

ANNAIS

ACADEMIA DE MEDICINA
DA BAHIA



VOLUME 11
DEZEMBRO/1998

SALVADOR-BAHIA

Capa:
Irmão Paulo Lachenmeyer
O.S.B.

ANAIIS

ACADEMIA DE MEDICINA
DA BAHIA



VOLUME 11

DEZEMBRO/1998

SALVADOR-BAHIA

DIRETORIA

1995 – 1997

Presidente – AGNALDO DAVID DE SOUZA

1º Vice-Presidente – MARIA TEREZA M. PACHECO

2º Vice-Presidente – RODOLFO S. TEIXEIRA

Secretário-Geral – JOSÉ ANTONIO DE ALMEIDA SOUZA

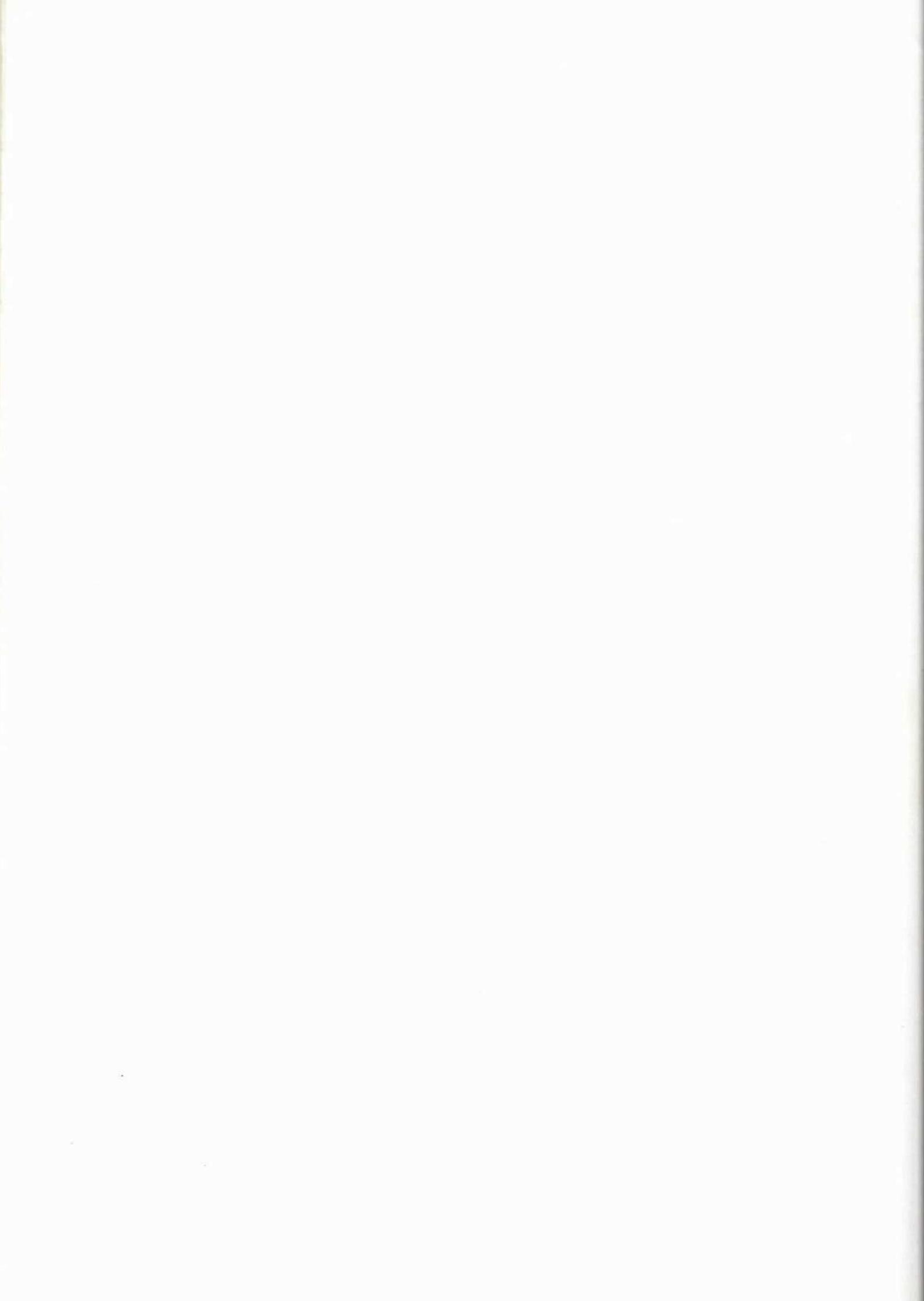
1º Secretário – JOSÉ DE SOUZA COSTA

2º Secretário – RUY MACHADO DA SILVA

Tesoureiro – NILZO RIBEIRO

Diretor de Publicações – JAIME DE SÁ MENEZES

Diretor da Biblioteca – ALBERTO LUIZ SERRAVALLE



DIRETORIA

1997 – 1999

Presidente – ALBERTO LUIZ SERRAVALLE

1º Vice-Presidente – MARIA TEREZA M. PACHECO

2º Vice-Presidente – HUMBERTO DE CASTRO LIMA

Secretário-Geral – JOSÉ ANTONIO DE ALMEIDA SOUZA

1º Secretário – JOSÉ DE SOUZA COSTA

2º Secretário – CARLOS A. MARCÍLIO DE SOUZA

Tesoureiro – NILZO RIBEIRO

Diretor de Publicações – GERALDO MILTON DA SILVEIRA

Diretor da Biblioteca – RUY MACHADO DA SILVA

COMISSÕES

MEDICINA GERAL

Mário Augusto de Castro Lima

Heonir Pereira da Rocha

Ruy Machado da Silva

CIRURGIA GERAL

Geraldo Milton da Silveira

Antonio Jesuíno S. Netto

MEDICINA ESPECIALIZADA

José Silveira

Maria Thereza de Medeiros Pacheco

Armenio Guimarães

CIRURGIA ESPECIALIZADA

José Maria de Magalhães Netto

Humberto de Castro Lima

Aleixo Sepulveda

MEDICINA PREVENTIVA E SAÚDE PÚBLICA

Jayme de Sá Menezes

Newton Guimarães

Jorge Leocádio de Oliveira

MEDICINA SOCIAL

Alberto Serravalle
José Ramos de Queiroz
Geraldo Leite

MEMBROS EMÉRITOS

Jaime de Sá Menezes
José Silveira

MEMBROS HONORÁRIOS

Aloysio de Paula
Carlos Chagas Filho
Manoel Augusto Pirajá da Silva
Mário Machado de Lemos
Nova Monteiro
Orlando Parahim
Silvano Raia
Adib Jatene
Miguel Srougi

MEMBROS BENEMÉRITOS

Antonio Carlos P. Magalhães

MEMBROS CORRESPONDENTES

Ivolino de Vasconcelos
Moacir Santos Silva
Geraldo Wilson Silveira Gonçalves

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 – 1975/79
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 SILVEIRA – 1991/93 – 1993/95

AGNALDO DAVID DE SOUZA – 1995/97

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Governador César Borges



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	Nélson Barros
03	ALFREDO MAGALHÃES Antônio Souza Lima Machado Elieser Audiface	José de Souza Costa
04	ALMIR DE OLIVEIRA	Antônio Jesuíno dos Santos Neto
05	ÁLVARO DE CARVALHO	Itazil Benício dos Santos
06	ANÍSIO CIRCUNDES DE CARVALHO Clínio de Jesus	Geraldo Leite
07	ANTÔNIO BORJA Eduardo Dantas de Cerqueira	Antônio Carlos Aleixo Sepúlveda
08	ANTÔNIO FERREIRA FRANÇA	Rodolfo dos Santos Teixeira
09	ANTÔNIO LUIZ DE BARROS BARRETO	Fábio de Carvalho Nunes
10	ANTÔNIO PACÍFICO PEREIRA Antônio Simões da Silva Freitas	José Maria de Magalhães Netto
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 Júnior
14	ARMANDO SAMPAIOTAVARES	Heonir 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 Orlando de Castro Lima	Edmundo Leal de Freitas
19	FERNANDO LUZ	José Ramos de Queiroz
20	FLAVIANO SILVA	Newton Alves Guimarães

21	FRANCISCO DE CASTRO Jayme de Sá Menezes (E7mérito)	Nilzo Ribeiro
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 Machado
24	GONÇALO MONIZ SODRÉ DE ARAGÃO Otávio Torres Adriano Pondé	Agnaldo David de Souza
25	JOAQUIM MARTAGÃO GESTEIRA Hosannah de Oliveira	Sonia Gúmes 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 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	Arménio Guimarães
36	MENANDRO MEIRELES FILHO	Raimundo M. de Almeida Gouveia
37	OSCAR FREIRE Estácio de Lima	Maria Tereza de Medeiros Pacheco
38	OTTO WUCHERER	Alberto Serravale
39	RAIMUNDO NINA RODRIGUES João Américo Garcez Fróes Thales O. G. de Azevedo	Carlos A. Marcílio de Souza
40	SABINO SILVA	Renato Marques Lobo

Índice

Diretoria 1995-1997	3
Diretoria 1997-1999	5
Quadro de Titulares	9
Surgimento e evolução das academias no Brasil <i>Edivaldo M. Boaventura</i>	15
Problemática do Erro Médico <i>Irany Novah Moraes</i>	31
A quarta idade <i>Alberto Serravalle</i>	45
Dengue ou febre do quebra osso <i>Alberto Serravalle</i>	49
Serpentes: Verdades e algumas crendices <i>Alberto Serravalle</i>	51
Discurso de posse como Presidente na Academia de Medicina da Bahia para o biênio 97/99 <i>Alberto Serravalle</i>	55
A Escola Bahiana de Medicina	63
<i>Alberto Serravalle</i>	63
Características de personalidade dos alunos ingressos na Faculdade de Medicina da UFBA em 1998 <i>José Antonio de Almeida Souza</i>	69
Expectativas dos alunos ingressos na faculdade de Medicina da UFBA em 1998, sobre a Faculdade, o Curso e a Profissão médica <i>José Antonio de Almeida Souza</i>	77
Avaliação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, a partir de questionário aplicado aos formandos de 1997 <i>José Antonio de Almeida Souza,</i>	91
Faculdade de Medicina e Museu Afro <i>Geraldo Milton da Silveira</i>	113

Discurso pronunciado em sessão solene do Conselho Universitário, no salão nobre da Reitoria da Ufba., ao receber o título de Professor Emérito <i>Geraldo Milton da Silveira</i>	117
Discurso pronunciado na sessão solene da Câmara Municipal de Salvador, quando lhe foi outorgada a Medalha Thomé de Souza <i>Geraldo Milton da Silveira</i>	125
Discurso de recepção à Profa. Sônia Gúmes Andrade, em 22 de julho de 1998, em sessão solene de posse da Academia de Medicina da Bahia <i>Geraldo Milton da Silveira</i>	135
Discurso pronunciado na cerimônia de recepção do Professor Doutor Miguel Srougi, como Membro Honorário da Academia de Medicina da Bahia <i>Geraldo Milton da Silveira</i>	143
A linguagem intercelular <i>Luiz Erlon A. Rodrigues</i>	147
Fibrogênese hepática <i>Zilton A. Andrade</i>	179
Cirrose hepática e suas alterações pre-neoplásicas <i>Zilton A. Andrade</i>	191
Geografia do idoso nordestino	201
<i>José Ramos de Queiroz</i>	201
Discurso de posse na presidência da Academia de Medicina da Bahia – 1995 <i>Agnaldo David de Souza</i>	209
Discurso proferido na transmissão do cargo de Presidente da Academia de Medicina da Bahia – 1997 <i>Agnaldo David de Souza</i>	217
A Parreira Brava – Os Curares em Medicina Antes e Depois... – <i>Rogério Spínola Pinto</i>	223

Discurso de recepção ao Prof. Edmundo Leal de Freitas na solenidade do seu ingresso na Academia de Medicina da Bahia <i>Newton Alves Guimarães</i>	229
Discurso pronunciado na Academia de Medicina da Bahia em homenagem ao acadêmico Zilton Andrade <i>Geraldo Leite</i>	241
Saudação ao Hospital Santa Isabel nos seus primeiros 100 anos de vida <i>Geraldo Leite</i>	247
Escola Bahiana de Medicina: 43 anos de Serviços à Comu- nidade <i>Geraldo Leite</i>	251
Anos dourados da medicina bahiana <i>Geraldo Leite</i>	253
Sergipanos, professores da Faculdade de Medicina do Ter- reiro de Jesus <i>Geraldo Leite</i>	273
Discurso pronunciado na solenidade de comemoração dos 30 anos de formatura <i>Thomaz Cruz</i>	291
Edgard Santos, o homem de visão e de ação <i>Thomaz Cruz</i>	301
Discurso de recepção na Academia de Medicina da Bahia ao novel confrade Dr. Luís Meira Lessa <i>Thomas Cruz</i>	309
Augusto Leite: O homem e a obra <i>Thomaz Cruz</i>	317
Armando Tavares: Médico e mestre, sábio e bom <i>Thomaz Cruz</i>	323
Discurso de posse na Academia de Medicina da Bahia <i>Sonia Gumes Andrade</i>	333

Quimioterapia experimental da doença de chagas: Influência do tratamento específico na regressão das lesões fibróticas – inflamatórias do miocárdio <i>Sonia Gumes Andrade</i>	345
De Nina Rodrigues a Thales de Azevêdo: alargando os limites da medicina brasileira <i>Carlos A. Marcilio de Souza</i>	363
Unindo informação científica aos cuidados médicos: Uso e interpretação de dados clínicos e de exames complementares <i>Carlos A. Marcilio de Souza</i>	371
Unindo informação científica aos cuidados médicos: Uso e interpretação de dados clínicos e de exames complementares <i>Carlos A. Marcilio de Souza</i>	371
Diagnóstico clínico <i>Carlos A. Marcilio de Souza</i>	391
Discurso de posse na Academia de Medicina da Bahia <i>Antonio Carlos Aleixo Sepúlveda</i>	423
Palavras de saudação ao acadêmico Prof. Dr. Sérgio Almeida de Oliveira <i>Ruy Machado da Silva</i>	437
Discurso de recepção aos acadêmicos Almério de Souza Machado e Carlos Alfredo Marcílio de Souza <i>Humberto de Castro Lima</i>	443
Discurso de Agradecimento <i>Humberto de Castro Lima</i>	453
Medalha do Mérito Virgílio Damazio <i>Humberto de Castro Lima</i>	459
Evolução social do pensamento e ação médica <i>Almeida Gouveia (Raymundo)</i>	471
Reconquista do prédio histórico da Faculdade de Medicina da Bahia (Subsídios e Reflexões) <i>Almeida Gouveia (Raymundo)</i>	487

Surgimento e evolução das academias no Brasil*

Edivaldo M. Boaventura

Recolhi, em 6 de agosto de 1971, a sucessão de Clementino Fraga e fui saudado por Edith Mendes da Gama e Abreu. A partir daí comecei a sentir e observar o desempenho do Sodalício, a Academia de Letras da Bahia. Inegavelmente há uma maneira de proceder tipicamente acadêmica. Aportei aos meus 37 anos e, estimulado pela Companhia, aumentei e diversifiquei mais ainda a minha produção.

Detenho-me na polissemia do termo acadêmico. Busco as origens da Companhia, valendo-me inclusive das duas visitas à Academia Francesa, uma delas para assistir à posse de Roger Caillois, em 20 de janeiro de 1972. De igual modo, interesse-me pela expansão do movimento academicista. Atento às variações e vinculações dos procedimentos acadêmicos, indago das suas relações com o Estado, quando não com o próprio poder. Que pretendem, finalmente, as academias como instituições gregárias de cultores das letras, ciências e artes?

Primeiramente, vamos à palavra, para depois à idéia de academia, entrando nas circunstâncias do surgimento e da evolução do movimento academicista, nosso tema nesta noite.

A PALAVRA

Sendo na sua origem helênica uma escola de filósofos, conserva certo caráter gregário de formação. Assim, tivemos e temos academia no sentido de faculdade, cujo adjetivo acadêmico corresponde, entre nós, a estudante universitário. É corrente se

* Conferência comemorativa dos 38 anos da Academia de Medicina da Bahia, em 12 de julho de 1996, no Memorial de Medicina, Salvador-BA.

falar em acadêmico de Direito, acadêmico de Medicina, diretório acadêmico e centro acadêmico. É certamente um resíduo da antiga denominação de academia significando universidade.

No século passado, chamava-se Academia Médico-Cirúrgica a antiga Faculdade de Medicina da Bahia. Igual denominação possuía a sua congênere do Rio de Janeiro. Do mesmo modo, denominavam-se de academias as atuais escolas de Belas Artes. Já os estabelecimentos de ensino militar guardam a designação de Academia, tanto no Brasil como no exterior. Nesse sentido, Caldas Aulete fornece o significado de academia, essencialmente, como “escola, lugar onde se ensinam diversas ciências ou artes”; complementa: “por alusão ou extensão, significa reunião de cultores de ciências, artes ou literatura, constituída oficialmente”. Por fim, generaliza, “qualquer sociedade particular com caráter científico, artístico, literário ou mesmo recreativo”.

No uso anglo-saxônico do proceder universitário, o vocábulo se reveste de um sentido bem mais amplo e bem mais alto, qualificando toda atividade de educação superior. Abrange não somente o conjunto das atividades docentes e discentes, como o próprio ideal do trabalho universitário. E é exatamente nesse sentido que se deve entender a expressão: “E preciso fazer a academia”. O dicionário de educação de Cater V. Good conceitua academia como um termo genérico que se refere ao sistema ou ao aspecto total da atmosfera que envolve a educação superior. Tão somente do ponto de vista educacional, Good traz, pelo menos, 40 entradas do vocábulo acadêmico. Destaco a *academic freedom*, a nossa liberdade de cátedra. Nesta ampla acepção, acadêmico, sinônimo de universitário, já penetrou na universidade brasileira.

Se no mundo anglo-saxônico é usual na adjetivação das atividades universitárias, no nosso meio, popularizou-se sobretudo para designar estabelecimento voltado para a prática da ginástica, em plena febre da “malhação”, isto é, como “sociedade particular com caráter recreativo”. São as conhecidas academias de musculação, capoeira, judô, ginástica, ballet, dança. Academia também designa uma das alas das escolas de samba.

Ilustra muito bem a aceitação popular do vocabulário certa proposta que a Academia de Letras da Bahia recebeu. Relata o

presidente Cláudio Veiga a bizarra oferta de certa empresa ao sereníssimo e respeitável Sodalício das letras baianas, propondo a aquisição de equipamento para a prática da educação física, como se não fora uma Academia de homens cultos, mas atletas!

É como *body of scholars* que o termo interessa, isto é, reunião constituída oficialmente de cultores das letras, ciências e artes. Designando agremiação de escritores, poetas, romancistas, ensaístas, historiadores, médicos, letrados, filósofos, o vocábulo cobre e se recobre de prestígio. No mundo latino, as letras abrangem a significação da cultura. Ora, como pólos destacados e prestigiados, as academias congregam expoentes nos diversos ramos do saber. Congregam e consagram. No presente caso, a liderança da Medicina nas várias especialidades, como Humberto de Castro e Lima, na oftalmologia, ou Geraldo Milton da Silveira, na cirurgia, Agnaldo David de Souza, na cardiologia, para só citar três exemplos e não desejo suscitar a masculina virtude da inveja.

Posto ser academia agremiação de estudiosos, vamos à procura de sua idéia que não é senão a busca do modelo.

A IDÉIA E A BUSCA DO MODELO

Se as universidades floresceram no século XIII, as academias, congregação dos eruditos, brotaram no século XV, na Itália. Tornaram-se famosas a Platônica, em Florença, a Pomponiana, em Roma, congregação de intelectuais liderados por um certo Pompônio Leto, no pontificado de Paulo II.

É a partir do século XVII, todavia, que irrompe o impulso criador de academias, não somente de letras, mas também de ciências, artes, astronáuticas, belas artes e música. O modelo para o mundo latino foi a Companhia criada por Luiz XIII, em 1635, a pedido de Richelieu, para compor o dicionário, a gramática, a retórica e a poética. Quando de uma visita ao Instituto no Quai de Conti, organização que integra as cinco academias – Academia Francesa, Inscrições e Belas Letras, Ciências, Belas Artes e Ciências Morais e Políticas – fizeram questão de sublinhar o prag-

matismo do cardeal-ministro, transformando uma reunião informal de eruditos em instituição de difusão da língua francesa, oficializando-a. Até então, o país se expressava em latim, em determinadas ocasiões e em documentos oficiais. Ao lado do trabalho com o dicionário e a gramática, a distribuição de prêmios aconteceu como uma das primeiras atribuições, começando por gratificar a eloqüência, em 1654.

A formação do estado nacional se afirmaria também na formulação de uma política de expansão do uso da língua francesa. E se a Revolução Francesa suprimiu a Academia e as sociedades literárias em 1793, por construir um desafio à igualdade, 10 anos depois ressurgiu virtualmente, na reorganização do Instituto, em 1803, com Napoleão. Alojou-se no antigo Colégio das Quatro Nações e foi se acrescentando os símbolos acadêmicos – fardão verde, espada, discurso de posse, secretário perpétuo e prêmios literários. A distribuição de prêmios é uma das atividades autenticamente acadêmica, como procedeu esta Companhia com os prêmios Magalhães Neto, Aristides Novis e Estácio de Lima.

Um certo liame continuou com o chefe de estado, que é o seu protetor. Na Monarquia, essa função cabia ao rei. Apesar de receber subsídios e certas honrarias regulamentares, não há interferência de autoridade nos seus trabalhos. O caso de Chateaubriand ficou notável. Empossou-se sem jamais ter pronunciado o seu discurso de recepção. Uma vez eleito, começaram as divergências com o Imperador. Para o Duque de Castries, o discurso de recepção do autor do *Gênio do cristianismo*: *allait être l'objet de la plus formidable querelle de toute l'histoire academique*.

Há certo ar marcial nas cerimônias de posse na Academia Francesa que fornece uma atmosfera majestosa e oficial. Na posse de Caillois, à qual estive presente, em uma invernal tarde, uma banda militar abriu o cortejo, emprestando mais solenidade e aumentando a gravidade do cenário neoclássico da antiga capela transformada em requintado salão. Evidentemente, sem a graça radiante do colorido verde, vermelho e amarelo, das nossas flores e folhas tropicais que ornaram e enfeitaram as cerimônias de nossas posses.

Complemento esse breve relacionamento trazendo à colação o que Vamireh Chacon assinala, citando Goethe. O autor do *Fausto* chamava de “afinidades eletivas” explica as academias no Brasil. Para Chacon, as academias são símbolos da cultura letrada, intermediando a oral do passado e audiovisual do presente em pleno crescimento. País latino de pouco espírito de associação, como o nosso, onde os candidatos a posto intelectual muito cedo se reúnem em grêmios literários. Prossegue o ensaísta pernambucano: “As academias brasileiras significam o seu prolongamento, o clubismo dos escritores inspirados pela Academia Francesa, desde as primeiras tentativas do século XVIII...”

Com a palavra e a idéia, comecemos a penetrar no nosso tema: O surgimento e evolução das academias no Brasil.

Meu caro presidente Agnaldo David Souza, meus caros confrades.

O SURGIMENTO DAS ACADEMIAS

O Brasil teve academia muito antes de universidade. Eis a minha primeira *assumption*.

A idéia chegou cedo. Já no século XVIII, em 1724, foi instalada a primeira academia brasileira, isto é, a Academia Brasílica dos Esquecidos. Um dos seus mais proeminentes membros chamava-se Sebastião da Rocha Pita. Um ano depois de fundada desapareceu. De novo, surgiu outra, na Bahia, a Academia Brasílica dos Renascidos, em 1759, tendo como componente frei Jaboatão. Estranhamente, eram cognominados os seus membros de uma maneira insólita: esquecidos e renascidos, na Bahia; felizes e seletos, no Rio de Janeiro; e ainda singulares, generosos e aplicados, em Lisboa.

O conhecimento das academias literárias no período colonial é um fato notório. Entretanto, o que se me afigura inovador são as descobertas científicas ligadas às Academias de Ciência.

Estudando-as, Maria Beatriz Nizza da Silva indaga do papel das academias no Brasil colonial e privilegia dois aspectos. Em primeiro lugar, procura distinguir as academias com sócios, reu-

niões periódicas e pesquisas a desenvolver, daqueles atos temporários, verdadeiros encontros, também designados de academias. O exemplo ilustrador se constituiu na reunião das obras poéticas que se juntou em academia, na sala de dom José Luís de Meneses, conde de Valadares, para felicitar a posse que havia tomado no governo da capitania de Minas Gerais. Quer dizer, reunião temporária para recitar Cláudio Manoel da Costa.

O segundo aspecto é a produção de trabalhos científicos apresentados mais para o final do século XVIII, de autoria de médicos, cirurgiões, botânicos, farmacêuticos e curiosos. Uma vez testados os resultados dos experimentos em História Natural eram encaminhados às Academias Científica do Rio de Janeiro ou de Ciências de Lisboa. São exemplos as investigações sobre a cochonilha, extraída da “palmatória” (*Cactus Tuna*), muito importante para a tinturaria, de Joaquim de Amorim Castro e a memória acerca da guaxima e do malvarisco, de José Henrique Ferreira.

O modelo atual das academias é da República. O Império conheceu algumas, como a Academia Imperial de Medicina, denominação substituída para Academia Nacional de Medicina. No Império, tivemos a Academia de Ciências Médicas da Bahia, cujos estatutos são de 1848, com 22 membros, conforme os artigos de Antonio Carlos Nogueira Britto, médico e colaborador do Jornal CREMEB. A Academia de Ciências Médicas da Bahia, instalada nesta capital, em 5 de abril de 1848, tinha por fim “o estudo e propagação de tudo quanto pudesse interessar à Medicina, considerada debaixo de todos os ramos” (*Jornal do CREMEB*, nº 60 e 61). A Academia Brasileira de Letras, instituída em 1896 com aprovação dos estatutos. Tendo como objetivo a cultura da língua e da literatura nacional, recebeu de Machado de Assis a diretriz: “O vosso desejo é conservar no meio da federação política, a unidade lingüística. Tal obra exige não só a compreensão pública mas ainda e principalmente a vossa constância.” Tanto os vitoriosos com a República como os derrotados com a monarquia integraram os seus quadros. Os laços da Academia Brasileira com o poder central são bem independentes. Não há decreto de nomeação para o acadêmico eleito, como na Francesa. Com a República, um novo impulso acelera o movimento academicista no Brasil, atingindo quase todos os estados-membros.

Alarga-se cada vez mais o associacionismo acadêmico entre nós. Existem academias velhas e novas, abertas e fechadas, oficiais e livres, civis e militares. No Brasil, a sua expansão acompanha os níveis das esferas governamentais: nacionais ou brasileiras, estaduais e municipais.

Segundo o escalonamento de cima para baixo, pontificam as academias de âmbito nacional. Além da Brasileira de Letras, ilustram o cenário a Nacional de Medicina, que data de 1829, a Brasileira de Ciências, de 1916, a Brasileira de Filologia, de 1944, a Brasileira de Música, de 1945, ligada a Heitor Villa-Lobos, a Brasileira de Educação, de 1977 e a Brasileira de Ciências Administrativas, de 1980.

No patamar imediato, são disseminadas por todos os estados. E por que quase todos possuem academias de letras? A primeira a ser criada foi a Academia Cearense, em 1894, anterior à Brasileira. A Academia Pernambucana, de 1901, foi a pioneira na admissão de mulheres, contou desde a sua fundação como sócia correspondente Edwiges de Sá Ferreira, que em 1921, tornou-se titular. A paulista admitiu uma mulher por volta de 1920. A da Bahia, instituída, em 1917, integra-se no movimento acadêmico do início do século. Antes houve a Academia Baiana de Letras, da qual fez parte a poetisa Eufrosina Miranda. As estaduais geralmente tomaram a Brasileira como modelo.

O movimento acadêmico estadual ou provincial, comparativamente, sempre existiu, na França, do século das luzes aos nossos dias. As *societés savantes*, que não se confundem com as associações de animação cultural, estabeleceram como missão a pesquisa fundamental, a difusão do conhecimento por meio de publicações, livros e boletins, a animação cultural e o desempenho de um eminente papel na proteção, conservação e utilização do patrimônio arqueológico, pré-histórico e histórico.

Depois das estaduais, apareceram as academias municipais de letras. Na Bahia, a mais antiga é a de Ilhéus, seguida das academias de Feira, Vitória da Conquista, Santo Antônio e Jacobina. Conquista tem aliás duas: a Conquistense de Letras e a Serrana de Letras Jordano Bruno. Em São Paulo, percebe-se a mesma tendência. Possui várias, no nível local, Piracicaba e Guarulhos

são exemplos. Como sócio correspondente, participo da Academia de Letras de Campo do Jordão, com o escritor Antônio Costella à frente. Essa academia mantém a Biblioteca Infantil Guilherme Monteiro Lobato e se reúne aos sábados, na Câmara Municipal de Vereadores, bem próxima do poder e por ele protegida.

A expansão se verifica também por matéria ou área de especialização – ciências, medicina, letras jurídicas, história e educação – que seguem os níveis da organização política. A Bahia conta, dentre outras com esta Academia de Medicina, fundada em 10 de julho de 1958, de Letras Jurídicas e a Baiana de Educação, esta última criada em 09 de setembro de 1982. A tendência a constituir-se academias por ordem e matéria alcança o escalão municipal. A Academia Paulista de História é um exemplo dessa manifestação.

Afora a progressão por níveis, persistem outras academias de várias espécies, como a Academia de Letras e Arte Mater Salvatoris e a Castro Alves de Letras. Sublinho a singularidade extra-territorial da Academia Cearense de Ciências, Letras e Artes do Rio de Janeiro.

A instituição tem prestígio. O termo é, em si, evocativo e apelativo de tradição erudita. Distingue e diferencia. É um forte componente do imaginário brasileiro da cultura existente ou figurada.

Na evolução das academias, como se comportam e o que pretendem? Como se relacionam com o poder?

AS RELAÇÕES DA ACADEMIA COM O PODER

Pelo visto, as academias mantêm certo relacionamento político desde as suas origens francesas. De certa forma, participam da oficialização da cultura. Recordemos que o saber é uma forma de dominação, como a religião é saber de salvação. A sentença de mestre Eduardo Portella é ontológica: “O poder é pedagógico. Ensina e forma. Deforma, quando se expõe com um poder vazio de saber.”

Vem a propósito Galbraith com as fontes do poder – personalidade, propriedade e organização. Personalidades cultas, culti-

vadas, letradas, eruditas e requintadas, como os confrades de medicina, compõem os corpos das academias, pobres ou ricos, pouco importam. As academias são sempre prestigiadas e protegidas pelos governantes. E, assim, muito femininamente, tocam de leve nas rendas do poder. Inversamente, elas atraem e exercem uma poderosa atração e provocam aquele estado de exaltação e desejo de participar da vida acadêmica, que se identifica como a “febre verde”. Todo expoente que consegue alcançar o auge da sua carreira, seja na política, na imprensa, na universidade, nas armas, na profissão e até na religião, são atraídos pelas esperanças dos verdes e dos doutorados da Companhia. Getúlio Vargas é um caso bem ilustrativo. Quando detinha todo poder, não dispensou a entrada na Academia Brasileira e foi eleito para a vaga de Alcântara Machado, em 1941.

Recepcionando lideranças de prestígio – não diria tanto de poder, mas de prestígio – os sodalícios criaram possibilidades de aproximações com os poderes públicos. Assim procedendo, as academias modelam comportamentos eqüidistantes dos extremos e conduzem os seus membros ao ponto de equilíbrio tão falado pelo cardeal de Retz.

De qualquer modo e pelas mais diferentes razões, tanto na França, que nos forneceu o modelo, como no Brasil, na Bahia e em Feira de Santana, as academias não se distanciam muito do poder público e nem este despreza os sodalícios. As academias são quase organismos para-oficiais. Essa vinculação da Academia com o poder é sentida e identificada por camadas expressivas da população que não deixam de participar e acompanhar querelas, eleições e posses acadêmicas. Tenho um episódio que ilustra bem a percepção da academia como integrante dos poderes públicos. Certa feita, ao receber a lista dos diversos setores que integravam a Secretaria da Educação e Cultura da Bahia, lá encontrei, com espanto e surpresa, o nome da Academia de Letras da Bahia, quase no final da relação. Para o servidor que a colocou, a academia, porque era uma entidade de cultura, tinha forçosamente que pertencer à administração pública. As relações entre academia e poder público eram muito mais importantes para ele do que a sua autonomia.

No conjunto das relações com o Estado, é preciso que se enfatize a liberdade de associação. Não bastam os organismos públicos de promoção cultural. A criação, como toda invenção, exige, sempre e sempre, liberdade de associação, livre agrupamento daqueles que pensam, escrevem, pesquisam e comunicam. Somente dessa forma, construímos um nome, fazemos uma obra e conquistamos um público. É a tríade de Josué Montello, que sabe tão bem esplanar as idiosincrasias da vida acadêmica, máxime nos seus *Diários*. Apesar de o grande maranhense achar que “a academia é um episódio na vida literária e não um acontecimento na literatura” reconheceu que ela aguça, no homem de letras, a consciência de escritor. Pensamento que preside esta comunicação. São inúmeras as suas ponderações sobre procedimentos na Academia Brasileira. Destaco aquela que considera a derrota dos bons candidatos não por causa da instituição, mas pela concorrência com os maus candidatos. Quanto à eleição, vale repisar a experiência dos veteranos: uma vez eleito, encontra-se eleito por unanimidade!

O PROCEDIMENTO ACADÊMICO

Começando a fechar esta comunicação, coloco uma questão. Finalmente, que pretendem as academias? Função ou mistério? Serviço ou honraria? Repouso ou trabalho?

Na rigidez do *numerus clausus*, número fechado, acesso limitado, só possibilita entrada em vaga por falecimento. Conforme o modelo da França, as academias consagram o número quarenta, cabalístico ou não, é um número bíblico. Altamente evangélico, quarenta dias e quarenta noites de jejum...

Localiza-se na exigüidade do acesso uma das fontes do seu mistério. Mistério e função da academia que lembram tanto Valéry. É por isso que o poeta do Mediterrâneo percebe que mal o espírito se fixa sobre a ilustre Companhia experimenta-se uma “certaine sensation de mystère”. E complementa o poeta, que dorme eternamente na escharpa de Sette, quase sussurrando, que sutileza de colocações: “toda coisa que se pode dela fazer uma idéia precisa perder sua força de prestígio e a ressonância do

espírito.” No seu belo ensaio sobre academia, encontrei outro presente para esta festa “uma coisa não vale senão na medida em que escape à nossa expressão.”

As academias, com circunstanciado rito de entrada, conformam vocações, premiam obras – e os concursos são essenciais à vida da Companhia, – estimulam a criação do experimento da comunicação, propiciam o ensaio e dão ensanchas à oratória. A academia é sobretudo o espaço privilegiado da palavra. Não tanto da ação, mas da palavra escrita, oral e audiovisual, que cada vez mais se aproxima. Sem deixar de ser o terreiro das letras, com toda a fecundidade, riqueza semântica e sacralidade que a palavra terreiro tem na Bahia.

Quando ingressamos na Companhia, já aportamos os frutos dos cursos da vida. Livros e artigos, ensaios e experimentos que são como pesos que sustentam a obra, no balanço pendular de uma existência. Envolve todos os resultados da produção e as expectativas dos esponsais academizáveis. Não basta a obra. Essa é o grande pressuposto. É preciso a promessa esperançosa da convivência com cordialidade, nos remansos da fina ironia.

Como reunião de eruditos, academia não é escola e nem tampouco universidade. Porém forma, como toda participação gremial, pela assiduidade e pelo convívio, pelo serviço que presta e pela honraria que assinala um integrante do sodalício, pelo culto à imortalidade, compreenda-se, a presença permanente dos que se foram em nós. Contrapondo a Universidade à Academia, percebe-se que a Universidade está comprometida com a construção piagetiana do conhecimento e sua transmissão, formando como modo de educação, comunidade de pesquisadores, centro de progresso ou molde intelectual. Já a academia conduz antes à admiração da palavra escrita, falada e ouvida. Na universidade, se constrói o *curriculum vitae*. Para o ingresso, na academia, se apresentam os cursos da vida plenamente desenvolvidos e revertidos dos créditos da cordialidade.

