o assunto afirmando: A Ética vai em busca da essência dos fundamentos da Moral, que determina valores, modos de proceder.

A Ética é que define o que é o bom, o certo, o justo. Não é um sistema de normas. Não é codificada como a Moral.

São os juízos éticos que orientam a prática moral. Como se vê, a Ética apresenta características opostas às da Moral: autonomia, questionamento, ausência de ação punitiva e de imposição.

ÉTICA MÉDICA

Há 2.400 anos a.C., na Grécia Antiga, caberia a um notável aluno da Escola de Cós, de nome Hipócrates, descendente de nobres e sacerdotes, uma das mais fecundas tarefas na história da Medicina: construir suas bases racionais e, fundamentado em estudos filosóficos procedentes das Escolas Estóica e Ascética, elaborar um conjunto de preceitos morais, o qual viria a constituir, juntamente com o juramento e os livros deontológicos (da conduta honesta do médico, dos aforismas), a designada Ética Hipocrática.

Do juramento, constam proibições, regras de conduta, conselhos, deveres, aos quais deverá obedecer um cavalheiro prudente. Assinale-se uma exortação aos deuses, o respeito aos mestres, o fazer bem ao paciente (*bonum facere*), não o prejudicando (*primum non nocere*); abster-se do prazer sexual com mulheres ou homens ao adentrar a casa do paciente; manter o sigilo profissional; conduzir-se com moderação na cobrança de honorários etc.

Vê-se, assim, a Ética Hipocrática ligar-se a uma perspectiva deontológica (direitos e deveres de uma profissão), o que a Ética

propriamente dita, entendida esta como Filosofia Moral, não contempla. Parece bastante elucidativo o pensamento do ex-diretor do Instituto Kennedy de Ética, dos Estados Unidos, Edmund Peregrino, quando se pronuncia: “Os 3 grandes do pensamento filosófico grego (Sócrates, Platão e Aristóteles) focalizaram os objetivos gerais da vida moral – como definir o bom e o justo.” E continua: “a Ética da relação médico-paciente, o fulcro no qual as decisões do médico e o bem-estar do paciente balançam, não foi sistematicamente justificada ou derivada de qualquer maneira formal”. Enfim, nunca teorizaram sobre a Moral Médica, embora focalizassem os objetivos gerais da vida moral. Não é sem razão que Kremer e Marietti⁽⁵⁾ comentam que ocorre ao médico preocupar-se bem mais em respeitar os imperativos categóricos do código de Deontologia Médica do que uma teorização sobre Moral. Das limitações da perspectiva legalista e deontológica, comenta Hossne, atual presidente da Conep, quando diz: “a reflexão crítica sob os valores não é estimulada quando se faz a abordagem ética sob o ângulo da Deontologia, do código de Ética.”⁽¹⁰⁾

Com o expressivo desenvolvimento científico e tecnológico, questões, dilemas e conflitos morais (fecundação assistida, obstinação terapêutica, engenharia genética, clonagem e outros) têm aflorado no campo biomédico a exigirem uma reflexão por uma equipe multidisciplinar (filósofos, teólogos, antropólogos, eticistas, bioeticistas), posto que a visão ou a perspectiva deontológica legalista é insuficiente. Esse é, de fato, o entendimento da Ética Médica, que deveria ir em busca de novas perspectivas, sobretudo quando, mais uma vez, Peregrino⁽⁷⁾ acentua que a Ética Médica, como a própria medicina, é uma fusão de teoria e prática: “Embora possa parecer remota, o mais prático dentre nós deve recorrer a alguma construção filosófica, exceto se ele ou ela está satisfeito em deixar as decisões morais inteiramente para intuições ou preferências não racionais.”

BIOÉTICA

Etimologicamente, a palavra Bioética significa ética da vida. Diversos pensadores — na Itália, Spinsanti⁽¹²⁾ e Sgreccia⁽¹¹⁾, no Canadá, Durant⁽²⁾, na Espanha, Gaffo⁽⁴⁾ —, todos concordam que tão importante área de conhecimento tem suas raízes históricas a partir da Ética Médica. Esta, centrada numa dimensão deontológica e legalista e voltada, sobretudo, à relação individual médico-paciente, vê-se, ante conflitos morais decorrentes do expressivo progresso científico-tecnológico, a exigir uma reflexão ou reavaliação de valores no âmbito da vida.

A partir da visão científica e filosófica do oncologista Von Potter da Universidade de Wisconsin, em 1970, surge esse termo no seu livro — “Bioethics a bridge to the future“. Logo após, André Hellers, holandês, fisiologista fetal e obstetra, além de demógrafo, aplica a mesma palavra no Centro de Ética Josephy e Rose Kennedy da Universidade de Georgetown, em Washington. E, convém ressaltar, com interpretações diversas. Na verdade, Von Rensselaer Potter acenava para o perigo da sobrevivência de todo ecossistema face à separação que, a cada momento, se agrava entre o saber científico e o saber humanístico. O vazio a aprofundar-se entre os valores éticos inerentes à cultura humanística e o avassalador progresso científico-tecnológico põem em perigo a sobrevivência do homem sobre a Terra, donde a necessidade de criação de uma ponte entre as duas áreas do saber.

A concepção de Potter nasce ambiciosa, tantas são suas preocupações com uma visão abrangente em oposição ao reducionismo tão peculiar do saber científico. Como bem define Potter⁽⁸⁾: “O objetivo fundamental dessa disciplina é não só enriquecer as vidas individuais, mas prolongar a sobrevivência da espécie em uma forma aceitável da sociedade.” No entanto, para Hellers, “O objetivo da Bioética era voltar-se aos aspectos éticos, legais e sociais das ciências médico-sanitárias”, conduzindo-a, assim, a uma perspectiva pragmática e técnica.

Ainda sobre as origens da Bioética, cabem comentários ao pensamento de David Thomas⁽¹³⁾, expressivo bioeticista americano. Acentua o estudioso que a Bioética é uma disciplina antiga, contando com uma existência de, pelo menos, cem anos, procedente do ensinamento de teólogos, sobretudo católicos, e em centros médicos católicos. É assim que deveres para com a própria vida, sacralidade da vida humana, a não-utilização ou a suspensão de cuidados estão intimamente ligados aos princípios de tradição judaico-cristã, os quais objetivam o respeito à vida como dom de Deus. Quaisquer que sejam as suas origens, a Bioética caminha a passos longos, surgindo, em 1978, a enciclopédia de Bioética e, a seguir, os centros, os comitês, as conferências e os congressos na Inglaterra, no Canadá, na França, na Alemanha, na Grécia, na Índia, na Indonésia, no Japão, na Holanda, na Noruega, na Suíça e em alguns países da América do Sul, incluindo o Brasil.

No estágio atual de desenvolvimento da Bioética, é o próprio Potter⁽⁸⁾ que afirma “não encontrar a Bioética ponte, um ponto ético firme para as humanidades, no outro lado da ponte. A idade da especialização tomou controle, tornando-se a Ética uma questão de ética aplicada.”

Acredita Von Potter que o conceito de Bioética-ponte tenha sido o primeiro estágio do pensamento bioético. O segundo é a idéia de Bioética Global, entendida como uma moralidade que resulta da construção de uma ponte entre Ética Médica e Ética Ambiental. Todavia, é ainda o estudioso que afirma: “o reconhecimento de uma série de dilemas éticos leva à conclusão de que uma ponte entre Ética Médica e Ética Ambiental não era suficiente”. Surge, então, a idéia lógica de Bioética Profunda, concebida pelo prof. Peter Whitehouse, a qual Potter adere e justifica: “alguém poderia ser mais profundo do ponto de vista filosófico ou bioético do que ligar ‘genes ao comportamento ético’?”

Essas são, portanto, as considerações julgadas oportunas para um entendimento do que venha a ser a Bioética.

Referências Bibliográficas

- (1) CHAUI, M. A Filosofia Moral. Um convite à Filosofia. S. Paulo: Ática, 1994. p.339-41.
- (2) DURANT, G. Vocabulário conexo. Bioética-Natureza: princípios, objetivos. São Paulo: Paulus, 1985. p. 9-16.
- (3) FRANKENA, W. Moralidade e Filosofia Moral. Ética. Rio de Janeiro: Zahar, 1981. p. 13-8.
- (4) GAFFO, Fernandez. Bioética, história e fundamentação. Dez palavras-chaves em Bioética. São Paulo: Paulinas, 2000. p. 11-21.
- (5) KREMER e MARIETTI. O grande problema ético. A Ética. São Paulo: Papyrus, 1989. p. 121-3.
- (6) PAIM, A. Processo histórico e constituição da Moral. Modelos éticos: uma introdução ao estudo da Moral. Curitiba: Universitária Champagnat, 1992. p. 11-20.
- (7) PEREGRINO, E. A metamorfose da Ética Médica: uma retrospectiva de 30 anos. Suplemento JAMA, n. 9, out. 1993. vol. 3.
- (8) POTTER, V. Bioética Global e sobrevivência humana. Bioética: alguns desafios. São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo, 2002. p. 337-47.
- (9) RUSS, J. Ética e Moral: definições. Ética e pensamento contemporâneo. São Paulo: Paulus, 1999. p. 7-9.
- (10) SIQUEIRA, J. e COLBS. O ensino da Ética no Curso de Medicina: a experiência da Universidade Estadual de Londrina em Bioética. Revista do Conselho Federal de Medicina, n. 1, p. 85-95, 2002. vol. 10.
- (11) SGRECCIA, E. O surgimento da Bioética como nova reflexão. Manual de Bioética: fundamentos e Ética Biomédica. São Paulo: Loyola, 2002. p. 23-33.
- (12) SPINSANTI, S. Ética Biomédica. São Paulo: Paulinas, 1990. p. 2.
- (13) THOMASMA, D. A Bioética hoje. O mundo da saúde, p. 512, jan./fev. 1995. vol. 119.
- (14) VASQUEZ, A. Origens da Moral. Ética. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1969. p. 27-30.

DAS CEPAS DO *TRYPANOSOMA CRUZI* À SUA ESTRUTURA CLONAL

Sonia G. Andrade

I - Introdução

Desde a descoberta do *Trypanosoma (Schizotrypanum) cruzi* (1909), por Carlos Chagas, a grande diversidade de manifestações da doença e as peculiaridades do parasito, quanto à sua morfologia e a sua virulência, chamaram a atenção e foram estudadas minuciosamente por este autor (Chagas, 1909). Inoculando diferentes animais experimentais, pôde verificar diferenças da virulência de uma mesma amostra de acordo com a espécie animal (macacos, cobaias, camundongos e cães). Também demonstrou a presença de variação morfológica dos parasitos no sangue circulante em pacientes e em animais experimentalmente infectados (Chagas, 1909).

A primeira referência existente na literatura de que amostras do *Trypanosoma cruzi* de diferentes procedências, poderiam se comportar de maneira diversa, no animal experimental, foi feita por Brumpt e Pirajá da Silva em 1912, pelo estudo comparativo, após inoculação em cobaias, de uma amostra isolada por Carlos Chagas, em Minas Gerais, com amostra isolada por Pirajá da Silva, em Mata de São João, na Bahia, as quais foram designadas como "souches" por estes autores. Daí surgiu o conceito de cepas aplicado ao *T. cruzi*, as quais representavam "isolados" de diferentes origens mantidos em laboratório e designados arbitrariamente, de acordo com sua procedência, pelo nome do paciente ou do animal do qual foi isolada, ou do laboratório de origem, sem que isto representasse um conceito bem definido em biologia sobre as cepas ou sub-espécies de micro-organismos. Lumsdem em 1977, procurando estabelecer convenções e definições de

termos em protozoologia, e considerando o termo em uso para designar as amostras do *T. cruzi*, define “Cepa” como uma população derivada de um “isolado”, mantida em laboratório em reprodução contínua. Este conceito foi muito útil para definir a linguagem científica na época. Os estudos desenvolvidos desde o início procuraram chamar a atenção sobre vários comportamentos biológicos que seriam importantes para a caracterização da doença humana e para definir as diferenças nos quadros clínico-patológicos da doença de Chagas, em diferentes áreas endêmicas da doença. Em geral, diferentes características eram tomadas isoladamente como parâmetros, tais como a virulência, o tropismo tissular, a morfologia do parasito no sangue periférico. Entretanto, esta abordagem torna impossível correlacionar a cepa do parasito com os aspectos patológicos. Daí a necessidade de se sistematizar o estudo, utilizando um conjunto de parâmetros que permitissem caracterizar as “cepas” como populações capazes de expressar diferentes comportamentos estáveis.

II - Caracterização de Cepas do *T. Cruzii*

Tendo em vista as diferenças observadas em cepas do *T. cruzi*, inoculadas em camundongo, quanto a diferentes parâmetros considerados em conjunto, inclusive as lesões histopatológicas, determinadas no animal experimental, foi feita uma classificação das mesmas em diferentes Tipos Biológicos (Andrade, 1974, 1985), posteriormente designados como Biodemas (Andrade e Magalhães, 1997), levando em conta padrões fenotípicos. Seguiram-se estudos bioquímicos, através de caracterização isoenzimática em diferentes Zimodemas (Miles, 1980), os quais mostraram uma nítida correlação com os Biodemas (Andrade et al. 1983). Tanto os Biodemas como os Zimodemas definiram três tipos de populações, respectivamente: Biodemas Tipos I, II e III e Zimodemas, Z1, Z2, Z3. A caracterização genética veio sob a forma de caracterização do DNA do cinetoplasto, permitindo esta análise classificar as cepas em diferentes Esquizodemas (Morel et al., 1980). A estrutura clonal das cepas foi estudada por Tibayrenc et al (1988), que estabeleceram agrupamentos de clones com características comuns, ou “clones principais”. Fernandes et al., (1999) estudando cepas brasileiras isoladas de pacientes humanos e de triatomíneos, propuseram a classificação desses isolados em 2 linhagens, usando

sequências do mini-exon e RNA ribossomal. SOUTO e ZINGALES (1993) classificaram cepas oriundas de diversas procedências isoladas de pacientes humanos e de triatomíneos em 2 grupos baseando-se na estrutura e função do gene promotor do RNA ribossomal.

III – Cepas do *T. cruzi* e Diferenças geográficas da doença de Chagas

Os quadros clinico-patológicos da doença de Chagas humana são variáveis de acordo com diferentes áreas geográficas, como exaustivamente estudado em REUNIÃO SOBRE DIFERENÇAS GEOGRÁFICAS DA DOENÇA DE CHAGAS, realizada em Brasília, DF, em 1975. Estas diferenças dizem respeito principalmente às manifestações digestivas da doença, as quais são proeminentes no Brasil Central e praticamente ausentes no Norte do Brasil e Venezuela. Um dos fatores a que se tem atribuído estas diferenças seria a distribuição de cepas do parasito. No estudo por nós realizado no Recôncavo Baiano (Andrade, 1974), pudemos demonstrar a predominância de um mesmo Tipo de cepa ou biodema em uma mesma área. A predominância de um mesmo padrão de cepa poderá contribuir para as características das manifestações cardíacas ou digestivas. Os diferentes biodemas têm uma distribuição ubíqua, como foi demonstrado em um estudo de 138 cepas de diferentes áreas geográficas do Brasil e de outros países da América do Sul e Central, sempre com uma tendência ao predomínio de um mesmo tipo de cepa em uma mesma área (Andrade e Magalhães, 1997).

IV – Classificação das cepas proposta em 1999

Com o objetivo de sistematizar as diferentes classificações das cepas do *T. cruzi*, que têm sido propostas, foi realizado um “SIMPÓSIO SATÉLITE” durante o SIMPÓSIO COMEMORATIVO DOS 90 ANOS DA DESCOBERTA DA DOENÇA DE CHAGAS, NO INSTITUTO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ, em 1999, no Rio de Janeiro (Satelite Meeting, 1999). Nesta proposta, como foi relatada por Mohmem, (1999), foram relacionadas e englobadas as diferentes classificações, dando origem a uma nova classificação em dois grupos *T. cruzi* I e *T. cruzi* II.

- *T. cruzi* I – correspondendo ao Biodema Tipo III e Zimodema 1.
- *T. cruzi* II – correspondendo ao Biodema Tipo II e Zimodema 2

Outros caracteres genéticos foram também incluídos (Vide Satellite Symposium, 1999), visando correlacionar os diversos aspectos numa mesma classificação. Esta classificação, entretanto, ainda não pode ser considerada como definitiva pois grupos bem definidos em outras classificações como o Biodema Tipo I (Andrade et al, 1974) e o Zimodema 3 (Miles et al. 1980) não puderam ser incluídos na mesma.