A Companhia, como esta que agrega a corporação de médicos, desperta, pela atenção à cadeia sucessória do patrono e fundador aos ocupantes, para a vida e para a obra dos confrades. Sucessão, momento especial de vexame para os presidentes de

academias. Na academia o conhecimento se organiza, solitariamente, em cadeira, cátedra ou poltrona. A cátedra será sempre uma forma de organização individual do conhecimento. Individual e pessoal. Não há departamento na academia, como existe na universidade. O conhecimento se organiza em função da sucessão. E a sucessão acadêmica é sempre idiográfica, compromisso nomotético do elogio dos ocupantes. É na sucessão, que se perpetua a lembrança indelével do antecessor. Por isso que a sucessão, horizontal e passageira, ocorre segundo a natureza das coisas, enquanto a substituição é locativa, possessiva, conquistadora e preenchível. A sucessão, como toda herança ou legado, é um exercício ou um momento espetacular da imortalidade, que é mais lembrança do que tentativa de perpetuidade. Toda sucessão implica em juntar, recolher, inventariar, em formular síntese e sentido de uma vida e de uma obra, em traçar perfil ou esboçar retrato para a galeria sentimental das recordações.

Afrânio Peixoto, um dos patronos desta Companhia, com a eloquência e a ironia de um bom baiano, obtemperava que a glória acadêmica se resumia em dois discursos. Um, do acadêmico, quando chega, no dia da posse; outro, do presidente da academia, quando o acadêmico parte para a região do silêncio. Para mim, a imortalidade se exercita na sucessividade das 40 cadeiras.

A vida acadêmica se realiza pela arte da conversação que cria o limo da admiração e estabelece as relações interpessoais, ingredientes indispensáveis das amizades. Pela conversação, sim. Mangabeira dizia que política é conversa. Porém o outro lado da conversa é o prazer silencioso da escuta, que induz a pergunta pertinente, a reação positiva e o comentário oportuno. A academia, como o território da palavra, estimula constantemente a eloquência, que encanta e persuade pelo verbo, que opera o milagre da comunicação. E a Bahia está muito próxima da oralidade. Mestre Anísio Teixeira constatava que os baianos são ágrafos. Para compensar, temos e sentimos um verdadeiro orgasmo auricular. Ouvir um grande orador como Vieira, certamente pai e patrono da oralidade baiana, Pedro Calmon, Macedo Costa, um dos vossos e um dos nossos, e, hoje, monsenhor Gaspar Sadoc, é tão inebri-

ante e saboroso como saborear uma laranja doce de umbigo do Cabula. E os grandes oradores como as melhores laranjas desaparecem. Alguns deixam as cascas perfumadas dos discursos grandiloqüentes. Mas, a voz, a graça, a entonação, o timbre, o jeito, voam para as camadas cósmicas e celestiais.

Começando a terminar, a evolução das academias e o proceder dos confrades leva-nos a afirmar o ofício da convivência, no tempo convivial.

O TEMPO CONVIVAL

Convivência, eis o nosso mister!

Transplanto para esta baliza de aniversário o que tão bem verbalizou Josué Montello, adrede dirigindo-se à convivência acadêmica:

“Cedo também reconheci, pelo tirocínio da cordialidade, que é bom ser bom, no sentido da amenidade da convivência e da solidariedade natural.”

E, ao recordar João Neves da Fontoura, foi juridicamente taxativo: “A academia, ao contrário do que se pensa aqui fora, é sobretudo convívio.”

O exemplo baiano é bem expressivo. Conciliando o conviver de Simões Filho, J. J. Seabra, Moniz Sodré, Otávio Mangabeira, Severino Vieira, Miguel Calmon du Pin e Almeida, Rui Barbosa e tantos outros, Arlindo Fragoso congregou-os todos na Academia de Letras, em 1917. E Cláudio Veiga, mais da metade de um século depois, levando em conta a convivência entre líderes de posições tão opostas e diversas, tão antagônicas como o litoral difere de os Sertões, explica: “Procuramos uma espécie de confraternização intelectual que permanece até hoje.”

A propósito da convivência, Alberto Guerreiro Ramos instaurou, não somente na teoria das organizações, como também no português, a “convivialidade”, isto é, a qualidade ou condição do ser convivial, festividade, sociabilidade. É mais uma palavra latina que entra para o vernáculo via o inglês, como *currículo*. Pois

bem, Guerreiro eleva o tempo convivial à categoria de dado sociológico e assim o concebe:

O tempo convivial é catártico e nele a experiência individual encoraja-o a interagir com os outros sem fachadas, e vice-versa. Quando um grupo de pessoas partilha esse tipo de experiência temporal, seus membros relaxam, tendem a confiar uns nos outros e a expressar, com a autenticidade, seus sentimentos profundos.

... O tempo, em seu sentido serial, é esquecido, quando a pessoa se envolve na experiência do tempo convivial.

Convívio, sim; e serviço, também. O tão necessário trabalho pela academia e, por meio dela, alcança-se a comunidade. Seja curso e conferência, seja revista e publicação, seja biblioteca e arquivo, instalações e relíquias da memória acadêmica. Na casa de Machado de Assis, como nesta nobre casa da Medicina não “se goza placidamente o repouso residencial, se prepara”, conforme sentença Eduardo Portella, “laboriosamente a agenda do amanhã”.

O par de variáveis, serviço e honraria, que são balizas do comportamento acadêmico, encimadas pela conviviabilidade.

Meus caros confrades, visitantes, é hora de terminar:

Meus caros confrades, tenho a honra de comemorar com vocês os 38 anos da Academia de Medicina da Bahia.

Agradeço enormemente mais esse envolvimento com os médicos baianos, pois o meu patrono é Francisco de Castro, na Academia de Letras da Bahia, patrono também de Nilzo Ribeiro nesta Companhia, onde sucedi a Clementino Fraga.

Celebro, assim, com vocês o meu jubileu acadêmico, pois em 6 de agosto próximo completarei 25 anos de vida acadêmica, cuja posse foi no imponente salão, ao lado.

Durante esse tempo, aprendi a transformar as relações passadas, distantes e fortuitas em convívio agradável, próximo e perene. A academia é bem o lugar da convivência para aprofundar o conhecimento dos talentos, decantar a escolha das amizades

ilustres pela admiração das vocações eruditas. Aproveitem bem esse tempo convivial e saibamos exercitar a convivência.

Agradeço as atenções. Muito grato. BA. 10 de julho de 1996

FONTES

BRITTO, Antônio Carlos Nogueira. Academia de Ciências Médicas I e II. Jornal do CREMEB, Salvador, N. 60 e 61, nov. e dez. 1994.

CAPUT, Jean-Pol. L'Academie Française. Paris. PUF, 1986.

CHACON, Vamireh. O poço do passado. Rio de Janeiro. Nova Fronteira, 1984.

DRUON, Maurice. Le duc de Castries. Le Journal de L'Alliance. Rio de Janeiro. maio 1987. (n. 14)

JACQUART, Jean. Des sociétés savantes pour faire? Revue de L'OMOPA. Paris. 113 (2e. tri): 20, 1991.

MONTELLO, Josué. A propósito de Academia. Jornal do Brasil. Rio de Janeiro. 16 jun 1987.

Lembranças de João Neves. Jornal do Brasil. Rio de Janeiro. 22 set. 1987.

RAMOS, Alberto Guerreiro. A nova ciência das organizações. Rio de Janeiro. Fundação Getúlio Vargas, 1981.

PORTELLA, Eduardo. Confluências: manifestações da consciência comunicativa. Rio de Janeiro. Tempo Brasileiro. 1983.

SILVA, Maria Beatriz Nizza da. O papel das Academias no Brasil colonial. Revista da SBPH. São Paulo: 1:1-16. 1983.

VALERY, Paul. Regards sur le monde actuel. Paris. Gallimard. 1945.



Problemática do Erro Médico

Irany Novah Moraes

Em questão de saúde quem não é solução é problema.

Erro médico é a falha do médico no exercício da profissão. Excluem-se dele as limitações da própria natureza, bem como as lesões produzidas deliberadamente pelo profissional para o tratamento de um mal maior. Neste caso está, v.g., a amputação de uma perna para tratar uma gangrena que, deixada à sua evolução natural, poderia levar o doente à morte. As situações adversas que ocorrem no exercício da medicina podem levar o profissional a ser acusado de ter cometido um erro.

Para o exame dessa problemática, é de toda conveniência lembrar, preliminarmente, que todo procedimento médico é regido por **contrato de prestação de serviço** de natureza peculiar e que essa atividade pode ser vista sobre múltiplos ângulos, entre os quais destacamos o *do paciente*, o *do médico* e o *do jurista* na caracterização do erro.

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

Todo ato médico é regido mediante um **contrato**, geralmente implícito, até mesmo quando médico e paciente não se conhecem como no caso de socorro humanitário, na rua, de um transeunte atropelado ou com mal súbito.

A **natureza de contrato** que se estabelece entre o doente e o médico é de *meio* e não de *fim*. Assim, o médico deve *cuidar* sem a obrigatoriedade de *curá-lo*. Entretanto, a ele cabe fazê-lo adequadamente e com o melhor que a medicina pode oferecer nos dias de hoje, em nosso ambiente. Daí decorre a obrigação, para o médico, de se manter atualizado.

As falhas relativas aos deveres de humanidade englobam aquelas decorrentes da falta de dedicação ao exercício da medi-

cina, em comparação com as demais profissões que não há tanta doação de si próprio, a ponto de, no passado, a medicina ter sido considerada verdadeiro sacerdócio, expressão essa caracterizada não pelos poderes sobrenaturais, mas pela dedicação em seu exercício. Foi na distorção desse comportamento na sociedade moderna que apareceram as *falhas de omissão* de socorro, abandono do doente e outras mazelas, incluindo a violação do segredo profissional.

É muito fácil para o médico ter, quanto a isso, um parâmetro. Basta-lhe cuidar do doente como gostaria de ser cuidado se estivesse naquelas condições. Nesse ponto, a responsabilidade do médico deve ser igual à de qualquer um, acrescida do fato de que ele deve saber, de antemão, a importância do tempo na tomada de certas decisões, bem como o grau de sofrimento do paciente e ainda as seqüelas do retardo do socorro.

Há várias vertentes para encarar-se o erro. Assim vejamos: 1 – *Erro culposos e erro doloso*, o primeiro é criminoso enquanto este é involuntário; 2 – *Erro de diagnóstico e erro de conduta*; 3 – *Erro deliberado para prevenir o mal maior*; 4 – *Erro escusável ou erro profissional*; 5 – *Erro induzido além das*; 6 – *Falhas técnicas*, que é peculiar exclusivamente ao médico, depende de sua competência, de sua dedicação e da viabilidade do procedimento.

Do **ângulo do paciente**, importa ressaltar que este confunde, freqüentemente, a não-realização de suas expectativas com o que ele imagina ser um erro médico, já que o seu envolvimento no caso é obviamente muitíssimo grande, pois que é a sua vida e saúde que estão em jogo. Assim, os problemas decorrentes da doença e de sua resposta ao tratamento se acrescentam os relativos aos modo de ser de cada um, para não falar da influência dos amigos e circunstantes, que interferem grandemente sobre o seu estado psíquico. Uma grande parte dos casos tidos assim como erro médico decorre da incompreensão sobre o que lhe foi dito ou não, ou adequadamente entendido. É de se salientar que todo ato médico é envolvido, por parte do paciente e também de seus familiares, por uma atmosfera da extrema emoção.

É fácil compreender a complexidade das situações, uma vez que o relacionamento do paciente com o médico também não foge

das dificuldades normais do conviver, quando se considera como William James, *que cada um imagina a si próprio de uma certa maneira diferente daquela que realmente é e da que o outro o imagina. Assim, o relacionamento entre duas pessoas parece multiplicar-se como se na verdade estivessem presentes seis.* Evidentemente, os desencontros de entendimentos são muito mais notados, o estado de tensão emocional que a doença gera, torna a compreensão dos problemas mais difícil. Um resultado esperado pelo médico mas não aceito pelo paciente provoca uma situação de total inconformismo.

Do ponto de vista do médico, importa ressaltar não só como ele age tecnicamente, bem como se relaciona com o doente no sentido mais abrangente possível, considerando o que ele *fez e não deveria ter feito, o que não fez e deveria ter feito, o que ele não falou e deveria ter falado e, ainda, o que falou e não deveria ter dito.* Acrescente-se a tudo isso a *oportunidade adequada de fazer, de esperar, de falar ou de silenciar.*

Cabe aqui insistir na necessidade do médico fazer o prognóstico com clareza, sem demonstrar um entusiasmo injustificável, muito menos, sem avisar o doente e os familiares das possibilidades de malogro no tratamento ou do real resultado que ele espera deste.

CARACTERIZAÇÃO DO ERRO MÉDICO DO PONTO DE VISTA DA LEI

Na caracterização do erro médico entra a **visão do jurista** que é extremamente técnica e fundamenta-se na **culpa** exigindo três premissas a saber: 1 – *presença de dano (morte ou lesão);* 2 – *haver um procedimento médico e;* 3 – *existir nexo de causa e efeito, ou seja, o médico como causador do referido dano.* A *responsabilidade por atos ou omissão pode juridicamente resultar em três modalidades de culpa, sendo elas devidas à imprudência, à negligência e à imperícia.*

Antônio Chaves, em seu **Tratado de Direito Civil**, no capítulo **Médicos e Estabelecimento Hospitalar**, comentando o Artigo 1545 do Código Civil, ressalta a interpretação de Clóvis

Bevilacqua segundo a qual a responsabilidade das pessoas aí indicadas, por atos profissionais que produzem morte, inabilitação para o trabalho, ou ferimento, funda-se na culpa; e a disposição tem por fim afastar a escusa, que poderiam pretender invocar, de ser o dano um acidente no exercício de sua profissão; o direito exige que esses profissionais exerçam a sua arte, segundo os preceitos que ela estabelece, e com as cautelas e precauções necessárias ao resguardo da vida e da saúde dos clientes e fregueses, bem inestimáveis, que se lhes confiam, no pressuposto de que os zelem; e esse dever de possuir a sua arte e aplicá-la, honesta e cuidadosamente, é tão imperioso, que a lei repressiva lhe pune as infrações.

São três as condições para a caracterização do erro médico; imprudência; negligência e imperícia.

Imprudência ocorre quanto do profissional procede sem cautela. Trata-se de precipitação ou afoiteza. Serve como exemplo o cirurgião que opera sem o diagnóstico correto e sem o preparo adequado do paciente, como no caso do que opera o fumante sem suspender o fumo antecipadamente, ou que opera na vigência de gripe ou resfriado, radiografa mulher grávida e faz safenectomia com úlcera varicosa aberta ou com micose nos pés. Está aqui enquadrado o caso em que o cirurgião opera aflito, preocupado com o tempo.

Negligência é falta de diligência, implicando desleixo ou preguiça. Resulta em consequência de esquecimento ou de omissão. Os esquecimentos de gazes ou de compressas enquadram-se nesta falha. Uma das grandes preocupações dos cirurgiões é controlar as gazes utilizadas durante o ato cirúrgico, para que nenhuma se perca e acabe sendo esquecida no paciente. Vários recursos têm sido utilizados para o mais rigoroso controle.

Além do que foi relatado, também constitui negligência não dar assistência adequada, descuidar do paciente, não prescrever corretamente esquecendo as recomendações, não referindo a dieta correta, não indicando transfusão de sangue quando imprescindível. É negligência da enfermagem esquecer o garrote no braço de uma criança.

Imperícia é deficiência de preparo ou de habilitação, desconhecimento adequado da conduta, falta de habilidade técnica para a realização do procedimento escolhido, incompetência. Enquadram-se neste caso a ligadura das artérias ilíacas nas histerec-tomias ou nos abaixamento de reto por cirurgião sem o devido preparo, a ligadura dos ureteres nas histerec-tomias. É imperícia da enfermagem proceder à contenção exagerada de um paciente agitado, resultando em gangrena que, conseqüentemente, leva à amputação.

Diante desses fatos, o médico deve sempre proceder com clareza não só para que o doente fique ciente do risco a que vai ser exposto, tanto no que se refere ao diagnóstico quanto ao tratamento, bem como da provável evolução natural da doença, caso não proceda como sugerido.

CUSTO SOCIAL DO ERRO MÉDICO

O problema do erro médico, visto pelo ângulo do montante econômico que representa para a nação, é alarmante. Imagine-se acrescentar-lhe ainda o custo social. Pode-se admitir que o investimento maciço para melhorar a qualidade do ensino, treinamento profissional, reciclagem dos médicos e despertar de forças de conscientização de toda a classe seria rapidamente recuperado só pela economia dele resultante. Para aceitar essa idéia, deve-se partir do princípio de que a melhor medicina, ainda que a custo mais elevado, é a mais barata, uma vez que, curando o doente, ele retorna para suas atividades na sociedade, enquanto a medicina barata, não o curando, acaba custando mais. A sabedoria popular traduz o que foi dito no adágio; “o barato sai caro”.

Paralelamente a esse pensamento, deve-se ter em mente que o progresso tecnológico encarece cada vez mais a medicina. Cada conquista, seja para o arsenal diagnóstico ou terapêutico, não substitui seu eqüivalente antigo, mas acrescenta novo procedimento a mais. Basta lembrar as novas gerações dos aparelhos modernos que tornam obsoletos os antigos com rapidez incrível.

Compreendido como o custo da assistência médica aumenta vertiginosamente, pode-se imaginar o que deve representar a mais a doença iatrogênica. Acrescentem-se a esses fatores o tempo parado do paciente, suas idas e vindas ao hospital, o aumento de despesas concomitantemente à queda de receita, bem como o tempo que os familiares devem dedicar ao doente. A tudo que foi lembrado, acrescente-se ainda o transtorno provocado no local de trabalho, primeiro com a sua substituição e, posteriormente, com o seu retorno, enfraquecido para o desempenho de suas atividades habituais. Isso sem contar o tempo de recuperação, freqüentemente mais prolongado do que o previsto pelo eventual agravamento da doença inicial. Todo esse conjunto de fatores, de um lado a gerar despesas e, de outro, a diminuir receita, pode ser imaginado, mas não há como quantificá-lo.

Cabe aqui um comentário sobre o que ocorre nos Estados Unidos, onde há uma obsessiva preocupação em se apurar a responsabilidade para que o seguro repare o dano. Os pacientes reclamam de tudo até mesmo sabendo que se trata de reinvidicação indevida. Há situações extremas em que o próprio médico induz o doente a reclamar, lembrando-lhe que é com essa finalidade que ele paga o seguro.

Há uma estimativa segundo a qual, no Brasil, 5% dos leitos hospitalares estejam sempre ocupados por pacientes em tratamento de complicações decorrentes de uso inadequado de medicamentos, de uso exagerado de drogas e de operações teoricamente malfeitas.

Na inexistência de dados mais fidedignos sobre a matéria, mesmo não computando os casos dos aposentados e dos afastados do trabalho graças a atestados falsos ou em decorrência de erros de diagnósticos ou de conduta, mas tendo em vista que tais indivíduos não são normalmente reaproveitados em serviços compatíveis com suas limitações, só se poderia estimar o custo do erro médico mediante uma hipótese que parece razoável. Com as devidas reservas que se devem fazer, ao trabalhar com bases em dados estimados, e considerando ainda, como admite a Dra. Lourdes de Freitas Carvalho, que o Brasil tinha, em início desta década, 2,2 leitos em hospitais gerais por mil habitantes e

que esse número se eleva a 3,0% quando são computados também os hospitais especializados, pode-se crer que 30 mil leitos estejam permanentemente ocupados por doentes dessa natureza. Embora a Previdência pague por leito/dia cerca de 30 dólares, o custo real é superior a 300 perto de 10 vezes mais, do que se pode inferir que se desperdice, no mínimo, perto de 9 milhões de dólares diários, ou seja, mais de 3 bilhões de dólares anuais.

Esse valor, se alocado para a prevenção do erro médico, será suficiente para mantê-lo nos mais baixos níveis.

TENDÊNCIAS MODERNAS

A se julgar pelo que ocorre no primeiro mundo, teremos entre nós, no próximo milênio, o *seguro de responsabilidade civil do médico*. Embora o hábito de assegurar os bens não está integrado na cultura do brasileiro.

Hoje na prática, as apólices comuns de responsabilidade civil não prevêm a cobertura da falha profissional. Ao segurado não se estende a cobertura para a responsabilidade civil decorrente de erros e omissões. Há muito estudo, propostas, mas na prática nada se concretizou.

CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR

Com o advento da Lei 8.078 de 11 de setembro de 1990, que entrou em vigor em 11 de março de 1991 e estabelece normas de proteção e de defesa ao consumidor de ordem pública e interesse social, estabelecem-se em alguns pontos novas relações que afetam a prestação de serviços do médico a seu paciente.

Embora esteja explícita no artigo 14 em seu parágrafo 4º que *a responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa*, o que significa dizer que para os médicos as coisas ficam como elas estão, há de se ter em conta outros pontos como o inciso VIII do artigo 6º que diz que *a facilitação da defesa de seus direitos, inclusive com inversões do ônus da prova, a seu favor, no processo civil, quando a*

critério do juiz, for verossímil a alegação ou quando for ele hipossuficiente segundo as regras ordinárias de experiências.

Talvez ainda possa haver alguma interferência no relacionamento médico/paciente, pois o artigo 47 diz “as cláusulas contratuais serão interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor”. Embora seja raríssimo o fato de médico e paciente firmarem um contrato, pois ele já está implícito pelo ato do médico atender o doente e este procurá-lo. A própria Justiça encara como implícito no contrato especial de meio o próprio atendimento em um acidente em via pública onde ambos nem se conhecem e o atendimento é, no caso, um gesto espontâneo de humanidade.

É de se ter a atenção para o fato de que qualquer cláusula contratual que pretenda estabelecer a inversão do ônus da prova em prejuízo do consumidor é nula em decorrência do artigo 51, inciso VI.

Não pode ser esquecido o fato de que na ação de responsabilidade civil pode ser proposta no domicílio do autor.

Todos os pontos referidos devem merecer meditação para que essa lei venha aprimorar a assistência médica, funcionando como estimulante de controle de qualidade dos serviços profissionais do médico.

É possível falar em erro médico apenas quando ocorre ação ou omissão que cause danos à saúde do paciente. O profissional só pode ser considerado culpado quando é provada a ligação entre sua falha e o agravamento do estado do doente. Conclui-se então que a comprovação do erro médico é bastante complexa e envolve numerosas variáveis.

PROFILAXIA DO ERRO MÉDICO

Como palavras finas cabe ressaltar o que pode ser feito para minimizar o problema.

A profilaxia do erro médico é dever de todos: médico, equipe de saúde, hospital, paciente, comunidade, imprensa e Governo. Cada um tem responsabilidades no problema e a todos cabe preveni-lo.

Para que haja uma evidente mudança no quadro atual, é indispensável a decisão política de alteração de postura da classe médica. É preciso que o médico atente para o fato de que as coisas mais cedo ou mais tarde vão mudar e que ele tem a obrigação de participar do processo de transformação. Mais ainda, ele não pode ficar alheio e deixar que a evolução seja decorrente das pressões dos descontentes prejudicados pela situação atual, da qual o médico é quase sempre vítima e não o autor. O médico está de tal forma mergulhado no contexto que, a cada dia, fica mais difícil, para os mais jovens, distinguir o que seja o mínimo de respeito à dignidade ou até mesmo discernir o profundo valor da vida humana. As péssimas condições de trabalho, com o desumano atendimento oferecido em muitos hospitais, clínicas e ambulatórios governamentais, ou até mesmo em conceituados centros de excelência, deseducam o médico em fase de formação.

Algo deve ser feito para reverter o quadro atual da saúde no país, uma vez que dentro desse contexto não se pode responsabilizar só o médico que provém desse meio e nele encontrou seus paradigmas coniventes com o *status quo*. Para rompê-lo, é preciso decisão política do Governo, da coletividade e, particularmente, empenho pessoal do médico.

A estratégia para prevenir o erro médico deve fundamentar-se em quatro pontos básicos:

Continuidade dos programas de prevenção – tudo o que se estabelecer no sentido de melhorar o serviço médico deve ter caráter permanente e jamais episódico ou de campanhas fugazes.

Conscientização coletiva da responsabilidade – médico, equipe de saúde, hospital, doente e governo têm seu contingente de responsabilidade na problemática; assim, todos devem, a seu modo, e na sua competência, participar da solução.

Atualização permanente do conhecimento – médico e todos os demais integrantes da equipe de saúde devem adquirir constantemente, cada um em sua área e função, conhecimentos novos. Ao hospital cabe modernizar-se, ao doente importa interessar-se a todo instante pelo que acontece consigo próprio, ao go-

verno cabe criar facilidades para o progresso e para a modernidade.

Humanização dos serviços de saúde – é o princípio mais forte pelo fato de valorizar todos os demais e, em última análise, pode ser entendido como a vontade íntima impulsiva de cada um de servir ao próximo. Sem sua existência nada será conseguido.

Partindo desses pontos básicos, medidas objetivas podem, na prática, transformar o quadro atual em todo o país.

Para mobilizar adequadamente as forças necessárias a essa batalha, os itens a seguir relacionados ajudarão a despertar a consciência dos poderes constituídos, das associações médicas, mas, principalmente, a despertar aquela força que está no íntimo de cada médico e que é comumente chamada de vocação. Força essa que se desdobra em amor ao próximo e que só valoriza ainda mais o princípio de humanidade.

PODERES CONSTITUÍDOS

Os poderes constituídos deverão:

1 – Promover amplo programa de saúde pública, divulgando os conhecimentos básicos de saúde para toda a população do país, com decisão política de erradicar a miséria, a fome e a ignorância e ensinando o cidadão a participar dos cuidados com sua própria saúde e de sua família, para que saiba e possa procurar os recursos médicos em tempo útil. Criar condições de exequibilidade em qualquer rincão do país;

2 – Reformular o sistema nacional de saúde, regionalizando a assistência médica de maneira efetiva, humana e abrangente, da gestante ao idoso;

3 – Modernizar a rede hospitalar do país de maneira tal que haja possibilidades de o exercício profissional obedecer a padrões mínimos elevados, com centros de excelência, junto aos quais seja obrigatória a reciclagem dos médicos dos demais hospitais;

4 – Criar condições para elevar o padrão técnico de todos os profissionais da área de saúde, exigindo sua permanente reciclagem e remunerando todos dignamente;

5 – Os poderes constituídos devem criar condições de formação e treinamento do médico em nível elevado, autorizando funcionamento de cursos médicos exclusivamente em escolas que tenham hospitais próprios, com números de leitos proporcionais ao de alunos, corpo docente qualificado e com ambiente de pesquisa científica de alto nível, apto a gerar conhecimentos novos a serem aceitos internacionalmente;

6 – Instituir em todo o país **exame de qualificação profissional**, também chamado de **licenciatura médica**, obrigatório para o exercício da medicina e estabelecer mecanismos de controle permanente de atualização;

7 – Incluir na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional a obrigatoriedade de aulas sobre prevenção do erro médico durante todos os anos do curso médico;

8 – Exigir que nos programas de residências médicas haja reunião mensal para debater a questão do erro médico, para criar o hábito de se pensar no assunto permanentemente.

SOCIEDADES MÉDICAS

9 – Os Congressos das Sociedades Médicas devem, periodicamente, organizar uma sessão sobre erro médico;

10 – As sociedades médicas especializadas devem dedicar reuniões para debater o tema erro médico e assim conscientizar os novos especialistas quanto aos pontos mais vulneráveis ao erro na referida especialidade;

11 – Elas ainda devem estimular seus membros a divulgar aos jovens os pontos críticos dos procedimentos peculiares à especialidade em que haja dúvidas quanto à conduta.

12 – As sociedades devem programar regularmente cursos para habilitar especialistas como peritos daquela área de medicina, capacitados a exarar pareceres técnicos para credenciá-los ao *Poder Judiciário*;

13 – As revistas médicas devem dedicar uma sessão para publicações que visem a alertar os médicos para o perigo do erro médico e propiciar-lhes subsídios para reflexões sobre como preveni-lo, ou enfrentá-lo.

PODER JUDICIÁRIO

O Poder Judiciário pode assim contribuir nessa questão:

14 – Exigindo que todo médico, ao se qualificar no acesso à Justiça, indique e comprove, possuir Título de Especialista ou sua qualificação acadêmica;

15 – Exigindo, para a nomeação de Peritos, o Título de Especialista na matéria sobre a qual versa a perícia;

16 – Criando um Corpo de Peritos que tenham Especialização comprovada e sejam portadores do Título conferido por Sociedade Médica Especializada.

DEVER DO MÉDICO

17 – Qualificar-se antes de exercer a clínica, fazendo treinamento profissional em Programa de Residência Médica oficializada e, conquistando o título de especialista;

18 – Aprimorar-se permanentemente pela leitura de revistas especializadas, freqüência a cursos, atividades nas sociedades médicas, participação em congressos, pesquisando, publicando e conquistando títulos acadêmicos e concorrendo a prêmios;

19 – Examinar o doente sempre de maneira sistemática e completa, registrando os comemorativos no Prontuário Médico, seja no consultório, ambulatório, hospital e até mesmo quando das visitas domiciliares;

20 – Pedir os exames complementares, com critério, extremamente necessários e, sempre que seu resultado possa interferir significativamente na conduta;

21 – Inteirar-se dos exames modernos, sabendo com exatidão em que eles podem contribuir para o diagnóstico e qual o grau de segurança que os seus resultados oferecem, indicando-os sempre que possam alterar de maneira decisiva a conduta;

22 – Fazer diagnóstico o mais exato possível, mesmo que genérico e de probabilidade, porém, sempre antes de estabelecer a correspondente conduta;

23 – Expor ao doente a sua opinião sobre o caso, indicando a evolução natural da doença e o que se espera com o tratamento, mas salientando que é ele que toma a decisão que lhe aprover;

24 – Registrar todos os atos no Prontuário Médico do paciente, ficando atento para que haja sempre coerência entre a manifestação clínica e o procedimento prescrito, seja para diagnóstico ou para terapêutica.

25 – Observar sempre um equilíbrio na prescrição de medicamentos, atento à interação das drogas, a seus efeitos cumulativos;

26 – Cuidar do relacionamento com o paciente e familiares, deixando clara a evolução natural da doença e o que se pode esperar com a terapêutica proposta, bem como as condições resultantes de seu malogro e, durante toda a evolução, mostrar o que era esperado, como está respondendo ao tratamento, nunca entusiasmando o paciente sem fundamento, nem o angustiando desnecessariamente;

27 – Não impedir jamais que outro especialista, à escolha do paciente ou familiares, seja ouvido no caso, condicionando porém essa consulta, se for no hospital, à sua presença no ato e cuidando para que se registre no prontuário, sua opinião devidamente justificada;

28 – Sempre que o doente ou familiar solicitar a indicação de especialistas de outras áreas, relacionar, no mínimo, três nomes. É a melhor maneira de preservar a liberdade de escolha de quem consulta e não se envolver no caso mais do que o necessário.

Para finalizar relato o caso mais esdrúxulo de erro médico que tomei conhecimento na elaboração dessas três edições do meu livro. Trata-se do cirurgião do século passado que, durante uma operação de abdome, deixou cair seu pincenê. Como não enxergasse, não o achava para retirar e assim terminou mal a operação. Os óculos só foram encontrados na autópsia.

Fragmento de ERRO MÉDICO E A LEI do Prof. Dr. Irany Novah Moraes, Ed. Revista dos Tribunais, S. Paulo, 1995, apresentado em reunião da Academia de Medicina da Bahia, em 27 de setembro de 1995, a convite de seu presidente o Prof. Dr. Agnaldo David de Souza.



A quarta idade

Alberto Serravalle

Por conta da metodologia, o viver do homem ficou dividido em três idades; no entanto, o número de indivíduos com mais de 80 anos está consideravelmente aumentado – uma verdadeira explosão geriátrica – advindo mais uma subdivisão: a quarta idade.

Presentemente temos como certa a postergação de doenças e cura de muitas outras, algumas, até bem pouco tempo, tidas e havidas como incuráveis.

É sabido que a cultura e disciplina do homem vão dissipando os males do corpo (e porque também não os da alma?) nessa luta sem tréguas entre os organicistas e psicólogos. Medidas governamentais são úteis na conservação da saúde, tais como controle das emanções radioativas, poluição das cidades, os agrotóxicos, o estridor das máquinas; ao indivíduo cabe uma dieta adequada, redução do estresse, abolição do fumo (não importa aqui a quantidade), colas e outros tóxicos, inclusive o álcool. A prática de exercícios físicos e, na mulher menopausada, a reposição hormonal, talvez por um determinado período.

Aceitar a velhice como um naufrágio não nos parece encontrar guarida na medicina moderna.

Por algum tempo o colesterol foi o vilão solitário na gênese da aterosclerose, contudo ele tem um parceiro que aumenta sua malignidade: é a homocisteína – um derivado da metionina. Ela é imputada como responsável pela doença esclerótica do recém-nascido e do adulto jovem; sua ação maléfica, quando em taxas elevadas, reside na oxidação do colesterol ruim (LDL) e de interferir na coagulação do sangue, formando-se verdadeiras rolhas, com preferência para as carótidas e outras artérias vitais; uma vez associados (colesterol e homocisteína) promovem uma verdadeira união espúria no organismo.

É alvissareira a notícia que há tratamento para a homocisteinemia aumentada, o qual reside na administração do ácido fólico, (encontrado no espinafre e outros folhosos), bem como as vitaminas B6 e B12.

O professor Renato Lobo da Ufba há anos clama para o perigo do aumento da homocisteína como fator de doença arterial.

Segundo alguns autores a homocisteína é risco mais importante que o cigarro, a hipertensão arterial, o colesterol, em especial a nível cerebral, sem, contudo, negligenciar que associados o risco potencializa-se.

Estudos recentes apontam uma bactéria – a clamídia – como co-responsável pelo infarto do miocárdio; ou será apenas um achado fortuito em lesões arteriais? Lembro aqui a incredulidade dos médicos quando foi descoberta uma bactéria (*H. pylori*) nos portadores de úlcera estomacal e duodenal.

Na Universidade Tufts, o Dr. Isner isolou um gene que acelera o crescimento dos vasos sanguíneos e o empregou com bons resultados, em artérias bloqueadas, beneficiando a regressão de gangrena dos membros inferiores.

Considera-se mais uma vitória da terapêutica genética experimental o desenvolvimento de novas técnicas para o tratamento do câncer. Os geneticistas usam recursos singulares; valem-se de um vírus que serve de vector – por exemplo: o do herpes – retirando-se seu poder de multiplicação, pois ele faz doença, e injetam no tumor canceroso; o vírus do herpes fabrica um enzima – a timidina – fatal para as células doentes e para o próprio vector – o vírus. É um vírus suicida, ou mesmo assassino, conhecido como gene “kamikase”, o qual enche de esperanças a humanidade no tocante à cura do câncer.

Miguel Srougi nos ensina: estudos das populações com baixa incidência de câncer de próstata revelam que elas usam, parcimoniosamente, a gordura animal com apenas 15% em calorias/dia. Ainda sobre o mesmo assunto, Srougi pontifica: na Universidade de Harvard estudos sobre anticancerígenos preconizam o uso abundante de tomate, pois nele há uma substância – a licopene – um beta-caroteno natural precursor da vitamina A, que é tido como profilático para as neoplasias.

O organismo humano está longe de ser comparado às máquinas; ele se recompõe, renova-se e os genes doentes ou velhos obedecem a tratamentos até cirúrgicos. O que se dizia no princípio do século, o indivíduo tem a idade de suas artérias, não parece bom aprendizado à luz dos conhecimentos hodiernos.

No entanto, no processo vida, continua a expectativa que aflige o homem, tornando-o ainda mais medroso; essa expectativa é a certeza de sua finitude. “Resta-nos, então, reconhecê-la e respeitar sua força.”

Face aos estudos e conhecimentos da medicina do fim de século parece certo o advento da quarta e quinta idades, pelo que alguns jovens já podem começar a pensar nelas. Personalidades do mundo científico vão mais longe, quando se referem a possível clonagem humana; essa técnica será o primeiro passo para a eternidade...

Dengue ou febre do quebra osso

Alberto Serravalle

A palavra dengue vem do castelhaño que quer dizer dengoso em alusão ao torpor que acomete o paciente, tornando-o indolente. Os autores de língua inglesa chamam-na de *break bone fever*, ou seja: febre do quebra osso, graças às dores nos ossos, articulações e músculos; também é conhecida como febre *dandy* pois as algias e os gânglios da virilha que às vezes surgem emprestando ao indivíduo um andar dandi (almofadinha, janota). Dengue também conhecido como febre rocha em virtude das manchas avermelhadas (exantema) que aparecem no corpo inclusive nas palmas das mãos e planta dos pés (o que serve para distinguir da rubéola). É uma arbovirose (iniciais de artrópodo e *born*, ou seja virose nascida de um artrópodo (mosquito). É a fêmea do *Aedes*, (gr. desagradável) com as espécies *aegypti* (Egipto) e *albopictus*, albo branco e *picctus*, pintado, a responsável pela transmissão da doença. É que a fêmea, para garantir a viabilidade dos ovos, tem necessidade de repasto sanguíneo em um animal de sangue quente; na sua procriação, junto ao ovo, vai o vírus da dengue (transmissão transovariana) o que garante a perpetuidade da espécie; para que isso não aconteça, é necessário quebrar a cadeia evolutiva, destruindo as larvas do mosquito nas coleções de águas paradas, que soem acontecer em vasos, pneus abandonados e tanques descobertos. Essa preocupação já não é necessária para os mosquitos machos, pois eles têm uma existência mais prosaica: alimentam-se apenas do açúcar das frutas, do néctar das plantas e das águas dulcícolas dos pântanos.

Quem faz clínica diuturnamente se depara por vezes com manifestações bizarras da doença, fugindo ao que é clássico; assisti uma paciente que apresentava febre, dores musculares, máculas arroxeadas em apenas um segmento de membro superior.

O dengue hemorrágico (forma grave) se deve a reinfecções com vários subtipos, é felizmente raro, atingindo, na epidemia de 1990 no Rio de Janeiro, apenas 2% dos casos. A doença estava quiescente nas plagas brasileiras, até 1981, quando em Roraima houve um surto e em 1986 outro no Rio de Janeiro, sendo que a partir de 1994 surgiu no sul da Bahia, estendendo-se por quase a totalidade dos seus municípios, inclusive Salvador.

O vírus não se transmite pelo leite materno, não tem efeito teratogênico sobre o feto, servindo de distinção com a rubéola.

As características do dengue são;

1 – Doença transmitida apenas pelas fêmeas do mosquito (Aedes)

2 – Início abrupto

3 – Febre alta

4 – Duração da doença de 7 a 21 dias

5 – Cefaléia com dores nos olhos (predominante)

6 – Intensas dores ósseas, articulares e musculares

7 – Exantema (manchas) avermelhadas, começando pelo pescoço e dorso, inclusive a palma das mãos, planta dos pés.

8 – Prurido.

O diagnóstico diferencial é feito com a rubéola, mononucleose e gripe.

O hemograma apresenta baixa e/ou alta de leucócitos, baixa de linfócitos, diminuição de plaquetas $< 100.000 \text{ mm}^3$.

São quatro subtipos de vírus (de Den1 a Den4), pertencem ao gênero flavovírus (flavo = amarelo) e é ancestral do vírus da febre amarela. Para o diagnóstico laboratorial, solicita-se cultivo do sangue para o achado do vírus, métodos imunológicos (papel de filtro e imunoensaio), sendo que a Secretaria da Saúde do Estado está bem equipada para tal fim.

Não há tratamento a não ser o sintomático; para a febre usar o acetaminofen (nunca a aspirina pelo perigo de hemorragia); para o prurido, os antialérgicos. É doença de notificação compulsória.

Evita-se a doença extinguindo-se os criadouros do mosquito; ela não se transmite sem ele.

Serpentes: Verdades e algumas crendices

Alberto Serravalle

Serpente, do sânscrito *serpati-te*, que quer dizer rastejar, tem sua história ligada à humanidade. Lê-se no livro do Gênesis – o livro da Criação: Eva pisará a cabeça e tu, cobra, armarás traições ao seu calcanhar.

Moisés, após retiro prolongado no Sinai, quando ordenou o célebre decálogo, venceu a revolta do seu povo com uma serpente enrodilhada num bastão da qual saíam chispas de fogo, conta a história.

Mais recentemente, foram incorporadas ao folclore dos povos comentários sobre cobras, que, por mais mirabolantes, têm possíveis explicações.

Já rimava um trovador: “Este mundo tem mistérios que ninguém pode entender; o povo fala da gente sem a gente merecer.”

É comum no interior do Brasil dizer-se: as cobras mamam em seios maternos, enquanto oferecem a cauda à criança a título de entretenimento. Como seria explicado o anedotário? É que em casas de interior é comum existirem cobras no telhado em busca de presas fáceis; mortas, não raro, têm no seu interior ovos que, esfacelados sob a pancada mortal, deixam sair líquido de aspecto leitoso; como há sempre uma mulher em período de aleitamento, navega a imaginação popular.

Há uma crendice em certas regiões do Brasil que o indivíduo que conseguir passar um lenço de seda por cima de duas cobras em luta será tido como valente, além de pessoa de muita sorte; acontece que, na realidade, as cobras não estão em contenda e sim em cópula, que é anual e dura um dia inteiro, na qual o macho possuindo dois pênis, que se alternam e a fêmea, em disputa acirrada, correm pelo chão, ora se erguendo no solo, alheios aos circundantes. Nessa ocasião qualquer um é capaz de se aproximar dos animais, com um lenço ou não, sem ser molestado.

É nos encantadores de serpentes do Oriente que a imaginação popular voa; diz-se que são mágicos esses párias das feiras e dos balcões infestados de subdesenvolvimento e luxúria. O aprendizado se faz na infância; os mestres são seus ancestrais. Para que uma serpente saia do cesto em que vive e se alimente, basta ouvir o som da flauta e aí se ergue, embalando-se e, possuída de movimentos lentos, coleia como se estivesse fazendo parte da orquestra desafinada do mágico. É que houve um ensinamento adrede preparado; o artista protege-se dos sucessivos botes da serpente com uma placa resistente até a domesticação. Ao encenador ficam os repingos do veneno, que, pelos ferimentos da pele antes existentes, vão aos poucos penetrando no organismo, conferindo-lhe imunidade, fenômeno conhecido como mitridatização (do rei Mitridates). Não raro um acidente ofídico de alta gravidade é assinalado, contribuindo para o número elevado de vítimas por ano (100.000) no Oriente.

Nas plagas brasileiras sabe-se que o cascavel não é arbórea, não sobe em árvores; mas ele é encontrado no buritizeiro, palmeira sagrada do nordestino. O porquê disto reside no fato de ele ser levado para o topo do coqueiro pelo gavião branco ou cunhã. Já em sua nova morada o cascavel pica a ave de rapina – seu bote atinge a incrível velocidade de um quarto de segundo – e aí fica para o resto da vida, alimentando-se de água e de coquilho; o cascavel é preguiçoso, acomoda-se ao novo espaço enquanto as demais cobras, se levadas pelo gavião, esparramam-se no chão, nervosamente.

Assinalamos o fato das serpentes poderem viver até um ano em jejum, como também aparentar vida depois de mortas, pois, mesmo com a cabeça decepada, são capazes de picar quem está próximo graças aos seus movimentos reflexos; submersas na água ou no solo, podem viver um dia, sua longevidade média é de 28 anos. Quanto ao chocalho da extremidade do cascavel, ele é correspondente à mudança do tegumento cutâneo, o que acontece duas vezes por ano em média; portanto, um ano de vida para cada dois chocalhos, aproximadamente.

A urutu – a mais bela das cobras – tem na cabeça um desenho em forma de cruz e já mereceu a seguinte prosápia: “Sou a

urutu, que vive à beira do brejo e juro pela minha cruz que se não o mato, aleijo.” Uma crendice espalhada pelo sertão afora diz que as serpentes hipnotizam os pássaros; o que acontece é que, arborícolas como às vezes o são, saem à caça do ninho das aves, que em defesa dos filhotes esvoaçam em círculos, piando desesperadamente; a serpente, indiferente, sem pálpebras para bater os olhos, espera a ocasião de num bote veloz abocanhar a presa esvoaçante.

As cobras são surdas; as narinas, a língua bífida e um par de fossetas na cabeça lhe garantem a sagacidade; pressentem o inimigo pela temperatura, vão à hibernação, pelos odores, procuram a companheira em cio e pela vibração do ar percebem os ruídos.

A muçurana – a cobra preta – não é sensível a veneno de outra serpente, à exceção do da coral; ela é ofiófoga (come cobra); é considerada útil e como tal não deve ser eliminada. Igualmente a inofensiva “cobra de duas cabeças” ou cobra de vidro não deve ser perseguida, pois se alimenta de insetos e vermes subterrâneos; ela é um simples lagarto e ajuda o equilíbrio ecológico.

A caninana, que não tem veneno, cujo nome vem de tupi yacamin (cabeça pequena) em alusão ao tamanho minúsculo da cabeça, é alcunhada no Nordeste para designar certas criaturas de humor terrível.

A jibóia atinge 12 metros de comprimento (medida encontrada na Amazônia pelo marechal Rondon), também não tem veneno (áglifa) e mata a presa por constrição. Em uma autópsia, por nós praticada numa jibóia, observamos duas originalidades; a digestão completa, de um pato com exceção das penas, e quando separamos o coração da cobra e o pusemos em um vidro de relógio, ele bateu ritmadamente pelo espaço de meia hora. Animal intrigante apesar de manso, é pouco sociável com o homem. Tem particularidades próprias, e habita nosso planeta há 130 milhões de anos.

Existem serpentes em todo Brasil, com exceção das ilhas Trindade e Fernando de Noronha. A Austrália é o seu paraíso. Lá de cada cinco cobras, quatro são venenosas.

Mas, em se falando de cobras, nem tudo é maldição: hoje a tecnologia médica usa seu veneno para o fabrico de produto contra hemorragia, outro para baixar a pressão arterial, na homeopatia, de potente analgésico e no preparo do soro antiofídico.

Tem pois razão a ciência: em medicina tudo é alimento, é medicamento, é veneno: depende da dose, explicita.

Discurso de posse como Presidente na Academia de Medicina da Bahia para o biênio 97/99

Alberto Serravalle

Senhores e senhoras

Sede bem-vindos a este Templo de Ciência – Faculdade de Medicina da Bahia – onde pontificaram homens de notório saber, disciplinados e de mãos cheias praticaram o bem, vultos que se ergueram com proficiência e deixaram marcas indelévels na beleza de sua atuação.

Templo que foi e continua sendo viático para as almas torturadas pelas doenças do corpo e do espírito.

Aqui, novas gerações buscaram e encontraram guarida para os sonhos juvenis e os mais velhos beberam no vigor da mocidade a alegria contagiante que retempera para os embates do cotidiano.

Neste outro templo, a Academia de Medicina, há décadas, procura reunir o que há de representativo no meio médico para compor seu corpo de diretores e, nas tertúlias, no calor dos amigos e colegas, deixam o conforto do lar, a folga do fim do dia e o silêncio dos gabinetes o qual torna a alma contemplativa, para concretização de uma melhor qualidade de vida. “Entre duas horas que polarizam a vida, ninguém pense trabalhar para o momento. A sementeira germinará um dia, que não será nunca o do indivíduo, senão o de outras gerações”, como bem o disse Clementino Fraga.

Nossa academia nasceu sob a égide de Jayme de Sá Menezes e foi norteadada sem política de classe, nem de grupo. “Não nos reunimos para o narcisismo coletivo, o agrado recíproco, a tertúlia incosequente, a consagração imprópria” como exarou Clarival Valadares.

É do nosso confrade Humberto de Castro Lima este conceito: “A academia, como tal a entendemos, é um organismo vivo, que precisa estar em constante movimento e alimentar-se, todos os dias, de idéias novas.”

É uma entidade consagratória onde o calor da amizade e do companheirismo servem de bálsamo para o acidentado caminho do médico – esse perqueridor incansável da arte de aliviar quando não de curar, e ao final, poder dizer como Spinoza do médico “foi amado porque praticou a sabedoria e a bondade”.

Pretende quem vos fala traçar sucintamente o perfil do presidente da academia, que ora sucedo, para minha honra: Prof. Agnaldo David de Souza.

A sua administração fecunda, como presidente da Academia de Medicina da Bahia, revela vontade de servir e acertar, ressaltada quando se analisa em detalhes.

O prezado confrade elevou o nome da academia dentro e fora do país, trazendo ao nosso convívio expoentes da medicina e da cultura nacionais, difundindo o saber durante o biênio 95/97.

Professor de escol, suas aulas são ouvidas com atenção redobrada pelo alunado, num ambiente democrático em que pontifica o saber.

Cumpridor dos deveres, pontual dos horários, afável, fácil no convívio acadêmico.

Como médico tem sido um samaritano, sempre pronto a atender a quem necessita do socorro, a despeito da estafa do dia de trabalho. Seu horário não tem limites, invade por vezes a noite e sem queixumes vai semeando o ser médico por onde passa. É um cavalheiro da medicina, que servirá de exemplo aos pósteros.

Obrigado, presidente Agnaldo David. Tende vós de há muito assegurado um lugar no panteão dos gloriosos dias acadêmicos e de seus presidentes.

Data vênias, senhoras e senhores, permitam-me falar sobre três ex-presidentes desta feliz agremiação, homenageando, assim, todos ao pretérito, num conagraçamento que a gratidão e a amizade unificam.

Presidente Jayme de Sá Menezes: a história da academia nos conduz a um denodado homem de ação, inconformado por não ter a Bahia entidade que reunisse os valores médicos da época. Essa lacuna foi preenchida no ano de 1958, quando Jayme de Sá Menezes nas suas criativas elucubrações, idealizou, articulou e fundou a Academia de Medicina da Bahia, elevando à presidência o venerando Prof. João Américo Garcez Fróes. Na época assim se pronunciou o fundador da academia: “A Bahia, província primaz, berço da pátria, da cultura e da medicina nacional, não poderia prescindir de sua Academia de Medicina, órgão cultural por excelência, aglutinador de valores, estimulador de idéias, disposto a congregar, numa confraria douta e liberal, sem elitismo mas ciente das suas responsabilidades, expressões maiores da cultura médica baiana.”

Relutou vários anos na aceitação do cargo, declinando sempre da honraria de ter seu nome ligado à presidência. Uma vez eleito, exerceu, com aguda proficiência, dois mandatos, tendo publicado cinco anais com impressão garantida pela Fundação Cultural do Estado – presidida pela Sra. professora Olívia Barradas, – e os demais sob o arrimo de Mamede Paes Mendonça e Norberto Odebrecht. É membro emérito, eleito por unanimidade com preito de gratidão dos seus colegas da academia, pelo muito que construiu, instituiu e polarizou.

No superior mecenato de Sá Menezes houve intensa programação científica, quando foi valorizada nossa instituição, pois ele normatizou os estatutos e o regimento interno, promoveu cursos e conferências, eventos que coroaram e dignificaram uma gestão.

Instituiu os prêmios Magalhães Neto – uma homenagem ao emérito professor que tanto marcou a medicina brasileira – e o Aristides Novis, insigne Professor desta casa, ambos, na época, já falecidos.

Presidente Geraldo Milton da Silveira, professor emérito da Universidade Federal da Bahia, eleito e reeleito presidente, teve profícua atuação nos seus mandatos, além de exímio na cordialidade entre seus pares.

Editou três volumes dos Anais em trabalho exaustivo e cuidadoso como os homens da cultura sabem fazê-lo.

Executou a reforma dos estatutos e a regulamentação das sessões de posse, que necessitavam de burilamento.

Inaugurou a galeria dos ex-presidentes, com fotos coloridas.

Criou cinco vagas de acadêmicos eméritos, tendo preenchido duas: Jayme de Sá Menezes e José Silveira; concedeu os dois primeiros títulos de membros honorários a Silvano Raia e Adib Jatene.

Outorgou ao senador Antonio Carlos Magalhães o título de Membro Benemérito.

Convidou conferencistas de notório saber para ministrarem aulas sobre assuntos consentâneos. Louvou “varões virtuosos e suas obras, para que suas memórias prevaleçam eternamente”, como está no Eclesiástico.

Foi um dos mais operosos, organizados e sempre aplaudidos presidentes que esta casa teve a sorte de possuir.

Presidente José Silveira: uma vez eleito, José Silveira foi, a contragosto, reeleito para mais um biênio, ambos fecundados e pontilhados de empreendimentos que colocaram nossa gloriosa academia como uma das mais produtivas entre as congêneres.

Homem de tenacidade incurável, aplainou a arestas porventura encontradas, aliás procedimento bem ao sabor do seu caráter exemplar. Eleito, encontrou a academia sem local determinado para as reuniões; num gesto de fidalguia, deu guarida aos acadêmicos, abriu o anfiteatro do então Hospital do Tórax e hoje Hospital Santo Amaro, para as sessões. Neste local a academia permaneceu até que o ilustre diretor da Faculdade de Medicina, Prof. Newton Guimarães, assentou definitivamente, na Sala dos Lentes, no Terreiro de Jesus, o local das reuniões.

Incumbiu o eminente acadêmico Rodolfo Teixeira de traçar o perfil da Gazeta Médica, o que foi executado com rara felicidade.

Com forte liderança na classe médica, indicou e preencheu as vagas existentes no quadro da academia, tornando-a varonil e resistente aos embates naturais que o tempo proporciona. Dirigiu

o saber e honra, brindando seus pares com conferencistas de alto coturno, vindos dos muitos rincões do nosso país.

Realizou elogiável trabalho de conscientização dos valores da academia, deixando-nos laivos de saudades da sua fecunda administração. Eleito por unanimidade Acadêmico Emérito, José Silveira é homem de vida aureolada, detentor de não sei quantos títulos, acredito mesmo que nem ele o saiba, porém um, que lhe é muito caro: é o de que foi um grande presidente da Academia de Medicina da Bahia!

Senhoras e senhores,

Sob a graça de Deus dentro de mais um pouco vivenciaremos o século XXI. Pois bem, já no ano 2002 contabilizaremos um feito notável para a ciência, qual seja, os nossos 75 mil genes serão mapeados, cada um deles com uma função estereotípada. Vamos saber exatamente qual gene é responsável pela cor dos olhos, pelo tamanho dos cílios, quais as doenças que acometerão nossos semelhantes e, mais ainda, quantos anos eles e nós iremos viver!

Será fato sem precedentes, mercê da bionformática e da biotecnologia; fato incorporado ao futuro da humanidade, prestando-se a diferentes conjecturas, como a que ora faço, ao indagar: será que noivas mais exigentes, de posse da carta genética do eleito, antevendo suas doenças e mazelas e face às canseiras de esposa, trocarão seu então “grande amor” por um outro, embora menos amado, e que tenha longevidade sadia assegurada?...

Nascerá, dess’arte, uma medicina capaz de predizer o futuro da saúde dos homens, a chamada Medicina Preditiva.

E o que será ainda mais fantástico, poderemos conhecer o gene que vai adoecer, tornando possível uma operação para substituí-lo por outro gene sadio, o que equivale dizer que teremos um velho sem esclerose, um jovem sem câncer e aquele de meia idade livre do mal de Alzheimer, salvando vidas preciosas.

Será que a nossa noiva aludida vai esperar a cura do seu “bem-amado”, operado miraculosamente pela cirurgia genética?

O homem de amanhã será como o de hoje e, como o de antanho, atormentado, com dilemas e, sobretudo medroso; porém é cediço: Não se penetra a fundo na ciência sem se chegar a Deus!

A ciência gênica, ao se tornar realidade, face à sua capacidade de predizer doenças, vai criar situações bizarras para os empregadores. Como eles se comportarão face a um candidato a emprego que tenha no seu mapa uma grave doença próxima.

E as companhias de seguro de vida e de saúde, minudas do tal mapa, vão exigir maiores “prêmios”, como são camufladas as dívidas mensais?

Os governantes, a igreja, médicos, advogados e público interessado provavelmente terão que estudar em profundidade os padrões éticos face ao enorme salto sustentado pela engenharia genética, ora iniciado. Há que se preservar a dignidade humana.

Presentemente, temos como certa a postergação da doença. Isto se deve ao controle das emanções radioativas, da poluição das cidades, da dieta adequada, da redução do estresse, da abolição do fumo, colas e outros tóxicos, à prática de exercícios físicos.

Com os recentes progressos médicos acrescidos da medicina genética as nossas células poderão cumprir o desiderato para que foram criadas, qual seja: multiplicarem-se corretamente até que atinjam a idade programada, isto é: 120 anos para as mulheres e 115 para os homens e sem esbanjar palavras, pode-se dizer: o indivíduo morrerá com saúde.

Há um projeto que estuda os genes, chamado *Projeto Genoma*. Ele está sendo financiado pelos governos do EEUU, Canadá, Comunidade Européia, Japão e Austrália, como também pelas indústrias farmacêuticas, que vislumbram sua grande importância para a humanidade, além de ser um filão em dólares, patentes compensatórias às respectivas nações. No Brasil não há notícias do interesse do governo em tal projeto, nem estudos em seguimento, a não ser os do Prof. Sérgio Pena, da Universidade de Minas Gerais.

Em decorrência do estudo do genoma (que vem a ser o conjunto de genes) ficou bem definido o conceito de raça, o qual é

apenas cultural e social; raças são manifestações unicamente exteriores. O DNA – a proteína básica do genoma de um pigmeu africano, de um chinês, ou de escandinavo não difere entre si.

Quando se investiga a paternidade, partindo do DNA, acerta-se em cheio nos pais, porém o resultado não diz a cor deles.

O genoma é idêntico em todas as raças, porque a espécie humana é uma só, indivisível. E, mais ainda, todas as evidências apontam para a origem africana – e única – do homem. O que houve foi que à medida que o indivíduo, na sua incessante tara migratória, atingiu as terras geladas da Europa, não conseguiu, com aquele sol fraco do ártico europeu, “fazer síntese de Vitamina D o que provocou uma progressiva seleção natural de sobrevivência dos de pele mais clara, até dar o europeu de hoje”. Inversamente se o branco ficar exposto ao sol inclemente da África, morrerá de câncer da pele e as mulheres mumificadas seriam pouco casadouras.

O que muda no indivíduo é o temperamento, vocações, aptidões e caráter, os quais são universais; pensar ou agir em contrário é descabido e racista.

Entre os compromissos que a novel diretoria, ora alvissareiramente empossada assume, está o de empenhar-se com a força dos idealistas, no Projeto Genoma do Prof. Pena, e vê-lo funcionar na Bahia, seguindo o conselho de Sá Menezes quando diz:

“Cumpra às academias o reconhecimento e proclamação dos valores daqueles que se distinguiram no trato da cultura, na elaboração do pensamento, na profundidade e filosofia do saber, sem que isso, todavia, conduza os seus membros à inércia do conservadorismo ou, pior ainda, do reacionarismo.”

Hoje, dia de gala na Academia de Medicina, permitam-me fazer dois apelos. O primeiro é dirigido aos nossos queridos colegas deste colegiado: unamo-nos, afastemos desacertos por ventura existentes, trabalhemos em uníssonos, para maior glória desta Casa. O outro é dirigido ao eminente governador do estado, Dr. Paulo Souto, e ao membro benemérito desta academia, senador Antônio Carlos Magalhães, ambos com poderes decisórios no país; apelo para que Suas Exas. não permitam que o Brasil conti-

nue a ser caudatário dos países desenvolvidos, comprando pacotes tecnológicos ultrapassados!

Unamo-nos ao Projeto Genoma, acompanhemos par e passo o desenvolvimento científico, e a ele vamos atrelar-nos, o que equivale dizer: tomaremos assento no concerto mundial, deixando para trás o subdesenvolvimento em que temos estado inexoravelmente envolvidos.

Fiquemos, pois, à vanguarda, como o fizemos nas horas cruciais que atravessamos na história do nosso grandioso e querido país.

A Escola Bahiana de Medicina

Alberto Serravalle

Rainha das ciências – a medicina – foi brindada em 1952 por uma plêiade de idealistas com a fundação da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, alcançando em cheio a premente necessidade de uma segunda escola de medicina no estado, sendo que a primeira datava de 1808, como a primaz do Brasil.

Era imperioso criar mais uma faculdade da área médica para fazer face à demanda de jovens desejosos de aprender a arte de curar. Eram 13 os samaritanos que encontraram em Ernesto Simões Filho, então ministro da Educação, a guarida indispensável a execução do notável empreendimento. Foi seu primeiro diretor o denodado Prof. Jorge Valente, sucedido pelo emérito Prof. Orlando de Castro Lima, ambos falecidos.

A Santa Casa de Misericórdia da Bahia, por seu provedor, à época Octávio Ariani Machado aliou-se ao empreendimento, cedendo espaço, enfermarias, centro cirúrgico e pessoal à novel faculdade.

Desde 1993 a escola tem como seu diretor o Prof. Geraldo Leite, sergipano de nascimento que adotou a cidadania baiana e hoje não sabe a qual dos dois rincões mais ama. Foi reeleito por mais um quadriênio, até o ano 2001, quando irá contabilizar uma administração das mais profícuas, modulada na retidão de conduta e determinação com a evidência de um trabalho de alta eficiência.

Há anos não visitava aquele templo da ciência. Em o fazendo, fui tomado de agradável surpresa, seguida de entusiasmo pelo que observei. O espaço físico está racionalmente ocupado, foram adquiridos modernos equipamentos, melhorando a qualidade do ensino; abriram-se novas salas de aulas e de reuniões para professores, chefes de departamento; construções com vigas

metálicas, ambientes climatizados, pintados e asseados, com excelente aspecto.

A atual administração da Prefeitura de Salvador não regateou boa vontade para colaborar, e, em convênio, asfaltou, protegeu com meios-fios e grade de ferro a área de estacionamento, bem como iluminação com lâmpadas de sódio. Igualmente a atual administração da Santa Casa de Misericórdia da Bahia cooperou, cedendo maior área para estacionamento e outras franquias num esforço conjunto digno de encômios. Além disso o perímetro externo contíguo à Avenida Castelo Branco foi protegido por um gradil de ferro.

Foi criado um amplo e moderno laboratório de pesquisa básica com 211 m², destinado à investigação científica das disciplinas do 1º ciclo (Bioquímica, Biofísica, Parasitologia e outras matérias). Esse laboratório e demais melhoramentos dão condições à Escola Bahiana de Medicina, de modo permanente, para pesquisa institucionalizada, sem o que o ensino ficaria a desejar.

O prédio da biblioteca foi reformado e ampliado de modo a abrigar novas instalações, tais como salas para acesso de livros, revistas e salas para recepção, catalogação, sala para administração, e pesquisa, boxes de leitura para alunos e professores, acervo das fitas de vídeo, salas para computadores ligados à Internet e à Mednet, auditório com capacidade para 30 pessoas, tudo funcionando na mais perfeita disciplina, como se seu diretor estivesse sempre presente.

Estas instalações estão de acordo com as exigências técnicas e ergonômicas, possuindo ar climatizado e conforto de iluminação.

Novos equipamentos foram adquiridos: 35 microscópios binoculares, coleção de lâminas para diversas patologias, centrífuga refrigerada, vidraria e outros equipamentos, tornando a escola auto-suficiente no que diz respeito à indispensável qualidade nos projetos de pesquisa.

Como melhoria do ensino, a escola ampliou suas disponibilidades técnicas, pois cada aluno, no curso básico, tem à disposição num microscópio e coleção de lâminas adrede preparadas.

A biblioteca no ano passado foi enriquecida com mais de mil livros e dezenas de fitas de vídeo. Na reencadernação foram restaurados cerca de 3.000 volumes. Computadores multimídia, impressoras e outras ferramentas de trabalho estão à disposição dos usuários. Incentivos estão sendo oferecidos aos alunos (inclusive passagem e ajuda de custo), com objetivo de apresentarem trabalhos de pesquisa.

A integração com a comunidade foi cogitação da atual diretoria, tendo instituído em 1997 o programa "Saúde da Família", do qual participaram diversos alunos, de onde advém o vínculo entre eles e as famílias. Assim, ficaram implementadas experiências que de futuro virão contribuir para a formação de profissionais capacitados a um modelo de saúde que atenderá a ações de promoção à saúde e da medicina preditiva, bem como ao fortalecimento da relação cliente-profissional e ainda conhecimento dos males físicos e psíquicos das famílias carentes. Como primeiro bairro foi eleito Pau da Lima, mais precisamente a Rua do Ouro. Etapas do cronograma em tela estão delineadas, com assuntos relevantes como hipertensão arterial, consumo de drogas, desemprego, desagregação familiar, violência, condições de moradia, infecção respiratória etc.

O alunado se beneficia, pois há diversificação no cenário do ensino, precocidade no convívio com a população, ênfase nos aspectos de prevenção da saúde, compromisso com o social, modulando a habilidade do profissional.

Essas últimas atividades foram levadas a bom termo, mercê da ajuda da "Mansão do Caminho".

Foi instituído o "Dia da Mancha", com a finalidade de descobrir casos de hanseníase (lepra), pois esse terrível mal, hoje curável, tem no Brasil o pouco honroso 2º lugar no mundo, perdendo apenas para a Índia.

Com a aquisição de novos computadores, servidores e impressoras, todos os serviços da escola estão informatizados.

Há por parte da direção da escola redobrada atenção para o aperfeiçoamento do corpo docente, oferecendo Curso de Metodologia do *Ensino Superior*, com a participação de vários professores.

Docentes concluíram curso no Brasil e no exterior, contando com o incentivo da escola, seja na área de Medicina, Fisioterapia ou Terapia Ocupacional. No incentivo à pesquisa foi instalado no ano de 1997 o Laboratório Especial para Ciências Básicas, ampliado o Centro de Pesquisa Experimental, e o Laboratório de Preparo e Conservação de Peças Anatômicas.

O conselho da fundação, através de Resolução Específica, destinou 2% da receita para o desenvolvimento das ciências.

Nos últimos quatro anos foram produzidos 52 trabalhos de pesquisa pelo Centro de Cirurgia Experimental, dos quais 18 foram premiados.

Em 1997 foram ministrados seminários sobre sexualidade, terapia ocupacional, medicina preventiva, flebologia e tocoginecologia, fisiologia, encontro científicos de estudantes, neuropsiquiatria, doença de Alzheimer, encontro científico de ex-alunos, curso de acupuntura, semana do calouro, semana do médico, esta com comovida homenagem ao insigne Prof. Estácio de Lima.

Em 1997 estavam matriculados 1.576 alunos sendo no curso de medicina 1.222, fisioterapia 241, terapia ocupacional 113.

No ano que se avizinha com os cursos de odontologia e psicologia serão 1.700 alunos na área de saúde.

A Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública teve suas instalações consideravelmente ampliadas, pelo Campus de Brotas, sede da Fundação para o Desenvolvimento das Ciências, atual mantenedora da escola, a qual não regateia apoio ao progresso das unidades sob sua jurisdição. A fundação é dirigida pelo professor Humberto de Castro Lima, há 3 lustros, hoje seu presidente de honra, que, com acerto, dignidade e talento tem contribuído de maneira decisiva para consecução dos planos do diretor Geraldo Leite.

Na execução dos programas e das ampliações – os professores Humberto Castro Lima e Geraldo Leite – num trabalho elogiável feito a quatro mãos, em esmerada parceria, fizeram da Escola Bahiana de Medicina uma obra de gigantes, onde o ombro de um serve ao outro, disso resultando o alto padrão que ela exhibe.

Foi recentemente eleito presidente da fundação o Prof. Agnaldo Davi de Souza, que põe à disposição desse notável empreendimento sua valorosa capacidade técnica e humanista.

A Fundação para Desenvolvimento das Ciências possui um atuante Conselho Diretor, formado de homens de escol.



Características de personalidade dos alunos ingressos na Faculdade de Medicina da UFBA em 1998

*Solange Rubim de Pinho, Leda Solano de Freitas
Souza, Celso Vilas Boas, Edilton Costa Silva,
Ana Patrícia Vargas Borges, Caroline Santos Coutinho,
Celma Gadelha, José Antonio de Almeida Souza*

INTRODUÇÃO

No limiar do Terceiro Milênio urge repensar o sentido e o papel da educação. Luís Fernando Klein, doutor e pesquisador em Pedagogia da USP, expressa seu pensamento dizendo: "Não se nasce pessoa, se aprende a ser pessoa." As rápidas mudanças econômicas, políticas e os avanços tecnológicos, nos fazem investigar, rever objetivos, descobrir caminhos, buscando preparar um Novo Homem para um Novo Mundo.

O ensino médico também vive esse compromisso: *Não se nasce médico, se aprende a ser médico*. Refletir sobre as escolas médicas, professores, métodos pedagógicos e **adequação do processo ao aluno**, é atribuição dos promotores da formação do médico. As escolas médicas necessitam de participar e dar respostas aos modelos de atenção à saúde da população. A integração ensino-assistência-pesquisa compromete a escola com a sociedade. As faculdades de Medicina estão atualmente repensando a importância do médico generalista e humanista e a necessidade de que este desenvolva competência técnica, ética e humana.

Segundo Sharkey "O processo educacional não começa com determinado contexto e segue uma linha reta. Este processo evolui em espiral, criando condições para um jogo, no qual se alternam: **Reflexão, Ação e Avaliação**". Para rever o processo de educação médica, modificando métodos, reavaliando currícu-

los, é necessário considerar as características psicossociais dos alunos.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho foi avaliar as características pessoais do estudante de Medicina no momento do ingresso à faculdade, após o exame vestibular. Pretende-se, posteriormente manter um processo de avaliação anual dos alunos, ao longo dos seis anos do curso médico, com a finalidade de observar a interação entre currículo médico e personalidade e proporcionar dados para modificações curriculares. A avaliação anual permitirá a detecção de problemas e conflitos e a instituição de soluções através de apoio psicopedagógico ao estudante.

MATERIAL E MÉTODO

Foi realizado um estudo transversal da turma que ingressou na faculdade no primeiro semestre de 1998, constituída por 80 alunos. Elaborou-se um questionário de Avaliação do Perfil Psicológico, contendo questões abertas e questões fechadas – de múltipla escolha.

Este questionário foi aplicado aos alunos aprovados no vestibular e matriculados na Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, no 1º semestre de 1998. Cada aluno preencheu seu questionário individualmente, no primeiro dia de aula. Todos foram reunidos em uma sala e o preenchimento do questionário se deu sob observação dos autores da pesquisa.

Os dados obtidos foram computados, obtendo-se a frequência das respostas. As respostas às questões abertas foram categorizadas antes do cálculo da frequência ser efetuado. Não foram realizados testes estatísticos, pois não houve comparações, apenas descrição dos aspectos observados.

RESULTADOS

Foram obtidos 62 questionários preenchidos; houve, portanto, uma perda de 18 questionários (22,5%), correspondendo aos

alunos ausentes no primeiro dia de aula. A amostra estudada compõe-se de 32 estudantes do sexo masculino e 30 estudantes do sexo feminino. A média de idade é de 18,2 anos. São jovens de classe socioeconômica média, provenientes de escolas particulares e de “cursinhos pré-vestibulares”. As características de personalidade mais importantes encontram-se no gráfico e na tabela.

Na primeira questão foi pedido aos estudantes que compusessem uma autobiografia com o máximo de 10 linhas. As respostas a essa questão caracterizaram-se, principalmente, pela descrição da vida escolar dos estudantes, além de relatos sobre a infância e adolescência até a aprovação no vestibular, considerado um marco importante em suas vidas. Foi dito, por vários estudantes que ser médico era um sonho desde a infância, alguns para dar prosseguimento a uma “linha familiar” de médicos; outros pela admiração à profissão médica ou por profissionais que a exercem. Percebe-se que os alunos tinham sido privados de grandes frustrações até o momento. Através desta dissertação, foi possível extrair os resultados contidos no gráfico.