V - Estado Atual do Tema

Os estudos mais recentes vieram demonstrar que as cepas do *Trypanosoma cruzi* são populações complexas, multiclonais, que diferem em seus caracteres biológicos e genéticos e no seu comportamento no hospedeiro vertebrado. De acordo com Thompson e Lymbery (1990), quando se considera a extensa heterogeneidade genética dentro de espécies de parasitos protozoários ou metazoários, uma “cepa” não só é geneticamente diferenciada de outra população, como também deve diferir em uma ou mais características de significado epidemiológico. O conceito de “cepa” do *T. cruzi* se adapta bem a esta visão geral. Embora os estudos genéticos sejam importantes no sentido de esclarecer a heterogeneidade intraespecífica dos parasitos, somente a investigação do seu comportamento biológico e as relações hospedeiro / parasito, podem esclarecer a importância de diferentes cepas na determinação de manifestações clínico-patológicas da doença de Chagas, inclusive a suscetibilidade aos quimioterápicos. As cepas do *T. cruzi* representam verdadeiras subespécies, tendo como base características intrínsecas, como a composição antigênica, caracteres biológicos, perfís isoenzimáticos, suscetibilidade aos quimioterápicos e perfís genômicos do DNA. O estudo das relações parasito / hospedeiro vertebrado permite também observar diferenças no determinismo de lesões tissulares, dependentes do tropismo, da virulência e da patogenicidade das cepas. Em estudo recente, tem sido ressaltada a correspondência entre o comportamento biológico e as características genéticas (Revollo et al, 1998), embora não se tenha conseguido estabelecer a relação direta entre cada tipo biológico de cepa e as formas clínicas da doença. Um dos aspectos importantes em que

há nítida relação entre o comportamento das cepas e os seus caracteres biológicos e genéticos é a resposta aos quimioterápicos, tendo sido estabelecidos padrões de comportamento de alta, média e baixa suscetibilidade (Andrade et al., 1985), sendo o Biodema Tipo III altamente resistente.

VI - Estrutura Clonal das Cepas

A estrutura clonal de cepas do *T. cruzi* foi estabelecida por Tibayrenc et al. (1988), baseado na heterogeneidade dos perfís isoenzimáticos, admitindo estes autores que um número limitado de “clones principais” pode estar circulando em diferentes áreas geográficas. A análise isoenzimática de múltiplos *loci*, realizada em grande número de cepas, obtidas de diferentes procedências, agrupou as amostras em número limitado de clones, com comportamentos comuns, formando 2 a 3 principais grupamentos chamados de “major clones”, posteriormente designados como “clonets “ (Tibayrenc et al., 1988) e que correspondem aos “clones principais” (Andrade, 1999). Deste modo, seria importante se estabelecer a estrutura clonal de cepas que predominam em uma mesma área endêmica. A predominância de um mesmo tipo de cepa em uma mesma área geográfica observada no Recôncavo Baiano (Andrade em 1974), demonstrou a predominância, em casos humanos desta área, de cepas de Tipo II, zimodema 2. Recentemente, foi investigada a composição clonal da cepa 21SF, isolada de paciente do Recôncavo Bahiano (São Felipe), protótipo do biodema Tipo II, isolada desta área há mais de 15 anos e apresentando estabilidade do seu comportamento no animal experimental. Inicialmente foi feita a clonagem e sub-clonagem desta cepa, tendo sido obtidos 5 clones e 14 sub-clones (Campos e Andrade, 1996). Foi feita a caracterização morfológica e o estudo isoenzimático. Os resultados deste estudo mostraram que os clones e sub-clones apresentavam um comportamento biológico semelhante ao da cepa parental, com apenas mínimas diferenças nos níveis parasitêmicos e nos padrões isoenzimáticos, confirmando assim a estabilidade desta cepa e sugerindo a homogeneidade das suas populações clonais. Também o estudo de clones isolados da cepa Colombiana, representante do Biodema Tipo III, mostrou manutenção dos caracteres da cepa parental, inclusive na alta resistência ao tratamento com Benzonidazol. Em ambos os casos foi sugerida a predominância de um clone principal, responsável pelo comportamento destas cepas.

Com o objetivo de verificar se havia uma correspondente homogeneidade a nível genético, da estrutura clonal da cepa 21 SF, foi estudado o seu padrão genético (Campos et al, 1999), através da análise do kDNA. Para a caracterização molecular, o padrão do esquizodema das populações clonais em comparação com a cepa parental, foi estudado pela reação da polimerase em cadeia (PCR) das regiões variáveis dos minicírculos do kDNA e pela análise dos fragmentos digeridos por endonucleases de restrição (Rsa I e Hinf I). Os resultados mostraram um alto percentual de similaridade entre a cepa parental, seus clones e sub-clones, a um nível de 80 a 100%. Esta homologia indica a predominância do mesmo “clone principal” na cepa 21 SF, e confirma a homogeneidade, previamente observada, à análise biológica e bioquímica. Estes resultados sugerem a possibilidade de que cepas do *T. cruzi*, com semelhantes padrões, circulando nesta área endêmica, sejam representativas de um clone dominante. A evidência genética de uma homogeneidade clonal na cepa do *T. cruzi* representa um elemento para a compreensão de diferentes aspectos da doença em diferentes regiões, e contribui para a epidemiologia molecular da doença de Chagas. A presença de um “clone principal” circulando em uma área endêmica, pode ser responsável pela predominância de um mesmo padrão de 23 cepas isoladas de pacientes da área de São Felipe, Bahia, todos incluídos no biodema Tipo II, zimodema 2 e pela predominância da forma cardíaca da doença em relação com a forma digestiva.

VII - Conclusões

- 1 - Os estudos continuados, desde a descoberta do agente etiológico da doença de Chagas, têm permitido importante evolução no conhecimento das cepas do *T. cruzi*, através estudos biológicos, bioquímicos e moleculares.
- 2 - As tentativas de classificação com diferentes métodos, não são excludentes. Daí a tentativa de estabelecimento, 90 anos após a descoberta do parasito, de uma classificação que possa incluir as características do parasito, exploradas por diferentes pesquisadores, utilizando métodos variados.
- 3 - As tentativas de correlacionar as cepas com determinado quadro clinico-patológico da doença de Chagas, resultaram infrutíferas até o momento.

- 4 - Entretanto há indicações de que a classificação das cepas pelos caracteres biológicos tem sido confirmada pelos estudos genéticos, havendo nítida correspondência, no particular da resistência aos quimioterápicos.
- 5 - A estrutura clonal das cepas é importante para o conhecimento do seu comportamento biológico, tendo sido verificada a predominância de um mesmo "clone principal" na cepas 21 SF (Biodema Tipo II). A mesma homologia clonal foi vista na cepa Colombiana (Biodema Tipo III).
- 6 - A homogeneidade clonal observada sugere que a presença de um Biodema predominante em uma mesma área geográfica poderia significar a presença de um clone principal, dominante ("Major clone").

REFERÊNCIAS

ANDRADE SG. Caracterização de cepas do *Trypanosoma cruzi* isoladas no Reconcavo Bahiano. *Revista de Patologia Tropical* v. 3, p. 65-121.

ANDRADE, S.G. Morphological and Behavioral Characterization of *Trypanosoma cruzi* Strains. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, v. 18, p. 39-46, 1985. Supl.

ANDRADE, SG. *Trypanosoma cruzi*: Clonal structure of parasite strains and the importance of principal clones. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz*, 94, Suppl. 1: 185-187, 1999.

ANDRADE, S.G., MAGALHÃES, J.B. PONTES, A.L. Evaluation of chemotherapy with benznidazole and nifurtimox in mice infected with *Trypanosoma cruzi* strains of different types. *Bull. World Health Organ.*, 63: 721-26, 1985.

ANDRADE SG, MAGALHÃES JB, Biodemes and zymodemes of *Trypanosoma cruzi* strains: correlations with clinical data and experimental pathology. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v. 30, p. 27-35.

ANDRADE, V., BRODSKYN, C., ANDRADE, S.G. Correlation between isoenzyme patterns and biological behaviour of different strains of *T.cruzi*. *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg.* v. 77, p. 796-799.

BRUMPT, E, PIRAJÁ DA SILVA, Existence du "*Schyzotrypanum cruzi*" Chagas, 1909 à Bahia (Matta de São João). *Biologie du Conorrhinus megistus*. *Bull. Soc. Path. Exotique*, 5:22, 1912.

CAMPOS, R.M.F, ANDRADE S.G. Characterization of subpopulations (clones and

subclones) of the 21SF strain of *Trypanosoma cruzi* after long lasting maintenance in the laboratory. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, 91:795-800, 1996.

CAMPOS, R. F., et al., S. G. Comparative analysis by polymerase chain reaction amplified minicircles of kinetoplast DNA of a stable strain of *Trypanosoma cruzi* from São Felipe, Bahia, its clones and subclones: Possibility of predominance of a principal clone in this area. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz*, 94:23-29, 1999.

CHAGAS, C. Nova tripanozomíase humana. Estudos sobre a morfologia e o ciclo evolutivo do *Schizotrypanum cruzi* n.gen., n.sp., agente etiológico de nova entidade mórbida do homem. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz*, 1: 159-218, 1909.

FERNANDES, O. et al., Populational heterogeneity of Brazilian *Trypanosoma cruzi* isolates revealed by the mini-exon and ribosomal spacers. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz*, 94: 195-197, 1999.

LUMSDEN, W.H.R. Problems in characterization and nomenclature de Trypanosome population. *Ann. Soc. Belge. Med. Trop.*, 57: 361-68, 1977 .

MILES, M. A. et al. Further enzymic characters of *Trypanosoma cruzi* and their evaluation for strain identification. *Trans. R. Soc. Med. Hyg.*, 74:221-237, 1980.

MOMEN, H. Taxonomy of *Trypanosoma cruzi*: a commentary on characterization and nomenclature. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz*, 94, Suppl. 1: 181-184,1999.

MOREL, C. et al. L. Strains and clones do *Trypanosoma cruzi* can be characterized by pattern of restriction endonuclease products of kinetoplast DNA minicircles. *Proc. Natl. Acad. Sci.*,7: 6810-14, 1980.

SATELLITE MEETING. Recommendations from a Satellite Meeting. International Symposium to commemorate the 90th anniversary of the discovery of Chagas disease. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz*, 94, Suppl. 1: 429-432, 1999.

SOUTO, R.P, ZINGALES, B. Sensitive detection and strain classification of *Trypanosoma cruzi* by amplification of a ribosomal RNA sequence. *Mol. Biochem. Parasitol.* 62:45-52, 1993.

TIBAYRENC M, AYALA FJ, Isozyme variability in *Trypanosoma cruzi* the agent of Chagas' disease: genetical, taxonomical and epidemiological significance. *Evolution* 452: 277-292, 1988.

TIBAYRENC M, BRENIÈRE F, BARNABE C, LEMESTRE JL, ECHALAR L, DESJEUX, P Isozymic variability of *Trypanosoma cruzi*: biological and epidemiological significance. *Ann. Soc. Belge Med. Trop.*, 65(Suppl): 59-61, 1985. THOMPSON RCA, LIMBERY AJ, Intraspecific variation in parasites What is a strain? *Parasitology Today* 6:345-348, 1990.

THOMPSON RCA, LIMBERY AJ, Intraspecific variation in parasites -What is a strain? *Parasitology Today* 6:345-348, 1990.

Discurso na transmissão da Presidência da Academia de Medicina em 12 de julho de 1999

Alberto Serravale

Será um acontecimento grandioso! Estaremos, em breve, no alvor do século XXI! Os que aqui estão vão pertencer ao século passado...

Seremos história de antanho.. Nas previsões para o final do século, homens tidos e havidos como premonitores forjaram um conceito para a civilização vindoura que assusta., Dizem eles: a humanidade do próximo século será formada de seres surpreendentes e ameaçadores, escravos das máquinas, frios, calculistas, que não conhecerão o esforço nem a dor, nem as emoções, não amarão, e os mistérios de Deus serão banalizados!

Esse homem, segundo Huxley, já tem um nome: *Sr. Selvagem* . Àqueles preditores do Sr. Selvagem, uma decepção: o homem continuará sendo para maior gáudio da humanidade – um idealista, um amante incondicional, um cultor, das artes, do espírito, e da ética. Coexistirá, no cadinho da vida, a mistura secular: coração, amor e razão.

Para brindar os cidadãos do novo século, exorto: vamos plantar mais árvores para sombrear seus caminhos; cuidemos da relva verdejante dos vales, que refrescará os pés dos viandantes; sejamos afáveis com o semelhante, e, como velhos amigos, nos saudemos mutuamente, num bom-dia fraterno; vamos, em ritmo ululante, barrar os males que afligem a humanidade.

Oxalá, ao final do séc. XXI, as gerações de então possam, em uníssono, apregoar: somos todos irmãos, eufóricos e saudáveis.

A Rainha das Ciências – a Medicina – vai entregar engalanada às populações vindouras avanços que postergarão as epidemias; serão curadas doenças como aterosclerose, hipertensão, câncer, aids, e os dependentes do

fumo, álcool e drogas serão libertados. Os criminosos que apresentarem distúrbios psiquiátricos vão ser hospitalizados e tratados, podendo voltar à sociedade sem as taras hediondas, mercê da neurocirurgia genética.

Portanto, poderemos predizer: a sanidade absoluta, que é hoje um raro momento, será uma constante para os habitantes do próximo milênio.

Mais além: somente será obeso quem quiser, pois estará no mercado uma proteína – a leptina – que vai queimar calorias, diminuir o apetite e, conseqüentemente, contribuirá para o emagrecimento. Os paraplégicos receberão transplante de nervos e, como na passagem bíblica, deixarão suas muletas, passando a andar normalmente.

A melatonina fará o homem viver mais 25% do esperado.

O pouco inteligente terá uma dose maior de descortino, a ponto de conviver com o bem dotado sem desmerecimento, graças à manipulação genética.

Judah Folkamn, da Universidade de Harvard, demonstrou, em animais, que a angiostatina coíbe a neoformação de vasos sanguíneos responsáveis pela irrigação dos tumores cancerosos, destruindo-os por asfixia.

Por enquanto, são os ratos os beneficiados; se o homem fosse um rato, ele hoje estaria curado de muito males; mas, como felizmente não o é, aguardamos o século que se aproxima.

De modo promissor, a neurocirurgia funcional tem aplicações novíssimas no mapeamento das áreas do cérebro, como a da fala, da motricidade e da visão, melhorando as funções cerebrais afetadas em doenças como epilepsia, psicoses, mal de Parkinson, doenças da hipófise, falta de menstruação nas mulheres, cânceres que sofrem ação da hipófise, dores do trigêmeo e outras. Com técnica aprimorada, o paciente é imobilizado por uma moldura de aço, sob anestesia local de regra, com ajuda de radiografias tridimensionais, agulhas eletrodos, eletroencefalografia computadorizada, ultra-som, microscópio cirúrgico, técnica especializada, cabendo ao neurocirurgião por via nasal, executar sua incrível tarefa. É a tecnociência a serviço da saúde. Porém é no domínio das doenças do coração que a medicina avança, dá passos largos. Isso é preciso, pois os males do coração são os responsáveis pelo maior obituário das populações, além de exigir precocidade dos atos médicos, pois as primeiras quatro horas são decisivas à sobrevida dos infartos.

Os homens têm tratamento mais imediato que as mulheres e sobrevivem mais ao surto agudo; são mais prontamente atendidos. Por que as mulheres

– argutas como o são – alarmam-se menos que os homens nas crises de infarto? Será estoicismo? Será o coração delas acostumado às dores físicas, ou àquelas do amor? Ou ainda, ao forro que elas têm no tórax – os seios – doloridos tantas vezes?

Certo, dizem as estatísticas, eles se salvam menos que os homens na aguda do infarto!

Estamos, na prática diária, informando às mulheres menopausadas que associação delas ao vício do fumo aumenta em 50% o risco de infarto; elas, pré-m, são muito arraigadas ao hábito de fumar, para nossa tristeza. Ou será elas não acreditam nas pesquisas, porque estas são feitas ou manipuladas por homens?

Digno de nota é o tratamento do infarto com injeções de determinadas substâncias que formam novos vasos, tornando obsoletas a cirurgia e a angioplastia; ainda, como feito notável, temos a descoberta da molécula atuante na formação de placas no interior das artérias, fixando, como uma cola, as células do nosso corpo e até mesmo as bactérias.

O controle do colesterol – fator decisivo no combate à aterosclerose é obtido pelo tratamento genético, pelos antioxidantes e pelas estatinas. Também é contabilizado o aterosclerose e colesterol alto; com um simples pedaço de célula e com um *chip* de silício, poder-se-á identificar até 30 mil marcadores genéticos e, nessa amostragem, identificar o gene doente, curando-o; é a medicina do futuro. No que tange à genética, necessitamos de prudência nas conclusões, a fim de evitar a genomania.

O problema das artérias entupidas, anos depois da cirurgia das pontes, até resolvido de forma engenhosa; introduz-se um catetér pelo braço até o coração, onde um feixe de raios laser fura o órgão, com a finalidade de criar artérias novas.

Um feito notável é o do holandês Denser, que localizou o ponto exato de formação de uma das substâncias responsáveis pela hipertensão (a angiotensina); é no próprio coração que ela se forma.

Para preservar as artérias de obstruções, recomenda-se dieta, parcimônia com as carnes, uso de antioxidantes como frutas, verduras, grãos, vinho tinto ou suco de uvas maceradas com cascas, exercícios físicos, meditação, ausência de estresse e alegria de viver.

Cabe a pergunta: Para onde vamos levar o homem? Qual será sua idade-limite?

O envolver favorável à preservação e tratamento das doenças é de tal

significação, que, a título de elucubração, atrevo-me a predizer: o homem do futuro não adoecerá; sua morte será com dia e hora marcadas; será como escolher uma música para um ritual.