Em seguida, em questões fechadas, de múltipla escolha, foi solicitado aos estudantes que avaliassem aspectos de sua vida e suas atitudes diante de algumas situações. Os dados mais significativos revelados foram:

- 59% dos estudantes informaram terem sido crianças tranqüilas e apenas 2% se consideraram rebeldes quando crianças;
- diante de situações que os desagradam, 67,2% afirmaram que reagem algumas vezes e os demais afirmaram que reagem sempre;
- 56,5% disseram sentirem-se envergonhados ao passarem por situações constrangedoras;
- ao receberem críticas, 76,9% refletem sobre elas;
- quanto a reflexão perante si e o mundo, 51,7% dos estudantes consideraram que sua atitude é de introspecção freqüente, 46,7%, de introspecção eventual e apenas 1,6% consideraram que não costumam refletir ou o fazem raramente;
- sobre participação em grupos, 61,7% responderam que não têm participado; dos que afirmaram hábito de participar (38,3%),

36,4% integravam grupos de atividades relacionadas à escola ou aos estudos;

- 37,5% dos alunos se consideram tímidos e 32,5%, ansiosos ou irrequietos; nenhum aluno assinalou o item “agressivo(a)”;
- todos afirmaram gostar de lidar com pessoas, apesar de grande parte dos estudantes se considerar tímida, como transpareceu em muitas questões;
- 96,7% dos alunos afirmaram gostar de vivenciar situações novas, ainda que se conduzam com cautela e atenção (26,2%) ou medo e ansiedade (15,5%) diante destas situações;
- 55,9% dos alunos já vivenciaram situações em que amigos ou parentes estiveram envolvidos em problemas emocionais e foram solidários, apoiando afetivamente essas pessoas; 24,7% nunca foram expostos a essas situações (ou não responderam à questão); 2,4%, apesar de expostos, não prestaram auxílio.

Alguns exemplos de declarações dos estudantes nas questões abertas:

“Tive uma infância tranqüila, com boa convivência familiar. Sempre gostei de estudar. O ambiente familiar foi muito estimulante e agradável.”

“(...) A experiência mais compensadora e difícil que tive foi o vestibular pois, felizmente, os problemas que me circundam desde a infância não foram muito complicados. Escolhi Medicina porque acho uma profissão linda e porque admirava os profissionais que conheci.”

“Acho importante enfrentar situações novas, para o crescimento individual, embora fique um pouco com medo e, de certa forma, me cobre uma reação bem-sucedida.”

“Enfrento situações novas, no início, com certa timidez, o que é natural, porém depois sinto-me mais à vontade. Depende muito do lugar, das pessoas em volta, do momento.”

“A depender da situação, comporto-me de tímido a expansivo, de medroso a corajoso.”

“Não evito situações novas, procuro me adaptar, apesar de ser meio desconfortável.”

“Um amigo estava envolvido com drogas, depressivo. Estive ao lado dele, conversando muito para ajudá-lo.”

“Uma amiga teve problemas familiares e é emocionalmente instável, começando a pensar em suicídio e chegando mesmo a tentá-lo. Fiquei próxima a ela, aconselhando e lhe dando atenção.”

“Os problemas emocionais que me circundam são pequenos e corriqueiros. Mesmo assim, procuro sempre aconselhar da maneira mais sensata possível.”

Gráfico 1 – Características de Personalidade dos Estudantes (FAMED, 1998)

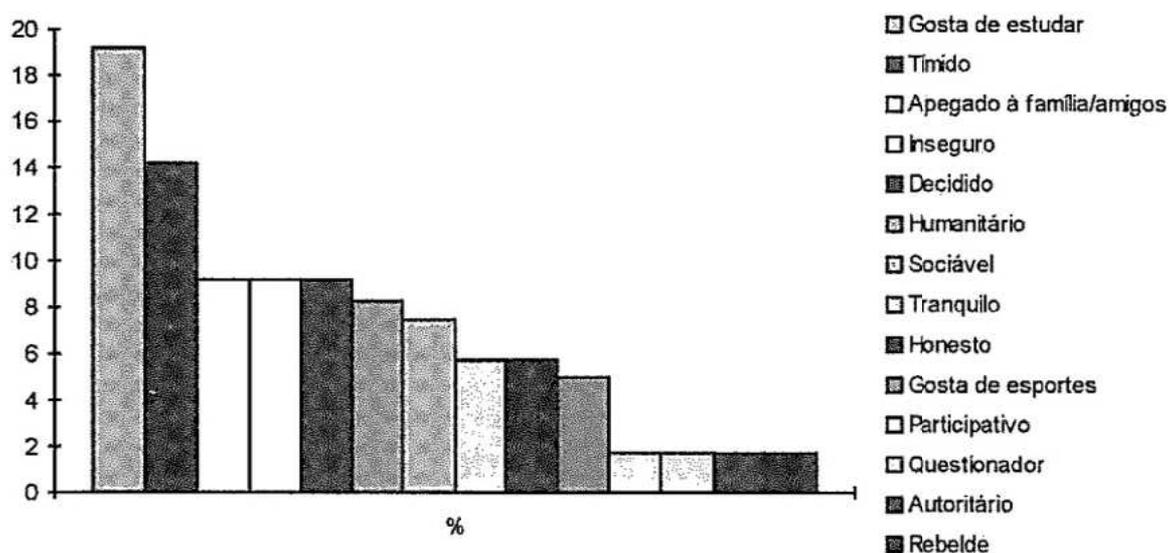


Tabela 1 – Características de personalidade dos estudantes de Medicina (1º ano), extraídas de suas autobiografias (FAMED, 1998).

Características	Número de alunos	(%)
Gostar de estudar	23	(19,2%)
Timidez	17	(14,2%)
Apego às famílias e amigos	11	(9,2%)
Insegurança	11	(9,2%)
Capacidade de decisão	11	(9,2%)
Espírito humanitário	10	(8,3%)
Sociabilidade	9	(7,5%)
Tranqüilidade	7	(5,7%)
Honestidade	7	(5,7%)
Gostar de esportes	6	(5,0%)
Atitude participativa	2	(1,7%)
Atitude questionadora	2	(1,7%)
Atitude autoritária	2	(1,7%)
Rebeldia	2	(1,7%)
Total	62	

CONCLUSÕES

Os resultados caracterizam:

1. um grupo jovem, com pouca ou nenhuma exposição a sofrimento e dor, tímido, introspectivo e concentrado nos estudos.
2. interesse do grupo em lidar com pessoas, e com situações novas, embora com cautela.
3. capacidade da maioria dos alunos de solidarizar-se com problemas emocionais de outras pessoas.

BIBLIOGRAFIA

- KLEIN, L. F. "Atualidade da Pedagogia Jesuítica", S. P., Edições Loyola, 1997.
- SILVA, A. R. "Educação com a Dimensão do Novo" – Artigo do Boletim da Associação Brasileira da Educação Médica. vol. XXV, nº 2, 1997.
- TEIXEIRA, H. & DANTAS, F. "O Bom Médico". Revista Brasileira de Educação Médica, R. J. , vol. 2, nº 1, 1997.
- TROCON, L. E. "A Importância das Características Pessoais dos Estudantes de Medicina na sua Educação" – Revista Brasileira de Educação Médica, R. J., vol. 19, nº 1-3, 1995.
- ROY, W. Organização Panamericana de Saúde & Organização Mundial de Saúde – "Contribuições sobre a Gestão de Qualidade em Educação Médica." Série: Desenvolvimento de Recursos Humanos.



Expectativas dos alunos ingressos na faculdade de Medicina da UFBA em 1998, sobre a Faculdade, o Curso e a Profissão médica

*Solange Rubim de Pinho, Leda Solano de Freitas Souza,
Celso Vilas Boas, Edilton Costa Silva,
Ana Patrícia Vargas Borges, Caroline Santos Coutinho,
Celma Gadelha, José Antonio de Almeida Souza*

INTRODUÇÃO

Objetivando o conhecimento do aluno que ingressa na Faculdade de Medicina, foi feito um inquérito sobre sua visão da profissão médica e sobre suas expectativas em relação ao curso. O conhecimento do aluno e de suas crenças e projetos é essencial para possibilitar a realização de ajustes curriculares e reformas pedagógicas.

MATERIAL E MÉTODO

Estudou-se, transversalmente, uma amostra de 62 alunos (77,5% da turma), mediante questionário auto-aplicado, respondido individualmente, em sala de aula, sob observação de um dos autores. A amostra incluiu todos os alunos presentes no primeiro dia de aula.

O questionário incluía seis questões abertas, sobre os seguintes tópicos:

1. O que os atrai na profissão médica.
2. Características do bom médico.
3. Características do mau médico.
4. Como se imaginam depois de formados.
5. Qual o papel da faculdade na formação do aluno.

6. Qual o papel do professor na formação do aluno.
7. Qual o papel do aluno em sua própria formação.

Para cada um dos quatro primeiros tópicos, foi pedido aos estudantes que dessem 5 respostas, em ordem decrescente de importância para eles.

Os dados obtidos foram computados, obtendo-se a frequência das respostas. Não foram realizados testes estatísticos, pois não houve comparações, apenas descrição dos aspectos observados.

RESULTADOS

As respostas dos alunos à pergunta sobre o que mais os atrai na profissão médica estão contidas na tabela 1 e figura 1. As cinco respostas mais frequentes foram: a possibilidade de ajudar o próximo (15,5%), a ciência médica (14,7%), a admiração pela profissão (14,3%), a condição de lidar com pessoas (13,6%), e a perspectiva de um futuro promissor (11,2%).

As características do bom médico citadas pelos alunos encontram-se na tabela 2 e na figura 2. As cinco mais importantes, em ordem decrescente de frequência, foram competência profissional (24,4%), humanidade (16%), ética (13,4%), dedicação (12,1%) e sensibilidade (8,1%).

O mau médico foi definido pelas características listadas na tabela 3 e representadas na figura 3. As cinco características mais frequentemente citadas como indicativas de um mau médico foram: irresponsabilidade (18,8%), arrogância (18%), incapacidade de estabelecer uma boa relação médico-paciente (12,6%), incompetência (11,9%) e falta de ética (11,9%). A falta do sentimento humanitário foi outra característica importante, considerada pelos estudantes (11,5%).

As características que os alunos esperam ter, quando forem médicos, estão na tabela 4 e figura 4. De acordo com as respostas citadas mais frequentemente, eles imaginam-se: estabelecendo bom relacionamento com o paciente (20,8%), sendo humanos (16,4%), competentes (14%), atualizados (9,4%) e honestos (8%).

Em questão aberta, foi perguntado aos estudantes como é visto, por eles, o papel da Faculdade de Medicina na sua formação. As respostas foram agrupadas em categorias, as quais estão apresentadas na tabela 5 e na figura 5. As respostas mais freqüentes foram: formar integralmente o aluno, preparando-o técnica e emocionalmente para exercer a profissão (25,2%); formar tecnicamente o aluno (22,2%); incrementar o potencial individual do estudante (17%); complementar a formação técnica com aspectos pessoais do aluno (10%); utilizar o ensino para favorecer a sociedade (8,5%).

As expectativas dos estudantes em relação ao papel do corpo docente em sua formação, estão representadas na figura 6; eles esperam que o professor: ensine teórica e tecnicamente (20,8%); oriente e instrua o aluno (19,8%); promova a formação através de características pessoais do estudante (17,9%); auxilie na formação integral, considerando aspectos emocionais (16%); ensine baseado em suas próprias experiências (13,3%) e estimule as habilidades de cada estudante (12,3%).

Para finalizar, foi perguntado aos estudantes que papel eles reservam para si, no processo de aprendizado que estão iniciando na Faculdade de Medicina. As respostas foram, novamente, agrupadas em categorias, apresentadas na figura 7. As mais freqüentes foram: aprender a teoria, técnica e prática médica (19,6%); promover o crescimento da faculdade (15,2%); participar ativamente da própria formação (13,7%); usar a formação em benefício social (11,6%); trabalhar com esforço, empenho e dedicação.

Tabela 1 – Atrativos da Medicina, segundo os alunos ingressos na faculdade em 1998 (FAMED, 1998)

Atrativos	Proporção de alunos (%)
Poder ajudar o próximo	15,5%
Ciência médica	14,7 %
Admiração pela profissão	14,3 %
Lidar com pessoas	13,6 %
Futuro promissor	11,2 %
Salvar vidas	9,3 %
Ser útil à sociedade	7,4 %
Conhecer o ser humano	6,6 %
Satisfação pessoal	3,9 %
Contato com desafios	3,5 %
Total	62 (100 %)

Figura 1 – Respostas, em ordem decrescente de frequência sobre o que mais atrai na profissão médica, segundo os alunos ingressos em 1998 (FAMED, 1998)

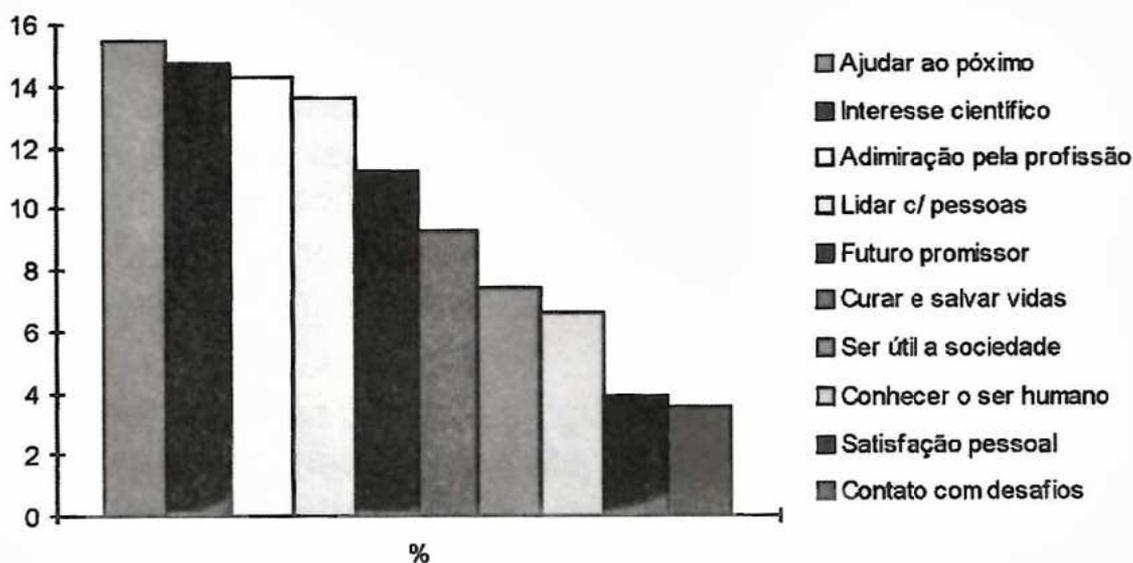


Tabela 2 – Características do bom médico segundo opinião dos alunos ingressos na Faculdade de Medicina, em 1998 (FAMED, 1998)

Características do bom médico	Proporção de alunos (%)
Competência profissional	24,4 %
Humanidade	16,0 %
Ética	13,4 %
Dedicação	12,1 %
Sensibilidade	8,1 %
Humildade	6,2 %
Honestidade	4,2 %
Cautela	3,9 %
Segurança	3,6 %
Gostar da profissão	3,3 %
Perseverança	2,6 %
Boa aparência	1,3 %
Idealismo	0,3 %
Total	62 (100 %)

Figura 2 – Características do bom médico, segundo opinião dos alunos ingressos em 1998 (FAMED, 1998)

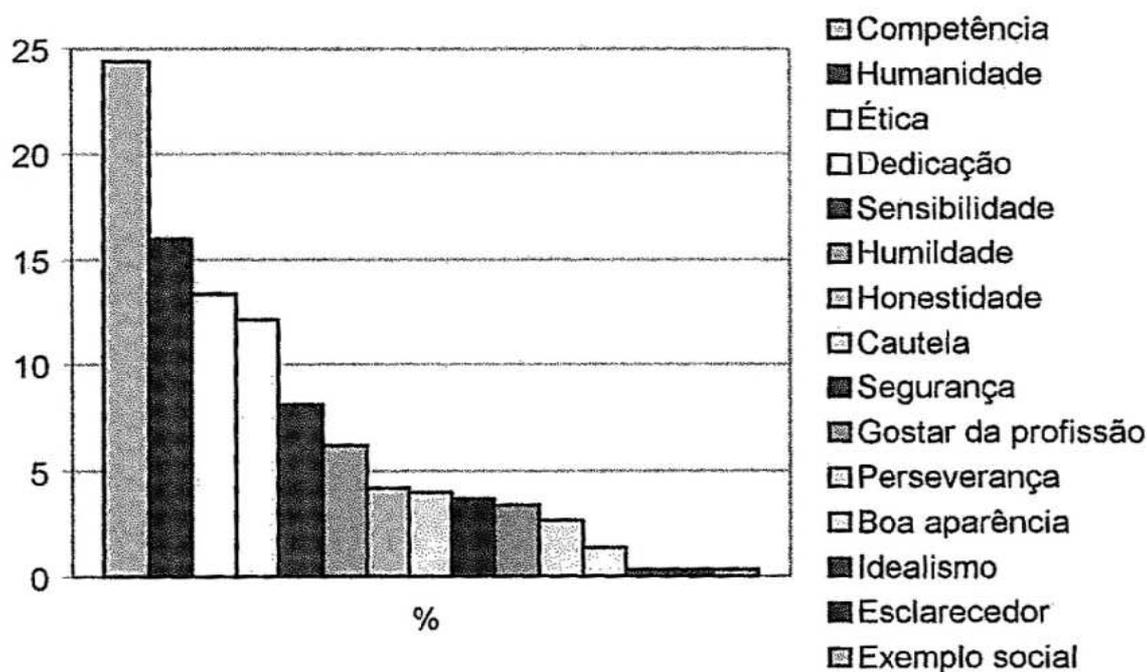


Tabela 3 – Características do mau médico, segundo opinião dos alunos ingressos na Faculdade de Medicina em 1998 (FAMED, 1998)

Características do mau médico	Proporção de alunos (%)
Irresponsabilidade	18,8 %
Arrogância	18,0 %
Incapacidade de estabelecer boa relação com o paciente	12,6 %
Incompetência	11,9 %
Falta de ética	11,9 %
Desumanidade	11,5 %
Materialismo	9,4 %
Insegurança	2,9 %
Indiferença ao social	1,1 %
Pessimismo	0,7 %
Não gostar da profissão	0,7 %
Desequilíbrio emocional	0,5 %
Total	62 (100 %)

Figura 3 – Características do mau médico, segundo opinião dos alunos ingressos em 1998 (FAMED, 1998)

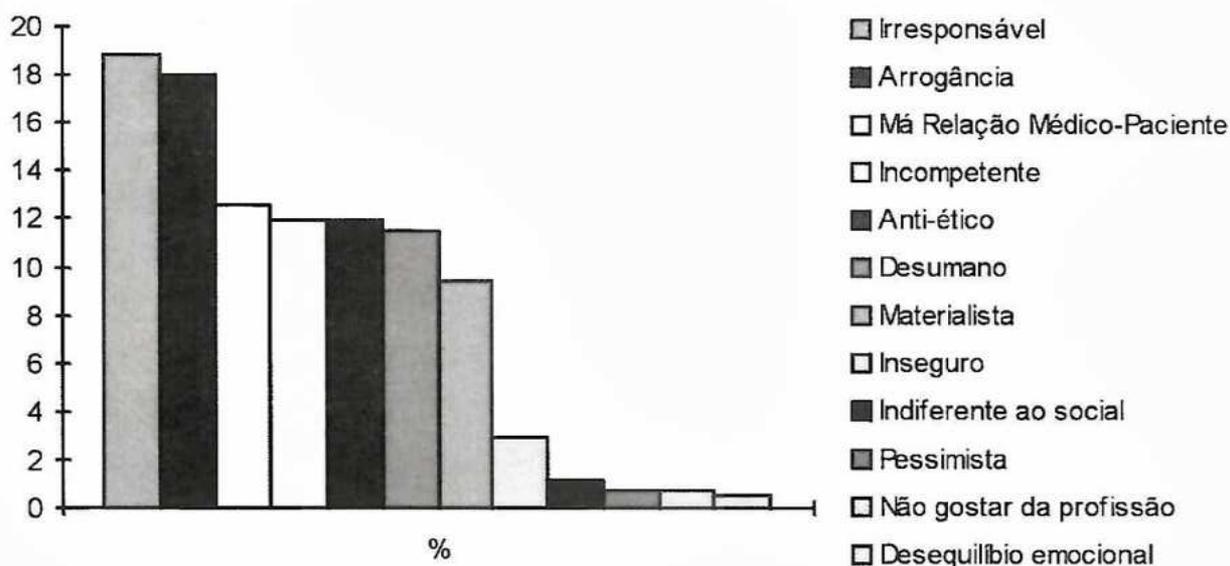


Tabela 4 – Características que os alunos imaginam que terão, quando médicos (FAMED, 1998)

Características	Proporção de alunos (%)
Capaz de estabelecer boa relação médico-paciente	20,8%
Humano	16,4 %
Competente	14,0 %
Atualizado	9,2 %
Honesto	8,0 %
Empenhado	7,6 %
Responsável	6,0 %
Humilde	5,2 %
Realizado	4,0 %
Atuante	3,2 %
Bem-sucedido	2,4 %
Persistente	1,6 %
Envolvido com o social	1,6
Total	62 (100 %)

Figura 4 – Características que os estudantes imaginam que terão depois de formados (FAMED, 1998).

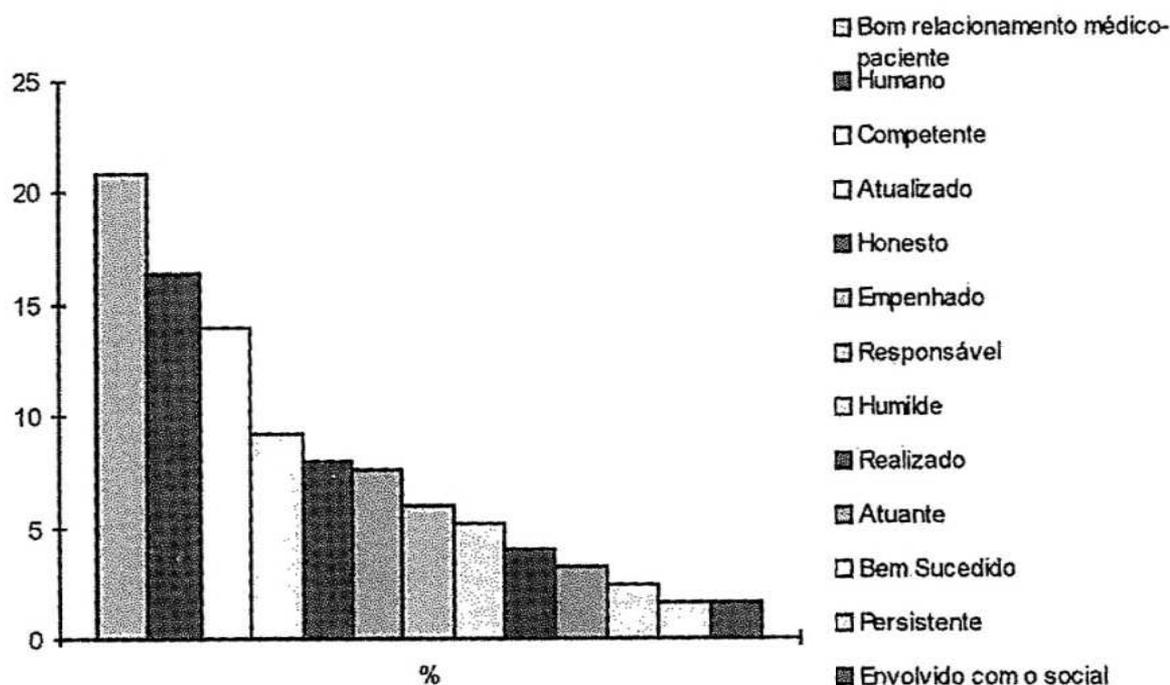


Tabela 5 – Papel da faculdade na formação do aluno, segundo a concepção do estudante ingresso em 1998 (FAMED, 1998)

Itens destacados	Proporção de alunos (%)
Formar integralmente o aluno	25,2 %
Dar formação técnica	22,5 %
Incrementar o potencial do aluno	17,0 %
Complementar a formação do aluno com aspectos pessoais dele	10,0 %
Favorecer a sociedade	8,5 %
Orientar	5,2 %
Ser uma referência afetiva/emocional para o aluno	3,7 %
Ser uma entidade integrada	3,0 %
Ampliar perspectivas e oportunidades	2,2 %
Incorporar o estudante à profissão	1,5 %
Promover integração	1,5 %
Total	62 (100%)

Figura 5 – Papel da faculdade na formação do aluno, segundo a concepção do estudante ingresso em 1998 (FAMED, 1998)

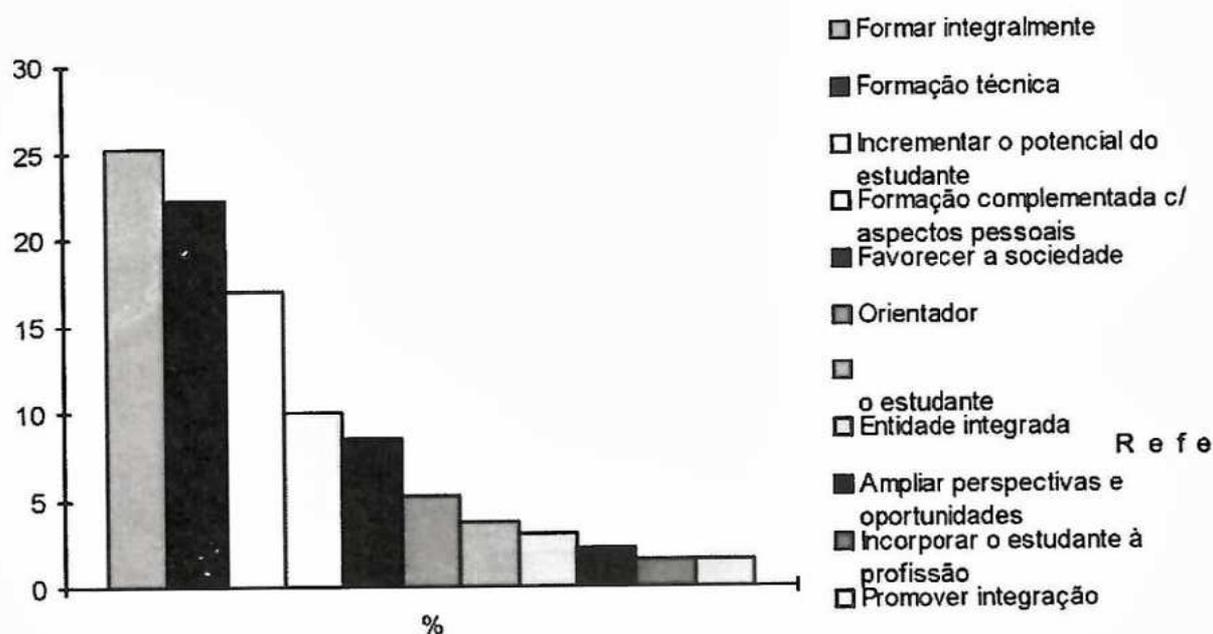


Figura 6 – Papel do professor na formação médica (FAMED, 1998)

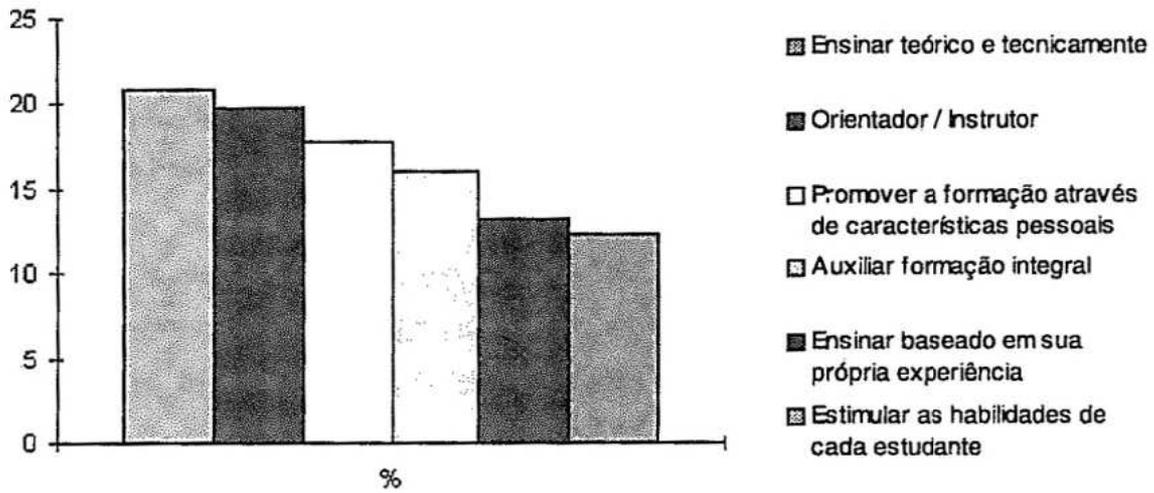
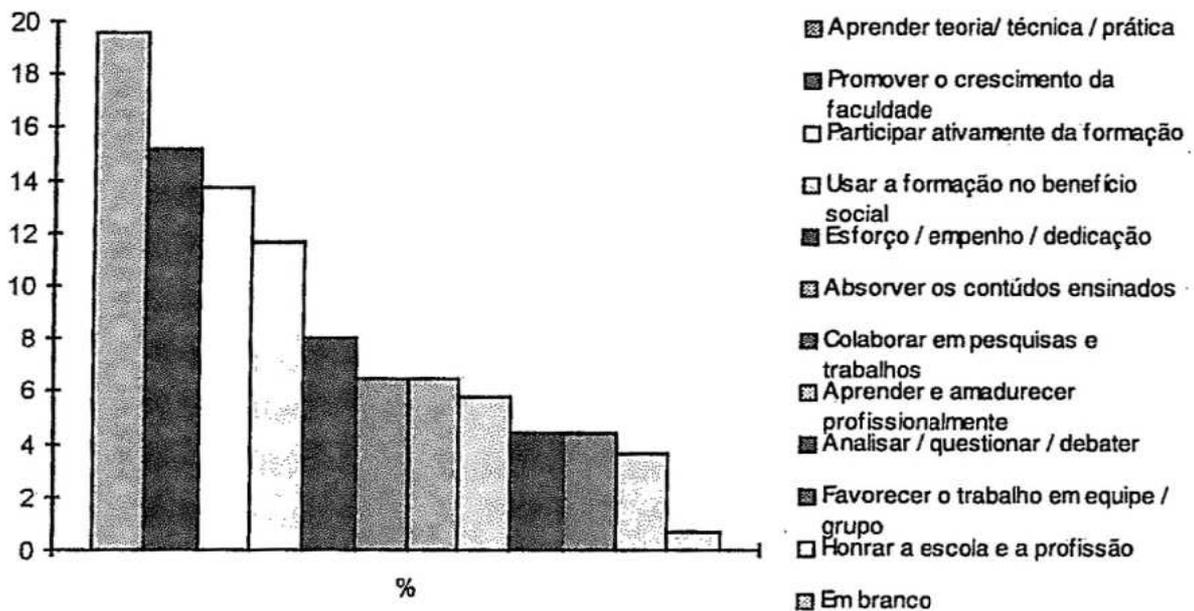


Figura 7 – Papel do estudante na formação médica (FAMED, 1998)



Alguns exemplos de declarações dos estudantes:

a) sobre o interesse pela profissão médica:

“Escolhi Medicina porque acho uma profissão linda e porque admirava os profissionais que conheci.”

“O sonho de ser médico não é oriundo de uma história familiar, mas da minha observação de trabalho dos profissionais e futuros colegas desta maravilhosa profissão.”

“Estou cheia de planos e medos na minha ‘nova vida’; essa profissão escolhi por amá-la, mesmo contra a opinião de meus pais que são médicos e não queriam que eu ingressasse nessa profissão em crise.”

b) sobre os principais atrativos da Medicina:

“1º) Ter a possibilidade de salvar vidas; 2º) Lidar com pessoas; 3º) Procurar resolver problemas mentais e físicos do paciente; 4º) Frequentar hospitais; 5º) Vestir branco.”

“1º) A possibilidade de salvar vidas; 2º) A possibilidade de poder ajudar na descoberta de curas de doenças como a AIDS; 3º) A possibilidade de obter ‘status’ na sociedade; 4º) A possibilidade de poder ter um conhecimento profundo da maravilha que é o corpo humano.”

“1º) Possibilidade de ajudar os outros; 2º) Grandiosidade da profissão; 3º) Dinheiro; 4º) Respeito; 5º) Status.”

c) sobre o que consideram características de um bom médico:

“1º) Possuir o máximo de experiência e conhecimento na área em que escolher; 2º) Estar sempre atualizado; 3º) Carisma e educação; 4º) Dedicção; 5º) Amor pelo que faz.”

“1º) Ser ético; 2º) Ser bom com os mais pobres; 3º) Ser bom na prática; 4º) Ser bom na teoria; 5º) Saber lidar com as pessoas.”

“1º) Amar a profissão; 2º) Amar a profissão; 3º) Amar a profissão; 4º) Amar a profissão; 5º) Amar a profissão. Disso todo o resto depende: amando o que faz, o médico fará seu papel em prol do

outro, na tentativa de amenizar o sofrimento, buscar cura e melhorar o sistema de saúde. Tudo por amor.”

d) sobre o papel da faculdade na formação do aluno:

“A Famed deve fornecer a visão básica do médico. Despertar a curiosidade em aprender, assim como fornecer a ética para a formação humana do médico. A faculdade é importante na medida em que desperta a confiança do indivíduo.”

“Além de toda a formação profissional, do conhecimento científico e dos cursos que a faculdade oferece, ela também tem o papel importante na formação do cidadão, do médico ético e, principalmente, de uma relação humana com a sociedade em geral.”

“A faculdade coloca à nossa disposição, de forma organizada, todo o conhecimento necessário à formação do profissional, integrando-o à sociedade. Os estudantes entram com muita vontade, disposição e determinação, mas lhes falta conhecimento, não só na profissão, como na própria sociedade e uma compreensão maior do mundo que lhes cerca.”

e) sobre o papel do professor:

“O professor precisa ser amigo e compreensivo, ele é a base de todo um começo que precisa ser muito bem semeado para poder crescer e dar bons frutos.”

“O professor me ensinará o básico, coisas importantes, é claro. Porém eu terei que construir meu próprio conhecimento, me dedicar ao máximo ao meu objetivo. O professor será meu guia.”

“(…)que o professor aponte os melhores meios de aprendizagem e seja um exemplo de ética e responsabilidade. O professor deve estimular o aprendizado individual do aluno.”

f) Sobre o papel do aluno em sua própria formação:

“Não desejo ser um ‘aluno-espectador’, quero poder participar da faculdade.”

“Farei o papel de ‘receptor’ de valores e conhecimentos e serei um instrumento através do qual tais valores possam ser passados adiante.”

“Pretendo me entregar de corpo e alma ao curso, estudar com amor e carinho, pois acredito que tudo merece muita atenção, afinal vamos ter uma grande responsabilidade daqui para frente.”

CONCLUSÃO

A amostra estudada é formada por jovens movidos por sonhos e ideais, que chegam à escola com grande nível de expectativa quanto aos professores e à faculdade.

Se a nossa proposta é preparar um novo médico para um novo momento, nos cabe refletir sobre como transmitir a estes jovens uma consciência mais concreta desta estrada que se dispõem a trilhar com competência humana, técnica e ética.

O nível de amadurecimento afetivo que detectamos, demonstra a necessidade do educador no sentido amplo, integrando o papel subjetivo e objetivo da função, sendo modelo de identificação, figura de importância fundamental no processo, que deve ser cultivado, qualquer que seja a técnica pedagógica adotada.

Seguiremos atentos para preparar os estudantes para contatar com a dor, transformando cada obstáculo em desafio, sem dissolver a pureza, a suavidade, o desejo de sintonia com o próximo e o amor à profissão, tão claros no grupo que participou desta pesquisa.

Estando estes jovens, numa etapa de formação pessoal e profissional, a escola deve ser acolhedora, dinâmica e atualizada, capaz de consolidar vocações, lidando com cada aluno como indivíduo singular e único.

Configura-se a necessidade de valorizar o médico generalista, dando resposta e atenção satisfatórias à saúde da população e uma tarefa importante é evitar as desagregações do curso médico, que descaracterizam a faculdade e impedem que ela seja um referencial para seus alunos.

Propomo-nos avaliar, anualmente, os estudantes, para observar a evolução até o final do curso e consideramos necessária a instituição do Núcleo de Apoio Psicopedagógico ao Estudante, para acolher, identificar, orientar ou indicar ajuda especi-

alizada nos casos de dificuldades pedagógicas, psicológicas ou psiquiátricas.

BIBLIOGRAFIA

- KLEIN, L. F. –“Atualidade da Pedagogia Jesuítica”. S. P., Edições Loyola, 1997.
- SILVA, A. R. “Educação com a Dimensão do Novo” – Artigo do Boletim da Associação Brasileira da Educação Médica, vol. XXV, nº 2, 1997.
- TEIXEIRA, H. & DANTAS, F. “O Bom Médico”. Revista Brasileira de Educação Médica, R. J. , vol. 2, nº 1, 1997.
- TROCON, L. E. “A Importância das Características Pessoais dos Estudantes de Medicina na sua Educação” – Revista Brasileira de Educação Médica, R. J., vol. 19, nº 1-3, 1995.
- ROY, W. Organização Panamericana de Saúde & Organização Mundial de Saúde – “Contribuições sobre a Gestão de Qualidade em Educação Médica.” Série: Desenvolvimento de Recursos Humanos.

Avaliação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, a partir de questionário aplicado aos formandos de 1997

*Leda Solano de Freitas Souza, José Antonio de Almeida Souza,
Carlos Maurício Cardeal Mendes,
Luciana de Freitas Velloso*

INTRODUÇÃO

As escolas médicas de todo o mundo vêm passando por um período de reflexão curricular e pedagógica, sob o impacto das rápidas transformações científicas, tecnológicas e sociais. Muitas delas vêm buscando adequar-se às múltiplas exigências do mundo atual e futuro, tomando como metas:

- formar médicos tecnicamente competentes, capazes de utilizar os recursos tecnológicos, cada vez mais numerosos e complexos, dentro de uma escala de valores que priorize a observação clínica;
- formar médicos humanistas², solidários com o doente: capazes de o verem como ser humano global, em seus aspectos biopsicossociais, aptos a desenvolverem boa relação médico-paciente e a considerarem essa relação como item importante para o sucesso terapêutico e o bem-estar do paciente;
- formar médicos cidadãos² que, além de cuidarem da abordagem individual – do paciente – sejam capazes de se preocupar com a sociedade, identificando suas necessidades e interferindo sobre o sistema de saúde para que a população alcance um melhor padrão de saúde;
- formar médicos autodidatas⁸, capazes de buscar o aprendizado ao longo de sua vida profissional, de modo a assimilarem, com prontidão, os novos fatos científicos;

- formar um contingente de médicos generalistas, além de médicos especialistas, em proporção apropriada à comunidade à qual irão servir, para que a atenção sanitária possa organizar-se de modo hierarquizado, com racionalização de custos e de forma relevante para a comunidade³.

A eficácia e a propriedade do currículo médico atual e do modelo pedagógico tradicional vêm sendo questionadas, diante das novas metas pretendidas.

Algumas faculdades de Medicina já iniciaram um processo de reforma curricular e pedagógica; escolas, fundadas recentemente, foram estruturadas de acordo com modelos revolucionários, diametralmente opostos aos tradicionais (universidades de Maastricht, na Holanda, de Newcastle, na Austrália, de McMaster, no Canadá, do Canal de Suez, no Egito, entre outras). No Brasil, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), e a Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) vêm estimulando os debates em torno do currículo e do modelo pedagógico das nossas escolas e a busca de soluções para problemas crônicos do ensino médico em nosso meio^{5 e 6}.

A Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, fundada em 1808, é a mais antiga escola médica do Brasil. Durante os seus 190 anos de existência, empreendeu algumas reformas curriculares e avaliações do ensino praticado. A última reforma foi implantada no ano de 1992, introduzindo pequenas modificações: a reforma consistiu na adoção do sistema de ensino e de avaliação de competências, na expansão do ensino de propedêutica (incluindo semiologia pediátrica, ginecológica, urológica, oftalmológica, etc.) e na extensão do internato de 1 para 2 anos; o primeiro ano de internato, enfoca as grandes áreas gerais do conhecimento médico – Obstetrícia e Ginecologia, Pediatria, Clínica Médica e Cirurgia, em quatro estágios de três meses de duração, enquanto que no segundo ano, o estudante escolhe sua área de concentração, para treinamento durante 11 meses. Não houve nenhuma modificação no currículo do curso básico; o modelo pedagógico foi também mantido. De um modo geral, a reforma mostra o propósito de evitar a especialização precoce e a intenção de formar médicos com conhecimentos e

habilidades nas quatro principais áreas; a avaliação por competência mostra a preocupação em desenvolver as habilidades técnicas dos alunos.

Aproveitando a conclusão de curso, em julho e dezembro de 1997, das primeiras turmas que experimentaram o novo currículo, decidimos realizar uma pesquisa de opinião dos formandos sobre o curso médico; a partir da visão dos formandos, pretendemos avaliar o desempenho curricular e pedagógico da Faculdade de Medicina da Ufba, nos últimos seis anos.

OBJETIVOS

- identificar os aspectos do aprendizado enfatizados pela faculdade durante o curso;
- quantificar o papel do curso básico na formação do médico;
- determinar a capacidade dos alunos de integrar o conteúdo do curso básico com o conteúdo do curso profissionalizante (ou curso clínico) e as principais dificuldades;
- avaliar o grau de satisfação dos alunos em relação ao currículo oferecido no curso profissionalizante e identificar as falhas;
- avaliar o impacto dos seis anos de curso médico sobre comportamentos, atitudes e habilidades dos alunos, identificando as áreas de insuficiência;
- analisar a eficiência do sistema de avaliação do aluno;
- conhecer o tipo de médico que a faculdade está formando.

MATERIAL E MÉTODO

O desenho do estudo é transversal. Os 130 estudantes do 6º ano médico (turmas do 11º e do 12º semestres) foram submetidos a um questionário de avaliação do curso, auto-aplicado, e não identificado, contendo sete questões abertas e 75 questões fechadas. A maioria dos alunos preencheu o questionário em sala de aula, sob supervisão de um professor; alguns o responderam em suas residências. Cem questionários foram preenchidos e

devolvidos; a perda foi de 23%, atribuída à dificuldade de localização de alguns estudantes para entrega de questionários, ou ao seu não-comparecimento quando convocados para preenchimento do questionário em sala de aula, ou ainda, à devolução parcial dos questionários entregues para preenchimento em casa. As questões fechadas tinham respostas do tipo “sim / não”, de múltipla escolha, ou na forma de pontuação de 0 a 3. O significado de cada ponto foi explicado aos alunos, no questionário. Foram calculadas as freqüências das respostas obtidas. No caso das questões abertas, o cálculo das freqüências foi precedido pelo agrupamento de respostas semelhantes.

RESULTADOS

a) Perfil geral da faculdade:

A maior parte dos alunos considerou moderada ou pequena a ênfase dada pela faculdade ao aprendizado, de um modo geral. A opinião dos alunos com relação à ênfase dada a cada uma das três áreas do aprendizado – aquisição de conhecimentos, aquisição de habilidades e desenvolvimento de atitudes – pode ser analisada a partir da tabela 1. Os alunos esperavam um maior empenho da faculdade (tabela 1). Os alunos avaliaram a contribuição da faculdade em sua formação em uma escala de 0 a 100: 83% deles consideram que a faculdade foi responsável por 60 a 80% do trabalho. Quase todos os alunos (99%) procuraram recursos externos à Faculdade, para complementação de seu aprendizado: estágios e plantões (93% dos alunos), cursos de extensão (40%), grupos de pesquisa (27%), grupos de estudo (5%). Dos 93 alunos que informaram terem procurado estágios e plantões, 38 não especificaram a área em que estagiaram, 42 alunos cumpriram estágios em serviços de emergência, 34 em serviços de terapia intensiva e 25 em maternidades.

b) Curso básico:

A percepção dos formandos sobre a importância do curso básico na sua formação profissional encontra-se na tabela 2. Al-

gumas disciplinas do curso básico puderam ser classificadas de acordo com a sua utilidade na formação médica, segundo a opinião dos alunos (tabela 2): Fisiologia e Anatomia foram as mais citadas, como de grande utilidade. Redução do conteúdo programático do curso básico foi considerada necessária por 72 alunos, entre os 99 que opinaram sobre essa questão (tabela 3); Bioquímica foi a disciplina mais citada pelos alunos para sofrer redução do conteúdo, seguida por Biofísica, por Medicina Social, Saúde Pública e Biologia Molecular.

c) Currículo clínico ou profissionalizante:

Os alunos conferiram pontos a cada área da etapa profissionalizante, de acordo com sua percepção da ênfase dada pela faculdade a cada uma dessas áreas (tabelas 4a e 4b). As maiores diferenças entre o currículo profissionalizante oferecido pela faculdade e aquele idealizado pelos alunos ocorreram nas áreas de Emergência, Ações Terciárias (Tratamento Intensivo), Neurologia e Geriatria.

d) Integração dos conhecimentos adquiridos no curso básico e no curso profissionalizante:

Segundo auto-avaliação dos alunos, 20% deles conseguiram integrar com facilidade os conhecimentos adquiridos nas duas etapas do curso médico, enquanto que os demais tiveram dificuldade variável em realizar essa integração (tabela 5). Sessenta estudantes opinaram sobre os problemas que dificultam a integração dos conhecimentos; as respostas puderam ser agrupadas em 3 categorias principais:

- ensino desintegrado (45% dos alunos referiram esse problema);
- conteúdo muito extenso de conhecimentos teóricos, no curso básico (26% dos alunos): “não se mostra a importância prática do que é ensinado no básico”, “há muita teoria e pouca aplicabilidade prática, no curso básico”;
- problemas operacionais na condução dos cursos (14% dos alunos): “há uma grande distância de tempo entre os dois cursos”,

“a maioria dos professores do básico não tem formação ou atuação clínica”, “no curso profissionalizante não se faz correlação com o que foi visto no básico.”

A opinião dos alunos sobre a reorganização temporal das duas etapas do curso médico encontra-se na tabela 6a. Foi perguntado se as duas etapas – básica e profissionalizante – deveriam ser simultâneas ou deveriam ser mantidas uma após a outra, como funciona atualmente. Na nossa faculdade, o contato com o paciente começa no 4º semestre, com o ensino de Prope-dêutica. Foi perguntado aos formandos se esse contato deveria ser mais precoce, ou deveria ser mantido como está. A frequência de cada resposta encontra-se na tabela 6b.

e) Desenvolvimento de algumas habilidades e atitudes durante o curso:

As questões sobre o impacto do curso médico sobre o estudante avaliam o desenvolvimento de habilidades ou de atitudes (tabelas 7 a, 7 b e 7 c): três questões enfocam o desenvolvimento de habilidades mentais – raciocínio, juízo crítico e senso de investigação, sete questões versam sobre atitudes e habilidades que facilitam o aprendizado – capacidade autodidata, iniciativa em promover o próprio aprendizado, senso de responsabilidade em sua própria formação, capacidade de ler artigos científicos, capacidade de ler em inglês, capacidade de usar bem a biblioteca, capacidade de usar a informática, três questões investigam habilidades de comunicação e relacionamento – capacidade de bom relacionamento com colegas e profissionais de saúde, capacidade de bom relacionamento com paciente e familiares, capacidade de se comunicar bem com o paciente e, por fim, quatro questões avaliam atitudes e habilidades no trato com o paciente – iniciativa, segurança, senso de responsabilidade, capacidade de entender o paciente de forma holística. Mais de 80% dos alunos responderam que desenvolveram muito o senso de responsabilidade por sua própria formação profissional e o senso de responsabilidade pelo paciente (tabela 7 a e 7 c). Habilidades que facilitam o aprendizado, como uso da biblioteca e da informática

- as provas são feitas com descaso, sem responsabilidade e sem preocupação em avaliar se realmente o aluno aprendeu;
- não se avalia capacidade de raciocinar e sim, a capacidade de resolver “armadilhas”;
- as avaliações deveriam ser mais freqüentes, ou mesmo contínuas;
- provas são método ultrapassado; faltam questões com casos clínicos; há excesso de provas de múltipla escolha;
- não há avaliação formativa;
- não tem funcionado o sistema de avaliação por competência.

Os principais problemas, apontados por 81 alunos, puderam ser agrupados em 4 classes:

- a avaliação não atinge seus objetivos (56% dos alunos);
- os instrumentos de avaliação são inadequados (41% dos alunos);
- os critérios de avaliação são inadequados (25% dos alunos);
- a avaliação não estimula o aprendizado (6%).

g) Perfil do formando:

Os 100 alunos que participaram da pesquisa, respondendo aos questionários, declararam pretender fazer curso de residência médica; os motivos principais dessa decisão foram:

- completarem a formação (65% dos alunos);
- especializarem-se em alguma área (53%);
- atenderem às exigências do mercado de trabalho (19%);
- adquirirem segurança profissional (17%).

Apenas 7% dos alunos pretendem ser médicos generalistas; 91% desejam especializar-se; e 2% ainda não se definiram. A distribuição dos alunos de acordo com a escolha da área médica onde pretendem atuar encontra-se na tabela 9. Pretendem atuar em Salvador 48% dos formandos, enquanto que 20% deverão ir para o interior da Bahia e 10%, para outros estados; 22% ainda estão indefinidos a esse respeito. Metade dos alunos referiram

ter noção do tipo de médico necessário à comunidade onde trabalhará: segundo 22% dos alunos, a comunidade requer médicos especialistas, segundo 15%, são necessários médicos generalistas; outros ressaltaram aspectos do comportamento que são necessários ao médico, como ética, responsabilidade entre outros.

DISCUSSÃO

Os primeiros aspectos a serem considerados dizem respeito ao produto da Faculdade de Medicina da UFBA: a faculdade está formando médicos com forte tendência à especialização (91%) e com grande preocupação com sua qualidade profissional, como o indica a intenção de 100% deles em cursar residência, com a principal finalidade de completarem a formação (65%) e de se especializarem (53%); apenas 19% citaram “exigência do mercado de trabalho”, como motivação para fazer residência, geralmente associada a outras motivações. O nível de desenvolvimento, durante o curso, do senso de responsabilidade por sua própria formação e do senso de responsabilidade pelo paciente, considerado alto, respectivamente, por 83% e 84% dos alunos, indica também a preocupação dos formandos com a sua qualidade profissional. No entanto, a faculdade não tem uma definição clara do nível de competência terminal desejado para seus alunos e não dispõe, conseqüentemente, de um instrumento de avaliação dos formandos. Os próprios alunos citaram a deficiência de avaliação global do interno e do formando, entre as críticas ao sistema de avaliação do aluno. O questionário aplicado não permite essa avaliação, informando apenas que $\frac{3}{4}$ dos formandos sentem-se seguros para as medidas básicas do início do tratamento do paciente e uma igual proporção refere ter iniciativa diante do paciente. Um grau, provavelmente significativo e generalizado, de insegurança para os passos além do atendimento inicial, não avaliado por este questionário, se existente, pode explicar a ansiedade, de todos os formandos, pelo curso de residência. Considerando que mais de 60% dos formandos afirmaram terem desenvolvido muito a capacidade autodidata e a iniciativa para

promover seu próprio aprendizado, a forma compulsiva como todos recorrem à residência sugere insegurança profissional, que pode ser devida às características do curso médico – excessivamente centrado nos aspectos cognitivos e de memorização e negligenciando o desenvolvimento de habilidades e da capacidade de solucionar problemas. O Edital 04/97, da Secretaria de Ensino Superior do MEC, procura corrigir essa distorção, ao determinar que as novas diretrizes curriculares dos cursos superiores de graduação devem basear-se na definição de competências e habilidades profissionais a serem alcançadas até o final do curso de graduação, delineadas de acordo com as necessidades da sociedade e que, ao terminar o curso, o graduado deverá estar apto para inserção no mercado de trabalho⁴.

O conhecimento dos formandos sobre o mercado de trabalho e sobre a população das regiões onde vão trabalhar é insuficiente e não parece preocupá-los, nem interferir na escolha da especialidade. Chama atenção o grande número de alunos interessados em especialização na área de cirurgia vascular, não se tendo encontrado explicação para esse fato. Isso pode ser o reflexo de uma fraca interação entre faculdade e comunidade e a ausência de um compromisso recíproco: por parte da faculdade, o de formar médicos relevantes para a comunidade e por parte da comunidade, o de participar na formação do médico, como campo de observação e treinamento.

Alguns aspectos referentes a falhas no Curso Médico são claramente evidenciados pelo questionário aplicado, e parecem ser comuns às escolas médicas brasileiras, em geral^{6, 7}:

- a) A maioria dos alunos considerou pequena a ênfase dada pela faculdade, à aquisição de habilidades e quase todos os alunos (93%) procuraram, por iniciativa própria, meios, fora da faculdade, para adquirirem treinamento em áreas como emergência, terapia intensiva e obstetrícia. A maioria dos alunos considerou pequena ou nula a ênfase dada, pela Faculdade, a emergência, terapia intensiva, neurologia e geriatria.
- b) O curso básico foi alvo de numerosas críticas: conteúdo excessivo, ministrado e trabalhado de forma inadequada por professores e alunos; ensino desintegrado; assuntos não valori-

zados com relação à sua aplicação prática. A maioria dos alunos teve dificuldade em aproveitar os conhecimentos do curso básico, no curso profissionalizante, deixando a impressão de que as duas etapas da formação médica ocorreram de forma totalmente independente e de que se perdeu a oportunidade de desenvolver no aluno um raciocínio clínico mais coerente e dedutivo. Mais de $\frac{3}{4}$ dos alunos opinaram que a etapa básica e a etapa profissionalizante deveriam ocorrer simultaneamente, de forma imbricada, como forma de melhorar a integração e a fixação de conhecimentos. A estratégia pedagógica adotada pela Faculdade é de transmissão compulsiva de conhecimentos pelos docentes, que resulta no aprendizado superficial de um número excessivo de fatos (baseado principalmente na memorização). O aluno é passivo no processo de aprendizado e é submetido a tensões exageradas; as consequências psicológicas da grande carga cognitiva que lhe é imposta, de modo pouco racional, precisam ser avaliadas. A estratégia alternativa seria a de reduzir o número de fatos (de acordo com o objetivo terminal do curso) e abordá-los de forma aprofundada e integrada⁹, dando ao aluno papel ativo nesse processo, para que desenvolva a capacidade de utilizar esses conhecimentos na resolução de problemas práticos.

- c) Grande parte dos formandos se referiu também a falha do curso no preparo dos alunos para utilização de recursos para o aprendizado (biblioteca, leitura de artigos científicos, informática). Para que o aluno se torne agente de seu aprendizado, a faculdade precisa preocupar-se com a sua capacitação para utilização desses recursos. A tecnologia da informação médica, como afirma o Prof. Dejanó Sobral⁹, precisa fazer parte dos currículos médicos.
- d) A maioria dos alunos mostrou-se profundamente insatisfeita com o sistema de avaliação discente, apontando a inadequação do sistema para avaliar o desenvolvimento de qualidades e habilidades importantes para o exercício profissional. Para que se crie um sistema adequado, é fundamental ter-se a formulação precisa do perfil do médico que se pretende formar². A avaliação do aluno ao longo do curso, desde que criteriosa,

sensível e ajustada a objetivos finais bem estabelecidos, é um poderoso instrumento de verificação da eficácia do processo educativo. A partir da avaliação, identificam-se problemas e propõem-se correções.

Todos os aspectos discutidos representam a visão dos alunos, formandos de 1997 e são, portanto, uma análise unilateral do curso médico, que precisa ser complementada com a visão dos professores e de egressos do curso, após inserção no mercado de trabalho. Não foi possível realizar uma cobertura mais completa dos formandos, por dificuldades operacionais, que resultaram em perda de 23% da população de alunos. Essa perda pode ter resultado em uma seleção involuntária de alunos mais interessados e comprometidos com a Faculdade, que poderá ter gerado alguma distorção nos resultados.

CONCLUSÕES

Este trabalho possibilitou uma avaliação geral do curso médico, a partir da visão dos alunos do 11º e 12º semestres.

Os seguintes aspectos podem ser ressaltados:

- curso com ênfase maior no domínio cognitivo;
- conteúdo cognitivo considerado excessivo;
- caráter predominantemente teórico, particularmente do curso básico;
- desintegração do conteúdo curricular;
- pouca oportunidade de desenvolvimento e treinamento de habilidades práticas, o que leva o estudante a procurar, por seus próprios meios, oportunidades externas à Faculdade;
- sistema de avaliação discente precário e inconsistente;
- formando inapto para inserção imediata no mercado de trabalho;
- formando pouco preocupado com a comunidade onde irá atuar.

RESUMO

Foi aplicado um questionário sobre o Curso Médico a 100 alunos do 11º e 12º semestres da Faculdade de Medicina da Ufba. As respostas possibilitaram uma avaliação do perfil do formando, do sistema de avaliação discente, dos enfoques principais da Faculdade, do currículo do curso básico e do curso profissionalizante, da capacidade de integração de conhecimentos dos alunos, e do impacto do curso sobre o desenvolvimento de atitudes e habilidades.

Palavras-chave: currículo, avaliação, formando.

ABSTRACT

A questionnaire was self-answered by 100 final-year students of the Faculty of Medicine of Ufba. Results allowed an evaluation of: graduates profile, system used to evaluate students along the 6 years of medical course, basic sciences and clinical curriculum, students' ability to integrate knowledge and how attitudes and abilities are being developed by them.

Key words: curriculum, evaluation, graduating students.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Amorim DS – Necessidades Básicas da Transição Paradigmática: o ciclo pré-clínico. Bol. Assoc. Bras. Educ. Med. Jan/Abr 1997; 21(1):17-23.
- ² Chaves MM – Avaliação da Educação Médica. Rev. Bras. Educ. Med. Jan/Abr 1997; 21(1):7-12.
- ³ Fülöp T – Setting the stage: evaluate to serve Health for All. Pag xi-xv. In: Innovation in Medical Education – na evaluation of its present status. Zohair M. Noonan, Henk G. Schmidt, Esmat S. Ezzat. Springer Publishing Company, Inc. New York, 1990.
- ⁴ Lampert JB – Diretrizes Curriculares: um novo ponto de partida. Bol. Assoc. Bras. Educ. Med. Jan/Abr 1998; XXVI(1):5.
- ⁵ Oliveira RA – CINAEM: consolidando as parcerias. Bol. Assoc. Bras. Educ. Med. Jan/Abr 1998; XXVI (1):1-2.

- ⁶ Resultados da avaliação das escolas médicas do Brasil – Bol. Assoc. Bras. Educ. Med. Maio/Agosto 1997; XXV(2):3-5.
- ⁷ Reestruturação do Currículo de Medicina II. Universidade Federal do Paraná. Pró-Reitoria de Graduação. Curitiba. Ind. Gráfica Editora Serena, 1992. Cadernos de Avaliação nº 8.
- ⁸ Schmidt HG – Innovative and Conventional Curricula Compared: what can be said about their effects? Pag:1-7. In: Innovation in Medical Education – an evaluation of its present status. Zohair M. Noonan, Henk G. Schmidt, Esmat S. Ezzat. Springer Publishing Company, Inc. New York, 1990.
- ⁹ Sobral DT – Desafios e Perspectivas da Reestruturação Curricular. Bol. Assoc. Bras. Educ. Med. Nov/Dez1997; XXV(4):1-2.

Tabela 1 – Distribuição dos alunos, por pontuação por eles conferida à ênfase dada pela faculdade à aquisição de conhecimentos e de habilidades e ao desenvolvimento de atitudes e por pontuação (entre parênteses) conferida à ênfase que eles esperavam que a faculdade tivesse dado a esses itens, durante o curso (n = 100) (FAMED, 1997).

Pontuação	Número de respostas					
	Conhecimentos		Habilidades		Atitudes	
0	0	(0)	16	(0)	4	(0)
1	3	(1)	63	(4)	42	(1)
2	79	(29)	20	(46)	45	(31)
3	18	(70)	1	(50)	9	(68)

Legenda: 0 = nenhuma ênfase; 1 = pequena ênfase; 2 = ênfase moderada; 3 = grande ênfase. Em negrito – as maiores freqüências de pontuação para os três itens.

Tabela 2 – Distribuição dos alunos, por pontuação conferida à utilidade do curso básico e, especificamente, de algumas matérias do curso básico, na formação do médico (n = 99) (FAMED, 1997).

Pontuação	Curso básico	Número de respostas							
		Fis	Anat	Par	Micr	Imun	Hist	Bioq	Biof
0	2	0	3	1	2	1	7	17	42
1	27	0	12	9	8	19	28	55	47
2	47	19	25	58	51	49	42	19	9
3	23	81	60	32	39	31	23	9	2

Legenda: 0 = nenhuma utilidade; 1 = pouca utilidade; 2 = moderada utilidade; 3 = grande utilidade. Fis = Fisiologia; Anat = Anatomia; Par = Parasitologia; Micr = Microbiologia; Imun = Imunologia; Hist = Histologia; Bioq = Bioquímica; Biof = Biofísica. Em negrito – as maiores freqüências de pontuação.

Tabela 3 – Distribuição das respostas favoráveis à redução do conteúdo das matérias do curso básico (n=99) (FAMED, 1997).

Número de respostas favoráveis à redução do conteúdo curricular do curso básico e de cada matéria, especificamente

Curso													
Básico	Bq	Bf	MS	SP	BM	An	His	M	Epid	P	Fi	D	Im
72	43	34	19	14	7	5	4	4	4	2	2	1	1

Legenda: Bq = Bioquímica; Bf = Biofísica; MS = Medicina Social; SP = Saúde Pública; BM = Biologia Molecular; An = Anatomia; His = Histologia; M = Microbiologia; Epid = Epidemiologia; P = Parasitologia; Fi = Fisiologia; D = Deontologia; Im = Imunologia.

Tabela 4a – Distribuição dos alunos por pontuação conferida, por eles, à ênfase dada pela faculdade a cada uma das áreas do currículo profissionalizante e, entre parênteses, à ênfase que eles esperavam que a Faculdade tivesse dado a cada uma dessas áreas (FAMED, 1997).

Pontuação	C. Médica	Pediatria	Geriatria	Obstetrícia	Ginecologia	Cirurgia
0	0 (0)	2 (0)	84 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
1	10 (1)	20 (2)	14 (25)	13 (3)	15 (3)	14 (0)
2	40 (1)	60 (25)	1 (50)	62 (26)	62 (31)	57 (15)
3	49 (98)	16 (72)	0 (23)	24 (70)	21 (65)	28 (84)
Total	99 (100)	98 (99)	99 (100)	99 (99)	98 (99)	99 (99)

Legenda: C. Médica = Clínica Médica.

Tabela 4b – Distribuição dos alunos por pontuação conferida, por eles, à ênfase dada pela faculdade a cada uma das áreas do currículo profissionalizante e, entre parênteses, à ênfase que eles esperavam que a Faculdade tivesse dado a cada uma dessas áreas (FAMED, 1997).

Pontuação	Psiquiatria n = 99	Neurologia n = 99	A Primária n = 97	A Secund. n = 98	A Terciária n = 98	Emergência n = 99
0	6 (1)	63 (1)	11 (1)	6 (1)	46 (1)	40 (1)
1	51 (23)	31 (7)	42 (6)	34 (4)	31 (1)	35 (0)
2	31 (62)	4 (57)	40 (40)	51 (49)	14 (34)	17 (5)
3	11 (13)	1 (34)	4 (49)	7 (42)	7 (63)	7 (93)
Total	99 (99)	99 (99)	97 (96)	98 (96)	98 (99)	99 (99)

Legenda: A Primária = Atenção Primária; A Secund. = Atenção Secundária; A Terciária = Atenção Terciária.

Tabela 4c – Distribuição dos alunos por pontuação conferida, por eles, à ênfase dada pela faculdade a cada uma das áreas do currículo profissionalizante e, entre parênteses, à ênfase que eles esperavam que a faculdade tivesse dado a cada uma dessas áreas (FAMED, 1997).

Pontuação	Saúde Pública		Promoção da Saúde		Conhecimento dos problemas de saúde locais	
0	1	(1)	9	(1)	6	(1)
1	12	(10)	31	(8)	44	(4)
2	49	(58)	45	(46)	31	(47)
3	37	(30)	11	(44)	17	(47)
Total	99	(99)	96	(99)	98	(99)

Tabela 5 – Capacidade de Integração das etapas básica e clínica: distribuição dos alunos de acordo com o grau de integração que eles conseguiram realizar entre as duas etapas do curso médico (FAMED, 1997.)

Pontuação	Número de respostas
0	1
1	17
2	62
3	20
Total	100

Legenda: 0 = nenhuma integração; 1= integração com muita dificuldade; 2 = integração com moderada dificuldade; 3= integração fácil.

Tabela 6a – Distribuição dos alunos, de acordo com opinião sobre a arrumação temporal das duas etapas do curso médico – etapa básica e etapa profissionalizante (FAMED, 1997).

ARRUMAÇÃO TEMPORAL DOS CURSOS	
Respostas	Número de alunos
as duas etapas devem ser simultâneas	77
as duas etapas devem ser sucessivas	20
Total	97

Tabela 6b – Distribuição dos alunos de acordo com a opinião sobre o momento em que deve iniciar-se o contato com o paciente (FAMED, 1997)

Respostas	Número de alunos
O contato deve ser antecipado	43
O contato deve se iniciar no 4º semestre	56
O contato deve ser postergado	1
Total	100

Tabela 7a – Impacto do Curso Médico sobre o desenvolvimento de habilidades e atitudes: distribuição dos alunos, conforme pontuação conferida por eles ao desenvolvimento, durante o curso, de habilidades e atitudes (FAMED, 1997).

Pontuação	Raciocínio	Júzo Crítico	Sensode Investigação	Capacidade Autodidata	Iniciativa Aprendizado	Responsabilidade pela própria Formação
0	1	0	0	0	0	0
1	2	1	2	7	1	0
2	47	43	49	32	32	16
3	50	56	49	61	66	83
Total	100	100	100	100	99	99

Tabela 7b – Impacto do Curso Médico sobre o desenvolvimento de habilidades e atitudes: distribuição dos alunos, conforme pontuação conferida por eles ao desenvolvimento, durante o curso, de habilidades e atitudes (FAMED, 1997).

Pontuação	Leitura de Artigos Científicos	Leitura em Inglês	Uso da Biblioteca	Uso da Informática
0	2	2	4	22
1	29	15	31	37
2	45	41	45	24
3	24	42	20	17
Total	100	100	100	100

Tabela 7c – Impacto do Curso Médico sobre o desenvolvimento de habilidades e atitudes: distribuição dos alunos, conforme pontuação conferida por eles ao desenvolvimento, durante o curso, de habilidades e atitudes (FAMED, 1997).

Pontuação	colegas	pacientes	comunic.	iniciativa	responsabil.	holismo
0	1	0	0	0	0	2
1	5	5	0	1	3	11
2	47	26	25	27	13	53
3	45	69	75	72	84	34
Total	98	100	100	100	100	100

Legenda: colegas – capacidade de bom relacionamento com colegas; pacientes – capacidade de bom relacionamento com pacientes e famílias; comunic. – capacidade de comunicação com os pacientes; iniciativa – iniciativa diante do paciente; responsabil. – senso de responsabilidade pelo paciente; holismo – capacidade de abordagem holística do paciente.

Tabela 8 – Sistema de Avaliação Discente: distribuição dos formandos por pontuação por eles conferida ao sistema de avaliação do aluno (FAMED, 1997).

Pontuação	Número de respostas
0	13
1	55
2	28
3	2
Total	98

Legenda: 0 = péssimo; 1 = ruim; 2 = razoável; 3 = bom.

Tabela 9 – Distribuição dos formandos por área médica pretendida (FAMED, 1998).

Área de atuação pretendida	Número de alunos
Ginecologia e Obstetrícia	10
Cirurgia Vascular	10
Oftalmologia	8
Otorrinolaringologia	8
Pediatria	7
Gastroenterologia	7
Cardiologia	6
Dermatologia	4
Coloproctologia	4
Ortopedia	3
Radiologia	3
Cirurgia geral	3
Clínica Médica	2
Neonatologia	2
Cirurgia Pediátrica	2
Neurologia	2
Pneumologia	1
Gastrocirurgia	1
Cirurgia Oncológica	1
Cirurgia Plástica	1
Cirurgia de Cabeça e pescoço	1
Neurocirurgia	1
Anestesia	1
Ginecologia	1
Mastologia	1
Emergência	1
Psiquiatrias	1

Faculdade de Medicina e Museu Afro

Geraldo Milton da Silveira

A Faculdade de Medicina, primaz do Brasil e quiçá da América do Sul, criada em 1808 como Escola de Cirurgia no Hospital Real Militar da Bahia, outrora Convento do Colégio dos Jesuítas, situado no Terreiro de Jesus, personifica o Templo da Medicina Brasileira. Em 18 de maio de 1995, o então Memorial de Medicina da Bahia (fundado em 3 de outubro de 1982) foi transformado, pela Lei Federal 9.050, no Memorial da Medicina Brasileira. Vêem-se, pois, história e tradição entrelaçando os destinos da medicina e a majestosa edificação mais que sesquicentenária.

Por lapso de tempo relativamente não muito longo, a sua utilização foi desvirtuada no período da ditadura militar instalada no País, quando se pretendeu que ali funcionasse o Centro de Cultura Afro-Brasileira, por convênio com diversos países africanos, através do Ministério do Exterior. Também pretendeu-se a colocação do Centro de Documentação Atuisgrano, que não se concretizou.

Entretanto, mobilização intensa da classe médica em defesa de seu patrimônio, liderada pela Academia de Medicina da Bahia, em memorial ao Exmo. Msinistro da Educação Jarbas Passarinho, no governo do general Emílio Garrastazu Médici, tendo como primeiro signatário o atual Presidente do Congresso Nacional, o então governador Antonio Carlos Magalhães, seguido por nove entidades médico-culturais e mais de quatrocentas assinaturas de médicos, contrariou a esse desvirtuamento.

Os professores Jaime de Sá Menezes, José Silveira e Aderbal Almeida fizeram publicar vibrantes artigos em *A Tarde* e nos *Anais da Academia de Medicina* e, certamente por essas mobilizações, o Itamaraty não concretizou tal convênio.

Por necessidade temporária, ali foi instalada a Faculdade de Filosofia, à qual agradecemos pela conservação do prédio du-

rante o período que lá esteve. Após essa fase, o prédio foi abandonado pela Ufba, chegando ao estado de ruína. Mesmo assim, nas áreas utilizáveis, lá estiveram o Centro de Estudos Baianos, o Núcleo Sertão, o Projeto Cria, as escolas de Dança e de Teatro e o Olodum.

A nossa luta foi contínua, mantida pelos sucessivos diretores da Faculdade de Medicina, pela Academia, pela Associação dos Antigos Alunos, pelo Instituto de História da Medicina, pela Associação de Escritores Médicos e por outras entidades médicas que lá se instalaram ou mantêm reuniões.

Apesar dela, porém, duas instituições de caráter não-médico, os Museus de Arqueologia e Etnologia e o Afro ainda funcionam no prédio. O segundo, ocupa espaço nobre que necessitamos, de imediato, não tem condições de expandir-se nem de identificar-se na fachada do prédio.

O ex-reitor Luiz Felipe Perret Serpa, clarividente e objetivo, apoiou a nossa causa e submeteu ao Conselho Universitário, que aprovou unanimemente a exposição de motivos que encaminhei postulando que se atribuísse ao Diretor da Faculdade de Medicina a administração direta do prédio. Recomendou o Conselho, entretanto, desocupação “gradual e sem traumatismos”, o que temos seguido.

Diversos setores não médicos, respeitando os sentimentos das classes médica e intelectual do estado e conscientes da justiça do que postulávamos, atenderam a tais recomendações.

Em oportunidades pregressas, foram oferecidos edifícios próprios do estado, reformados, no Pelourinho, todos considerados inadequados pela administração do CEAO.

Agora, em entendimentos que mantive com o Diretor da Fundação Gregório de Mattos, Prof. Francisco Sena, inteligente, capaz, empreendedor e culto, ficou assente que essa instituição colocará à disposição dos dirigentes do Museu Afro, com integral aprovação do prefeito Antonio Imbassahy, cujas qualidades como administrador toda a Cidade conhece, dois prédios reformados, no Pelourinho, os quais seriam adaptados como desejassem para que lá o instalassem.