Senhoras e Senhores:

Estamos, aqui e agora, reunidos em Sessão Solene no Palácio da Reitoria, cedido lhanamente pelos atuais Dirigentes da Universidade, pelo que lhes somos gratos. A sede da Academia, no entanto, é na Faculdade de Medicina, no Terreiro de Jesus. Ela está sendo reconstruída a duras penas. Desejo, neste momento solene, parabenizar seu atual Diretor, José Antônio de Almeida Souza, pelo esforço e vontade hercúlea de entregar, em breve, nossa querida Faculdade reconstruída, sendo ele já credor da admiração, amizade e respeito dos coevos. Como presidente da Comissão de Obras da Reconstrução da Faculdade, está o professor emérito Geraldo Milton da Silveira, que, com seu trabalho diuturno garante o sucesso da empreitada à qual está intimamente ligado. Ele está, na Comissão, assistido por colegas de proa os quais, igualmente, envidam esforços para o fim colimado. Nesta ocasião, quero agradecer ao confrade Geraldo Milton a decidida colaboração, sem nunca tergiversar, à Academia durante nossa gestão, seja na consecução dos nossos modestos projetos, seja com a experiência de grande Presidente que o foi.

Igualmente agradeço aos pares da Diretoria a ajuda prestada e a dinâmica secretária D. Zilda Brito, pelo desempenho das suas tarefas.

Porém, na reconstrução da Faculdade do terreiro de Jesus, personagens com José Maria de Magalhães Netto e Thomaz Cruz ocupam lugar destacado e têm garantido seus nomes no panteon da história, seja buscando preciosa ajuda da esfera federal nos prestigiosos líderes Antônio Carlos Magalhães e Marcos Maciel, seja pelo empenho assumido a toda prova.

No recém-eleito, Reitor Heonir Rocha, estão depositadas as esperanças da Bahia-Acadêmica, no sentido de dar inestimável parcela de sua figura de prol, ressaltada pela capacidade de trabalho, honradez, caráter ilibado e vida de passado digno.

A grandeza da reconstrução da Faculdade é muito especial. Nela estão envolvidas figuras que têm capacidade de trabalho e sólida cultura, homens que merecem homenagens especiais, e atrevo-me a sugerir um louvor aos

nomes citados e de outros porventura omitidos: que eles sejam gravados em um pórtico, com a sentença: “Este Monumento Reconstruído é Consagrado à Memória dos Sábios”.

Senhoras e senhores:

Já no apagar das luzes da nossa gestão na Presidência da Academia, quando tudo parecia tranquilo, a sociedade médica baiana, como um todo, foi sacudida pela subitaneidade do falecimento do confrade Itazil Benício dos Santos. Duro golpe!

Foi Itazil um estudioso por excelência, biógrafo dos bons, lhano no tato, professor titular da UFBA, membro das Academias de Medicina e de Letras da Bahia, Presidente do Colégio Brasileiro de Radiologia, contribuindo, decisivamente, para a formação de bons radiologistas, personagem de romance, com livros publicados, amigo dos clientes e possuidor de moral sem graça.

Sua memória será perpetuada com especial carinho pelo vindouros.

A Academia de Medicina da Bahia, fundada em hora propícia, em conluio sadio de médicos, teve como seu principal fundador e timoneiro o acadêmico Jyame de Sá Menezes. Ela, a Academia, está sendo renovada, conforme rezam os estatutos. Dentre as suas atividades, no biênio 97/99, ressaltamos: Impressão dos Anais de 1998, sob o patrocínio do Governo César Borges, reuniões mensais estatutárias (vinte e duas ao todo), bem como a vinda, para proferir conferência, do Prof. Miguel Srougi, afamado urologista brasileiro, e a do americano Andrew Schally, prêmio Nobel de Medicina, ambos com palestras aplaudidas e outorga dos títulos de Membros Honorários. Emprestou seu presidente pálido prestígio à sessão conjunta com o consulado japonês na Bahia, dirigido por Emilton Rosas, comemorando o centenário de nascimento do cientista Noguchi, e com a Fiocruz participou da sessão solene promovida pelos confrades Zilton Andrade e Sônia Gumes Andrade pelo nonagenário da descoberta da doença de Chagas pelo cientista brasileiro Carlos Chagas.

Hoje, a Academia prazerosamente engalana-se para aplaudir a novel Presidente, Maria Theresa de Medeiros Pacheco, e seus diletos Diretores ora empossados.

Assistimos agora, nesta Sessão Solene, à ascensão da primeira mulher, no Brasil, a dirigir uma Academia de Medicina. Sobram-lhe títulos, ao lado

do imanente ideal de servir, preparo científico e alegria de viver; dir-se-ia haver recebido bençãos de Apolo, aquele que dissipa tristezas; cultiva o saber que é o pão do espírito e pratica o humanismo no cotidiano, conforme preceitua seu companheiro de Diretoria o confrade Rui Machado.

Eis alguns títulos docentes que a acadêmica Maria Theresa exhibe:

1. Docente livre de Medicina Legal da UFBA.
2. Professora concursada e com prova de Títulos de Medicina Legal e Deontologia Médica da UFBA e da Escola Baiana de Medicina.
3. Diretora do Instituto Médico Legal e da polícia Técnica.
4. Professora Concursada de Medicina.
5. Professora de Medicina Legal da UFBA e da Universidade Católica de Salvador.
6. Doutora em Medicina Legal da Universidade de Paris – França.
7. Diretora do Instituto Médico Legal Nina Rodrigues, durante 15 anos e do Departamento de Polícia Técnica da Bahia durante 8 anos.
8. Estágio de Medicina Legal em Lisboa e em Madri.
9. Primeira Professora Titular, por concurso, da UFBA em 190 anos.
10. Primeira Professora Titular em Medicina Legal da América Latina.

Depois desse rosário de títulos, houve quem dissesse: “Ainda tão jovem e já com tantos títulos”, ao que acrescento: nada falta para receber o título de Emérita.

Ao terminar, desejava fazer uma exortação aos nossos Confrades da Academia.

Sabemos, esta Entidade foi fornada pela grei de estudiosos da medicina à época; ela foi escoimada para ter vida longa, ser *ad aeternum* – sob a égide dos famosos de então, idealistas que foram, aos quais rendo, as homenagens que, sem favor, lhes são devidas. O ideal e o legado da Academia foram passados aos vindouros com sacrifício, sabemos, e alicerçados com muito amor. Sim, porque, sabiam eles, o amor constrói, dignifica a espécie humana, nos aproxima de Deus e dos homens, não espera recompensas, redime os pecados, nos torna humildes sem rastejar e nos faz sentir a vida em toda sua plenitude.

E é por esse amor que norteou os fundadores do nosso Sodalício, pela dedicação empenhada pelos confrades de ontem, que peço, encarecidamente, aos que aqui hoje mourejam: amemos com o mais acendrado amor a Academia; ela enriquece nossas vidas e dá glórias à Ciência Médica e ao Humanismo.

Discurso proferido no Plenário Cosme de Farias da Câmara Municipal de Salvador

Bernardo Galvão Castro Filho

Saudação às autoridades

Gostaria de agradecer ao Vereador Jorge Jambeiro, um dos raros médicos em Salvador, que desenvolve um trabalho assistencial e de pesquisa voltado para os pacientes com Hanseníase. Além disto, participa de vários projetos que buscam a transformação social de comunidades carentes, através do Instituto Helena Jambeiro, dirigido pela sua excelentíssima esposa, D. Celeste Jambeiro.

Sinto-me extremamente agradecido ao povo da Cidade de Salvador pela concessão desta honraria: a Medalha Thomé de Souza.

No entanto, tenho certeza que este merecimento vem por antecipação. Tentarei justificar a razão desta afirmativa, no decorrer desta breve exposição.

Nasci em 30 de maio de 1945, no Corredor da Vitória.

Em 1954, nos transferimos para a Boa Vista de Brotas onde o **meu pai, Bernardo Galvão Castro, o Prof. Galvão**, como era conhecido, com o apoio de **minha mãe, Maria de Lourdes Corrêa Castro**, fundou o Ginásio Pâmphilo de Carvalho, atualmente Colégio Bernardo Galvão.

Éramos cinco irmãos, Sônia, Orlando - que já não está mais entre nós - Neuza e Luciano, além dos vários primos como, por exemplo, o querido amigo Olavo Galvão Castro. O Colégio funcionava em regime de externato e internato e morávamos no mesmo prédio, coabitando e compartilhando

das mesmas atividades dos internos. **Constituíamos uma grande família.**

Nesta atmosfera aprendi, desde cedo, a respeitar e me impor, a dividir com equanimidade, a compartilhar sem perder minha individualidade, o que me fez um homem gregário, com um imenso prazer de viver em grupo.

Durante o ano de 1957, quando cursei o quinto ano primário, vivi uma grande experiência na minha formação educacional. Por iniciativa da Profa. Cecília Vasconcelos, e com a anuência de meus pais, complementava os meus estudos no turno vespertino da Escola Parque, Centro Educacional Carneiro Ribeiro. Após quatro horas de aulas do turno matutino, no Curso de Admissão ao Ginásio, no Colégio dirigido por meu pai, ia de ônibus com a Profa. Cecília, para a Caixa D'Água, aproveitar da maravilhosa experiência idealizada pelo educador Anísio Teixeira que, segundo Mário Cravo Jr., em um artigo publicado no caderno Cultural de A Tarde no dia 16/02/2002, tinha “confiança na juventude e uma esperança incontrolável na capacidade construtiva do homem em sociedade”.

Este período serviu, sobremaneira, para consolidar o meu compromisso social despertado desde os primórdios da minha existência **pelos ensinamentos e, sobretudo, pelo exemplo de meus pais.**

O curso científico, no Colégio Estadual da Bahia, o inesquecível Central, além da formação sólida resultante da competência do seu corpo docente, contribuiu para um grande amadurecimento, livrando-me da espartana disciplina imposta por meu pai e tornando-me, cada vez mais, responsável pelos meus atos.

A grande importância da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia dispensa comentários pelo fato de já ter sido tratado em muitas ocasiões, e, com certeza, por pessoas muito mais competentes do que eu.

No entanto, gostaria de ressaltar a influência do Serviço de Anatomia Patológica na minha carreira profissional. Este Serviço, dirigido pelo Prof. Zilton Andrade, despertou o meu interesse pela pesquisa científica, consolidada na Residência em Patologia e no Curso de Mestrado em Patologia Humana. Durante este curso, a orientação da Profa. Sônia Gumes Andrade foi de fundamental relevância, despertando-me o gosto pela pesquisa experimental.

Paralelamente ao Curso de Medicina, a participação no Movimento Estudantil foi enriquecedora, proporcionando-me uma melhor compreensão dos problemas sócios-econômicos brasileiros e colocando-me mais em contato com a injustiça social e a perversa distribuição de renda no nosso

país, o que me levou a fazer parte do quadro do Partido Comunista Brasileiro.

Tempo difícil e bom! Tempo de desespero e esperança!

Foi neste tempo que conheci Ana Maria Barros Silva, Aninha, em 30 de dezembro de 1967, num dos inesquecíveis bailes de formatura daquela época.

Casamos em 25 de julho de 1970. Aninha, a minha amada e companheira, além de ser a grande incentivadora da minha carreira, deu-me os mais preciosos tesouros da vida: Ana Karina e Ana Verena.

Dos livros que li, um que muito me impressionou foi “Concepção Dialética da História” - de Antônio Gramsci, no qual o autor chamava a atenção para a importância de se conhecer o mundo:

“Se é verdade que toda linguagem contém os elementos de uma concepção do mundo e de uma cultura, será igualmente verdade que, a partir da linguagem de cada um, é possível julgar da maior ou menor complexidade da sua concepção do mundo.

Quem fala somente o dialeto e compreende a língua nacional em graus diversos, participa necessariamente de uma intuição do mundo mais ou menos restrita e provinciana, fossilizada, anacrônica em relação as grandes correntes do pensamento que dominam a história mundial.

Seus interesses estão restritos, mais ou menos corporativos ou economicistas, não universais. Se nem sempre é possível aprender outras línguas estrangeiras a fim de colocar-se com vidas culturais diversas, deve-se pelo menos conhecer bem a língua nacional. Uma grande cultura pode traduzir-se na língua de outra grande cultura, isto é, uma língua nacional historicamente rica e complexa pode traduzir qualquer outra grande cultura, ou seja uma expressão mundial.

Mas com o dialeto, não é possível fazer a mesma coisa”.

Nosso desejo de conhecer o Mundo era muito grande!

Os três anos que moramos, eu, Aninha e Karina em Genebra, na Suíça, me possibilitaram, durante o Curso de Doutorado, sob a orientação do Prof. Paul Henri Lambert, a aprendizagem dos conceitos e das metodologias mais avançadas da época, na área de imunologia. **Mas sempre trabalhei com assuntos relacionados às doenças tropicais e, assim, nunca perdemos o nosso país de vista.**

Muito pelo contrário, tivemos o privilegio de conviver com um grupo liderado por **Paulo Freire** que nos permitiu refletir, profundamente, sobre os problemas brasileiros, reforçando o desejo de voltar ao nosso país e contribuir para seu desenvolvimento.

De volta ao Brasil, por motivos alheios a nossa vontade, fomos levados a nos transferir para o Rio de Janeiro, onde tive a honra de implantar e chefiar, por 11 anos, o Departamento de Imunologia, da Fundação Oswaldo Cruz, no qual vivi fatos marcantes da minha vida profissional, já lembrados pelo vereador e colega Jorge Jambeiro, relacionados, principalmente, a AIDS.

Baseado nas características epidemiológicas desta nova doença, não era preciso ser nenhum visionário para prever que a mesma se espalharia rapidamente pelo mundo, atingindo o Brasil e se tornando um dos mais graves problemas de saúde pública do século XX.

Vimos um dos primeiros casos de AIDS, no Rio de Janeiro, quando atendemos ao apelo de um pai desesperado, cujo filho se ultimava acometido por esta terrível doença.

Devido a estes acontecimentos, tomamos a decisão de iniciar uma nova linha de pesquisa no Departamento que dirigíamos, mesmo sem a aprovação da maioria dos pesquisadores que compunham este Departamento.

Cumpríamos, mais uma vez, a **Missão Maior** da Fundação Oswaldo Cruz: fazer pesquisa com o objetivo de solucionar problemas de saúde pública.

Graças ao apoio de dois grandes virologistas, Peggy e Hélio Pereira, como, também, ao destemor de um grupo de jovens pesquisadores, foi possível desenvolver uma tecnologia nacional que possibilitou a implantação da triagem do HIV nos bancos de sangue da rede estatal. Nesta época, implantamos também as bases do controle de qualidade dos testes laboratoriais e as do programa de garantia de qualidade dos bancos de sangue e laboratórios de saúde pública, contribuindo, desta maneira, para o controle da AIDS transfusional e implementando a melhoria do diagnóstico laboratorial no nosso país.

Posteriormente, em 1987, isolamos o HIV, pela primeira vez na América Latina, quatro anos depois de ter sido isolado, pela primeira vez, na Europa e nos Estados Unidos. Este fato, que teve grande repercussão na época, com ampla divulgação pela mídia, foi muito mais simbólico do que um fato científico importante. **Estes quatro anos de diferença representavam, na realidade, quarenta anos de atraso científico.**

Poderíamos ter isolado o vírus “mortal” mais rapidamente se aceitássemos propostas, ditas de colaboração, de alguns pesquisadores do primeiro mundo que propunham colher amostras de sangue dos pacientes brasileiros, transportá-las para seus laboratórios e, lá, realizar o isolamento.

Teria sido muito fácil aceitá-las e, quem sabe, mais proveitoso do ponto de vista pessoal. Teríamos, sem dúvida, um currículo com maior número de trabalhos publicados.

Entretanto, rejeitamos, veementemente, estas propostas de pesquisa rotuladas, naquela época, de “**pesquisas safari**” e decidimos enveredar por um caminho que, mesmo simbolicamente, nos levasse a contribuir para uma maior autonomia nacional em ciência e tecnologia.

Quero deixar claro que não sou contra as verdadeiras colaborações internacionais que se caracterizam por transferência mútua de conhecimento e tecnologia e, portanto, são benéficas para os países envolvidos.

Em relação à Ciência e Tecnologia, gostaria de mais uma, vez citar Gramsci:

“Criar uma nova cultura não significa apenas fazer individualmente descobertas “originais”; significa também, e sobretudo, difundir criticamente verdades já descobertas, “socializá-las” por assim dizer; transformá-las, portanto, em base de ações vitais, em elemento de coordenação e de ordem intelectual e moral. **O fato de uma multidão de homens seja conduzida a pensar coerentemente e de maneira unitária a realidade presente é um fato filosófico bem mais importante e “original” do que a descoberta por parte de um gênio “filosófico”, de uma nova verdade que permaneça como patrimônio de pequenos grupos intelectuais”.**

Retornar para Salvador era nosso grande sonho e achávamos que só se realizaria na nossa aposentadoria.

Já se sabia que a AIDS assolava a África, implacavelmente, devastando cidades, ceifando vidas na fase mais economicamente produtiva e tornando órfãs milhares de crianças.

Tínhamos o receio que a AIDS atingisse nossa querida Salvador de maneira semelhante ao que ocorria na terra dos nossos ancestrais.

Então, a presidência da FIOCRUZ, exercida pelo grande sanitário Sérgio Arouca, decidiu, atendendo a uma decisão política, descentralizar as ações desta Instituição. Criou-se, com o apoio da Fundação Banco do Brasil, o Laboratório Avançado de Saúde Pública que é o Centro Nacional de Referência para o Diagnóstico, Isolamento e Caracterização do HIV, o qual tenho o privilégio de coordenar. Felizmente, **o perfil epidemiológico da AIDS, em Salvador, não se mostrou similar ao observado na África** mas àquele que ocorre no restante do Brasil.