A Dra. Maria Clara Mariani, Presidente da Fundação Clemente Mariani deseja condições que atendam às finalidades do museu e local seguro para o acervo que mantém em comodato.

Essa solução é defendida pelo Senador Antonio Carlos Magalhães, que expressou seu apoio, desde que houvesse comunhão de pensamento entre os diretores da Faculdade de Medicina e do Centro de Estudos Afro-Orientais. Também, segundo estou informado, o Secretário de Turismo, Dr. Paulo Gaudenzi, acha justo tal entendimento e tudo ao seu alcance faria para o ver efetivado quando das comemorações dos 450 anos da fundação de Salvador e inauguração do novo projeto para o Largo da Sé.

O Prof. José Antonio de Almeida Souza, Diretor da Faculdade de Medicina, ardentemente assim o deseja. Esperamos que este seja também o pensamento do nosso Magnífico Reitor, Prof. Heonir Rocha. Pelo grau de intelectualidade, sensibilidade e compreensão, esperamos a aprovação do Prof. Jeferson Bacelar, diretor do CEAO, que há de entender as nossas necessidades para a expansão do Memorial da Medicina Brasileira e, prontas as obras de restauração, a volta já estruturada dos cursos de Graduação e Pós-Graduação, determinando o retorno da juventude acadêmica ao nosso templo e melhores instalações para o Museu Afro.

**Discurso pronunciado em sessão solene
do Conselho Universitário,
no salão nobre da Reitoria da Ufba.,
ao receber o título de Professor Emérito**

Geraldo Milton da Silveira

Minhas Senhoras
Meus Senhores
Prezados Colegas

Chego ao ápice da carreira universitária, momento culminante da minha vida profissional, trazido pelas mãos amigas dos componentes da Congregação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia e mediante o integral apoio dos ilustres membros do Conselho Universitário. Foram as mais lídimas expressões da amada Faculdade e do Conselho Universitário que, unissonamente, agiram para que este momento se transformasse em realidade, ao aprovarem proposta encabeçada por José Antônio de Almeida Souza e Álvaro Rabelo Alves Júnior, referendada por Thomaz Rodrigues Porto da Cruz e apresentada por José de Souza Costa.

Esta é a fase de maior susceptibilidade a manifestações de apoio que já experimentei. Quando da aposentadoria compulsória, o nível de sensibilidade alcança índices quase intoleráveis.

A vida faz seleção aparentemente imperceptível, escolhendo os mais capazes e recompensando os mais pertinazes. Todos nós nos julgamos merecedores de reconhecimento, entretanto, a nossa opinião vale pouco, ou nada, se a compararmos ao conceito que a coletividade, até mesmo de maneira subliminar, faz a nosso respeito. Este é o que merece crédito, por ser isento, analítico e global, traduzindo a maior soma de condutas e atitudes acertadas.

Durante a minha vida nesta casa, trabalhar, produzir cientificamente, transmitir conhecimentos e experiências e, sobretudo,

estimular e ajudar o progresso dos mais jovens e competentes, se constituíram nos caminhos palmilhados e objetivos perseguidos. Hoje, certamente por esta postura, colho os frutos desses procederes.

Através do tempo, na Faculdade de Medicina e na Administração Superior da Universidade, vários foram os momentos de estímulo ao meu desempenho. Não de inquirir-me. E os momentos de frustração, desilusão, dificuldades e oposição, desencantos, derrotas, e, até, traições? Respondo-vos que houve, senhores. Houve e não foram poucos, entretanto, quanto maiores e mais graves os problemas, mais intensa era a reação.

Ao invés de levarem-me à capitulação, serviam de incentivo à luta. Foram vencidos e esquecidos! Agora, só as boas recordações...

Quando em janeiro de 1981, durante período de férias, houve necessidade de *"quorum"* a fim de ser escolhida banca examinadora do concurso para provimento da vaga de Professor Titular, o Departamento de Cirurgia atendeu à primeira convocação. Só não compareceram os colegas que se encontravam fora do estado.

Após o concurso, proclamado o vencedor, o meu contendedor a mim se dirigiu e, diante de vários colegas, disse: *"Se soubesse que o senhor era a pessoa que é, não teria vindo concorrer."*

Antes das provas e durante elas, tratei-o com camaradagem, consideração e apreço. Estas atitudes, de ambas as partes, são as que devem presidir o convívio universitário, visando-se o interesse maior da instituição.

Ao tomar posse como Professor Titular, fui surpreendido com uma *"festa"* na Faculdade, organizada pelas secretárias, funcionárias da copa e da limpeza e de alguns professores, que tiraram fração dos seus parques vencimentos para o custeio da homenagem ímpar. Organizaram-na, D. Maria José, Jonilda e D. Elza que, na ocasião, me ofereceram *"O Pequeno Príncipe"*. Ao ler a bela dedicatória por todos assinada e ouvir as palavras de Álvaro Rubim de Pinho, as lágrimas banharam-me a face.

Outro instante de grande emoção e felicidade ocorreu há três anos, quando pretendi a aposentadoria. Todos os colegas da

1ª Cl. Cirúrgica desejaram que continuasse na chefia do serviço. Esperava que, pelo menos algum estivesse aguardando o meu afastamento para a sua ascensão. O momento culminante deste episódio verificou-se quando participei aos colegas-alunos dos Cursos de Mestrado e Doutorado. Vários expressaram-se contrariamente ao meu desejo. Cedi, instantaneamente, quando um deles julgou *“obrigação moral que continuasse até a primeira turma concluir o Curso”*. Aposentei-me em janeiro e em dezembro de 94 ele já possuía o título de doutor.

Ao despedir-me na última reunião do Departamento, sob a minha chefia, julguei como dever, agradecer a conduta e apoio dos colegas durante os três anos e três meses que os chefie. Na ocasião, ouvi palavras vibrantes do Prof. Álvaro Rabelo, Vice-Chefe do Departamento, professor que honraria qualquer Universidade pelo seu dinamismo, competência e amor ao trabalho. Outra grande emoção, na mesma oportunidade, experimentei-a ao ser abraçado e ouvir palavras de carinho e incentivo à nova etapa na vida, que iria em breve enfrentar, atitudes a que não se furtaram, nem mesmos os oponentes à minha linha de pensamento e ação.

No mês de dezembro do ano passado, frente à moção apresentada pela Prof^a Maria Auxiliadora Silva, Presidenta capaz e ilustre da Câmara de Pós-Graduação e Pesquisa, e aprovada não só pela própria Câmara, mas, também, pelo Conselho de Coordenação, fiquei em estado de graça. Jamais poderei esquecer as belíssimas palavras do Prof. Carlos Roberto Petrovich, da Escola de Teatro, e as palmas intermináveis após o agradecimento. Confesso-vos, foi um dos grandes momentos de alegria que mais abalaram o meu ser. Após, abraçaram-me, alguns com lágrimas. E não seria eu quem as conteria... A previsão do afastamento e, em consequência, a perda do convívio diário com os colegas do Departamento, da Câmara e do Conselho, com D. Elza, Avandy e Jonilda, exemplos de competente dedicação à Universidade, entremearam-se com as alegrias das manifestações e, não tenho pejo em confessar-vos, conturbaram os meus pensamentos e conduta.

Estes fatos, somados às solenidades realizadas na Academia de Medicina do Pará, quando recebi o título de Membro Ho-

norário, e à do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, quando me concederam o de Emérito em pomposa e concorrida sessão, ampliaram, em muito, o estado de espírito que me dominava.

O Prof. Thomaz Cruz, inteligência fulgurante, hábil e capaz condutor dos destinos da Faculdade de Medicina, introduziu reconhecedor proceder, na Congregação, objetivando a valorização do professor ao se aposentar, exaltando-lhe os méritos. Nessa ocasião, foi apresentada a indicação que originou todo o processo que hoje se encerra. Esta é a maior honraria, o título mais expressivo, o momento de maior felicidade que a vida me proporcionou, desencadeado por José Antonio de Almeida Souza, Vice-Diretor da FAMED, reconhecido e proclamado concretizador de idéias, dinâmico e aglutinador. Processo complexo, que exige o envolvimento de grande número de professores, dá a impossibilidade de, neste momento, nominar a todos aos quais sou grato. Entretanto, falta imperdoável cometeria, se omitida fosse a citação da Profa. Maria José Rabelo de Freitas, festejada diretora da Escola de Biblioteconomia e Documentação, Presidenta da Comissão de Títulos Honoríficos do Conselho Universitário, e que emitiu longo e substancioso parecer, em demonstração ao trabalho de esmiuçar o meu *“curriculum vitae”*, valorizando-o com a sua competente exposição.

Neste momento, que poderia classificar de apoteótico, relembro o apoio, os sacrifícios e a confiança que os meus queridos e inesquecíveis pais, Elvira e Aristides Milton nos cumularam, a mim e aos meus amados irmãos, Gilberto e Dilson, e as bases da personalidade que nos imprimiram desde a infância. Se, de um lado, gozei o privilégio de possuir pais extremados e capazes ao me educarem e despertarem amor ao trabalho, à verdade e à honestidade, de outro, como fiz mais amplamente no discurso de posse como Prof. Titular, é-me prazeroso realçar e agradecer a ajuda que recebi, no âmbito profissional e universitário, dos Profs. Eduardo de Sá Oliveira e Fernando Freire de Carvalho Luz, que plasmaram meus procedimentos como professor e cirurgião, a Lygia Milton, artista plástica consagrada, pela sensibilidade e dedicação à sua arte, com competência e invulgar pendor em transpor para as telas as suas oníricas visões paisagísticas do real utópico. Pela proximidade, sofreu os reflexos de problemas diver-

sos dos seus, com estoicismo frente as vicissitudes da vida, enfrentadas pelo esposo, médico e professor no Brasil e a Celson Antônio Machado dos Santos, filho, médico, que dedica a maior parte do seu tempo ao atendimento às classes menos favorecidas economicamente, demonstrando o seu alto espírito de solidariedade humana.

Minhas Senhoras, Meus Senhores

Entendo a Universidade como um complexo diversificado de conhecimentos, métodos e ações. Aqui, variam em ampla escala, atitudes, pensamentos e políticas, porém, toda esta multiplicidade deve obedecer aos rígidos princípios da ética e da moral. Conviver neste ambiente multifário, requer perspicácia, observação acurada, prudência nas resoluções, amor à Instituição e despreendimento das coisas materiais. Inadmissível a falta do chamado "*espírito universitário*". Incompreensível a visão de professor do 1º ou 2º grau no ensino superior: chegar, dar as suas aulas e ausentar-se. Na Universidade, há que discutirmos todos os assuntos com os colegas, transmitir-lhes os nossos conhecimentos que devem ser os mais atualizados, e deles auferimos o que sabem. A troca de informações em reuniões formais sistemáticas, as discussões sobre projetos de pesquisa e atualização grupal de assuntos variados fazem o progresso coletivo. A qualificação acadêmica e a pesquisa bem orientada são fundamentais para o bom ensino de graduação e para a ascensão do professor e do grupo ao qual pertence. A vaidade científica é causa de estagnação ou retrocesso. A intromissão da política partidária como fator decisório é tão lesiva aos interesses comuns, quanto a influência da amizade o é, nas mais variadas questões e situações que diuturnamente soem ocorrer. A capacidade pessoal e a observância aos princípios éticos, associados a grande amor à instituição, e o rigoroso cumprimento do dever devem ser a bússola a orientar nossas preferências. A falta de produção científica, expressa através publicações, apresentações em eventos e cursos, atendimento aos horários, e de qualificação acadêmica, se constituem em algumas das situações observadas e inaceitáveis.

Este exigente entendimento de universidade e como bem servi-la foi aplicado ao nosso Serviço e, ao em vez de criar

opositores, adquiri grandes amigos. Consegui manter o maior número de professores qualificados academicamente, profissionais de primeira linha, muitos dos quais professores dos cursos de Mestrado e Doutorado, como citaremos:

- *Agnaldo Fonseca*, Mestre e Doutor, possui cursos de dois e meio anos em Paris e Londres.
- *Alfredo Rogério Carneiro Lopes*, Prof. Adjunto, elaborando tese de doutorado, grande cultura médico-cirúrgica, com o qual convivi cerca de 28 anos na Universidade e na Clínica Particular.
- *André Ney Menezes Freire*, Prof. Adjunto, Mestre e Doutor, Professor da disciplina Infecção em Cirurgia.
- *Antônio Natalino Manta Dantas*, Prof. Adjunto, Mestre e Doutor antes de se incorporar ao nosso grupo, Coordenador do Mestrado e Doutorado em Cirurgia e Professor de Metabologia Cirúrgica.
- *Humberto Gesteira Filho*, Professor Assistente, fez curso de especialização em Cirurgia do Esôfago no Paraná e está em fase de elaboração de tese de doutorado.
- *Jayme Vital Santos Souza*, Prof. Auxiliar cumpriu curso de especialização em Coloproctologia no Hospital São Marcos – Londres.
- *José Luiz Coelho*, Prof. Adjunto, Mestre e Doutor, Professor da disciplina Cirurgia do Aparelho Digestivo.
- *Normand de Araújo Moura*, Prof. Auxiliar, realizando importante tese para doutorado.
- *Oddone Braghirolle Netto*, Prof. Adjunto, Doutor, Professor de duas disciplinas: Técnica Operatória e Cirurgia Experimental.
- *René Mariano de Almeida*, Prof. Assistente, em fase de elaboração de sua tese para obtenção do título de doutor.
- *Roberto Valente Filho*, estagiário, concluindo o curso de Mestrado.
- *Sebastião Hildenir Mesquita Júnior*, Prof. Assistente de Anatomia Humana (ICS) estagiário na 1ª Clínica Cirúrgica, em fase de conclusão do Mestrado.
- *Victor Lúcio de Oliveira Alves*, responsável pelo Ambulatório de Colo-proctologia e aguardando data para defesa de tese de Mestrado.

- *Wellington Cavalcante*, Prof. ASdjunto, que me substitui, com vantagens, na coordenação da disciplina e na chefia da 1ª Cl. Cirúrgica.

Esta equipe, pelo grande sucesso que todos os seus componentes alcançaram no exercício da clínica particular, no campo assistencial, nos movimentos associativos de caráter científico, e na qualificação acadêmica, o que para muitos seria a causa da minha derrota, se constitui no meu sustentáculo e maior orgulho. Nos 12 anos como Professor Titular, certamente, foi o maior legado que deixei para engrandecimento da Faculdade de Medicina e da Universidade Federal da Bahia.

Divulgar o nome da nossa Universidade e do nosso Estado no exterior e em todas as capitais e principais cidades do interior do País, do Amazonas ao Rio Grande do Sul, criar o serviço de Colo-proctologia do Hospital Universitário, que deu maior impulso à especialidade em nosso meio, e fez surgir novos valores, atender ao maior anseio do Departamento, criando os cursos de Mestrado e Doutorado em Cirurgia, juntamente com o Prof. Álvaro Rabelo e com o indispensável e o incondicional apoio do Prof. Fernando Visco Didier, então Chefe do nosso Departamento, se muito podem representar, para mim, igualmente grande significado tem, a montagem e manutenção deste admirável grupo de cirurgiões, capaz de, por si só, com seu exemplo, mudar a mentalidade e postura vigentes.

Minhas senhoras, meus senhores, Professores, Alunos e Funcionários. Emoção foi o vocábulo propositadamente mais repetido nesta fala, porquanto foi o estado de espírito mais vivenciado neste último período quando, após quarenta e setes anos de amor e paixão, o fantasma da separação se materializou. Entretanto, foi vencido pela bondade de muitos ao manterem essa união, que hoje e agora é preservada e será eterna.

Muito obrigado



Discurso pronunciado na sessão solene da Câmara Municipal de Salvador, quando lhe foi outorgada a Medalha Thomé de Souza

Geraldo Milton da Silveira

Minhas Senhoras

Meus Senhores

Senhores Vereadores

A minha primeira manifestação é de agradecimento aos ilustres vereadores Domingos Bonifácio, e Pedro Godinho, a cuja lembrança e persistência se deve a concretização da presente solenidade.

Vereadores dos mais operosos nesta Câmara, que se vêm distinguindo e afirmando pelas inúmeras atitudes na defesa dos interesses da Cidade e do seu sofrido povo, aumentam o significado desta homenagem. Mencionando, em particular, o vereador Pedro Godinho, faço-o em reconhecimento de seu trabalho nesta Casa... Homem sensato, fina educação, dedicado ao trabalho social eficiente, impõe-se à admiração dos seus pares e a todos aqueles que acompanham a sua trajetória. Entre muitos dos seus projetos, realço, neste instante, a conseqüente oficialização do Planejamento Familiar, como demonstração de grande visão na resolução de distorções socioeconômicas que nos afligem. Hoje, já podem ser notados os resultados desta providência, sobretudo pelos estudiosos do assunto e, no futuro, este planejamento será exaltado como o principal fator de controle das graves dificuldades desencadeadas pelo fenômeno da hiperpopulação. Com este projeto, amplamente entendido e apoiado pelos seus pares, colocou a nossa Capital na vanguarda da resolução de um dos mais graves problemas do Brasil.

Esta Câmara de Vereadores há, com firmeza, defendido os interesses da nossa população. É bom que se lembre a rejeição

ao aumento desenfreado do IPTU e à implantação da taxa do lixo, a aprovação da Lei do Silêncio, em cidade tão barulhenta, como é Salvador, onde não são respeitados os direitos mais mezinhos para uma vida tranqüila e sadia. Portanto, há de louvar-se o programa “*Voz da Cidade*”, onde essas e outras iniciativas, merecem encômios.

A persistência, baseada em convicção do Vereador Pedro Godinho, é a razão de aqui estarmos reunidos. Há cerca de três anos, acenou-me com a possibilidade de outorga desta honraria que, de maneira peremptória, recusara. Tempos depois, voltou a formular o convite, a que correspondia com escusas e agradecimentos. Na terceira oportunidade, fez-me sentir a sua sincera vontade, pelo que aceitei a insigne distinção. Justifico as duas negativas anteriores. Todas as bondosas honrarias que até agora havia recebido partiram de entidades médicas. Aqui na Bahia, a primeira foi em 1974, da Secretaria Municipal da Saúde, quando o médico, poeta e político Adroaldo Albergaria exercia as funções de secretário. Por indicação do querido e saudoso Raymundo dos Santos Abreu, e com a aprovação dos nossos colegas do Serviço Médico, foi-me entregue a medalha “*Honra ao Mérito*”, no “*Dia Universal do Médico*”. A partir de então, em Salvador, fui distinguido pela Associação Baiana de Medicina, pelo Sindicato dos Médicos, pela Sociedade de Colo-Proctologia e pela Universidade Federal. Também o fui em outros estados da Federação, como Rio Grande do Sul, São Paulo, Rio de Janeiro e Pará (ambos em duas oportunidades), Pernambuco, Rio Grande do Norte e Sergipe. Sempre, repito, por entidades médicas, porquanto as da Universidade tiveram origem, uma na Faculdade de Medicina e as outras no Hospital Universitário Prof. Edgard Santos. As moções recebidas na Câmara de Pós-Graduação e Pesquisa e no Conselho de Coordenação partiram de professores com os quais trabalhava. Mesmo ao ser considerado “*Hóspede Ilustre da Cidade*” pela equivalente Câmara de Vereadores de Acapulco-México, o fui por solicitação de médicos. Esta homenagem de hoje difere das outras, por não dever sua origem a colegas de trabalho, causa única das minhas preocupações iniciais, quando dos dois primeiros convites, porquanto, extrapolando os meus ambientes de ação, afigurou-se, como além dos meus possíveis méritos.

Não desconhecia, entretanto o fato de que esta Câmara de Vereadores se constitui na mais lídima representante do povo desta Cidade. Assim, todas as classes sociais e todas as profissões igualam-se nos compromissos que perante elas assumem os seus delegados. E bem procedem, porquanto não excluem aqueles que, de forma estável, se projetam no nosso contexto social, independentemente da linha política, do credo religioso, do grau de intelectualidade ou de posição na sociedade. E tais homenagens não poderiam deixar de ser freqüentes, em capital com cerca de três milhões de habitantes.

A minha vida está, indelevelmente, marcada pelo íntimo e prolongado relacionamento com a Prefeitura Municipal de Salvador. O meu adorado pai, Eng^o Aristides Milton da Silveira, serviu, com denodado amor a esta Cidade e aos seus habitantes, por quase trinta anos. Diretor do Patrimônio, de Jardins e de Obras Públicas, chegou a prefeito. Lembro-me de alguns fatos, tais como a sua luta para que não fosse derrubada a igreja da Sé, por considerá-la um dos mais importantes monumentos da nossa história. Recordo, também, sua angústia e tristeza, quando dos deslizamentos de terra e retirada dos corpos soterrados na Baixa do Fiscal, e em área próxima ao Plano Inclinado, onde sofreu acidente que o manteve inativo por mais de um mês. Imagem persiste em meu cérebro, pela preocupação somada à emoção, de quando afastou-se do cargo de Prefeito. Após transmitir os destinos da Prefeitura ao seu sucessor, foi ovacionado e carregado pelos funcionários, em gesto espontâneo, desde o gabinete até o carro. De início, não percebi o que se passava, porém, logo entendi a manifestação, pelos vivas e palmas. Ele, alto e pesado, posto acima da multidão que o erguia, oscilava ao descer as escadarias deste majestoso prédio. Não pude acompanhá-lo, envolvido que fui pelos abraços de funcionários, em prantos... Só algum tempo depois, chegando a nossa casa, cheia de amigos, quase todos humildes, também fui abraçá-lo, dizendo-lhe que aquela glorificação refletia os seus acertos e bondade para com o funcionalismo, até então mal pago e oprimido. Ele fora um democrata por índole e convicção, eleito Deputado Estadual e Federal, apenas com votos de Salvador.

Senhores!

Aos 14 anos de idade, fui contratado como fiscal de iluminação. Os Subinspetores Medina e Pinheiro, posteriormente meus bons amigos, designavam-me para percorrer os maiores e mais perigosos distritos, por ser filho de um dos Diretores e, assim, demonstrarem isenção... Anos depois, quando estudante de Medicina, trabalhando no Serviço Médico, externei ao Medina a preocupação que sempre me acompanhou, de encontrar acréscimo em vermelho, de lâmpadas queimadas por mim não relacionadas. Disse-me ele, ser este fato uma comprovação do meu trabalho. Os não possuidores de tais anotações pagavam gorjetas aos funcionários da “*Circular*” que apagavam as lâmpadas durante as madrugadas e deles recebiam relação mais completa.

Após ser aprovado no vestibular, consegui, com influência de meu Pai, a transferência para o Serviço Médico, onde fazia curativos, dava injeções, constatava o peso, altura, pulso e pressão arterial dos submetidos a exames na “*Junta Médica*” e substituíva técnicos do laboratório de Análises Clínicas, quando necessário. Não posso e não devo me furtar a citar, nominalmente, pelos ensinamentos e ajuda, que deles então recebi, os Drs. Reginaldo Nunes Sarmento, Raymundo dos Santos Abreu, Aloisio Viana Dias da Silva, Agnelo Murta Veloso, Nair Perolina Guena, Renato Pithon Barreto, Agnaldo e Antônio Muniz, Antônio Dourado, os dentistas José Cerqueira e Violeta de Melo Kertz, e os enfermeiros Manoel, Ciriaco, Sobrinho e Waldemar. Frequentemente, lembro-me de todos, com especial carinho e gratidão.

Por curto período, porquanto o fiz a contragosto, apenas para servir de tórcio na disputa entre dois amigos, exerci a presidência da “*Junta Médica*”. Era o início de florescência da minha clínica particular.

No Conselho do Montepio, para o qual fui eleito por indicação de Raymundo dos Santos Abreu e decisivo apoio do Prefeito Heitor Dias Pereira, querido amigo, contei com a solidariedade do bacharel Gilberto Pedreira, todas as vezes que defendia a administração de d. Wanda Fraga de Almeida, a quem dedicava profunda admiração, e atacava as investidas desencadeadas pelo Presidente, contra os pensionistas e funcionários. Os meus pon-

tos de vista eram quase sempre aprovados, aumentando o desconforto do General, resultando em ameaças de prisão. É que estávamos em período revolucionário e o ex-Prefeito Virgildásio Sena fora detido, incomunicável na Base Naval.

Exerci dois mandatos como diretor médico da FAMSER – Fundação de Assistência Médica ao Servidor.

Algum tempo após aposentar-me, encontrei na fila do banco pagador dos nossos proventos, um ilustre Procurador, que eu havia examinado para sua admissão. Queixei-me da demora em receber o que me era devido. Mas, tomando conhecimento da enorme disparidade entre os quantitativos registrados em nossos contracheques, saí do banco direto para a Prefeitura onde fiz petição renunciando à aposentadoria e aos proventos...

Formado em 1949, comecei a freqüentar congressos médicos a partir de 1951, quando me inscrevi no 1º Congresso Brasileiro de Proctologia, no Rio de Janeiro. No ano seguinte, fui ao 4º de Gastroenterologia, em Recife e, em 1957, também ao IV do Colégio Internacional de Cirurgiões. Comecei, assim, quase simultaneamente, as minhas atividades científicas com as destas sociedades. Em 1959, iniciei a freqüência aos congressos do Colégio Brasileiro de Cirurgiões e, a partir de 1970, a eventos internacionais.

De início, como manda a prudência, restringi-me a ouvinte observador, a fim de aprimorar a realização e apresentação de trabalhos científicos em grandes organizações médicas. Logo, passei a apresentar temas livres e a formular comentários a trabalhos de colegas mais experientes, atitudes que me valeram maiores conhecimentos científicos e pessoais, resultando em convites para jornadas e cursos de extensão. Não procurava saber se pagavam passagens e hospedagens. Viajava às minhas expensas. Depois, participei de temas oficiais – mesas-redondas e simpósios – e, posteriormente, moderador, presidente e conferencista. Nessas atividades científicas, posso somar hoje, cerca de 340 apresentações. Quando Secretário Geral da ABM, a quem cabia, à época, a organização de congressos e jornadas, cumpri esse dever em cerca de oito oportunidades valendo-me adquirir boa experiência, a ser utilizada para reuniões de âmbito

nacional e, até, internacional, porquanto me foi cometida a honra de organizar e presidir um congresso em Portugal, com numerosa presença de representantes dos EEUU, Inglaterra, Suécia, França, Itália e Espanha, grande delegação de brasileiros e, obviamente, portugueses.

Os cirurgiões baianos têm excelente capacitação técnica e científica, porém, divulgam pouco os seus conhecimentos, quase não comparecendo a congressos fora de Salvador, e as nossas organizações científicas, infelizmente, ainda ocupam os últimos lugares quanto ao número de sócios. Cito como exemplo, o Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Capítulo da Bahia.

Além de, pessoalmente, haver notado essas omissões, também o fizeram colegas de outros estados, inquirindo-me das razões determinantes ou explicativas de tal proceder. À vista desta constatação, procurava estimular colegas, indicando-os para participarem de temas, obtendo, com certa lentidão, embora, reverter esse quadro. Sempre pensei, e agora digo como o poeta: *“Mesmo q’eu não marque com afinco, finco o marco.”*

Em 1971, consegui quebrar a hegemonia do Centro-Sul para a realização dos congressos de colo-proctologia. Pela primeira vez, o estamento brasileiro desta sociedade ampliava-se ao Norte/Nordeste. E esta sociedade fora fundada aqui em Salvador, em 1945... Até hoje, o fato não se repetiu! Fundei a Sociedade de Colo-Proctologia da Bahia e houve necessidade de exercer a sua presidência diversas vezes, para que não se extinguisse, o mesmo ocorrendo em relação ao Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Capítulo da Bahia, e à nossa sociedade de gastroenterologia.

Na Federação Brasileira de Gastroenterologia, disputei dois congressos para a Bahia. Em Porto Alegre, representando nosso Estado no seu Conselho Diretor, concorrendo então com Minas Gerais. Era assistente do Prof. Fernando Freire de Carvalho Luz, homem reverenciado por toda a Bahia, por suas qualidades morais e científicas. Achei por bem interessá-lo em presidir o conclave, certo do sucesso, como de fato se verificou. A segunda oportunidade foi no Rio de Janeiro, quando disputei com o Paraná, trazendo o congresso de 1976, realizado sob a minha presidência. Pelo envolvimento com as sociedades congêneres,

reuni a Comunidade Lusíada de Gastroenterologia, na qualidade de seu Presidente, o simpósio de Hepatologia e, juntamente com o Prof. José Martins Job, do Rio Grande do Sul, realizamos o primeiro congresso da Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva que havíamos fundado. Em número de participantes, foi este um dos maiores já efetuados até a presente data. O entusiasmo e apoio, resultantes do sucesso, foram tão grandes que, ao participarmos do evento mundial em Madrid, e desejosos de trazer os três eventos mundiais para o Brasil, de Gastroenterologia, Endoscopia Digestiva e Colo-Proctologia, levamos, para a Europa, em 1978, numericamente, a segunda maior delegação. Na votação para escolha do local, perdemos para a Suécia por cinco sufrágios, correspondentes a países da América Central e do Sul, que não puderam votar, por manobra do então presidente inglês, porém, colocamos o Brasil em posição privilegiada para, em Estocolmo, concorrendo outra vez, trazer os eventos para o Brasil em 1986.

Essas atividades próprias do setor do aparelho digestivo me ensejaram significativas oportunidades. No Rio de Janeiro, em 1988, o conselho diretor da FBG, composto de 31 representantes estaduais e ex-Presidentes, em pleito para escolha do Conferencista Nacional, concorrendo com famigerado (no bom sentido) professor de São Paulo, tive a honra de ser o escolhido, por ampla margem de votos, porquanto o meu contendor obteve, apenas, sete sufrágios.

No Colégio Brasileiro de Cirurgiões, exerci a posição de Mestre do Capítulo da Bahia, cerca de 8 a 10 vezes, sempre que havia dificuldades de comando. No âmbito nacional, integrei a Comissão de Trauma, quando o Colégio iniciou, no País, os estudos, principalmente, de acidentes de trânsito. Registro que a Comissão de Infecção, também integrante do Colégio Brasileiro de Cirurgiões foi pioneira na estimulação e análise de estatísticas, visando-se ao conhecimento dos índices de infecção (cerca de 2 anos antes dos acontecimentos que envolveram o Presidente Tancredo Neves) e da normatização do uso de antibióticos. Por cerca de 10 anos, visitamos todas, menos quatro capitais, e as principais cidades do interior.

Introduzi e difundi, através de palestras e publicações, técnicas para tratamentos cirúrgicos: a de Ellis, em substituição à de Heller, para o megaesôfago; as vagotomias seletiva e superseletiva, para a úlcera duodenal e de Swenson-Cutait para o megacolon chagásico.

Nas Academias de Medicina, além de presidir a da Bahia por quatro anos, participar de eventos e da Diretoria da Federação, tive oportunidade de estimular a criação das atuais co-irmãs do Rio Grando do Norte, Pará e Sergipe.

Antes de ser admitido, por convite do Professor José Silveira, à da Bahia, o fui na Nacional, com sede no Rio de Janeiro.

Notaram os senhores, e para tranqüilizá-los declaro, que não houve e não haverá referência ao meu desempenho na Faculdade de Medicina e na Universidade Federal, porquanto amplamente apresentado pelos ilustres colegas que me saudaram da outorga do Título de Professor Emérito.

Minhas senhoras, meus senhores, caros colegas

Estas manifestações aqui expressadas o foram para atender orientação quanto à praxe a ser seguida pelo homenageado. Espero tê-las feito da maneira mais simples e resumida, como exige a oportunidade.

Senhores Vereadores. Ao receber, com emoção e sobremodo honrado esta bela homenagem, que extrapolou todas as mais otimistas previsões de possíveis reconhecimentos ao trabalho, por toda a vida por mim desenvolvido, sinto imensurável falta. Se, de um lado, aqui estão Lygia, Celson Antônio, Gilberto e Dilson, tantos parentes e tão grandes amigos, permitam-me nominar a sobrinha-filha, Eloisa, orgulho da nossa nova geração, Juíza de Direito ilustre, ainda assim, há uma lacuna impreenchível. Quero me referir à ausência dos meus idolatrados pais, para os quais transfiro esta homenagem: Elvira, poetisa sensibilíssima, que deixou versos capazes de emocionar corações empedernidos, e Aristides, que tanto se dedicou a esta Cidade e a este Estado, ao desenvolver trabalho contínuo e engrandecedor destas plagas, porém, esquecido e sem recursos ao final da vida, e cujos parcos vencimentos eram insuficientes para a compra dos remédios

de que necessitava. Hoje, se aqui estivessem, certamente, se sentiriam recompensados por nos haverem transmitido, aos meus irmãos e a mim, educação, honradez e devotamento ao trabalho, apanágio de suas vidas.

Muito obrigado

**Discurso de recepção à Profa. Sônia Gúmes
Andrade, em 22 de julho de 1998, em sessão solene
de posse da Academia de Medicina da Bahia**

Geraldo Milton da Silveira

Minhas Senhoras
Meus Senhores
Prezados Colegas
Senhores Acadêmicos

A Academia de Medicina da Bahia, em festa, tem a grande honra de incorporar ao seu seletto quadro de titulares aquela que é, sem margem de dúvida, a mais eminente pesquisadora no setor das ciências médicas da Bahia, a Professora Sônia Gúmes Andrade.

Certamente, há de se pensar, e muitos assim julgam, inclusive eu, que tive a feliz lembrança de convidá-la e a honrosa incumbência desta saudação, que esta oportunidade já se fazia por demais retardada. Entretanto, minhas senhoras e meus senhores, no decorrer das nossas vidas, tudo tem o seu tempo. O importante é que não se olvidem e não se deixem passar oportunidades. Resgatamos, neste momento, dívida antiga.

Esta Academia, como quase todas as suas co-irmãs, possui 40 membros titulares e são dois os seus membros eméritos, os acadêmicos Jayme de Sá Menezes, idealizador e um dos seus fundadores, e José Silveira, figura exponencial, por seus dotes intelectuais, realizações, rara força de vontade e determinação.

Entre os titulares, V. Exa., Professora Sônia Gúmes Andrade, é a terceira mulher a ingressar neste sodalício, mas contribui, tanto quanto as ilustres acadêmicas que a antecederam, de maneira efetiva, para que maior espaço seja preenchido pelo sexo feminino que vem demonstrando, no estado atual do desenvolvimento social humano, possuir qualidades oprimidas e que o igualam ao, até então dominador, o sexo masculino.

A vida de V. Exa. que acompanho de longe, porém atentamente, é um edificante exemplo de capacidade e persistência.

Casada, ainda estudante do curso médico, teve seis filhos, formou-os, deu-lhes primorosa educação, manteve o lar em perfeito equilíbrio, com extremada dedicação ao esposo ilustre, o Professor Zilton Andrade, nosso querido e admirado confrade. Juntos, venceram inúmeras vicissitudes, culminadas com as irreparáveis perdas de Virgínia e Flávio Henrique.

Ingressou no quadro docente da nossa Universidade Federal, na qual ministrou aulas nos cursos de graduação, de pós-graduação e orientou uma legião de alunos. Sua contribuição para o crescimento da Faculdade de Medicina atingiu relevância marcante quando coordenou, por mais de 20 anos, o Curso de Mestrado em Patologia Humana, desde o início classificado, pela CAPES, com conceito A, e implantou o doutorado.

A qualidade e a importância da sua intensa atividade de pesquisadora, desenvolvida na Universidade Federal da Bahia e no Centro de Pesquisas Gonçalo Muniz – Fiocruz/Bahia, conferiram prestígio e determinaram o engrandecimento dessas instituições no cenário científico do Brasil e do exterior. Qualidade e importância se evidenciam, também, em 121 trabalhos científicos publicados, 92 no Brasil e 29 no estrangeiro. O reconhecimento internacional de sua obra levou-a à condição de Consultora da Organização Mundial de Saúde.

O constante aprimoramento da profissional da saúde também não foi negligenciado: fez estágios no Cornell University Medical Center, no Centre de Microscopie Electronique (Lyon), na Western Reserve University pela Rockefeller Foundation, pós-doutorado no Institut Pasteur, em duas oportunidades, e no National Institute of Health, nos Estados Unidos.

Em virtude de sua vasta cultura médica, foi convidada a participar de 20 comissões julgadoras de teses e concursos. Alguns dos examinandos são hoje respeitados pesquisadores e dedicados professores da Ufba., como Moysés Sadigursky e Mitermayer Galvão dos Reis, incluindo-se nesse seleto grupo a saudosa, querida e tão admirada Virgínia, de quem foi orientadora.

Virgínia, sua primogênita, esperança maior da continuidade da competência familiar no especial grupo de pesquisa médica, ainda muito jovem demonstrou seu talento ao vencer, em 1983, o Prêmio Aristides Novis, concedido por esta academia ao trabalho intitulado **Contribuição ao estudo da imunologia da doença de Chagas experimental** e ao defender, no ano seguinte, a tese intitulada **Estudo imunológico de camundongos de seis diferentes linhagens isogênicas à infecção por três tipos de cepas de *Trypanosoma cruzi***, aprovada com distinção pela unanimidade dos examinadores.

Vossa Excelência, confreira ilustre, tem ainda participação efetiva e destacada no Conselho Editorial de periódicos médicos de grande circulação e de respeitabilidade comprovada. É assessora da CAPES e do CNPq, da Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (FACEP), da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e é membro do Comitê Científico da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Em 37 oportunidades, foi convidada como relatora, debatedora, e integrante de grupos de trabalho. Compareceu a 107 congressos no Brasil e no exterior, apresentando mais de 150 trabalhos em temas livres, mesas-redondas, simpósios e proferindo aulas.

Os números traduzem e identificam a qualidade, a primazia das participações, razão básica dos repetidos convites. Quando, em reuniões médicas, não há destaque bem acima da média, atingindo uma excelência que resulte em aumento do prestígio desses eventos, nenhum pesquisador verá repetida sua convocação.

Brilhante é, também, sua carreira acadêmica. Obteve o título de Mestre ao defender a tese **Caracterização de cepas do *Trypanosoma cruzi* isoladas no Recôncavo baiano (contribuição ao estudo da patologia da doença de Chagas em nosso meio)**.

Doutora em Medicina, também pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, com trabalho de pesquisa que durou 600 dias, após a infecção dos camundongos, a Professora

Sônia Andrade brindou a comunidade médica com a tese **O modelo murino da miocardiopatia crônica chagásica**, contendo 38 ilustrações fotográficas, 45 tabelas, traçados eletrocardiográficos normais e dos cronicamente infectados pelo *Trypanosoma cruzi*.

Utilizou-se de 241 camundongos, sendo que 41 compunham o grupo de controle; realizou estudo histopatológico completo de todos os animais; entrando, inclusive, no estudo detalhado do sistema de condução do coração e no estudo ultraestrutural do miocárdio, assim como a imunotipagem do colágeno intersticial cardíaco, chegando a 10 conclusões que estabeleceram a classificação morfológica (biodema) que coincide com as atuais, que se utilizam das mais modernas técnicas, como a imunoenzimática (enzimodema), relativas às cepas de *Trypanosoma cruzi* peruana (Tipo I), 12 SF (Tipo II) e colombiana (Tipo III). Tudo foi apresentado em 174 páginas de texto, com 307 citações bibliográficas, o que demonstra o trabalho necessário à sua consecução.

Esta é a razão pela qual, desde 1985, quando foi publicada, é indispensável o seu conhecimento e referência bibliográfica obrigatória nas publicações sérias sobre o assunto.

Para aqueles que não a conhecem mais de perto, os dados acima, referentes às suas atividades científicas, somados ao fato de haver tido seis filhos, dos quais já nos referimos a dois, Virgínia e Flávio Henrique, e agora o faremos a Maruzia, arquiteta e atual Diretora do Departamento Fazendário da Prefeitura de Salvador; Zilton Filho, Auditor Fiscal Federal, residindo no Paraná; Carlos Eduardo, publicitário de primeira linha e Ivan Huol, músico festejado, e o fato de possuir sete netos, todos vivendo em perfeita harmonia familiar e desfrutando de prestígio profissional, repetimos, essa soma de fatos deixa transparecer a têmpera, o caráter firme e o valor da nossa confreira que acaba de transpor os umbrais deste sodalício.

A despeito de todas essas difíceis, por serem complexas e envolventes, atividades e funções, não se furtou a Acadêmica Sônia Andrade à atividade política e opinativa relativa aos destinos da nossa sofrida Universidade Federal que não difere, fundamentalmente, dos destinos das suas congêneres nacionais.

Tem sido significativa a sua luta de conscientização para que seja mantida a instituição pública e gratuita, manutenção que se afigura, a cada dia, mais difícil, porquanto a política do Governo Federal lança mãos de todos os meios para tirar-lhe essa condição.

Estimula aposentadorias, não repõe as vagas de docentes ou o faz com pessoal não suficientemente qualificado, através da contratação temporária de professores substitutos, corta verbas para pesquisas e aperfeiçoamento e qualificação docente por meio de cursos de pós-graduação, impõe aviltantes salários para desestimular aqueles idealistas que ainda resistem, obrigando-os, assim, à procura de instituições particulares de ensino, porquanto pagam duas ou três vez mais, ou que se dediquem a atividades não-docentes mais rentáveis que lhes facultem viver com alguma dignidade.

Até das greves reivindicatórias, o Governo tira vantagem. O desgaste público, propiciado pela demora na resolução dos impasses, serve para que aqueles que pouco nos conhecem ou aqueloutros incapazes de se aprofundarem e bem avaliarem as razões básicas dos nossos problemas e os males sociais e científicos advindos do retardamento das soluções voltem-se contra nós e se revoltam contra os nossos movimentos, diminuindo, assim, o prestígio das instituições em análise.

Não fossem as universidades federais as responsáveis pela formação do maior número das cabeças pensantes e impulsionadoras do desenvolvimento nacional, não fossem os professores dessas instituições os que respondem pela maior quantidade e melhor qualidade das pesquisas, avanços científicos e publicações, ainda se assim não fosse, ao Governo caberia a obrigação de melhorá-las e colocá-las à frente do processo educacional superior, a fim de atingirem os seus objetivos.

Infelizmente, ao contrário, procura destruir ou minimizar a posição de vanguarda que ocupam, para furtar-se à responsabilidade que lhe é inerente ou para, em futuro não longínquo, utilizar-se do descabro a que levou as universidades federais para justificar sua privatização. E o atual Presidente da República foi acolhido por essas mesmas instituições, ao retornar do exílio, e

nelas encontrou os meios de sobrevivência! Talvez, por isso, assim aja...

É neste vetusto prédio da Faculdade de Medicina do Terreiro de Jesus, em que V. Exa. realizou seu curso médico, símbolo arquitetônico da Medicina Nacional, que abriga o Memorial da Medicina Brasileira, a que todos nós assistimos, inconformados e revoltados, a ação da incúria administrativa que o fez chegar ao estado de ruína.

É neste prédio de cuja reconstrução participamos hoje e para cuja preservação como Casa do Médico pugnamos desesperadamente, defendendo-o de investidas oriundas de vários setores, universitários ou não, para descaracterizá-lo como Faculdade de Medicina, de tantas glórias e história edificante, que foi instalada, pelo atual Diretor da Faculdade de Medicina, a **Comissão de Acompanhamento das Obras de Recuperação da Faculdade de Medicina do Terreiro de Jesus**.

É este prédio que desejamos, o Senador Antonio Carlos Magalhães, a Faculdade de Medicina, a Academia de Medicina, a associação dos ex-alunos, as comunidades médica e intelectual desta abençoada terra, ver, em breve, povoado pela juventude acadêmica de medicina.

É no Salão Nobre deste templo que V. Exa. é empossada como Membro Titular da Academia de Medicina da Bahia, entidade que centralizou, por algum tempo, através da palavra vigorosa de Jayme de Sá Menezes e, posteriormente, de muitos outros acadêmicos, professores e médicos, a luta para o reinício da continuidade histórica da atividade médica neste sítio.

Agora, com a nomeação de Heonir Rocha para o exercício do reitorado, possível novo alento embala os nossos sonhos. Aluno desta faculdade, aqui fez toda a sua carreira no magistério e na política universitária, o que nos credencia à espera de período alvissareiro.

Neste momento, Professora Sônia Andrade, V. Exa. se junta ao grupo de acadêmicos, idealistas, intransigentes defensores do nosso passado glorificante, incorporando-se às fileiras de combatentes aqui entrincheirados para que, em futuro não distante, vejamos todos os que têm amor a esta casa, ex-Diretores da

Faculdade, que se dedicaram à conservação deste patrimônio, dentre os quais são destacados José Maria de Magalhães Netto, Thomaz Cruz e o atual Diretor José Antônio de Almeida Souza, a classe médica e as autoridades, todos irmanados, perseguindo a vitória desejada através da visão reluzente desta que é, e será sempre, a mais bela edificação do Pelourinho, patrimônio histórico da humanidade, a Faculdade de Medicina do Terreiro de Jesus, Memorial da Medicina Brasileira.

Seja bem-vinda!

Discurso pronunciado na cerimônia de recepção do Professor Doutor Miguel Srougi, como Membro Honorário da Academia de Medicina da Bahia

Geraldo Milton da Silveira

Minhas senhoras
Meus senhores
Prezados colegas
Senhores acadêmicos

Das minhas grandes satisfações, uma é esta que me concede a Academia de Medicina da Bahia para, em seu nome, saudar a figura exponencial da urologia brasileira, o Professor Doutor Miguel Srougi. E não se há de confundir mérito com gratidão, mas se há de considerar a alegria pela grata oportunidade de reconhecimento do mérito.

O nosso confrade, Secretário de Saúde do Estado, Professor Doutor José Maria de Magalhães Netto, assim a ele se referiu: “Com a autoridade que lhe outorga sua grande erudição, aliada ao saber de experiência feito”, continuo, vem prestando inestimável e inquestionável serviço ao povo brasileiro, ao divulgar princípios básicos do diagnóstico e da terapêutica das afecções prostáticas.

O presidente desta Academia, prof. Alberto Serravalle, nos declara que “seu cotidiano é formado de ações nobilitantes nas quais se delinea, a todo instante, a tônica de seu caráter”.

Cirurgião com conhecimentos aprofundados e prática de primeira linha na condução de problemas oncológicos do aparelho urinário, ainda relativamente jovem – formou-se em 1971 – há-se consagrado nacional e internacionalmente no campo científico da especialidade que exerce, a urologia.

O exercício diferenciado da cirurgia exige diversidade de conhecimentos e qualidades pessoais que devem atuar de maneira sincrônica. Na feitura de cirurgias com alto nível de desempenho, há de possuir o executor conhecimento teórico multifário, porque deve abranger diversos setores da medicina, além de técnica, habilidade, autocontrole emocional em momentos críticos, consciência das manobras que realiza, visando a não prejudicar, curar sempre que possível e não deixar complicar.

Mas do cirurgião-professor exige-se ainda mais: que armazene conhecimento crítico baseado nas suas próprias observações, que as catalogue e divulgue, com rigorosa honestidade e ética.

Não é só executar artesanalmente grande número de atos cirúrgicos. Eles valem, mas precisam ser analisados criticamente para serem estudados e divulgados, a fim de servirem como contribuição ao progresso. Se assim não for, os números servirão apenas para os que os possuem.

O professor Miguel Srougi, desde cedo assim entendeu e, como resultado, desfrutamos de sua vasta produção especializada e propagada nos meios científicos e leigos.

Seu currículo é, sem dúvida, o de profissional e pesquisador brilhante. São 135 comunicações originais, 659 conferências – sendo 54 no exterior – 131 publicações em periódicos nacionais indexados e 16 em países estrangeiros, 40 capítulos em livros didáticos e 9 publicações em jornais não-médicos, como advertência e orientação à população leiga, e isso até 1996. Este acervo, certamente, está aumentado, porque tanto no aspecto de publicações e conferências como no de experiência, o tempo e a persistência, aliados à capacidade são fatores essenciais ao aumento de sua freqüência.

O nosso homenageado de hoje atingiu metas que se traçou ao conquistar, com invulgar esplendor, a posição de Professor Titular da Escola Paulista de Medicina e a fama, plenamente justa, de um dos melhores, quiçá o mais festejado cirurgião oncológico do aparelho urinário no Brasil.

Mas, para atingir os níveis que alcançou, fez primorosa preparação através de 101 cursos, dos quais 41 no exterior. Estagiou

na Harvard Medical School durante o ano de 1977, com rodízio em quatro hospitais, incluindo atividades clínicas, cirúrgicas e de pesquisa experimental.

Ao longo dessa preparação, defendeu três teses: a de Mestrado, intitulada Implante urétero-vesical na ausência de fluxo urinário – estudo experimental, a de Doutorado, sobre Influência da administração de glicocorticóides e de ACTH sobre a evolução de transplantes das adrenais – estudo experimental – e a Livre Docência, quando estudou o Valor prognóstico da expressão dos antígenos de superfície ABH em câncer da bexiga. Estudo tecidual utilizando o complexo avidina-biotina-peroxidase, todas aprovadas com grau 10, distinção e louvor.

Sua dedicação ao estudo rendeu-lhe vasta premiação, que só comprova seu talento e versatilidade. Ele recebe prêmios desde o tempo de aluno do curso de graduação em medicina, como, por exemplo, o de melhor aluno de cirurgia de sua turma e também o que lhe foi concedido pelo trabalho Tumores hepáticos primitivos – possibilidade de seu tratamento cirúrgico. Formado, vieram outros, de caráter não estritamente científico, como o “Gilberto Menezes de Góes”, concedido pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões, com o trabalho Proeminente urologista nacional. Entretanto, o número maior decorre de seu intenso labor na pesquisa. Foram dez os prêmios que lhe foram atribuídos por seus trabalhos, quase todos experimentais, o que evidencia a sua excepcional qualidade, também como pesquisador.

A enumeração completa de suas atividades profissionais e acadêmicas, expostas de forma resumida nas 350 páginas de seu *curriculum vitae*, seria impossível nesta oportunidade, mas posso garantir-lhes serem extremamente freqüentes, em termos de sucessão no tempo, e de altíssima qualidade, em termos de valor intrínseco.

A vida do nosso homenageado é cheia de lutas e vitórias. Assumiu a posição de Professor Titular da Escola Paulista de Medicina há dois anos e já inaugurou o Hospital do Rim e Hipertensão, onde instalou o Centro de Técnicas Avançadas em Urologia, o mais bem equipado da América do Sul, centralizando

diagnóstico e tratamento de afecções do aparelho urinário, para atender, prioritariamente, ao SUS. Assim, terão acesso a transplante de rim (já realizaram 45 em três semanas e esperam fazer 400 por ano), a setores de hemodiálise, de reprodução humana, de disfunção sexual, de laparoscopia, de litotripsia e distúrbios da micção. Parabéns por mais essa importante realização que reflete a sua visão e prestígio pessoal.

Senhor Professor Miguel Srougi, a Academia de Medicina da Bahia presta-lhe esta justa homenagem em reconhecimento público às suas qualidades humanas e científicas, ao incluí-lo na galeria seleta de seus Membros Honorários, dos quais os vivos são, agora, três nomes exponenciais da cirurgia pátria. Dois são ex-professores seus, o que mais reafirma seu valor: Silvano Raia, o primeiro a realizar transplante de fígado nas Américas, excluídos apenas Estados Unidos e Canadá, colocando o Brasil na vanguarda desse fantástico avanço científico, e Adib Jatene, considerado docente de “notório saber” pelo Conselho Universitário da USP, o que tem provado, através dos tempos, pela sua inequívoca liderança no âmbito da cirurgia cardíaca.

Senhor professor, além do diploma oficial ofertamo-lhe, como símbolo do reconhecimento de seu valor e da expressão da gratidão de todos aqueles que se beneficiaram de seu saber, alunos e clientes, esta placa, que fixa no metal o diploma desta Academia.

Muito obrigado!

A linguagem intercelular

Luiz Erlon A. Rodrigues

Antes das comunicações intercelulares, reinava o egoísmo absoluto...

As comunicações intercelulares são fundamentais, nos organismos multicelulares, para a manutenção do controle geral e homeostático.

A linguagem celular se processa de modo mais amplo através dos hormônios e neuromediadores e de modo mais localizado, por intermédio de autacóides e de reguladores parácrinos. Estes últimos componentes de uma linguagem celular mais próxima, são substâncias fabricadas para comunicações entre células semelhantes e geralmente vizinhas, pertencentes quase sempre ao mesmo órgão. Um exemplo típico de informações passadas através de substâncias autacóides pode ser visto na agregação plaquetária para a formação do trombo. Neste caso, cada plaqueta comunica à próxima, a informação da agregação através das tromboxanas, substâncias que elas sintetizam e que liberam para o plasma. As prostaciclina, por sua vez, atuam como reguladores parácrinos porque, além de informarem às células do endotélio vascular que as fabricam de que devem contribuir para a vasodilatação, informam às plaquetas para que não agreguem às paredes do vaso.

Para uma compreensão mais facilitada desses fenômenos de comunicações intracelulares, talvez seja necessário, para determinados leitores, uma **revisão rápida e sinóptica** dos conceitos atuais de membrana celular, dos receptores membranáceos, da origem do potencial transmembranáceo, da organização celular do sistema nervoso central e uma apresentação dos principais neuromediadores.

MEMBRANA CELULAR OU PLASMÁTICA

Muito provavelmente a membrana plasmática foi o primeiro órgão celular a ser desenvolvido. No início, de maneira muito rudimentar, possibilitava o isolamento do hialoplasma primitivo do meio aquoso circulante, nos primeiros seres unicelulares que habitavam os oceanos e mares, a cerca de 3,5 bilhões de anos.

A membrana celular talvez tenha sido o orgânulo que mais sofreu modificações físico-químicas e biológicas desde o seu aparecimento. Praticamente todos os organismos unicelulares e pluricelulares, aí representados pelos seus diversos tecidos e órgãos, possuem membranas celulares adaptadas às mais diferentes funções. Apesar disto elas são compostas basicamente por duas camadas moleculares separadas por um espaço intermembranáceo o que lhes confere uma espessura muito pequena, variando na maioria dos casos, entre 5 a 9 nm.

As proteínas (48%) e os lipídios (42%) são seus maiores constituintes. Em muito menor proporção são encontrados os carboidratos (5%) e outras substâncias como determinados esteróides a exemplo do colesterol e das diversas coenzimas e grupamentos prostéticos das enzimas membranáceas. A tabela I resume os principais componentes membranáceo em algumas espécies.

TABELA I – Porcentagem dos mais importantes constituintes da membrana plasmática de diversas origens.

<i>Fontes</i>	<i>Proteínas</i>	<i>Fosfolipídios</i>	<i>Carboidratos</i>
Mielina	20 %	75 %	5 %
Eritrócitos	49 %	43 %	8 %
Hepatócitos	54 %	46 %	7 %

A composição lipídica das membranas é diferente e característica de cada reino, cada espécie, cada tecido, cada célula e,

até mesmo de cada orgânulo intracelular. Os representantes lipídicos mais freqüentemente encontrados nas membranas plasmáticas isoladas de células humanas são os fosfolipídios, o colesterol e seus ésteres, os glicolipídios, os acilgliceróis e, até mesmo, os ácidos graxos combinados como ésteres ou amidas às proteínas membranáceas. A tabela II resume a composição lipídica das membranas de eritrócitos e dos axônios mielinizados (mielina).

TABELA II – Porcentagem em peso e relação molecular (RM) dos principais lipídios componentes dos complexos membranáceos.

	<i>Hemácias</i>		<i>Mielina</i>	
Lipídios	%	RM	%	RM
Fosfolipídios	69 %	1,0	43 %	1,0
Colesterol	26 %	0,8	27 %	1,3
Glicolipídios	5 %	0,1	30 %	0,7

Não importa o tipo de célula examinada, sempre os fosfolipídios entram em maior proporção na constituição dos diversos complexos membranáceos que os outros componentes gordurosos.

Num modelo típico de membrana, as cadeias hidrófobas dos ácidos graxos que constituem esses lipídios se projetam para o centro da dupla camada enquanto seus grupos hidrófilos se dispõem virados para a face externa, em contato com o meio aquoso eletrolítico. A figura 1 mostra, de modo esquemático, a disposição dos fosfolipídios em interação com outros componentes, em uma pequena parte da membrana constituinte do citoesqueleto de uma célula hepática.

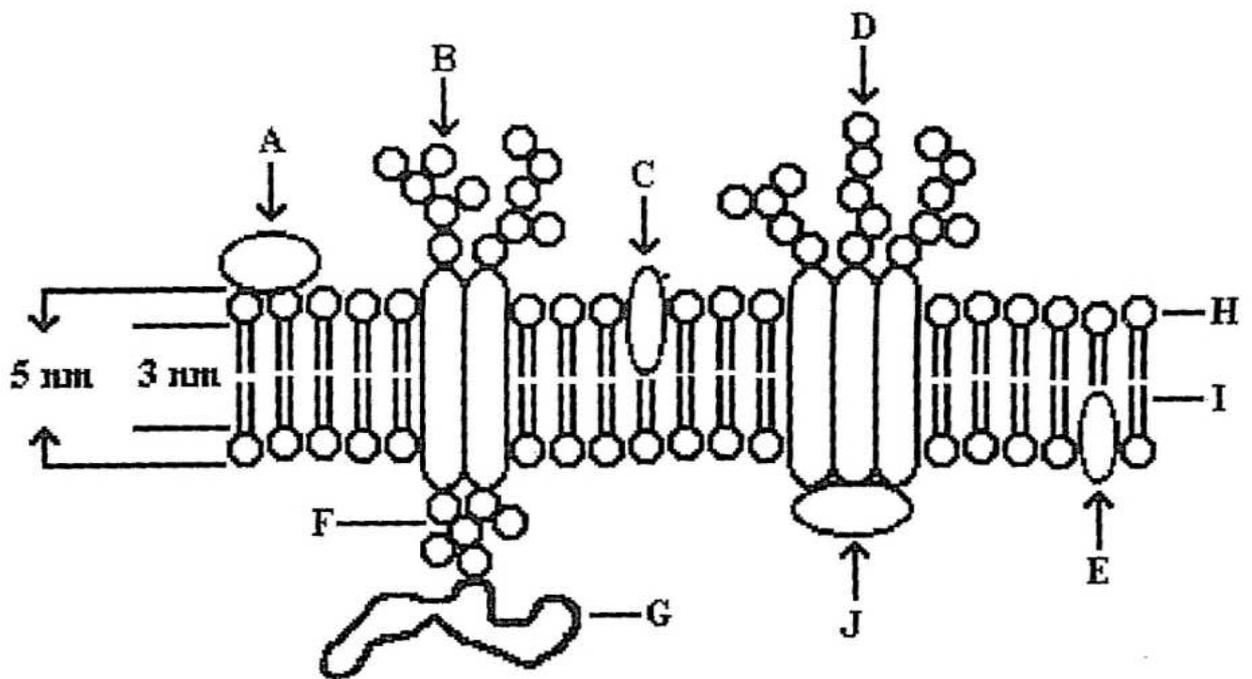
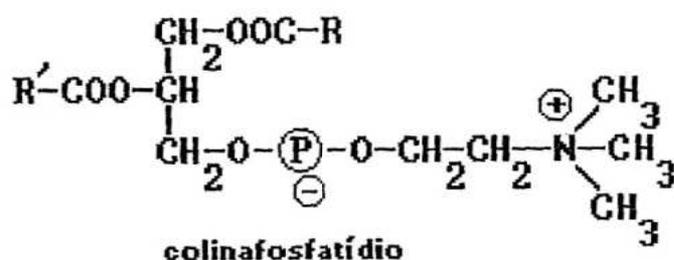
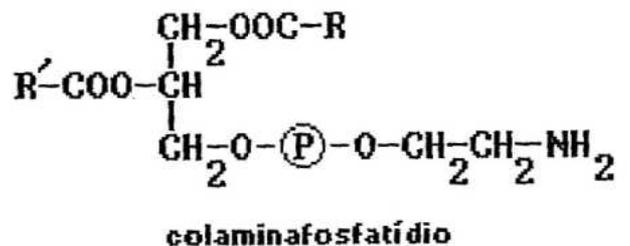
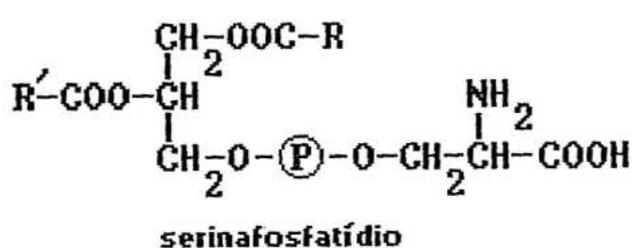
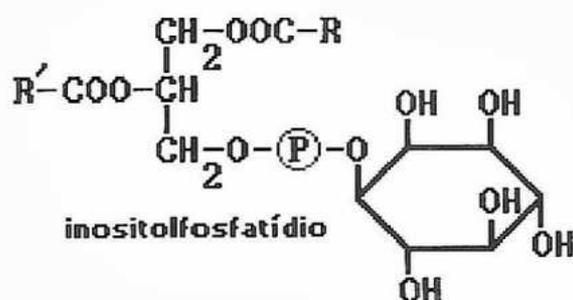


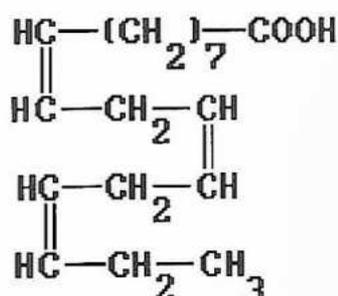
Figura 1 – Modelo de membrana do citoesqueleto do hepatócito. A = Proteína periférica. B, C D e E = Proteínas integrais. F = Actina ligada à membrana e à proteínas citossólicas (G) responsáveis pelo movimento celular. H = Grupo hidrófilo dos lipídios membranáceos. I = Grupos hidrófobos. J = Proteínas âncoras.

A dupla camada lipídica contém uma mistura de fosfolipídios entre os quais se distinguem os colinafosfatídios, colaminafosfatídios, serinafosfatídios, inositolfosfatídios e esfingofosfatídios, estes últimos representados principalmente pela esfingomiéline

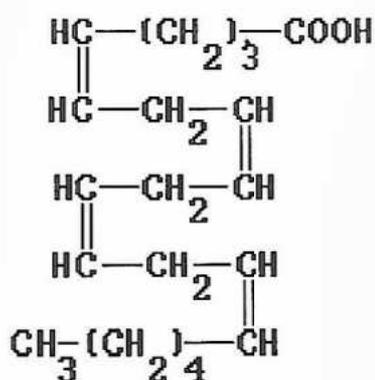




A composição entre os ácidos graxos, constituintes dos fosfolipídios, varia consideravelmente. Por exemplo os colinafosfatídios são ricos em ácido palmítico (C_{16}) e linoléico (C_{18} Δ cis 9, 12, 15). Os ácidos polinsaturados como o araquidônico (C_{20} Δ cis 5, 8, 11, 14) são encontrados principalmente nos colinafosfatídios, serinafosfatídios e inositolfosfatídios.



ácido linoléico

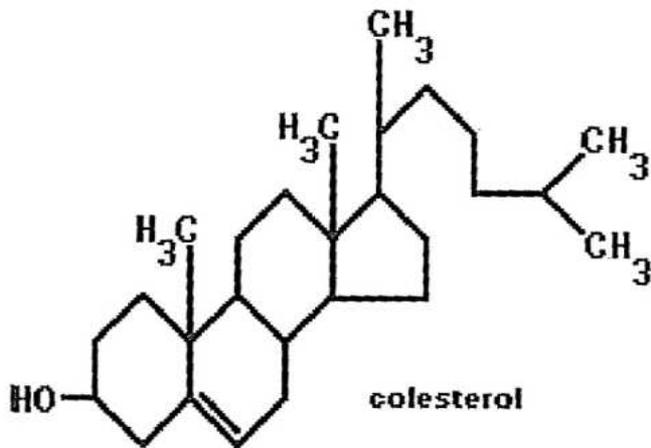


ácido araquidônico

Os esfingofosfatídios são constituídos do ácido lignocérico (C_{24}) e seus derivados, cerebrônico (C_{24} α OH), nervônico (C_{24} Δ cis 15) e hidroxinervônico (C_{24} α OH, Δ cis 15).

O colesterol, apesar de não ser verdadeiramente um lipídio, constitui as membranas plasmáticas inserindo-se entre as camadas de fosfolipídios de ambas as faces. Seu grupo hidroxílico

do carbono 3 fica orientado para a parte externa, portanto hidrófila e interage com os grupos polares dos fosfolipídios. Seus núcleos não polares assim como sua cadeia lateral alifática saturada se posicionam entre os grupos hidrófobos dos lipídios membranáceos com os quais interage fisicoquimicamente, através da estrutura planar do núcleo ciclopentano peridrofenantrênico e as cadeias saturadas ou não dos acilas graxos componentes das membranas.



É interessante salientar que, por não estar ligado através de forças covalentes, o colesterol que em certos tipos de membranas pode alcançar até 25 % do total dos lipídios, pode mover-se para fora ou para dentro da bicamada lipídica, inclusive trocando-se com o colesterol livre do meio circulante.

As lipoproteínas de alta densidades (HDL) são os melhores aceptores do colesterol fabricado, algumas vezes em excesso pelas células e que passa para o meio externo por este mecanismo de deslocamento intermembranáceo.

GLICOESFINGOSÍDIOS

Os carboidratos constituintes das membranas celulares não estão livres. Constituem os glicolipídios e as glicoproteínas, ambos complexos fundamentais para os mecanismos das comunicações intercelulares.

Os glicolipídios têm a parte hidrófoba muito semelhante a dos esfingofosfatídios. Neles a parte hidrófila é geralmente cons-

tituída por um derivado de carboidrato que pode ter desde uma só molécula até uma cadeia de heteroligosídios. A figura 2 mostra alguns exemplos de glicolipídios associados à membrana plasmática.

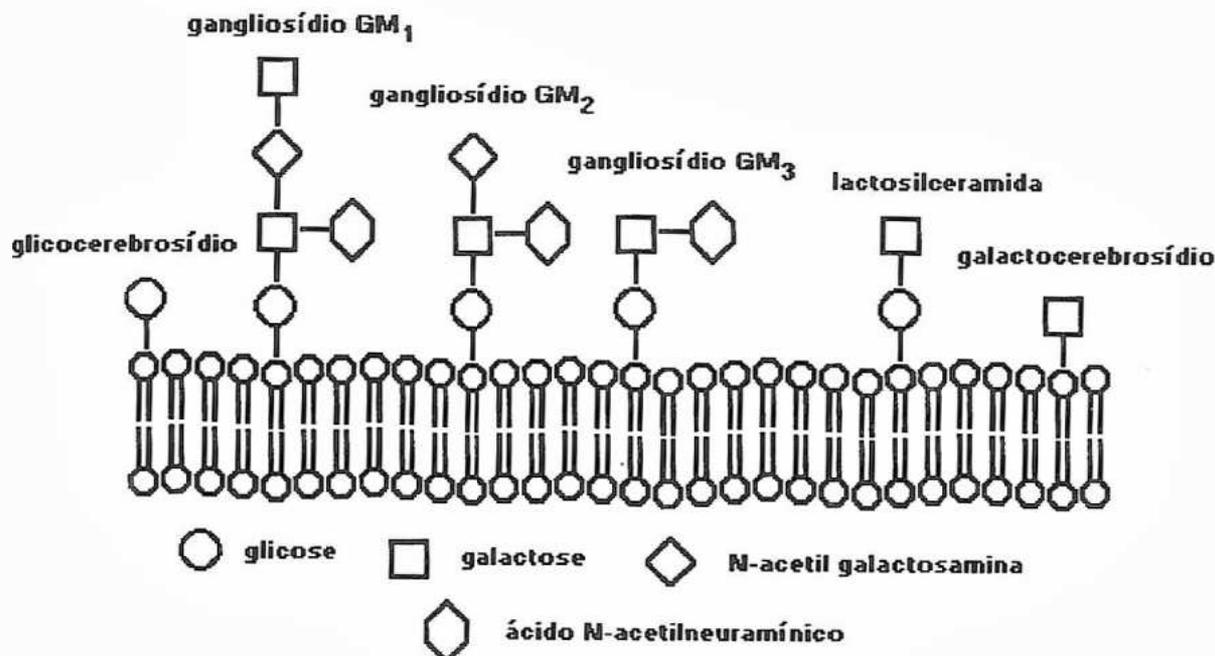


Figura 2 – Representação esquemática das inserções e orientações de esfingolipídios nas membranas celulares. Somente alguns açúcares foram representados. Em alguns exemplos, a cadeia de carboidratos pode conter até 14 unidades.

Os glicolipídios são inseridos na parte lipídica da bicamada de modo semelhante ao colesterol. A parte da ceramida interage com as cadeias alifáticas dos fosfolipídios enquanto o grupo de carboidratos se projeta para o meio externo, relacionando-se com a água.

PROTEÍNAS DAS MEMBRANAS

Resumidamente, as proteínas que fazem parte das membranas podem ser separadas em dois tipos distintos. As periféricas e as integrais. As do tipo periférico são ligadas por forças eletrostáticas fracas à membrana de onde podem ser retiradas

por tratamento com soluções de grande força iônica, agentes quelantes como o EDTA ou o tratamento com determinadas enzimas a exemplo da fosfolipase C. São solúveis em água e não contêm lipídios em suas constituições nem como grupamentos prostéticos. Chegam a constituir em torno de 30% do total das proteínas membranáceas.

As proteínas integrais constituem os 70% restantes. São firmemente ligadas e só são removidas após tratamento com detergentes. Quando separadas das membranas, são insolúveis em água e geralmente trazem lipídios aderidos. Seus pesos moleculares variam enormemente e, quanto às suas localizações membranáceas podem ser divididas em dois tipos. Aquelas que penetram apenas em uma das camadas lipídicas e as que traspasam a bicamada de um lado para o outro. Na figura 1 estão representados esses diferentes tipos de proteínas integrais.

As proteínas periféricas estão contidas inteiramente no meio aquoso e são aderidas à superfície lipídica das membranas. Algumas dessas aderências são decorrentes de forças iônicas entre resíduos de aminoácidos e os grupos polares dos fosfolipídios. Outras são estabelecidas através do cálcio, catione capaz de formar uma ponte entre os fosfolipídios, principalmente as serinafosfátidas e o grupo aniônico dos aminoácidos aspártico ou glutâmico. Finalmente, muitas proteínas periféricas estão ligadas às membranas por intermédio de ligações covalentes estabelecidas entre os fosfolipídios, principalmente os fosfatidil inositóis e a parte glicídica das glicoproteínas.

As proteínas periféricas ligadas covalentemente através de âncoras de carboidratos com os inositolfosfatídios, são liberadas das células em respostas a certos estímulos. Eles ativam a fosfolipase C capaz de hidrolisar a ligação fosfatidil inositólica, separando a glicoproteína periférica ainda ligada ao inositol fosfato do restante da molécula, diacilglicerol que permanece como lipídio da membrana. Em alguns casos, tanto o diacilglicerol liberado quanto a estrutura da glicoproteína podem atuar como *segundo mensageiro* de informações. A figura 3 mostra diferentes tipos de ligações entre as proteínas periféricas e a camada lipídica das membranas.