A década de 80 foi rica em novos conhecimentos sobre a retrovirologia humana. Um ano antes da descoberta do HIV, em 1981, outro vírus tinha sido identificado, o HTLV-I. Embora pertencendo a mesma família do vírus da AIDS e se transmitindo da mesma maneira que este, ou seja, por via sexual, sangüínea e perinatal, apresenta algumas características que são diferentes. Por exemplo, enquanto o vírus da AIDS se espalha pelo mundo, constituindo uma pandemia, o HTLV-I ocorre em determinadas regiões geográficas. Enquanto o vírus da AIDS, na América do Norte, Europa e América Latina, acomete mais freqüentemente determinados grupos, o HTLV-I espalha-se na população em geral, infectando mais mulheres que homens. Enquanto a grande maioria dos indivíduos infectados pelo vírus da AIDS adoece, isto acontece a somente 5% daqueles infectados pelo HTLV-I.

Trabalhos realizados por nosso grupo, em estreita colaboração com os pesquisadores Inês Dourado, Glória Teixeira e Maurício Barreto, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, **mostraram que 2% da população da cidade de Salvador está infectada por este vírus, sendo esta cidade a mais acometida no Brasil. Estima-se que 50 mil indivíduos estejam infectados.** Foi possível também demonstrar que esta infecção atinge mais **os indivíduos menos favorecidos socialmente, os mais pobres e com menor grau de escolaridade.** Portanto, esta infecção, na cidade de Salvador, é um sério problema de saúde pública. Esta maior prevalência do HTLV-I, em Salvador, deve-se ao fato da população desta cidade ser constituído por 90% de descendentes de africanos.

Nosso país, que apresenta profundas diferenças na distribuição de renda, **com poucos ricos e muitos pobres,** tem, também, diferenças no trato com problemas de saúde pública. O Programa de Controle de AIDS é um **exemplo marcante.** Como vocês sabem, este programa é considerado um dos melhores do mundo. Infelizmente, isto não ocorre em relação a outras doenças como, a grave epidemia de dengue que nos aflige neste momento.

O sucesso do Programa de AIDS é **um exemplo do exercício da cidadania.** A sociedade civil organizada exigiu os seus direitos. Nesta luta, de milhares de anônimos participantes, gostaria de destacar a atuação de **Lair Guerra de Macedo Rodrigues e de Hebert de Souza, o Betinho, hemofílico que junto com seus irmãos Henfil e Francisco Mário foram vítimas da AIDS.**

Muito pouco tem sido feito, também, para controlar a infecção causada pelo HTLV no nosso país.

Recentemente, a Fundação para o Desenvolvimento das Ciências, coordenada pelo insigne Prof. Humberto de Castro Lima, cuja sensibilidade e interesse na solução dos problemas de saúde pública é incontestável, em um consórcio com o Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz da Fundação Oswaldo Cruz e o Governo do Estado, através das Secretarias de Saúde e de Planejamento Ciência e Tecnologia, criou o Centro para o Atendimento Integrado e Multidisciplinar ao Indivíduo Infectado pelo HTLV-I, do qual tenho a honra de ser o coordenador. Esperamos que, por meio destas ações integradas, possamos contribuir para o controle e, porque não, para erradicação deste vírus, livrando a população de Salvador de mais um de seus problemas de Saúde Pública.

Precisamente, há um mês e dezessete dias nasceu Thiago, meu primeiro neto, filho de Ana Karina e Anderson Barroso.

A chegada de Thiago me rejuvenesceu!

Embora esteja fazendo 57 anos dentro em breve, o nascimento de meu neto, junto ao desafio do controle do HTLV-I, em Salvador,

Re-estimularam-me o desejo!

Revigoraram-me as forças!

Redobram-me a esperança!

Portanto, senhores, a medalha que hoje recebo é antecipada mas me lança um desafio e me faz firmar um compromisso perante todos: contribuir para o controle da infecção causada pelo HTLV-I, grave problema de Saúde Pública no Brasil e, particularmente, nesta bela e dadivosa cidade do Salvador, que tão gentilmente me homenageia.

Então, senhores, poderei ser merecedor desta medalha!

Discurso de Posse na Academia de Medicina da Bahia, no dia 10/12/2002

Bernardo Galvão de Castro Filho

Exma. Sra. Profa. Dra. Maria Tereza de Medeiros Pacheco, Primeira Presidente Mulher da Academia de Medicina da Bahia e Primeira Mulher Professora da Primeira Faculdade de Medicina do Brasil.

Exmo. Sr. Acadêmico Professor Agnaldo David de Souza, Presidente da Fundação para o Desenvolvimento das Ciências, Exmo. Sr. Acadêmico Prof. Humberto de Castro Lima, Coordenador Geral da FDC, Ilma. Sra. Professora Maria Luisa de Carvalho Soliani, Diretora da EBMS.

Senhoras e Senhores:

Agradeço-lhes, Senhores Acadêmicos, por me aceitar como o mais novo membro desta insigne Academia de Medicina da Bahia.

Entro nesta confraria com grande admiração e respeito pelos confrades, meus mestres, que tanto contribuíram para **minha formação profissional e de cidadão comprometido com o bem estar da sociedade.**

Gostaria de agradecer, especialmente, a Dra. Sônia Gumes Andrade e Dr. Carlos Alfredo Marcílio de Souza que me indicaram para fazer parte desta nobre agremiação.

A primeira, eminente pesquisadora que tanto tem contribuído para o melhor entendimento de patologia e terapêutica da Doença de Chagas, além de ter sido minha professora da Disciplina de Patologia no Curso de Graduação de Medicina da Universidade Federal da Bahia, foi quem me despertou o interesse pela pesquisa experimental tendo sido a minha preceptora no mestrado em Patologia Humana.

Carlos Alfredo Marcílio de Souza, amigo de longas datas, com quem tenho compartilhado, há quatro anos, a coordenação do Curso de Pós-Graduação em Medicina Interna da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública da Fundação para o Desenvolvimento das Ciências.

O nobre colega, tem sido exemplo de um grande mestre, com retidão, rigor científico e ético e dedicação à Medicina.

Agradeço-lhe, caro mestre e filósofo, Professor Ruy Machado, que, juntamente com Carlos Marcílio e o Professor Humberto de Castro Lima, recomendaram o meu ingresso nesta Academia, após julgar o meu trabalho intitulado “Origem do HTLV-I em Salvador - Bahia”.

Permita-me, caro confrade, repetir as palavras contidas em seu discurso de posse nesta Academia: “Atento, toma por conselho, as palavras de André Maurois: **Nada é mais surpreendente do que se ver pelos olhos de outrem**”.

“O BRASIL É UM VASTO HOSPITAL.”

Embora esta frase se aplique aos momentos atuais ela foi dita por **Miguel Pereira** no início do século passado, no Rio de Janeiro, nos fins de 1916, durante uma festa em homenagem a **Carlos Chagas**, o descobridor da **doença de chagas** e causou grande rebuliço no país.

Para os jornais da época era “**indevida e grosseira**”.

No entanto, Instituições da maior credibilidade, tais como a **Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro**, o **Instituto Oswaldo Cruz** e a **Academia Nacional de Medicina** não hesitaram em apoiar **Miguel Pereira**.

Este apoio era embasado nas observações obtidas através das viagens realizadas pelos **cientistas de Manguinhos**, atualmente **Fundação Oswaldo Cruz**, pelo interior do Brasil, sob a liderança incontestável de seu diretor, **Oswaldo Cruz**. Estas viagens conhecidas como “**Expedições Científicas**”, proporcionaram um **diagnóstico dramático das condições de vida sub humana dos nossos compatriotas**.

A **Academia Nacional de Medicina**, através de seu presidente, o memorável **Miguel Couto**, teve um papel crucial para a criação da Liga Pró-Saneamento no Brasil, fundada em fevereiro de 1918. E expressando as idéias de seus pares afirmava:

“O que abalou no discurso de Miguel Pereira foi o diapasão, mas este intencional para alcançar o efeito colimado. Feriu fundo, de propósito para doer, agora vai curar a ferida na comissão da Academia.”

E conclamava a classe médica a participar de uma “**Cruzada da Medicina pela Pátria**”.

Segundo ele, “O médico deveria substituir as autoridades governamentais, ausentes na maior parte do território, bem como influir no comportamento das populações, persuadindo-as a tomarem medidas higiênicas que impedissem a propagação de **doenças evitáveis** que fazem o nosso descrédito e o nosso atraso.”

Este é um dos papéis das Academias de Medicina e como afirmou o Acadêmico Adroaldo Albergaria no discurso de posse do querido Mestre Rodolfo Teixeira “A Academia de Medicina não é apenas uma Instituição que visa ao conhecimento técnico e científico. As Academias de Medicina não podem ser lugares sombrios onde se escutam os sintomas, os pródromos, as variações sensoriais, as perturbações. Aqui dentro se segue a voz das letras com grandes atenções e o indispensável conhecimento de todos os problemas. Assim, além da Ciência médica, o desenvolvimento sócio-econômico, no seu ritmo acelerado, os fatores psicossociais, a política educacional, as tradições cívicas, religiosas ou populares, os grupos étnicos, os aspectos demográficos, enfim a visão global de política brasileira”.

Senhores, acredito que somente através de um esforço conjunto, de todos nós, **médicos e não médicos, sociedade e governo**, as condições da saúde no nosso país, poderão ser melhoradas.

Uma outra função da Academia é o culto à **imortalidade** e, no dizer do Acadêmico **Edivaldo Boaventura**, no artigo “Surgimento e Evolução das Academias no Brasil”, publicado nos Anais desta Academia, “**a imortalidade é a presença permanente dos que se foram em nós**”.

Portanto, gostaria de lhes relembrar as figuras impolutas dos que me antecederam na cadeira de número 40 que passo a ocupar:

Professores Sabino Lobo da Silva, o Patrono, e Renato Marques Lobo, meu antecessor. Ambos nasceram no interior do Estado da Bahia.

Sabino Silva, filho de Faustino Almeida da Silva e Sabina Etelvina da Silva, nasceu em Bomfim de Feira, distrito de Feira de Santana, em 11 de junho de 1892. Transferiu-se para a cidade de Cachoeira onde se empregou, como caixeiro numa loja de tecidos, para auferir os meios necessários para ingressar no curso superior.

Concluiu seus estudos secundários no Ginásio da Bahia. Em 1912, formou-se em Cirurgia Dentária e, logo em 1913, matriculou-se no Curso de Medicina, formando-se em 1918, tendo sido agraciado com o prêmio

Alfredo Brito. A sua tese de doutoramento versou sobre “O fígado tuberculoso e o fígado dos tuberculosos”. Devido ao seu desempenho, foi convidado pelo professor Aristides Novis para reger a cátedra de Fisiologia, desdobrada em sua homenagem. Prestou concurso, tendo sido aprovado com a tese “Do tónus e do seu mecanismo na musculatura estriada”.

Professor Sabino Silva acreditava na correlação entre infecção focal dentária e os reumatismos articulares crônicos.

Já naquela época, admitia a associação existente entre esquistossomose mansônica, e nefropatia.

Em 1934, a segunda cadeira de Fisiologia foi transformada na cadeira denominada Terceira Clínica Médica.

Sabino Silva regeu esta cadeira até a sua morte, em 10 de outubro de 1944.

Como afirmou o **Professor Renato Lobo**: “**O Professor Sabino Silva inovou o ensino prático da clínica médica na Bahia, dando autonomia didática aos seus assistentes que deixaram de ser meros preparadores de aulas, para terem participação ativa no curso.**”

Renato Lobo, um dos fundadores desta Academia, foi um dos assistentes de Sabino Silva. Era filho de Izidro Lobo e D. Glória Marques Lobo. Nasceu em 14 outubro de 1910, na cidade de Cachoeira, Bahia, onde fez o pré-escolar e dois anos primários. Concluiu os seus estudos primário e secundário em Salvador, no colégio São João e no Ginásio da Bahia, respectivamente.

Ingressou na Faculdade de Medicina, tendo sido **aprovado em primeiro lugar no exame de seleção**. Aluno exemplar durante o Curso de Medicina, formou-se em dezembro de 1934. Desde cedo, trabalhou como Aspirante do Hospital de Doença Infecciosa e Parasitária indicado, por seu Diretor, por ter tido as melhores notas do curso médico até o 3º ano.

Logo depois de formado, em 1935, foi Assistente Honorário da terceira Cadeira de Clínica Médica. Dois anos depois, foi aprovado em concurso de livre docência, tendo apresentado a tese “Da Tensão Arterial na Aortite Sifilítica”.

Realizou vários trabalhos científicos como, por exemplo, “Contribuição ao Tratamento da Febre Tifóide, estudo sobre a Azedinha (**Begonia behiengis**) e o Tratamento da esquistossomose”.

Era casado com D. Carmem Lobo e teve dois filhos: Vera Lobo Folkerts e Renato Luís Lobo, médico, que tive o prazer de ter sido colega de residência no Hospital das Clínicas, em 1970 e 1971.

Faleceu em setembro de 2001, em Salvador, Bahia.

Segundo o Professor Rodolfo Teixeira, em Memória Histórica da Faculdade de Medicina do Terreiro de Jesus, “Renato Marques Lobo merece ser considerado pelo seu gosto inato em transmitir, pela capacidade didática que possuía, qualidades que atraíam estudantes, beneficiando-os, sem dúvida, por esta aproximação.”

Professora Maria Luisa Soliani, agradeço-lhe por ter cedido o Salão Nobre da Escola Bahiana Medicina e Saúde Pública para esta solenidade.

Como ressaltou o Acadêmico Jayme de Sá Menezes, “A Escola Bahiana de Medicina tem com esta Academia grande afinidade. E complementava: “O seu idealizador, este que vos fala e muitos outros de seus titulares são ou foram professores da vitoriosa e já tradicional escola”.

A maioria dos seus diretores, como por exemplo, os professores Jorge Valente, Orlando de Castro Lima, e Geraldo Leite, pertencem a esta Academia.

Lendo, nestes últimos dias, os **Anais da Academia de Medicina**, gentilmente cedidos pelo Acadêmico Professor Antonio Jesuíno Neto, certamente, contribuindo com o meu noviciado, deparei-me com a conferência “**Perspectivas para a Medicina no século XXI**”, proferida pelo Acadêmico Professor Zilton Araújo Andrade, em comemoração ao Cinquentenário da Associação Baiana de Medicina, quando o mesmo afirmou:

“Das coisas que devem mudar, que me compete aqui assinalar, é a formação de médicos. As escolas médicas serão pressionadas para reformas urgentes. Vão ser instadas a perderem o ranço das escolas técnicas e se transformarem em verdadeiras instituições de ensino e pesquisa. Terá fim o ensino livresco de detalhes que será substituído pelo ensino dos princípios gerais, dos aspectos conceituais, dos trabalhos práticos, das comparações e ilações, o que dará régua e compasso embora não necessariamente a erudição, ao jovem médico”.

Estes princípios, Dr Zilton, o senhor já os praticava desde os tempos do serviço de Anatomia Patológica, nos subsolos do Hospital das Clínicas, quando ingressei no seu grupo de trabalho em 1967.

Está aí o seu grande sucesso na formação de inúmeros médicos patologistas que enaltecem a medicina brasileira, do qual sou um modesto representante.

Com o passar do tempo, o ensino da Medicina se tornou cada vez mais

prático e técnico. Paralelamente, aliado aos espetaculares progressos científicos, a especialização se tornou cada vez maior.

O paciente transformou-se em corpo-objeto não sendo mais sujeito. Torna-se, portanto, necessário o resgate da integralidade do atendimento ao paciente nos seus aspectos bio-psíquico-social, o que, felizmente, já está acontecendo.

Professora Maria Luisa Soliani, somos testemunhas do grande esforço que V. Sa. tem feito para reformular o currículo desta Escola, visando alcançar estes objetivos.

Para isto, um dos pontos importantes é ter no seu corpo docente professores que sejam **VERDADEIROS MESTRES**.

Içamí Tiba faz uma distinção entre **professor e mestre**.

“Com o professor, o aluno quer somente aprender o necessário para tirar notas boas e passar de ano. Já com o Mestre ele é discípulo. Mestre é um modelo de vida, uma identidade ideológica. Com o mestre não se busca simplesmente a aprovação escolar mas, pela sua aceitação pessoal, ter a honra de fazer parte de sua vida ou, pelo aprendizado, ter o orgulho de divulgar suas idéias.”

Segundo Lya Luft: **“O verdadeiro mestre é o que não castiga mas impele; o que não doutrina mas desperta curiosidade; o que não impõe mas seduz; o que não quer ser modelo nem exemplo mas companheiro de jornada...”**

“Mestre não é quem sempre ensina, mas quem, de repente aprende” como disse Guimarães Rosa.

“AI DAQUELES QUE NÃO TIVERAM MESTRES”, dizia um outro acadêmico, da Academia Nacional de Medicina e que foi, também, Diretor do Instituto Oswaldo Cruz, **o Professor José Rodrigues Coura**.

Tive vários Mestres e já citei alguns.

O mais importante foi meu pai, o Professor Bernardo Galvão. Sei que algumas pessoas que estão hoje aqui, estão mais por ele do que por mim, o que muito me alegra.

E hoje, na quintessência da vida, encontrei um grande Mestre e amigo, **o Professor Humberto de Castro Lima**.

Intrépido e Sensível

Rebelde e Romântico.

Pragmático e Sonhador.

Com ele tenho passeado pelo mundo da Filosofia.

Caminhamos de Platão a Nietzsche, algumas vezes acompanhados, comedidamente, por Baco.

Ainda temos uma longa estrada a percorrer...

Gostaria de agradecer aos caros amigos e colegas por estarem aqui compartilhando comigo, juntamente com **Ana Maria, amada e companheira, filhos queridos e familiares amigos**, deste momento de felicidade.

Para finalizar peço, mais uma vez, emprestada as palavras do Confrade Adroaldo Albergaria.

“NESTA CASA SOU DÍSCIPULO, ESPÍRITO RESOLUTO PARA RECEBER ENSINAMENTOS, COLEGUISMO E SOLIDARIEDADE”.

MUITO OBRIGADO

Recepção ao acadêmico

Bernardo Galvão Castro Filho

Humberto de Castro Lima

Esta é uma reunião plenária da Academia de Medicina da Bahia e para dela fazer parte convocaremos a imaginação e a história.

A capacidade imaginativa do homem - a qual emerge, junto com ele, do que chamamos pré-história; das cavernas primitivas com suas pinturas fantásticas; das ferramentas e utensílios, cuja utilidade vai se aliando à beleza das formas; das tentativas de entender os fenômenos naturais atribuindo-os, inicialmente, aos espíritos e aos deuses que precisavam ser agradados por meio de rituais mágicos e religiosos - a capacidade imaginativa, senhores, chega, por conta desta sede implacável de conhecimento e domínio da natureza à filosofia e depois, à ciência e à tecnologia, capazes não só de controlar mas até mesmo de criar a vida, trazendo consigo enormes benefícios, aliados aos imensos riscos dos homens se sentirem deuses!

A imaginação, senhoras e senhores, com seu fantástico poder de criar, irmanada à tecnologia atual, desemboca em variadas formas de arte: a pintura, a música, a escultura, a literatura, o teatro, o cinema, o vídeo.

Hoje, o mundo virtual se confunde com o real a ponto de, por vezes, não conseguirmos separá-los. A modernidade consegue a proeza de nos fazer viver em espaços e tempos diferentes, simultaneamente. Os computadores e satélites nos conectam com os lugares mais distantes do planeta, em tempo real. A reprodução das imagens e sons gravados nos permitem revisitá-los, de acordo com nossos desejos. Estamos acostumados a apertar botões que parem a fita ou o disco nos pontos escolhidos, fazendo o espaço e o tempo voltarem, avançarem e, até mesmo, pararem, por um momento.

Por isso, peço que não se assustem com o que vou propor: um passeio pela longa história do conhecimento, com rápidas paradas programadas, usando os botões da mente. Garanto-lhes que será breve.

A primeira é a Grécia Antiga, lugar e tempo quase unanimemente aceitos como o começo histórico da filosofia e da ciência teórica. Os gregos do séc. VI a. C. contrapuseram, aos conhecimentos esparsos e não sistematizados do Oriente, uma busca de unidade de compreensão racional dos fenômenos da natureza a qual organiza e dinamiza o desejo de saber, em substituição à visão mítica da realidade.

Foi um longo processo de racionalização da cultura, que ganha força a partir do enfraquecimento da civilização micênica e dá nascimento ao “milagre grego”, à racionalidade científica dos chamados “filósofos da natureza” ou “filósofos pré-socráticos”.

O primeiro deles, Tales de Mileto, se pergunta: “De que são feitas as coisas?”. E responde: “De água”. Depois, Anaximandro, Anaximenes e Pitágoras, cujo pensamento evolui e se expande, fazendo da matemática o paradigma do pensamento científico. Parmênides e Heráclito, de Éfesos, pensando sobre a unidade fundamental de todas as coisas como uma unidade de tensões opostas.

Em seguida, Anaxágoras, Demócrito e Leucipo com seus átomos indivisíveis e o vazio. Sócrates, o mestre na arte de perguntar, de arrancar a verdade por permanentes questionamentos.

Platão, a cuja academia eu jamais poderia sonhar em pertencer, pois ele dizia: “Não deixe que alguém entre aqui sendo ignorante das matemáticas”. Eu estaria sumariamente reprovado.

Nesse período, a Medicina, influenciada pelos filósofos da natureza, procura explicar a doença de maneira natural, encontrando na relação de causa e efeito uma ordem geral e necessária, utilizando-se da racionalidade e da observação: Esta é a razão pela qual só a medicina grega, principalmente a da Escola de Cós, de Hipócrates, atinge um status de ciência, disciplinada pelo conceito de lei dos filósofos.

Mas a medicina também influencia os filósofos como Aristóteles, para quem a filosofia começa da observação e experiência, antes do pensamento abstrato.

Avançando nosso vídeo imaginário por mais de 1000 anos e o deixando correr rápido, veremos passar os cínicos, como Diógenes, que de seu barril, vestido em farrapos, dizia: “Eu sou um cidadão do mundo.” Observemos

os céticos, os epicuristas e os estóicos. Nossos olhos acompanharão o enorme período entre a queda do Império Romano e o Renascimento, durante o qual o cristianismo estendeu suas fronteiras e tornou-se a religião dominante, sendo seu filósofo maior Tomás de Aquino, mestre na arte de conciliar os antigos filósofos com os princípios do cristianismo.

Na próxima parada, estaremos frente a frente com homens que ousaram repensar e recalculiar a partir do modelo de cosmos até então aceito pela Igreja Católica.

Nicolau Copérnico, Kepler e Galileu Galilei, um dos mais originais e criativos gênios de todos os tempos, o primeiro homem a olhar as estrelas distantes por meio de um telescópio. Depois, Sir Isaac Newton, o maior cientista de todos, talvez com exceção de Einstein.

Nosso vídeo chega ao séc. XVII. Nele se dá uma grande mudança no pensamento científico. Os fenômenos são interpretados, agora, por meio de uma visão mecânica e a matemática conquista a linguagem científica.

As grandes descobertas técnicas têm aplicação na prática, como o microscópio e o termômetro, auxiliando a Biologia e a Medicina.

A ciência está em ebulição!

Francis Bacon acredita que ela produz mudanças contínuas na humanidade e Descartes, que o raciocínio especulativo é de grande utilidade para o avanço do conhecimento.

Em Medicina, este é o século dos fisiologistas, ao contrário do XVI que havia sido dos anatomistas. Descobre-se que os organismos vivos são feitos de tecidos formados por pequeninas unidades, as células, e esta descoberta abre caminho para a bacteriologia.

O século XVIII chegará num breve apertar de botão, continuando o caminho de descobertas. Surgem os filósofos empiricistas como Locke, Berkeley, Hume. Na França, as novas idéias são propagadas por livre-pensadores como Voltaire, Diderot, Rousseau.

Mas a Medicina não evolui na mesma velocidade das outras ciências como a Química e a Física. Os pensamentos de Leibnitz e sua concepção de uma força vital governando o organismo influenciam muitos sistemas médicos do início do século. No entanto, vários trabalhos importantes sobre fisiologia experimental e respiratória são realizados.

Um dos maiores nomes do século é o de Giovanni Battista Morgagni, o pai da anatomia patológica, autor que descreve, com perfeição e ordenação, 500 casos observados em autópsias, relacionando os sintomas clínicos e os achados da necropsia.

O médico francês Xavier Bichat, 40 anos depois, foi seu mais brilhante seguidor. Defendeu o tecido como a unidade elementar para estudar a patologia, classificando cerca de vinte e um tipos diferentes, sem usar o microscópio. Seu estudo das alterações patológicas dos tecidos realizou a ligação entre Morgagni, interessado nas lesões aparentes dos órgãos, e Virchow, formulador da patologia celular.

Acaba a era da medicina das doenças. Nasce uma medicina das reações patológicas, a qual vai dominar todo o séc. XIX e terá uma grande importância, também, no séc. XX, quando surgirá a medicina dos agentes patogênicos.

Mais uma parada e aí está o séc. XIX.

Nele se insere o chamado século de ouro da filosofia alemã, período localizado entre 1780 e 1880, com Immanuel Kant, Schopenhauer, Schelling, Hegel e Marx para quem “os filósofos têm somente interpretado o mundo de várias maneiras quando o ponto é, no entanto, mudá-lo.” E, mais ainda, Nietzsche, com sua terrível afirmação: “Deus está morto”!!

O que caracterizará a medicina desse século será a tentativa de integrar as descobertas laboratoriais às da sala de autópsias e às observações clínicas, tendo o hospital como o centro das investigações e o conceito de doença como alteração na estrutura e na função das células. O objetivo do tratamento deverá ser atingir a célula.

A partir da segunda metade do século, devido principalmente a Pasteur, há um grande progresso da microbiologia. Estão estabelecidas as idéias de infecção; de causas exógenas para as doenças, ligadas a microorganismos; a noção de prevenção e vacinação; e a convicção da necessidade de técnicas de desinfecção e assepsia, tão defendidas por Lister. Paul Ehrlich abre os caminhos para a imunologia moderna e o surgimento de antimicrobianos e dos soros anti-tóxicos, do século XX.

Atenção senhoras e senhores: penúltima parada!

Estamos no século XX com seus filósofos paradigmáticos: Frege e a lógica moderna; Bertrand Russel e a filosofia analítica; Wittgenstein e a linguística filosófica; os existencialistas Kierkegaard e Heidegger; Bergson e o élan vital.

A medicina caminha a passos muito largos para encontrar meios mais eficazes de diagnosticar e tratar as doenças. Já se sabe da importância da reação individual do organismo à agressão e que esta orientará a reação mórbida. Estão estabelecidas, no essencial, as bases anatômicas e celulares,

os mecanismos e as causas das doenças para uma nova classificação e orientação terapêutica.

No decorrer do século, se continuará uma vertiginosa descida ao interior do corpo humano, atravessando a célula, chegando aos genes e às proteínas.

Será possível “ver” com ajuda de raios, sons, fibras óticas, câmeras, microscópios eletrônicos e imagens fabricadas em computadores, o mistério encerrado no corpo. Cada vez mais, é possível medir no laboratório uma infinidade de substâncias, introduzir drogas e artefatos no corpo que serão extensão dos olhos e das mãos dos técnicos.

Depois de séculos de terapêuticas pouco eficazes, entra-se em uma época na qual a eficácia dos tratamentos é medida a cada passo. Vive-se uma nova era de medicamentos e de procedimentos terapêuticos mais precisos, capazes de atingir só os pontos definidos e desejados pelos médicos.

O caminho aberto pela decodificação do genoma humano, associado à biologia celular, à biologia molecular, à imunologia, à idéia acalentada de clonagem humana, à cibernética, inaugura a perspectiva de uma nova medicina a qual, por enquanto, só podemos imaginar. E, também, de uma nova ética a ser construída.

Mas, senhoras e senhores, em nossa última parada, já ao final da fita, neste início do século XXI, as doenças continuam presentes.

Muitas daquelas que existiram se encontram controladas. Outras, que haviam quase desaparecido, voltam a atacar. Algumas novas chegam e assustam, como a AIDS. Acompanhamos o aparecimento de novos vírus, na realidade e na ficção científica. A pobreza e as guerras continuam a produzir doenças.

Entre os médicos, aparecem mais e mais especialistas, para dar conta dessa medicina imensa e altamente tecnológica. Entretanto, pede-se, com veemência, que os médicos tornem-se mais “humanos”. Mas não só eles! É preciso que todos nós nos tornemos mais humanos!

E aí está você Bernardo Galvão Castro Filho!

Você que carrega com carinho e orgulho o nome de seu pai - educador, filantropo, prestador de relevantes serviços à formação da juventude baiana.

Este é o seu tempo!

SENHORES ACADÊMICOS

Bernardo Galvão nasceu em Salvador, em 03 de maio de 1945. Fez seus estudos primário e secundário nos Colégios Bernardo Galvão e Central

da Bahia. Recebeu o diploma de médico pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, em 1969; e, pela mesma UFBA, concluiu a Residência Médica em Patologia Humana, em 1971 e o Mestrado, em 1974. Durante um ano, em 1972, lecionou a disciplina de Patologia, na Universidade de Brasília. Entre 1974 e 1977, na Suíça, realizou o Doutorado em Medicina da Universidade de Genebra, área de concentração em Imunopatologia.

Em 1977, de volta ao Brasil, ingressa na Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, como pesquisador, e coordena entre 1980 e 1984 um projeto financiado pela Organização Mundial de Saúde, de cerca de um milhão de dólares, para a implantação de um Centro de Imunologia Parasitária na FIOCRUZ, o qual foi a base do Departamento de Imunologia do Instituto Oswaldo Cruz, criado em 1980 e dirigido por Bernardo Galvão até 1985. Esse Centro tornou-se um dos mais produtivos, vindo a ser designado *Centro Colaborador da OMS e da Oficina Panamericana de Saúde para Pesquisa e Treinamento em Imunologia de Doenças Parasitárias*.

Em 1982, prevendo que a AIDS se espalharia rapidamente pelo Brasil, o pesquisador introduziu em seu Departamento de Imunologia uma nova linha de pesquisa sobre a doença, possibilitando, entre tantas outras coisas, implantar, em 1985, com grande rapidez, técnicas sorológicas para a triagem de sangue em bancos de sangue e laboratórios da rede pública do Brasil.

Em 1987, Galvão e sua equipe isolaram, pela primeira vez na América Latina, o HIV, agente etiológico da AIDS. No ano seguinte, volta a Salvador para implantar o Laboratório Avançado de Saúde Pública – LASP - no Centro de Pesquisa Gonçalo Moniz, da FIOCRUZ o qual se transformou, já em 1992 em *Centro Nacional de Referência do Ministério da Saúde para o Diagnóstico Laboratorial de Retrovíruses Humanas e Isolamento e Caracterização do HIV*.

Dez anos depois, em 1997, Bernardo Galvão e sua equipe, pesquisando um outro retrovírus de grande importância para a saúde pública, demonstram ser Salvador a cidade brasileira de maior prevalência de HTLV-1.

Preocupado com este fato, Bernardo Galvão, pesquisador Nível 1A do CNPq, conseguiu sensibilizar a Fundação para o Desenvolvimento das Ciências e implantar, neste ano de 2002, o Centro de Referência para o Atendimento Integrado e Multidisciplinar de Indivíduos Infectados pelo HTLV-1, da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, da qual é Professor Titular e Vice-Coordenador do Programa de Pós-graduação em

Medicina Interna. É também Diretor do Centro Médico de Brotas, onde está localizado o referido Serviço.

Por tudo aqui dito e visto, fica evidente que, desde o princípio, sua vida profissional foi traçada de forma coerente e determinada, tendo os objetivos sociais - uma preocupação constante desde seu trabalho de tese - somado-se de maneira produtiva e equilibrada à pesquisa e ao ensino. Ele é responsável, até agora, por 25 orientações de mestrado e doutorado, e inúmeras iniciações científicas, nas quais realiza muito mais que o papel de orientador científico. É na verdade um orientador de vidas, um mestre pelo exemplo e pelo cuidado particularizado que dedica a cada um de seus alunos.

Todo esse trabalho rendeu, também, cerca de 130 artigos científicos, publicados em revistas de grande impacto, e muitas participações em comissões nacionais e internacionais ligadas a AIDS, além de prêmios nacionais e internacionais.

AMIGOS E CONFRADES

O Bernardo Galvão Castro Filho que deste quadro emerge, desenhado com tão rápidas pinceladas, capazes somente de destacar elementos pinçados de uma vida muito mais rica e mais vibrante, é meramente um esboço - falho e incompleto.

Bernardo Galvão é muito mais! Bernardo Galvão é ele e sua circunstância. *circum-stantia*: “as coisas mudas que estão em nosso derredor próximo”, no dizer de Ortega y Gasset.

Percebemos e valorizamos o derredor mais longínquo dos estudos, das pesquisas, das conquistas “das distantes cidades esquemáticas”, enquanto marchamos cegos entre o que está “muito perto, muito perto de nós”, levantando “suas tácitas fisionomias com um gesto de humildade e de carinho, desejosas de que aceitemos sua oferenda e ao mesmo tempo envergonhadas pela simplicidade aparente de seu donativo”.

Não nos esqueçamos, portanto, de sua mulher, Ana Maria, que entre tantas coisas lhe inoculou a alegria da música do maestro Jonas. De suas filhas Karina e Verena, de seu neto Tiago, os quais dão sentido à sua vida e ajudam a renovar suas forças depois das batalhas. Eles são sua mais importante circunstância.

Bernardo Galvão Castro Filho

Você, sem dúvida, faz parte dessa comunidade de homens que têm coragem de fazer perguntas e procurar respostas, desde o início dos tempos.

Você faz parte desse grupo de homens que buscam o conhecimento e a verdade, sabendo que ela pode ser contraditória, difícil, fugaz. Você faz parte dessa parte da humanidade que se preocupa com o destino dos homens e quer modificá-lo.

Por isso, é bom tê-lo no nosso barco que, paradoxalmente, em relação às leis da física, torna-se mais leve com a sua presença.

Nossa academia precisa de você! Nossa academia necessita de humanistas como você!

Nos seminários sobre a Religação dos Saberes, do grande filósofo Edgar Morin, Robert Naquet se refere à carta que recebera do engenheiro Louis Armand, na época diretor da Sociedade Nacional de Caminhos de Ferro e membro de duas prestigiosas academias.

Dizia Armand:

“Seu apoio é extremamente precioso para aqueles que – como eu mesmo tento fazer – gostariam de estabelecer um novo humanismo e um civismo fortalecido diante do progresso desordenado, porém enriquecedor, da técnica. É de homens como você, cuja cultura ninguém põe em dúvida, que nós esperamos essa benção que deverá exorcizar o tecnocrata, que fará dele um descomplexado e, portanto, um participante ativo na sociedade de amanhã”.

A Academia de Medicina da Bahia o saúda!

Seja bem vindo!

Posse do Acadêmico Dr. Lipe Goldenstein
na Academia de Medicina da Bahia,
no dia 18/08/1999

EXMA. SRa. PRESIDENTE DA ACADEMIA DE MEDICINA DA;
BAHIA, PROFa. DRa MARIA THEREZA DE MEDEIROS P ACHECO

EXMO. SR. PRESIDENTE DA ACADEMIA DE LETRAS DA
BAHIA, PROF. CLÁUDIO VEIGA

DIGNÍSSIMAS AUTORIDADES

EXCELENTÍSSIMAS SENHORAS E SENHORES PREZADOS
AMIGOS

ILUSTRÍSSIMOS MEMBROS DA ACADEMIA DE MEDICINA DA
BAHIA

Milenar, a Medicina tem sido considerada a mais nobre das profissões, sendo os médicos merecedores do maior respeito. O lema, “divinus opus sedare dolorem est” ressublima, através dos tempos. Preparado permanentemente, há de se manter o médico probo, justo, autônomo, capaz, discreto, consciente e prudente. Função que é de livre escolha, exige, todavia, como pré-requisito, a vocação. Profissão liberal, acima de todas, outra não existe que escravize tanto. A Medicina impõe imperturbabilidade, serenidade, calma nas situações graves, clareza de julgamento, retidão, equanimidade, paciência e competência.

As gerações médicas serão sempre influenciadas pela Ciência, que mantém o espírito independente; pela Arte, cujo esplendor somente eclodirá

se animado pelo amor aos ideais; e pela Caridade, fundamental virtude do ser humano.

É de Horácio a afirmação de que “*Vita brevis ars longa* - A arte é longa e a vida, breve”. E Hipócrates ampliou-a acrescentando que “a ocasião é fugaz, a experiência é vacilante e o julgamento é difícil”. A profundidade dessas verdades, há de o médico, sempre, todo o tempo, estudar e aprender, observar e pesquisar, pensar, sentir e atuar, a favor da saúde e da vida. E há de aprender com o sadio, com o enfermo e, até mesmo, com a família do doente. Há de aprender e aprender, um dia e outro dia, uma noite e outra noite, incessantemente, para agir segundo a Sapiência: “Semeia tua semente pela manhã e ainda à noite, pois não sabes qual das duas antes germinará; e se ambas, ao mesmo tempo, tanto melhor”.

Não é buscando o prazer, as honras, as riquezas, que se encontra a satisfação permanente; é no servir ao semelhante, no levantar o oprimido, no assistir o desvalido, no ensino aos que não sabem, na ajuda ao sofredor.

Nunca se esgota a ação do médico que exerce uma boa medicina, bem aprendida e para bem servir, qualquer que seja o empecilho. Célula viva do organismo social, há de atuar o clínico, participante convivente, em favor de todos, sem sacrifício de ninguém, nem da própria medicina, ainda que disposto, sempre, ao seu próprio sacrifício.

Obrigado a testemunhar o sofrimento, há de padecer, em piedosa compartilha e a esforço máximo de mitigância. E lembro-me do grande Eça de Queiroz, para quem “sofrer edifica, porque, enfim, nos leva a pensar no que os outros sofrem”. Hoje e sempre, clinicar é sinônimo de sofrer.

Dar-se tem sido a recompensa filosófica dos legítimos médicos, que não cedem ao asfixiante materialismo contemporâneo e praticam a verdadeira filantropia - que é a sublimação da arte de curar.

Ilustríssimos senhores Acadêmicos;

Honra-me, sobremodo, o galardão de Acadêmico; que me coube pela amizade, deferência e votação, além de me colocar na condecorada posição, que compartilho com os demais meus pares, e então, como parte de um conjunto, me tomar mais merecedor.

Esta honraria outorga, ao homenageado, a feliz tranqüilidade de entender que bem cumpriu a obrigação de transmitir os seus conhecimentos e de assistir, com interesse e devoção, aos seus clientes sofredores.

A láurea da Academia significa aprovação de uma vida médica intensa e interessada - no magistério, em hospitais, ambulatórios, clínicas, serviços, sociedades médicas, congressos e consultórios, onde estive e por onde tenho andado e exercido a Medicina.

E aqui estou para as galas e o esplendor deste instante, nesta situação de privilégio, nesta hora que me é marcante na existência. E como eu participo, de todo coração, agradecido, meus caros Acadêmicos, sentindo-me bem mais agraciado porque verdadeiramente esta é uma Academia de alto nível moral e intelectual, verdadeira corporação de sábios.

Cheguei à base da pirâmide, onde, afinal, não se escondem segredos: aqui, no apogeu do saber dos médicos da Bahia - a Academia de Medicina, templo da erudição, repositório da experiência, igreja do mérito, fonte da renovação, sodalício da tradição. Nela se ingressa para não mais deixá-la, senão para a imortalidade. Prezados confrades, somos, neste ponto, simultaneamente, mortais e imortais, prerrogativa das Academias.

Por justiça, não há como olvidar a constante diligência do estimado ex-Presidente Prof. Alberto Serravale, digníssimo e muito capaz clínico de nossa terra. Integridade, compostura, moral, bondade, ética profissional, eis alguns dos seus atributos. Homem bom e bom médico, simples nos gestos, modesto na apresentação, no expressar, em tudo coerente, Alberto Serravale merece louvores pela atuação serena, prestativa, benéfica, suave, pressurosa, cheia de afeto.

Ao emérito Prof. Jayme de Sá Menezes, ex Secretário de Saúde, notório historiador e escritor e também respeitado membro da Academia de Letras, a minha admiração, apreço e agradecimento. Muito laborou e continua trabalhando, cada vez mais, pela elevação da nossa Academia, sendo seu idealizador, fundador, pioneiro, desbravador, batalhador incansável; justas homenagens, pois, a quem, com tanto mérito, dedicou-se a este silogeu. Muito obrigado, Emérito Sá Menezes, na realidade, o Pai desta Academia, o nosso Platão.

Ao amigo muito presente e respeitado ex Ministro da Saúde, Prof. Mário Augusto de Castro Lima, honrado e bondoso, inquestionavelmente, uma das expressões mais brilhantes da medicina e do magistério em nossa terra, a minha sincera gratidão, que é a voz do coração. Agradeço-lhe, por antecipação, pelas excelsas e magnânimas palavras, a serem proferidas no seu, certamente, brilhante discurso de saudação.

À nossa Presidente desta casa egrégia, Maria Teresa Pacheco, minha muito querida colega de turma, possuidora de poderosa inteligência e de sólida cultura humanística e científica, e que permanece fulgente nas cátedras e nas tribunas, sempre brilhando por onde passa, minha genuína homenagem.

Ao eminente Prof. Cláudio Veiga, dotado de fineza no trato e firmeza nas posições, possuidor de denso conteúdo humano, com sólida estrutura moral, aprimorada educação, elegância nas atitudes, inteligência privilegiada e cintilante - o meu agradecimento sincero.

E porque estamos neste sodalício da cultura bahiana? Pela elevada compreensão do Professor Cláudio Veiga, em face de inesperados impedimentos estruturais, na nossa sede tradicional da Faculdade de Medicina do Terreiro de Jesus e, também, porque foi exatamente nesta Academia de Letras da Bahia, no dia 10 de julho de 1958, por iniciativa do extraordinário Sá Menezes, e sob o comando do seu então presidente, o médico notável e celebrado homem das artes e das letras, o Professor Luiz Pinto de Carvalho, cujo busto avistei no hall desta Casa vetusta, é que foi proclamada, majestosamente, a fundação da nossa Academia de Medicina da Bahia, em sessão solene e histórica; naquela cerimônia magnífica, abrilhantada pelo píncaro da eloquência do professor João Américo Garcez Fróes, que foi eleito e empossado como primeiro presidente desta Academia, adotou-se, como seu lema, - *SCIENCIA NOBILITAT* - a Ciência nobilita.

Permitam-me ainda compartilhar a emocionalidade desta noite com todos, sem exceção, todos os ilustres Acadêmicos que pertencem a esta magistral Academia, e que se deixaram sensibilizar pelo mesmo desejo de absorver, ampliar e divulgar conhecimentos.

Eis-me aqui, neste heráldico cenáculo, no convívio enobrecedor dos maiores luminares da Medicina na Bahia.

Com muita esperança e otimismo, a Medicina segue firme, lenta e progressiva, para seu gáudio, e os médicos, em rumo de atingir o seu desideratum, como pregava Jó: “os que abrem os seus ouvidos para a instrução e se afastam da iniquidade, acabarão seus dias em felicidade e os seus anos em delícia”.

Senhoras e Senhores: a finalidade precípua da Medicina é o bem-estar do ser humano, na inteireza indissociável de sua integridade biopsíquica; e, além dos conhecimentos técnico-específicos, eu acho que a cultura humanística, geral, é requisito necessário para o médico, que ocupa posição de responsabilidade social e participa do sofrimento e da dor. Assim, é

imprescindível - o seu conhecimento da arte, música, história geral, filosofia, religião, literatura e comunicações, a fim de estar capacitado a um melhor relacionamento com pacientes e colegas de distintas formações culturais. A cultura não é um luxo aristocrático, pois facilita o êxito da atividade clínica, alargando a visão e a compreensão, permitindo, como ferramenta poderosa, uma atuação mais segura na profissão.

Este século concluiu algumas buscas milenares da humanidade; a imensa tecnologia médica adquirida nos últimos dois decênios incorporou-se ao fundamental do cotidiano. A Medicina tomou-se fortemente abrangente e poderosa, indispensável para a sociedade, possibilitando a utilização dos conhecimentos científicos com maior habilidade, racionalidade e infalibilidade.

Quando permitido, ilustres confrades, damas e cavalheiros, a Medicina sempre foi uma profissão favorita entre os judeus; vinte e cinco por cento dos Prêmios Nobel de medicina foram concedidos aos judeus não obstante não representarem sequer meio por cento da população mundial; e note-se que a abertura das universidades para eles somente foi consentida a partir de 1860 e, mesmo assim, com restrições a sua atuação na área clínica, sendo relegados ciências básicas, psiquiatria, neurologia e pediatria, considerados, na época, setores não atrativos.

O pendor pela medicina resulta, inquestionavelmente, da religião - que dá imenso valor à saúde e à vida; tratar e curar os doentes é um mandamento religioso, porque na tradição judaica a vida é o bem mais valioso e precioso; para salvá-la o médico pode violar 610 dos 613 mandamentos codificados. Têm um pacto com Deus, seguindo as normas de um código moral e ético, que reverenciam a saúde e a dignidade humana. E, concomitantemente, há outro preceito fundamental e básico: o amor ao semelhante, como assinalado no Levítico, capítulo 19, versículo 18: “amarás ao teu próximo como a ti mesmo”.

Maimonides, grande filósofo, rabino e médico, escreveu dezenas de obras e publicou 10 livros de Medicina, entre os quais, o primeiro tratado de Medicina preventiva, o Regimen Sanitatis, onde já ressaltava, como precursor, não somente o valor da ecologia, como a importância de tratar prioritariamente o doente e não a doença. Destacou que somente o médico, corretamente treinado merecerá a confiança dos clientes; e condenava não somente a charlatanice, como também o despreparo. Ele registrou que o penoso trabalho médico deve ser “inspirado com alma, repleto de

conhecimentos especializados e equipado com a graça da observação e exame profundos”; realçou que esses requisitos, aliados à sabedoria científica, são indispensáveis para o correto exercício profissional do médico.

A Fundação Brasileira de Academias de Medicina, ao homenagear o Acadêmico Hilton Rocha expressou o que é ser Acadêmico:

Ser acadêmico não é ser escritor, nem ser poeta. Mas é ser médico. Integrado na sua profissão, havendo vivido os seus dramas, as suas incertezas, as suas batalhas, a sua grandeza e as suas emoções.

E haver se integrado uma vida inteira com aqueles que sofrem e que pedem a nossa caridade, as nossas luzes e o nosso apoio, porque crêem em nós.

É receber uma consagração, porque são os nossos pares que vêm nos, dizer que, ao encanecermos, jamais fugimos à linha hipocrática, consolando espíritos, mitigando dores e desfazendo enfermidades.

Ser acadêmico é ter a consciência tranqüila no cumprimento de nossos deveres e de nossa missão. E haver alegremente oferecido nosso repouso e nosso lazer a horas de vigília, estudo e de preocupações, ante os males que amofinam e o morbo que atormenta.

É lutar contra a endemia que solapa e inferioriza, na ânsia comum de recuperar o homem brasileiro, de cuja redenção cultural e física depende realmente a redenção da nossa Pátria.

Minhas Senhoras e Senhores:

Galgar os umbrais de uma academia, é entrar na História. Esta que diz da civilização - soma de cada homem e este que se obriga a ser participante por ser, e a escreve, somente por merecer.

Não direi que não mereço esta distinção que os notáveis da classe médica me concederam; seria hipocrisia de minha parte e ao mesmo tempo estaria ferindo a honorabilidade dos meus ilustres pares, que houveram por bem me escolher.

Convenço-me hoje que mereço, porque recorro à lógica de Aristóteles: “o homem que se considera menos merecedor do que realmente é, mostra-se indevidamente modesto”. E me renovo ao respirar este ar de vitalidade e produção cultural, que passa a ser também meu. Somos o que são os nossos ideais.

Recurvo-me diante da Academia de Medicina da Bahia e, para tal gesto, quanto gostaria de ser bem maior do que me faz a simplicidade do meu dia a dia.

Sem vaidade, recebo das mãos dos senhores a láurea mais importante para um profissional da Medicina.

Ao aspirar chegar à vossa companhia, vencido o pudor de sentar-me aqui, não foi de passagem o exame de minha consciência. Aprofundei-o. Que direito tinha eu, afinal? O de ser médico? O de ser honrado? O de ensinar Medicina e especificamente Reumatologia? O de praticar durante 4 décadas a arte de Hipócrates? O de conhecer e reconhecer a ciência dos que a fizeram por toda parte e entre nós? O de estar presente nos mais diversificados encontros científicos, contribuindo para eles na limitação do meu discurso e de minha pesquisa? O de não raro representar minha classe? O de confirmar, a cada vez, a minha promessa? O de aparecer sem arrogância, ou evitar sem poupança? O de ser sincero quanto me fez a natureza? O de ser cordial sem, ser piegas?

Não, senhores; aspirei estar aqui nesta hora, sob olhares e ouvidos juízes, por um motivo só: o julgamento de quem, assistindo-me na terra mãe, diuturnamente, me absolveria ou me condenaria. Porque, afinal, lá para tantas, faz-se coerente balancear. O homem que não se põe em julgamento ocupa um dos dois lugares menos dignos de sua espécie: ou é um presunçoso, ou é um covarde. Não que seja este o seu único tribunal. Mas este, de minha escolha, foi o meu.

Bem que me absorvestes e me aprovastes, senhores Acadêmicos, para que, só assim, tenha eu o direito a continuar, vida afora, firme e forte, no caminho não fácil que desde a infância percorri.

Consintam-me, nesta passagem, uma lembrança imorredoura e uma homenagem transferida. Órfão da minha mãe Fanny aos oito anos, tenho que elevar a dedicatória do momento à memória de Moysés Goldenstein, meu pai e meu realizador. Poliglota, estudante da Sorbonne, por razões políticas foi forçado a emigrar para a Bahia, onde laborou como mascate e vendedor de móveis, para sobreviver à perseguição racial e religiosa; culto, pôde oferecer o máximo dentro do mínimo, forjando em cada filho o acendrado pendor pelo trabalho, pelo caráter reto, pela prática dos bons costumes e pelo comportamento sério e digno. A ele, meu filial abraço eterno, de agradecimento e reconhecimento.

E veio o caminho e veio... Caminho que me deu a grande ventura de minha esposa Sara e meus filhos Fani, Jorge e Cláudia, genros Arthur e Hélio e nora Maria Aparecida; e meus seis netos queridos - ombros de alegrias e consolos. Caminho do encontro e reencontro, permanente, de

meus irmãos Ramiro e Betinho; e da minha cunhada Chulames; todos aqui presentes, participantes.

Caminho que me deu amigos, colegas e clientes, compondo a sinfonia de meu trabalho.

Caminho que deu encontrá-los em cada encruzilhada de suas existências exemplares. Em cada um a presença feliz. Mas, também, à imagem de Janus, poder ver atrás a presença, a parecer ausente, de figuras soberanas das ciências, das letras e das artes, compondo a galeria dos homens e mulheres que fizeram a cultura bahiana.

Galeria em que encontro, a figura de Álvaro de Carvalho, que desenterro da quieta memória para reviver em lances, como da pragmática desta Casa.

É norma tradicional na Academia, aquele que assume, fazer o laudatório dos que o antecederam - não é tarefa difícil, embora de grande responsabilidade, falar do Professor Álvaro Campos de Carvalho, lente excepcional que revelou uma postura congruente, determinado a alcançar os objetivos que traçou. Portador de um vasto currículo, deverei restringir-me a distinguir as conjunturas mais significativas e relevantes da sua intelectualidade e da sua trajetória no magistério e na clínica.

Nasceu em Salvador, em 22 de julho de 1891 e colou grau, com distinção, de Doutor em Medicina, em 1913, dedicando-se ao estudo das moléstias nervosas e indo estagiar nos Estados Unidos; ao retomar, também interessado em Física Médica, foi Docente Livre, Professor Substituto e Professor Efetivo, de 1915 até 16 de abril de 1943, quando faleceu.

Como Professor foi educador de escol e soube transmitir, como poucos, os extensos conhecimentos que adquiria permanentemente no estudo dos compêndios e literatura especializada. Destacou-se, tanto nas aulas práticas quanto nas teóricas, pela facilidade de expor e demonstrar, com notável didática, objetividade e clareza.

No exercício da clínica atendia aos pacientes com distúrbios psiquiátricos, com sucesso, mercê, não somente de seus profundos conhecimentos específicos, aprimorados na Fundação Rockefeller, como pela vasta cultura, erudição e formação humanística, mescladas pela simpatia pessoal, pelo saber filosófico e por segura competência profissional.

Tais atributos conduziram-no, com justiça, ao patronato da cadeira número cinco da Academia de Medicina da Bahia.

Caminho que me traz, a seguir, mais perto, bem mais perto, a figura de Itazil Benício dos Santos. Também é fácil proferir o seu panegírico, verdadeiro modelo augusto de dignidade médica e pessoal. Nascido em 28

de novembro de 1917, graduou-se em Medicina em 1931 e faleceu em 15 de dezembro de 1998.

Itazil Benício dos Santos foi, sem dúvida, um dos médicos mais respeitados dentro da sociedade baiana e da comunidade científica e cultural do Brasil. Especializado em radiologia, tornou-se, desde cedo, uma das maiores referências dessa área, exercendo a clínica radiológica em Salvador, com grande destaque, elevada clientela, alto conceito e maestria.

Fez sua formação através de cursos de especialização e estágios em serviços radiológicos, no Brasil e no estrangeiro. Doutorou-se na Bahia, com a tese: “Exploração Radiográfica das Áreas Pneumáticas da Pirâmide Pétreá”, em 1945, obtendo nota 10.

Fez Concurso de Títulos e Provas para Professor Livre Docente de Radiologia na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em 1950, concurso para Auxiliar de Ensino do Departamento de Biofísica, no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia, em 1972, e concurso de Títulos e Provas para Professor Titular de Radiologia na Universidade Federal da Bahia em 1974, merecendo nota 10 em todos esses prélios.

Foi, no país, o primeiro Professor Titular de Radiologia, em Faculdade de Medicina Federal.

Designado para integrar comissões examinadoras de mais de dez concursos, participou dos congressos internacionais da especialidade durante 25 anos seguidos, inclusive tendo sido nomeado orador oficial pela delegação brasileira, no II Congresso Luso-Brasileiro de Radiologia, em Lisboa. Era membro honorário da Sociedade Sergipana de Radiologia, da Sociedade Portuguesa de Radiologia e Medicina Nuclear, e do Colégio Brasileiro de Radiologia, do qual foi presidente.

Titular da “International Academy of Chest Physicians and Surgeons”, nos Estados Unidos, vice-presidente da Société Internationale de Senologie, na França, foi ainda presidente da Delegação Brasileira no XVI Congresso Internacional de Radiologia, em Honolulu, e membro correspondente da Société Française de Radiologie Médicale, de Paris.

Itazil Benício elegeu-se membro da Academia de Medicina da Bahia e da Academia de Letras da Bahia. São de sua autoria doze livros na área médica e no campo da literatura deixou, entre outras, seis obras consagradas.

Foi um professor reconhecido pela renovação, por estar convencido de que o progresso envolvia a necessidade da criatividade e da atualização. Inteligente, trabalhador, afável e competente, foi um dos maiores vultos da contemporaneidade nas letras e na medicina, admirado e reverenciado por todos.

Em decorrência do que acabei de expressar, nestes dois pilares da nossa Medicina, não para substituí-los, porém somente sucedê-los, é que inscreve-se firmemente, o meu compromisso formal de honrar, com dignidade, a Cadeira nº 5, cumprindo o mandato que me foi outorgado: missão que assumo, com humildade.

Por fim, o caminho que me trouxe aqui para ratificar o meu juramento e a minha fé.

Juramento, que reconfirma minha convicção de que é indispensável ter esperança e confiança em si próprio, que julgo ser o primeiro segredo do êxito. E aprendi a venerar, além da diversidade, uma unidade, que não é aborrecida, nem cinzenta, nem opaca, teórica ou abstrata, sendo antes multicolorida: é a própria VIDA, alegre, aprazível, deleitosa, ainda que entrecortada de lágrimas, porém, cheia de sorrisos e plena de júbilo. Vida que, conforme o Eclesiastes, estabelece que tudo tem o seu tempo determinado: há uma época para cada circunstância e um momento para cada propósito, debaixo do céu: há um tempo de gemer e um tempo de bailar, um tempo de rir e um tempo de chorar...

E juramento, que reitero e repiso, afirmando que os momentos mais felizes que meu coração conhece são aqueles em que derrama seu afeto sobre umas quantas pessoas queridas.

Juramento, que repito e revigoro, porque entendo ser esta Casa de ação e não de repouso, verdadeiro órgão vivo que pulsa e vibra. E meu compromisso é de continuar, como elo de sua corrente, juntando-me para que com o estudo e o trabalho, o aprimoramento e a dedicação, a presença e a honradez, prossiga, sempre, à semelhança de seus membros.

Fé, de que nunca me afastei, na transcendência e na prática, fazendo da ciência - como pela voz imortal de Renan abri meu trabalho de titulação - OSTEOPOROSE - para o direito de falar-vos hoje, fazendo da ciência, o alicerce de minha vida.

Fé, na ciência sem fronteiras de pensamento, e por este, por sermos humanos, garantia da espécie sem heterogeneidades injustas e sem preconceitos descabidos.

Fé, na solidariedade, que une os homens, afastando-os do egoísmo e do autoritarismo, em vicissitudes atávicas ou perseguições hediondas.

Fé, que estuante em meu peito permanece vibrante no meu coração.

Fé, nos direitos humanos, direitos sagrados de todos; o direito de viver e amar. O direito de viver e ser feliz. O direito de ter saúde. Direitos

imprescindíveis da alma; direitos inalienáveis do coração; direitos inquestionáveis da mente e indubitáveis do corpo; direito de liberdade; direito contra todas as discriminações; direito de ir e vir, de dar e receber; direito de adotar costumes, de respeitar tradições, raças, cor e religiões; direito de ser ou não ser; direito de viver segundo os versos do nosso grande Castro Alves:

A cada berço levarás a crença,
A cada campa levarás o pranto,
Nos berços nus, nas sepulturas rasas,
Irmão do pobre - viverás, meu canto.

Fé, nas lições do passado, que releio, fanático, inesgotáveis que são seus ensinamentos.

Fé, nos homens e mulheres do meu quotidiano, do mundo que vivo, em que vivo, na sua luta pela sobrevivência e paz.

Fé, na necessidade de exercitar a ternura, a fraternidade, a esperança e o sonho; no dealbar do terceiro milênio, o homem tem o desejo e a regalia de sonhar. Shakespeare dizia que “o homem é o produto e a substância de seus próprios sonhos; o homem sem sonho é um homem morto, ausente e fantasma de si mesmo”.

Fé, que inspirou Bergson: “ser consciente é aquele em que, existir é mudar, mudar é amadurecer, amadurecer é continuar a copiar a nós mesmos, interminavelmente”.

Fé, na Medicina - deusa dos meus sonhos juvenis, condutora de minhas ações.

Fé, fé que tenho, irremovível, na copiosa amizade que me acompanha ao dia e a que retribuo, no possível das minhas limitações, agradecido que sou.

Como grato sou, ainda neste momento, a quantos, prezados e estimados amigos e amigas, saídos do seu merecido conforto familiar ocupam este salão, solidários e segurando-me o braço trêmulo da emoção de falar-vos.

Tenho procurado viver dentro do conceito aristotélico: “o homem feliz vive bem e age bem”; e relembro, com Dostoievsky, que “o relevante não é apenas viver, mas saber porque se vive”.

Assim, ao assumir a Cadeira n.º 5 desta insigne Academia, tenho total consciência das responsabilidades correlatas, e posso reafirmar, como compromisso, que envidarei toda a minha energia, ânimo e zelo em busca de corresponder condignamente, a esta honraria, galardão incomensurável, com que acabo de ser homenageado.

Aqui encontro, Senhoras e Senhores, numa hora magnífica, num dia de presentes, o presente de Deus.

Saudação do Acadêmico Mário Augusto de Castro Lima, no ato de posse do Prof. Dr. Lipe Goldenstein na cadeira nº 5 da Academia de Medicina da Bahia

Pulquérrimas Senhoras,
Meus Senhores,
Ilustres confrades, Acadêmicos de Medicina
Meu novel confrade Prof' Lipe Goldenstein
"SHEMÁ ISRAEL A-DO-NA! EHAD!"

"Ouve oh Israel! O Senhor é UM!

Assim, desde há milênios, é convocado o Povo Eleito, o amado de Deus, que nunca lhe faltou às promessas da Aliança, mas também eleito para os sofrimentos, para os holocáustos, para os êxodos, para as perseguições, para as diásporas, para os preconceitos alheios, elementos de prova de sua fidelidade e obediência à divindade que o escolheu... Israel significa Deus é forte!

E porque "O Senhor é UM!", é que o vosso Deus, Acadêmico LIPE GOLDENSTEIN, é o mesmo nosso Deus, o dos cristãos, que o recebemos, adotamos, amamos e obedecemos, convictos de que o Cristianismo é a apoteose do Judaísmo!

Vejo-vos atravessar, a pé enxuto, o Mar Vermelho que separava as justas intenções de integrar este Colendo Ateneu Acadêmico e o caminho da Terra Prometida, que alcançares com o brilho da participação em nosso convívio, tendo perfiladas à direita e à esquerda - qual as águas sustadas ao aceno da vara de Moisés - estas eminências verdes da Ciência Baiana, já agora vossos confrades, os Acadêmicos de Medicina da Bahia!

Para que alguém se eleve a este consistório não bastam as honrarias e o

zeloso desempenho de distinguidas tarefas administrativas e parlamentares, de qualquer tipo, mas o exercício permanente, honesto e exitoso de Nossa Arte, da qual esta Academia representa na comunidade a mais alta e lídima expressão.

Por isto compareceste sozinho ao prélio que se esperava concursivo e . contencioso, para o preenchimento da cátedra que o saudoso e emérito Itazil Benício dos Santos tanto honrou e abrilhantou. Durante muitos anos, com os raios de sua inteligência, de sua cultura, de seu labor.

Fiel tendes sido ao exercício de nosso sacerdócio, tomando como exemplos lembranças históricas, louvadas no Testamento da Antiga Aliança... Nelas encontramos médicos a cada passo!

Não foi Abraão, já não mais Abrão, o primeiro cirurgião judeu, ao praticar, antes que todos, circuncisão em Ismael, nos escravos de sua casa e em sí mesmo, obediente à determinação imperativa de Javé?

Quem maior médico que Moisés, propiciando nutrição aos companheiros de jornada e agindo como psiquiatra na correção e consolo de seus desesperos?

Que maior compêndio de Higiene que o conjunto de prescrições do Livro dos Números e do Deuteronômio, as quais até hoje cumpris?

Que maior profilata social que Noé ao albergar representantes suficientes da espécie humana e também da animal, salvando-os da intempérie implacável que se avizinhava e por fim se despenhou sobre a terra?

Como negar a José e a Daniel a predecessão a Freud, na interpretação dos sonhos do Faraó e de Nabucodonosor?

Que maior selecionador genético que Samuel, ao escolher Daví, dentre os filhos de Jessé, para ser o sucessor de Saul?

E Eliseu a curar Naamã, com Tálassoterapia?

E Isaías a cicatrizar as chagas de Ezequiel?

Salomão, na doutrina sobre a sabedoria “se alguém deseja uma vasta ciência, sabe o passado e conjectura o futuro”?

E a psicoterapia de Job por Eliú, conduzindo-o à paciência e à conformidade, até a restauração de sua saúde, de sua fortuna, de sua fé?

E finalmente, o maior de todos os médicos, Yeshua ben Yusef, o doce rabí da Galiléia, o nosso Cristo, também Judeu! “Está no Eclesiástico:

“Honra ao médico pela necessidade,

Porque foi o Altíssimo quem o criou.

Toda Medicina provém de Deus!
A ciência do médico o eleva em honra.
Ele é adorado na presença dos grandes.
O Altíssimo deu-lhe a ciência da Medicina,
Para ser honrado em suas maravilhas.
E dele se serve para acalmar a dor dos outros.
Dá lugar ao médico, pois ele foi criado por Deus!
Que ele não te deixe, pois sua arte te é necessária,
E eles mesmos rogarão ao Senhor
Que mande por meio deles o alívio e a saúde,
Segundo a finalidade de suas vidas”.

Por isto, caro Confrade, é dito que o estudante ao ingressar numa Faculdade de Medicina julga-se Deus, quando saí diplomado, tem certeza que é Deus – ao que acrescento - ao amadurecer profissionalmente convence-se que só agirá bem e certo quando se fizer instrumento de Deus!...

Senhoras e Senhores:

Lipe Goldenstein nasceu e foi criado pobre.

No intuito de ser útil à humanidade dedicou-se ao trabalho e ao estudo. Durante o curso médico só pode adquirir um livro, assim mesmo comprado entre os usados – nossa saudosa e aterrorizadora ANATOMIA de TESTUT, que o venerando Mestre Eduardo Diniz Gonçalves, o Biriba, paraninfo de meu Pai, em 1922, repetia integralmente com a memória.

Os demais textos lhe foram emprestados ou transformados em apostilas, taquígrafadas por sí próprio - tão ao sabor dos estudantes modernos - que cuidadosa e atentamente redigia, dessedentando-se na fonte de saber dos Mestres.

Assim foi um dos melhores alunos de sua turma, senão o melhor.

Dedicou-se à Traumatologia e à Ortopedia, buscando sempre corrigir defeitos, chegar à perfeição estética e à plena funcionalidade dos pacientes vitimados pelos danos e choques mecânicos.

Laborou muitos anos em nosso querido Aristides Maltez, em cujos Anais se contém vários de seus trabalhos, alguns inéditos, na criatividade.

Amou profundamente a esposa, os filhos, os amigos, os pacientes e seu povo.

E de tal modo o fez que quase lhe despedaçou o coração, ainda muito jovem.

Mudou de rumo, perlongando outros ínvios caminhos. Tornou-se Reumatologista e dos mais reputados no concerto nacional, ao ponto de, integrar e dirigir várias Sociedades Científicas e Congressos da especialidade, inclusive, Presidente-Eleito da Academia Brasileira de Reumatologia, que enriqueceu e continua a fazer com preciosos trabalhos e leituras científicas, cuja enumeração tornaria prolongadíssima esta modesta saudação.

Ocupou postos administrativos no antigo IAPI, onde foi meu chefe e na Vice- Presidência da Liga Bahiana Contra o Câncer, onde permanece, para citar só dois deles, tomando como diretriz cuidar de seus deveres e respeitar sempre os colegas e subordinados.

Honra a Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - e especialmente a Disciplina Propedêutica, - da qual sou o professor Titular - na qualidade de - Adjunto, depois de por vários anos ministrar o curso da subespecialidade de sua afeição. É Chefe do Serviço de Reumatologia do Hospital Santa Izabel, faceta de sua filantropia.

Namora há tempo, de longe, cioso do sigilo em que envolveu seu afeto, esta Casa, este Sodalício até sentir que iria alcançar o pomo a esperança que entreteceu e assim conseguiu.

Qual Jacó, porfiou por sete anos para obter sua Raquel, serrana bela - esta Academia -esta, ao revés de Labão agora o recebe, sem exigir prestasse por mais sete anos serviço a Lia - contentando-se com ver à distância sua pastora, sua paixão, este jardim de Académus, vivendo dia a dia, na esperança deste dia, porque a tivera merecido, para que não lhe fosse curta a vida, para tão grande amor.

Neste afã, e tão recentemente, quase se lhe despedaçou novamente o coração. Mas construiu pontes para atingir esta solenidade, esta noite gloriosa, coroado das flores que seu mérito consentiu que engrinaldassem a fonte altiva.

E aqui está! E aqui estamos os que encantadamente o recebemos, neste Cenáculo de Saber, que só em contraste abriga um como eu...

Meu confrade, Prof. Lipe Goldenstein:

Continuais, como provei, uma estirpe antiga e ilustre, que em tempos atuais inclui também Rubem Tabacoff, Moisés e Luiz Schipper, Moisés Wolfowitch e tantos os demais.

Migrastes da prática agressiva da Cirurgia dos ossos e articulações para a piedade de aplacar as dores, presentes em todas as idades, dos

Reumatismos, inclusive, os mistérios das Colagenoses e das Osteoporoses.

Lidais, com superior discernimento, com drogas eficientes e perigosas, sempre lembrado do sábio preceito - “Primum non nocere...”

Não vos contentais com a cura, mas insistis na reabilitação.

Viveis, enfim, como seus atuais confrades, a vida e os sofreres de seus semelhantes, e, animando-os sempre compartilhais com eles as dores que os afligem.

Assim sois! Assim procuramos ser todos nós!

Sois o primeiro de vosso Povo a ultrapassar o limiar de ingresso desta Arcádia.

Estareis bem, aqui, portanto, Acadêmico Lipe Goldenstein!

Comungai conosco!

Sêde feliz! SHALOM! Aconteceu! ALELUIAH!!

Saudação da Presidente no ato de encerramento da posse do Acadêmico Lipe Goldenstein

Maria Thereza de Medeiros Pacheco

A Academia de Medicina da Bahia, vive, nesta noite, esplendorosa festa, engrandecida com a presença de mais uma figura exponencial da medicina baiana em nossos quadros de imortais.

Ouvimos encantados duas belíssimas orações de Academia. O Prof. Mário Augusto de Castro Lima excedeu, realmente, as expectativas em que pese saber-se de sua cultura polimorfa e o Dr. Lipe Goldenstein prendeu a atenção dos que o ouviam com a apreciação de fatos ligados à Medicina do passado, do presente e alçando vãos ao futuro, além de nos falar da luta de sua vida e de sua família para alcançarem suas vitórias, engrandecendo, merecidamente, a figura paterna, de discípulo da Sorborne a comerciante em Salvador, fugindo das perseguições anti-semitas durante a segunda grande guerra.

Os ideais que nos animam e impulsionam a ACADEMIA fazem-na portadora de nosso pensamento médico-acadêmico.

Vamos contribuir, temos certeza, por melhores destinos para a Medicina, propomo-nos a lutar e nos dispomos a honrar aqueles que se deram pela profissão no decorrer dos tempos, escrevendo com suas vidas a própria história da Medicina - “obra da humanidade para a humanidade”.

Esta uma das finalidades primordiais das Academias, e, somente com a união e a colaboração de todos poderemos vivenciar e estimular a formação, a vida e o trabalho médico, de modo que ele assuma aquela atitude de sabedoria e moral de que o passado nos deixou exemplos e que o presente

está sempre a nos lembrar. Invocando um de nossos maiores poetas, também cantor e compositor baiano, Raul Seixas, quando, sabiamente, nos ensina: “sonho que se sonha só é só um sonho que se sonha só, sonho que se sonha junto será realidade”.

Cumpra-me na condição de Presidente desta Academia de Medicina, enunciar palavras de agradecimento, à V. Excia. Sr. Prof. Cláudio Veiga, que tem honrado as tradições franco-brasileiras com a sua pesquisa, e publicações, no particular, oferecendo enlevo especial à Bahia, ao Brasil e a esta Casa de Cultura - a sua Academia de Medicina da Bahia que, conforme frisou o nosso recipiendário Lipe Goldenstein em sua primorosa oração, tiveram também, as duas, no passado, momentos iguais a este, trabalhando e festejando sob o mesmo teto, repetindo o que sobejamente escutamos de que “não fazem dano às musas os doutores senão que as servem bem”, na idéia magistral do pensador luso, Prof. Dr. Antônio Ferreira, da Universidade de Coimbra. Há poucos dias tomávamos posse, nossa diretoria, para o novo biênio, dos destinos da Academia de Medicina da Bahia, no Salão Nobre do Palácio da Reitoria, belíssimo, com seus pingentes doirados, junto à iluminação mais moderna, forrado de tapetes aveludados, magnífico ambiente, porém, meus senhores, não nos sai da retentiva o velho, amantíssimo e inesquecível prédio do Terreiro de Jesus, onde funciona nossa Academia de Medicina, no momento, em reconstrução; não olvidamos um só instante, que é ali que se associa, historicamente, o nome Academia, no sentido de Escola Médica - da Academia Médico Cirúrgica, vigorante de 1815 a 1832.

Dela partiram, continuamente, médicos para todo o Brasil, mas dela também, saíram parlamentares e administradores, figuras atuantes na vida literária e política, nos moldes da Província e do Império, do Estado e da República.

Um salão nobre que nos fala à alma, e aos sentidos do coração, vendo e recebendo as delicadas e belíssimas pinturas de Lopes Rodrigues Filho, tão bem delineadas em suas guirlandas verde e rosa, sem esquecer as efígies de mestres notáveis, os lustres belíssimos e a divisão do salão, além do púlpito, toda trabalhada em madeira jacarandá, verdadeira obra de arte clássica, manuseada a ponta de canivete! Não, Srs. Acadêmicos, ninguém nos afastará dali, já o tenho dito várias vezes, e hoje, nesta seção solene, juro que ninguém dali se apossará; é o nosso “lar, doce lar” expressão de que ninguém mais hoje fala, esquecidos de que é a doçura que satisfaz a alma.

É um dos mais altos propósitos de nossa Academia, a luta pela reconquista total do velho prédio do Terreiro de Jesus!

Antes de encerrar esta magnífica festa de cultura, quero prestar especial homenagem à família Goldenstein salientando as figuras de Sara, nossa contemporânea dos tempos acadêmicos, ela, brilhando na capacidade de excelente estudante de Enfermagem aliada à sua beleza física, e, nós, Acadêmicos de Medicina, turma de 1953, da qual é Lipe Goldenstien um dos mais dedicados, admirados, respeitados e inteligentes componentes.

Abro, aqui, um parêntese, para dizer que esta Academia tem três dos seus pares, médicos daquela turma de 1953, dois dos quais, brilhantes como são, reconhecidos por todos, o recipiendário de hoje e a Prof' Sônia Andrade, figura internacional na pesquisa da esquistossomose. Assim, esta presidente que também pertenceu àquela turma, muito se orgulha e desvanece.

Outra interessante coincidência é que a Dra. Cláudia Goldenstein Schainberg, filha do casal Sara e Lipe, também médica, foi nossa aluna, destacando-se, como seus pais, pela seriedade e excelência do brilhante curso feito, desfrutando hoje, em São Paulo, de posição firmada na área médica, com os aplausos dos colegas daquela metrópole.

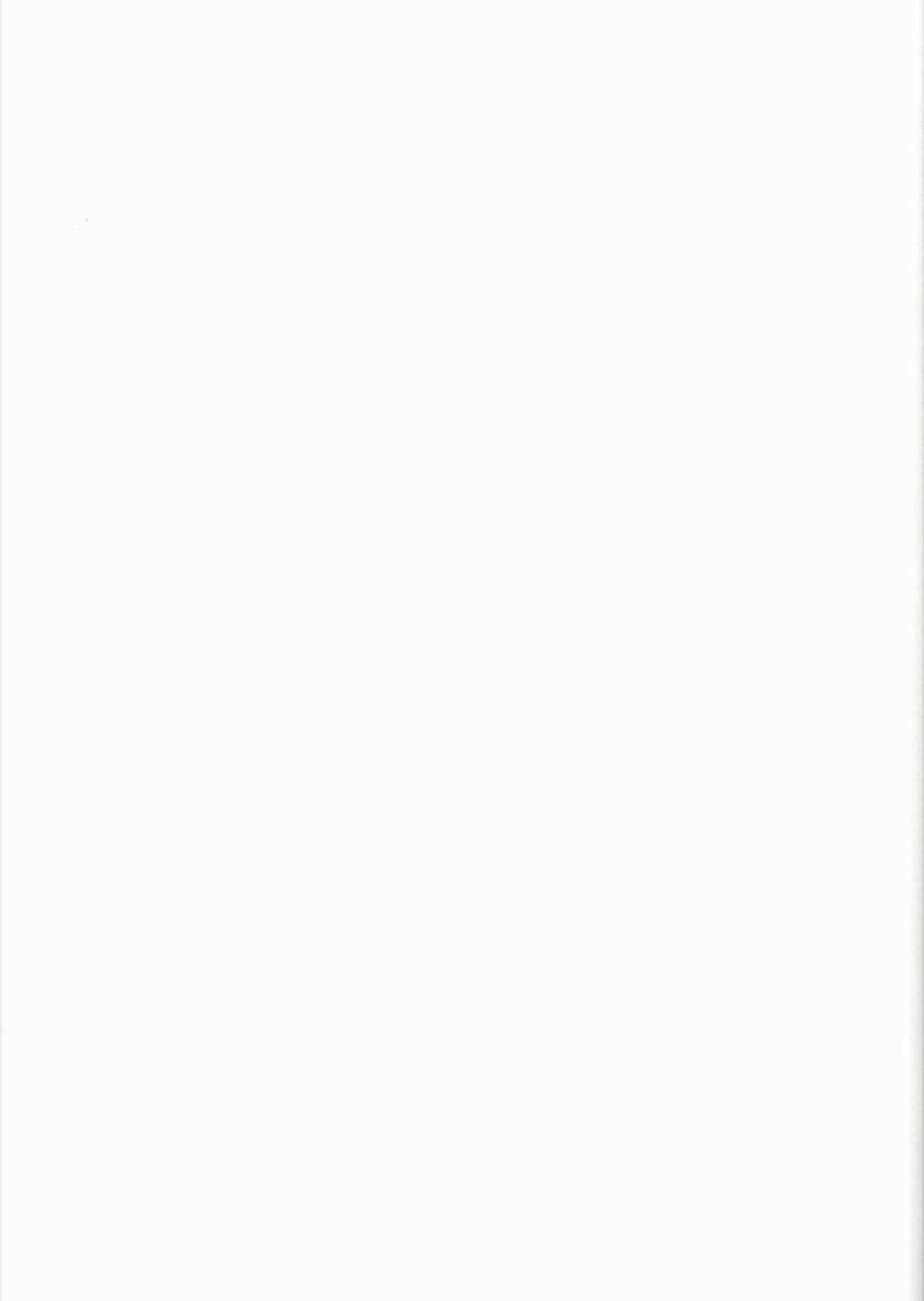
Sr. Presidente, Prof. Cláudio Veiga, demais participantes ilustres da mesa diretora dos trabalhos, Srs. Acadêmicos, minhas senhoras e meus senhores, gratíssima pelas presenças que abrilhantaram a festa da Academia de Medicina da Bahia; declaro encerrada a reunião convidando-os a um coquetel oferecido nos salões de recepção desta casa, pelo novel acadêmico.

Índice

NOTA LIMINAR	7
APRESENTAÇÃO	9
TÓPICOS ATUAIS EM CARDIOLOGIA	
<i>Agnaldo David de Souza</i>	11
PROTEINA-C REATIVA	
<i>Agnaldo David de Souza</i>	14
VINHO E CORAÇÃO	
<i>Agnaldo David de Souza</i>	17
INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS COM AS ESTATINAS	
<i>Agnaldo David de Souza</i>	21
DOENÇA DE CHAGAS	
<i>Alberto Serravalle</i>	24
MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS - Parte 1	
<i>Carlos A. Marcilio de Souza, José A. Moura Junior, Marília Bahiense Oliveira</i>	29
MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS - Parte 2	
<i>Carlos A. Marcilio de Souza, José A. Moura Junior, Marília Bahiense Oliveira</i>	38
MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS - Parte 3	
<i>Carlos A. Marcilio de Souza, José A. Moura Junior, Marília Bahiense Oliveira</i>	58
“SAÚDE DO POVO”...SEM EDUCAÇÃO?	
<i>Edmundo Leal de Freitas</i>	71
HISTÓRIA DA COLOPROCTOLOGIA NA BAHIA	
<i>Geraldo Milton da Silveira</i>	81
QUATRO GRANDES CIRURGIÕES, QUATRO DIFERENTES PERSONALIDADES	
<i>Geraldo Milton da Silveira</i>	87
OS 194 ANOS DA FACULDADE DE MEDICINA	
<i>Geraldo Milton da Silveira</i>	98
SALÃO NOBRE	
<i>Geraldo Milton da Silveira</i>	102
CONSIDERAÇÕES SOBRE A PRÁTICA MÉDICA DE HOJE E A DE ANTANHO	
<i>Geraldo Milton da Silveira</i>	104
ADEUS A ZEZITO	
<i>Geraldo Milton da Silveira</i>	110
CERIMÔNIA DE INSTALAÇÃO SOLENE DA IV CONFERÊNCIA NACIONAL DA ACADEMIA BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA	
<i>Lipe Goldenstein</i>	113
SAUDAÇÃO AO PROF. PROTÁSIO LEMOS DA LUZ	
<i>Lipe Goldenstein</i>	116

ENTREGA DO TÍTULO DE “DOUTOR HONORIS CAUSA” AO PROFESSOR DR. PROTÁSIO LEMOS DA LUZ, PELA FUNDAÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO DAS CIÊNCIAS E ESCOLA BAIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, NO DIA 25 DE ABRIL DE 2002, NO AUDITÓRIO DA ESCOLA BAIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, PELA DIRETORA DA EBMSP	119
DISCURSO PROFERIDO PELO PROF. DR PROTÁSIO LEMOS DA LUZ, PROFESSOR ASSOCIADO DE CLÍNICA MÉDICA DA USP E DIRETOR DO INCOR	124
PALAVRAS FINAIS PROFERIDAS PELO COORDENADOR GERAL DA FUNDAÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO DAS CIÊNCIAS	
<i>Humberto de Castro Lima</i>	<i>132</i>
DISCURSO DE POSSE DO PROFESSOR ROBERTO FIGUEIRA SANTOS	134
SAUDAÇÃO DA PRESIDENTE DA ACADEMIA DE MEDICINA DA BAHIA, QUANDO DO ENCERRAMENTO DA SESSÃO DE POSSE DO ACADÊMICO ROBERTO SANTOS	153
A OBSOLESCÊNCIA DO CONHECIMENTO MÉDICO	
<i>Zilton A. Andrade</i>	<i>156</i>
CIÊNCIA, UMA ATIVIDADE HUMANA	
<i>Roberto Badaró</i>	<i>163</i>
GERONTOLOGIA E GERIATRIA: CONSIDERAÇÕES	
<i>Ruy Machado da Silva</i>	<i>174</i>
A CRIAÇÃO DO CONHECIMENTO NA UNIVERSIDADE	
<i>Zilton A. Andrade</i>	<i>179</i>
ACADÊMICO JAYME DE SÁ MENEZES	
<i>Maria Thereza de Medeiros Pacheco</i>	<i>189</i>
PONDERAÇÕES REUMATOLÓGICAS	
<i>Lipe Goldenstein, Wiliam Habib Chahade</i>	<i>197</i>
OSTEOPOROSE: QUALIDADE DE VIDA E LONGEVIDADE	
<i>Lipe Goldenstein, Elizabete Viana de Freitas</i>	<i>210</i>
ASPECTOS BIOQUÍMICOS DA EVOLUÇÃO DAS ESPÉCIES: DEIXAREMOS DE SER MAMÍFEROS?	
<i>Luiz Erlon A. Rodrigues</i>	<i>219</i>
ESTUDO DA FIBRILAÇÃO ATRIAL EM UM HOSPITAL GERAL E UMA UNIDADE CORONARIANA, NO PERÍODO DE 1999/2000	
<i>José Antônio de A. Souza, Fabio Solano de F. Souza, Luís Cláudio L. Correia, Saulo P. Lacerda, Sérgio Gondim Lopes, Magno César, José Péricles Esteves</i>	<i>225</i>
UM OLHAR SOBRE O PACIENTE IMUNOCOMPROMETIDO	
<i>Rodolfo Teixeira, Ana Verena Almeida Mendes</i>	<i>239</i>
MORAL, ÉTICA, ÉTICA MÉDICA E BIOÉTICA:	
<i>Ruy Machado da Silva</i>	<i>242</i>
DAS CEPAS DO <i>TRYPANOSOMA CRUZI</i> À SUA ESTRUTURA CLONAL	
<i>Sonia G. Andrade</i>	<i>248</i>

DISCURSO NA TRANSMISSÃO DA PRESIDÊNCIA DA ACADEMIA DE MEDICINA EM 12 DE JULHO DE 1999	
<i>Alberto Serravale</i>	256
DISCURSO PROFERIDO NO PLENÁRIO COSME DE FARIAS DA CÂMARA MUNICIPAL DE SALVADOR	
<i>Bernardo Galvão Castro Filho</i>	262
DISCURSO DE POSSE NA ACADEMIA DE MEDICINA DA BAHIA, NO DIA 10/12/2002	
<i>Bernardo Galvão de Castro Filho</i>	269
RECEPÇÃO AO ACADÊMICO BERNARDO GALVÃO CASTRO FILHO	
<i>Humberto de Castro Lima</i>	276
POSSE DO ACADÊMICO DR. LIPE GOLDENSTEIN NA ACADEMIA DE MEDICINA DA BAHIA, NO DIA 18/08/1999	284
SAUDAÇÃO DO ACADÊMICO MÁRIO AUGUSTO DE CASTRO LIMA, NO ATO DE POSSE DO PROF. DR. LIPE GOLDENSTEIN NA CADEIRA Nº 5 DA ACADEMIA DE MEDICINA DA BAHIA	295
SAUDAÇÃO DA PRESIDENTE NO ATO DE ENCERRAMENTO DA POSSE DO ACADÊMICO LIPE GOLDENSTEIN	
<i>Maria Thereza de Medeiros Pacheco</i>	300



**press
presscolor
presscolor
color**

Impresso nas Oficinas da
Press Color Gráficos Especializados Ltda.
Rua Waldemar Falcão, 335 - Brotas
Tel.: 334-5555
Salvador - Bahia