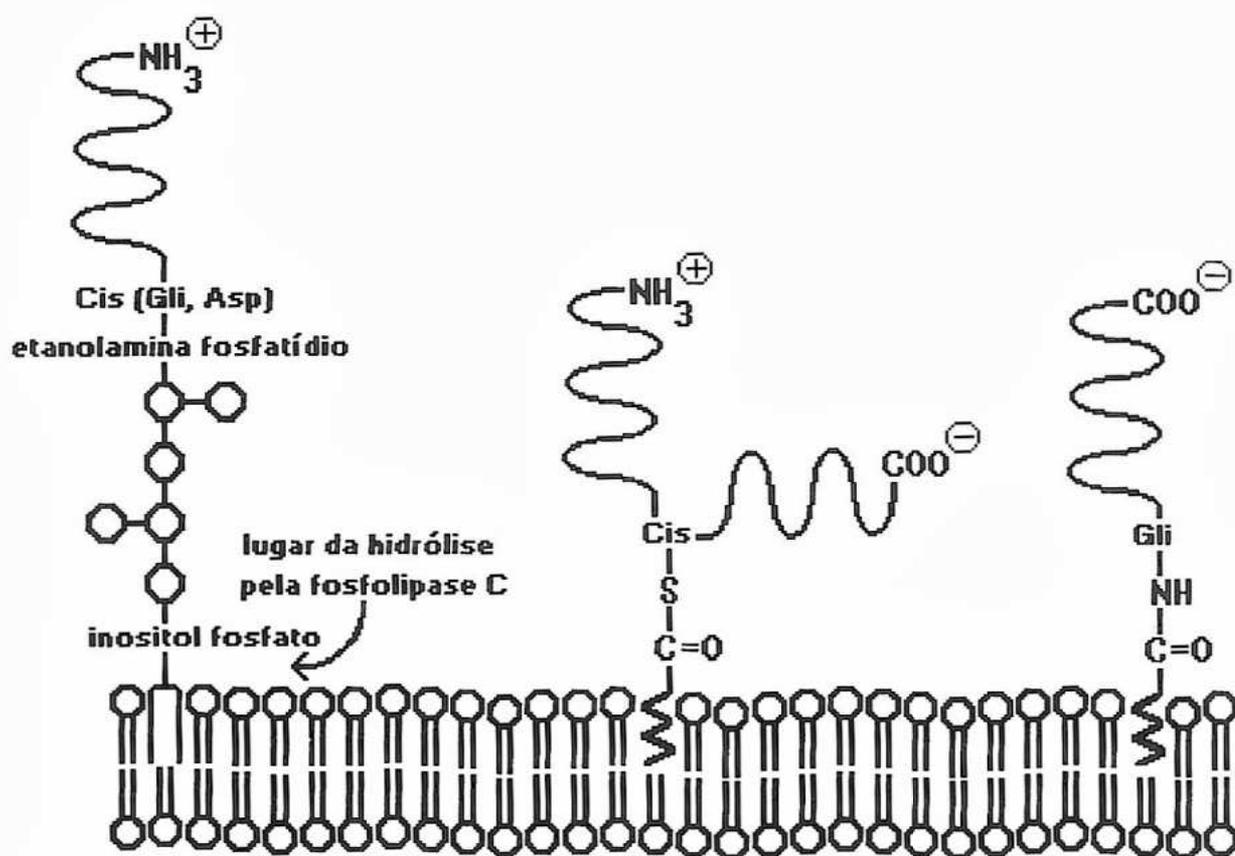


Figura 3 – Detalhes das ligações das proteínas periféricas com a bicamada lipídica das membranas celulares.

Muitas proteínas são ligadas às membranas através de ligações covalentes com os ácidos palmítico ou mirístico. O palmítico forma, preferencialmente, ésteres ou tioésteres, respectivamente com a serina ou a cisteína, aminoácidos componentes da parte protéica. O ácido mirístico forma de preferência ligações amídicas com o grupamento amínico terminal de um resíduo de glicina.

As proteínas integrais e que portanto penetram profundamente nas membranas, chegando em sua maioria a atravessar as duas camadas lipídicas, são ricas em aminoácidos hidrófobos. Por essa razão elas formam interações não-covalentes com aminoácidos do tipo da alanina, fenilalanina, valina, triptofano, leucina e isoleucina e a parte hidrófoba dos lipídios membranares.

Enquanto as proteínas periféricas são, em sua grande maioria, receptores para as mais variadas substâncias, as integrais

constituem enzimas de transporte de íons, glicose e um variado número de transportadores ativos das mais diferentes substâncias que penetram ou são excretadas pelas células.

O grau de motilidade das cadeias apolares dos ácidos que constituem os lipídios membranáceos define a fluidez das membranas. Quanto maior a motilidade, maior a fluidez. Na temperatura corporal de 37°C a bicamada lipídica permanece no estado fluido. De um modo geral, quanto mais fluida mais permeável é a membrana. Os ácidos insaturados contribuem em muito para a fluidez enquanto os saturados as tornam menos permeáveis. As proteínas integrais que penetram na bicamada lipídica modulam também a fluidez. O colesterol também desempenha um papel importante nesse fenômeno. Ele diminui a fluidez quando na membrana há predominância de ácidos graxos insaturados e aumenta quando em determinado local os ácidos graxos saturados são mais freqüentes. Determinadas áreas chegam a possuir uma molécula de colesterol para cada uma de fosfolipídio. Outras áreas não contêm colesterol. Isto faz com que as membranas apresentem áreas praticamente sólidas ao lado de outras muito fluidas. Disso resultam as mais variadas propriedades físicas e de permeabilidade encontradas em todos os complexos membranáceos.

As proteínas integrais transmembranáceas não estão fixas em determinada posição. O modelo de *mosaico fluido*, sugerido por Singer e Nicholson, em 1972, para explicar a estrutura físico-química das membranas, permite que elas se desloquem lateralmente dentro da estrutura bidimensional, evidentemente dentro de espaços limitados principalmente pela sua constituição em ácidos graxos e colesterol. Essas proteínas podem girar sobre seus eixos longitudinais a velocidades, algumas vezes, muito altas. A sua maioria constitui enzimas de transporte transmembranáceo. No caso dos músculos por exemplo a hexocinase, responsável pela entrada de glicose, a cada rotação de 360° que faz sobre seu eixo longitudinal, coloca para dentro do miócito 8 moléculas deste carboidrato. Apesar de todos esses movimentos, devido às forças interativas hidrófilas e hidrófobas, essas proteínas não podem escapar da bicamada lipídica, a não ser quando submetidas a drásticos processos de extração.

RECEPTORES MEMBRANÁCEOS

As comunicações intercelulares à distância, nos organismos multicelulares, são efetuadas por hormônios e neurotransmissores chamados de mensageiros primários. Essas substâncias especializadas no transporte das informações são reconhecidas pelas *células-alvo* e se ligam a receptores específicos situados, em sua grande maioria, na parte externa de suas membranas plasmáticas.

Determinados hormônios esteróides a exemplo dos andrógenos e estrógenos porque são lipossolúveis passam pela membrana celular e no citoplasma das *células-alvo*, eles se combinam com seus receptores protéicos situados no núcleo ou na mitocôndria, no caso dos hormônios tireoidianos, exercendo suas ações informativas.

Os esteróides por exemplo modificam a transcrição do DNA e como resultado a célula sintetiza uma determinada proteína enzimática a qual se encarrega da resposta à informação trazida pelo hormônio. Os hormônios tireoidianos agem sobre receptores situados nas membranas internas das mitocôndrias levando ao desacoplamento parcial da fosforilação oxidativa e, como consequência, a resposta à informação veiculada pelo hormônio tireoidiano é de ativação do metabolismo energético celular.

Os receptores são geralmente glicoproteínas aderidas à superfície das membranas. Eles são compostos de uma cadeia polipeptídica simples como o receptor β -adrenérgico ou de múltiplas subunidades como o da insulina.

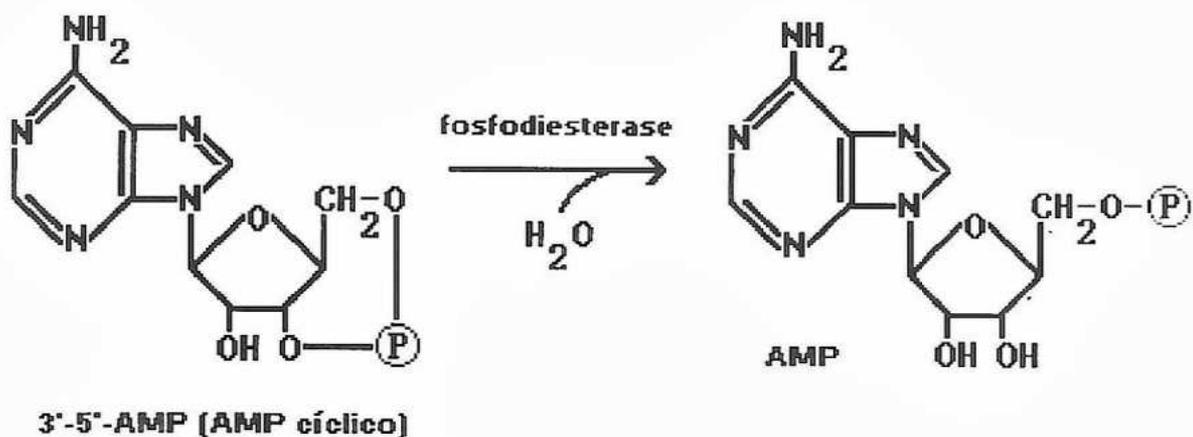
De modo sintético, a ligação de determinado receptor com seu agente sinalizador pode ser entendida como a ação de um regulador alostérico sobre uma proteína enzimática a qual é induzida a fabricar seu produto. Analogamente, a ligação do hormônio com seu receptor resulta na síntese de um *segundo mensageiro* que pode ser o 3'-5'-AMP (AMP cíclico), uma proteína de fosforilação da tirosina, o inositol trifosfato ou mesmo alterações dos *canais iônicos*.

ADENILATOCICLASE

Muitos hormônios exercem suas ações celulares através de receptores membranáceos ligados à adenilciclase. Quando são liberados pelas células produtoras são levados por todo o organismo, impulsionados pela circulação sistêmica, dissolvidos no líquido extracelular em concentrações muito baixas que variam entre 10^{-6} e 10^{-12} M. Uma vez tendo alcançado as *células-alvo*, o que na maioria das vezes gastam apenas em torno de dois segundos, imediatamente começam a exercer seus efeitos. Primeiro são reconhecidos pelos receptores específicos onde se acoplam. Em sua grande maioria os receptores são proteínas enzimáticas. Eles formam com os mensageiros primários verdadeiros complexos “enzimas-reguladores alostéricos” que induzem as respostas fisiológicas. Este acoplamento termina por ativar uma das enzimas componentes dos receptores, a adenilciclase que transforma o ATP, captado do citoplasma, em AMP cíclico (3'-5'-AMP).

O AMP cíclico, levado pelos movimentos citoplasmáticos, transporta para os diversos compartimentos celulares a informação trazida pelo hormônio. Em algumas células, o aumento da concentração de AMP cíclico atua sobre uma enzima conhecida como “proteína cinase”, capaz de fosforilar grupos hidroxílicos dos aminoácidos serina ou treonina. A fosforilação desses grupos pode ocasionar a ativação ou mesmo inibição de determinado complexo enzimático e disso decorre a tradução da informação recebida pela célula.

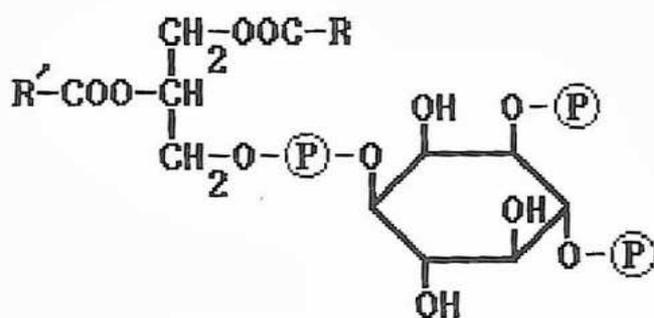
A concentração citoplasmática de AMP cíclico é rapidamente diminuída, para que não perpetue seu efeito, por uma outra enzima a fosfodiesterase que o transforma por hidrólise em AMP.



A cafeína e a teofilina, conhecidas substâncias usadas como estimulantes atuam, entre outros efeitos, como inibidores da fosfodiesterase e conseqüentemente, prolongam a ação estimuladora do AMP cíclico. São portanto substâncias cinérgicas deste tipo de efeito hormonal. A adrenalina é um exemplo característico deste grupo de hormônios que atuam via adenilatociclase membranácea.

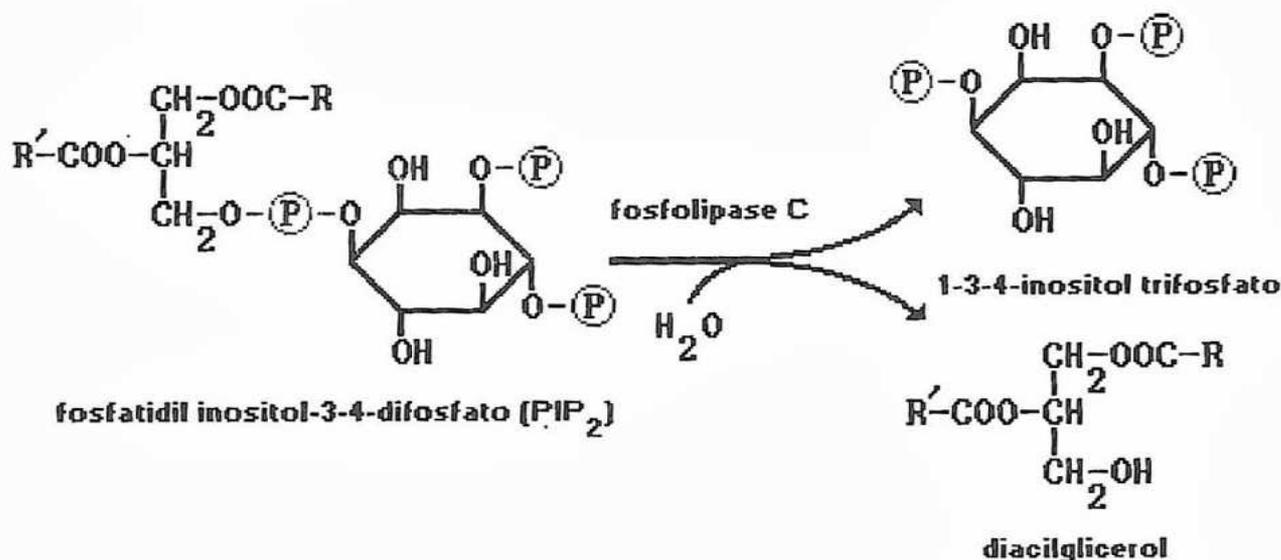
Alguns receptores são complexos enzimáticos contendo enzimas do tipo da tirosina cinase. Eles respondem às mensagens de determinados hormônios através da fosforilação da hidroxila tirosínica do centro ativo de certas enzimas e, com isso, alteram suas atividades moleculares, o que conseqüentemente modifica as vias metabólicas das quais estas enzimas participam. Alguns hormônios anabólicos e de estrutura protéica como o *fator de crescimento* e a insulina, agem deste modo, como transmissores das informações intercelulares.

Os fosfolipídios membranáceos que contêm inositol são importantes nas transduções das informações externas que chegam a determinadas células. Eles apresentam vários graus de fosforilação. A forma mais fosforilada é a de fosfatidil inositol-3-4-difosfato (PIP₂).



fosfatidil inositol-3-4-difosfato (PIP₂)

Certos hormônios, a exemplo daquele liberador das gonadotrofinas (GnRH), após ligar-se com seu receptor membranáceo específico, transmite sua informação do seguinte modo. Este tipo de receptor faz parte da estrutura protéica de um complexo enzimático onde uma das enzimas é a fosfolipase C. A ligação do hormônio com o receptor ativa esta última enzima que, por sua vez, hidrolisa o fosfatidil inositol-3-4-difosfato em diacilglicerol e 1-3-4-inositol trifosfato.

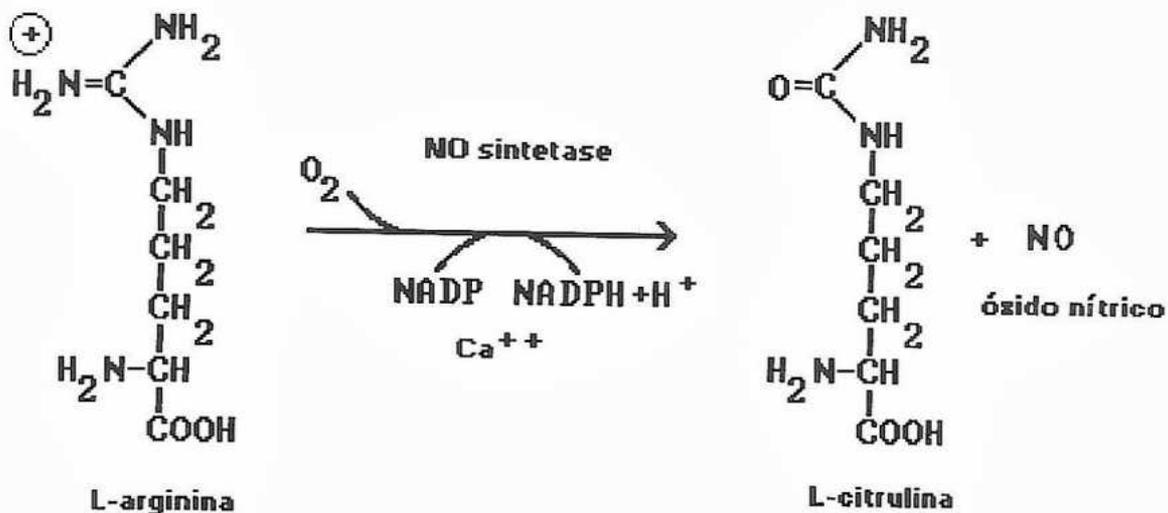


Este triéster fosfórico do inositol atua como *segundo mensageiro* da ação hormonal. Á semelhança do AMP cíclico ele ativa certas proteínas cinases que fosforilam hidroxilas serínicas ou treonínicas dos centros ativos de determinadas enzimas, aumentando ou diminuindo suas atividades moleculares.

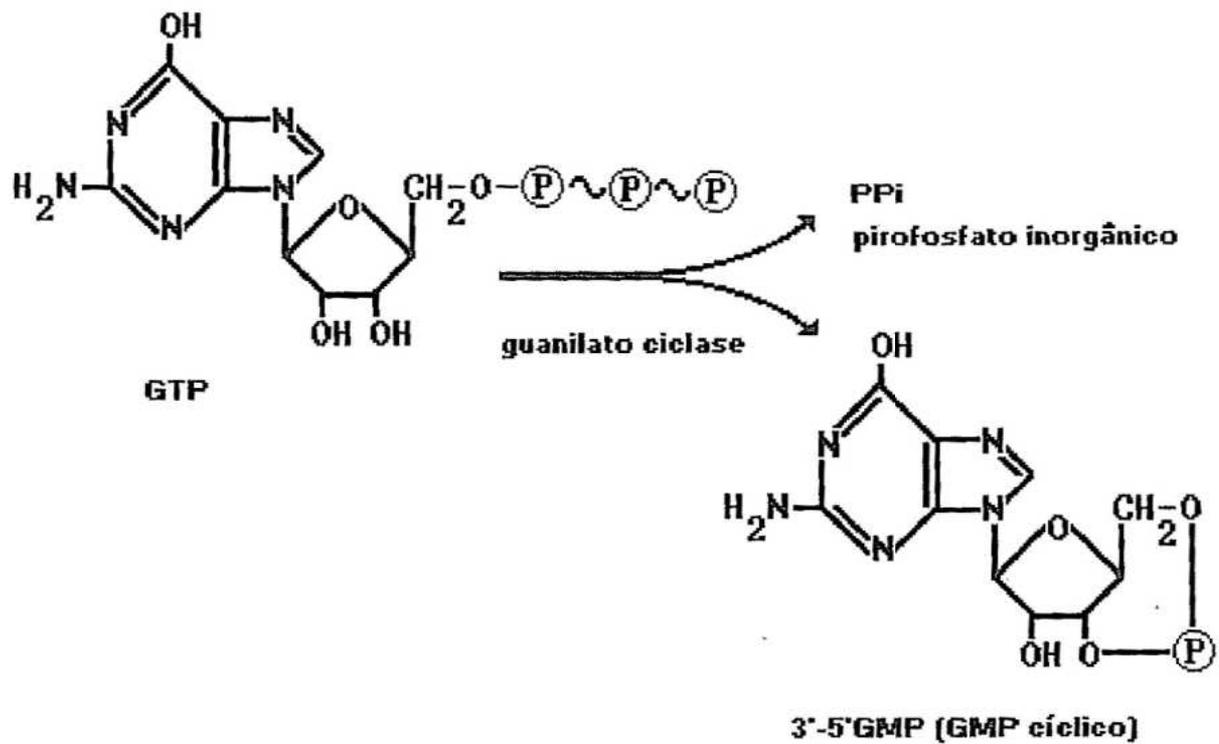
Finalmente, um quarto tipo de transdutor de mensagens é representado pelos receptores, direta ou indiretamente ligados,

aos *canais iônicos*. Em muitas dessas células o cálcio iônico (Ca^{2+}), atua como *segundo mensageiro* das informações recebidas do meio externo. Em certas células nervosas e musculares a ativação dos receptores membranáceos causa um influxo de íons cálcio através de uma enzima a “ATPase- Ca^{2+} - Mg^{2+} -dependente”, conhecida **fisiologicamente** como *canal de cálcio*.

O aumento da concentração deste íon no citoplasma ativa várias enzimas destacando-se dentre elas a “proteína cinase cálcio-calmodulina dependente”. Esta enzima fosforila e portanto controla muitas outras. A consequência deste processo é a regulação das vias metabólicas onde atuam. Um exemplo dessas enzimas é a nitrito sintetase, capaz de fabricar óxido nítrico (NO), a partir da arginina numa reação regulada pela quantidade de cálcio iônico presente no citoplasma.



O óxido nítrico difunde para as células adjacentes onde ativa a guanilatociclase. Esta última enzima fabrica o GMP cíclico o qual, no coração diminui a concentração de cálcio citossólico levando ao relaxamento do músculo cardíaco.



Como o óxido nítrico é muito instável e se oxida rapidamente para nitritos e nitratos, um relaxamento das fibras musculares cardíacas, muito mais prolongado, é conseguido pela administração sublingual de trinitrina ou trinitro glicerina. Como esta substância libera óxido nítrico gradativamente, ela produz um relaxamento muito mais duradouro e efetivo da musculatura cardíaca o que contribui para diminuir ou mesmo suprimir a dor da crise anginosa causada pela contração das fibras cardíacas, num momento de baixa oxigenação, decorrente de uma diminuição do fluxo sanguíneo ou mesmo do entupimento de ramos das artérias coronarianas.

ORIGEM DO POTENCIAL TRANSMEMBRÂNICO

Todas as células animais mantêm uma baixa concentração de sódio e relativamente alta de potássio com relação ao meio extracelular. Este gradiente é mantido por uma importante enzima membranácea, a "ATPase- Na^+ - K^+ -dependente", conhecida pelos **fisiologistas** como *bomba de sódio*. Ela utiliza a energia de hidrólise

do ATP para movimentar os íons sódio e potássio contra um gradiente de concentração. Cada molécula de ATP hidrolisado corresponde ao movimento de dois átomos de potássio para o citoplasma e de três de sódio em direção ao meio extracelular. Justamente porque saem das células, por esse mecanismo, o correspondente a três cargas positivas enquanto entram apenas duas, isto cria através da membrana plasmática um potencial elétrico onde o citoplasma fica negativo em relação ao meio extracelular.

A diferença de potencial transmembranáceo gerada pela movimentação desigual dessas cargas iônicas se situa entre 50 a 70 mV. Este potencial de membrana é essencial para a condução do impulso elétrico que caracteriza as comunicações inter-neuronais e dessas células com as demais.

TRANSMISSÃO DO IMPULSO ELÉTRICO INTERNEURONAL

Vários estímulos são capazes de causar rápidas mudanças do potencial elétrico transmembranáceo. Uma das conseqüências fisiológicas mais importante dessas mudanças é a abertura ou fechamento de determinados *canais iônicos* que facilitam ou dificultam a passagem de certos íons através da membrana plasmática. Um desses *canais iônicos* mais estudados é, do ponto de vista bioquímico, o receptor da acetilcolina.

Quando o sinal elétrico no axônio do neurônio pré-sináptico alcança a sinapse, ativa os *canais iônicos* específicos para o cálcio situados em sua membrana. A conseqüência dessa ativação é a entrada de íons cálcio, aumentando sua concentração citoplasmática no neurônio pré-sináptico. A maior concentração de cálcio favorece a fusão de vesículas sinápticas, cheias de neuromediadores, com a membrana plasmática. Disso decorre, a liberação dos neurotransmissores no espaço intersináptico. Uma vez nestes espaços eles se difundem rapidamente e alcançam os receptores membranáceos agora nas membranas dos neurônios pós-sinápticos.

No caso específico do neuromediador acetilcolina ela se liga aos seus receptores de alta afinidade, induzindo a entrada de

cationtes do líquido extracelular para o interior do citoplasma do neurônio pós-sináptico. Como o citoplasma do neurônio pós-sináptico é mantido com baixa concentração de cationtes com relação ao líquido intersináptico, a entrada de cationtes para o citoplasma corresponde ao decréscimo do potencial eletroquímico através de sua membrana, levando à despolarização da célula pós-sináptica.

O receptor da acetilcolina permite que os íons sódio e potássio passem facilmente através da membrana enquanto outros cationtes ou aniontes são impedidos de atravessá-la. Esta espécie de preferência fisiológica é explicada bioquimicamente pelo fato das enzimas possuírem especificidade de ação. Como cada receptor ou canal, na realidade corresponde a uma determinada enzima ou complexo enzimático, fica fácil entender esses fenômenos.

O ritmo de entrada de sódio através do receptor de acetilcolina é diretamente proporcional à concentração de sódio extracelular. O movimento desse cationte através da membrana plasmática é muito rápido. Nas condições fisiológicas, por cada canal iônico podem atravessar $2 \cdot 10^7$ íons sódio por segundo. O tempo gasto entre a chegada do sinal elétrico pré-sináptico e a despolarização do neurônio pós-sináptico é de aproximadamente 0,5 milissegundos (500 ns). Grande parte desse lapso de tempo é gasto na abertura dos canais de cálcio, fusão das vesículas mais próximas da membrana e liberação dos neuromediadores.

ORGANIZAÇÃO CELULAR NO CÉREBRO

Os inúmeros conjuntos neuronais componentes do sistema nervoso central podem ser agrupados em duas grandes categorias. Os sistemas hierarquizados e os não específicos ou de difusão.

SISTEMAS HIERARQUIZADOS

Estes sistemas incluem todos os conjuntos neuronais direta ou indiretamente envolvidos na percepção sensorial e no contro-

le motor. Eles são geralmente bem delineados, compostos de fibras longas e mielinizadas que podem conduzir potenciais de ação em velocidades rápidas, da ordem de 50 metros por segundo. As informações viajam através de sinais elétricos em fase e, nos sistemas sensoriais as informações são processadas seqüencialmente pelas sucessivas integrações de cada conjunto de neurônios existentes entre determinado núcleo e a córtex. Uma lesão em qualquer parte dessa cadeia prejudica todo o sistema. Dois tipos funcionais de células fazem parte dos núcleos e da córtex do sistema hierarquizado. Os neurônios “relês” ou de projeção e os neurônios de circuitos localizados. A figura 4 resume grupos neuronais dos sistemas hierarquizados.

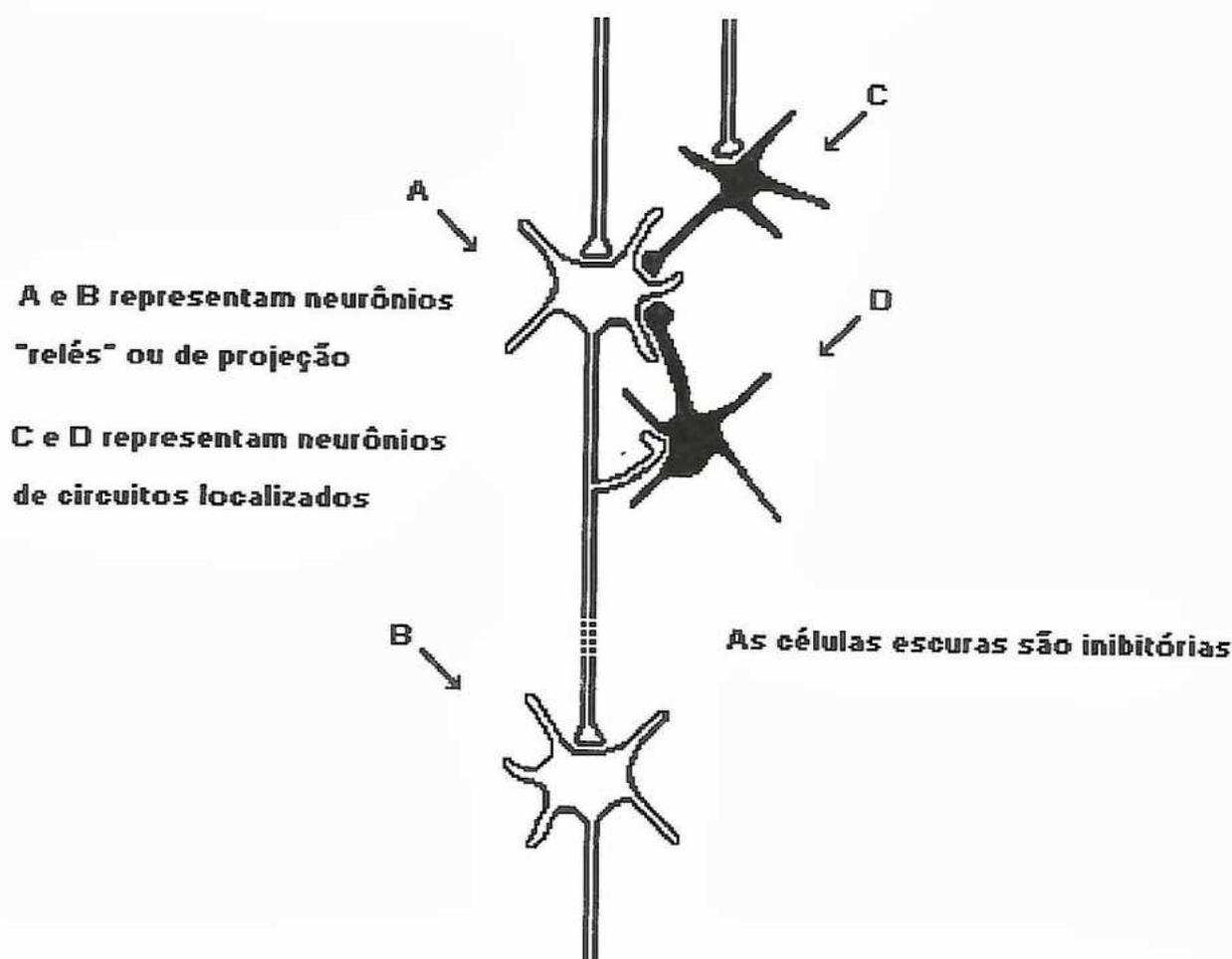


Figura 4 – Comunicações interneuronais no sistema nervoso central. Os neurônios escuros participam de circuitos inibitórios. Estes podem se fazer no sentido do impulso, como se observa no neurônio C, ou de modo retrógrado, no neurônio D.

Os neurônios de projeção são responsáveis pelas comunicações a longas distâncias. Seus corpos celulares são relativa-

mente grandes e seus axônios emitem ramificações colaterais que se arborizam extensivamente nas vizinhanças do neurônio. Eles constituem, em sua grande maioria, neurônios excitadores e liberam o glutamato como seu principal neuromediador.

Os neurônios dos circuitos localizados, bem menores que os anteriores se caracterizam por seus axônios que se arborizam logo nas imediações dos seus corpos celulares. Em sua maior parte, são inibidores e têm o ácido γ -amino butírico (GABA) e a glicina como seus neuromediadores mais importantes.

Os circuitos localizados decorrem principalmente das sinapses que esses neurônios desenvolveram. Eles fazem sinapses principalmente com o corpo dos neurônios de projeção. Fazem também sinapses com os neuritos das células nervosas "relês" e entre si mesmos.

Devido à enorme possibilidade de sinapses nos sistemas hierarquizados e do limitado número de neurotransmissores utilizados por esses sistemas as interferências bioquímicas e farmacológicas causam profundos efeitos na excitabilidade e função de todo o sistema nervoso central. Por isso certas drogas que bloqueiam especificamente os receptores do GABA, como a picrotoxina, levam a convulsões generalizadas.

SISTEMAS NÃO ESPECÍFICOS OU DIFUSOS

Os sistemas difusos se caracterizam por terem as aminas, noradrenalina, serotonina e dopamina como principais neuromediadores. Certos componentes destes grupos são controlados por neurotransmissores peptídicos.

Estes sistemas diferem fundamentalmente dos hierarquizados e têm o sistema noradrenérgico como exemplo típico.

Os sistemas noradrenérgicos são encontrados principalmente formando grupos compactos de células com funções particularizadas. O *locus ceruleus* situado no ângulo superior do assoalho do quarto ventrículo se constitui num exemplo típico desses sistemas. A quantidade de neurônios neste grupo celular é pequeno, em torno de 1500 para cada hemisfério cerebral do rato. Seus axônios são finos e desmielinizados. Somente a partir da década

de 1960 é que eles puderam ser detectados histologicamente. Antes seus prolongamentos axônicos não eram vistos através das técnicas histológicas comuns. O emprego da metodologia que utiliza o formaldeído fluorescente permitiu a descrição anatômica dos sistemas com neurotransmissores monoamínicos no sistema nervoso central.

Porque seus axônios são muito finos e desmielinizados eles conduzem o impulso elétrico de modo muito lento. Fazem, na velocidade de 0,5 metros por segundo. As ramificações axônicas são extraordinariamente divergentes. Um mesmo neurônio pode enervar várias partes do sistema nervoso central, funcionalmente diferentes. Na neocórtex, por exemplo, estas fibras apresentam uma organização tangencial e podem influir, não sinapticamente com grandes áreas da córtex cerebral. Além disso os axônios apresentam protuberâncias laterais periódicas as quais contêm muitas vesículas cheias de neuromediadores. Grande número dessas protuberâncias não formam contatos sinápticos com outros neurônios o que permite supor que a noradrenalina, componente das vesículas, seja exocitada para o meio externo e, dessa maneira, pode difundir-se por grandes áreas do sistema nervoso. Talvez, por essa razão, as funções fisiológicas dos sistemas específicos ou difusos são muito mais determinadas pelas localizações dos receptores noradrenérgicos que pelas localizações dos neurônios liberadores desse neurotransmissor.

Diante do exposto, fica claro que os sistemas monoaminérgicos não são ligados a áreas específicas, topograficamente limitadas, mas leva informações a grandes áreas do sistema nervoso central. Por isso, eles estão ligados a funções complexas como o sono, o despertar, a atenção, o apetite e os estados emocionais.

NEUROTRANSMISSORES CENTRAIS

Muitos dos neurotransmissores são aminas primárias ou secundárias, derivadas de aminoácidos comuns ao metabolismo e presentes na grande maioria das moléculas protéicas. A tabela III apresenta um sumário dos neurotransmissores não peptídicos encontrados no sistema nervoso central.

TABELA III – Principais neurotransmissores e suas ações farmacológicas no sistema nervoso central.

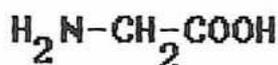
Neurotransmissor	Tipo de receptor	Mecanismo exercido na célula receptora
Acetilcolina	muscarínico – M ₁	excitatório, diminui o transporte de potássio
	muscarínico – M ₂	inibitório, aumenta o transporte de potássio
	nicotínico	excitatório, aumenta o transporte de cationes
Dopamina	D ₁	inibitório, aumento do AMP cíclico
	D ₂	inibitório, aumenta o transporte de potássio
	GABA _A	inibitório, aumenta o transporte de cloretos
γ-amino butírico		inibitório pré-sináptico, diminui o transporte de cálcio
	GABA _B	inibitório pós-sináptico, aumenta o transporte de potássio
Glutamato,	Glu	excitatório, aumenta o transporte de cálcio
aspartato	Asp	excitatório, diminui o transporte de potássio
Glicina	Gli	inibitório, aumenta o transporte de cloretos
Serotonina	5-HT _{1A}	inibitório, aumenta o transporte de potássio
	5-HT _{2A}	excitatório, diminui o transporte de potássio
	5-HT ₃	excitatório, aumento o transporte de cationes
	5-HT ₄	excitatório, mediado pelo AMP cíclico
Noradrenalina	α ₁	excitatório, diminui o transporte de potássio
	α ₂	inibitório, aumenta o transporte de potássio
	β ₁	excitatório, mediado pelo AMP cíclico
	β ₂	inibitório, aumenta o transporte de sódio

AMINOÁCIDOS NEUROTRANSMISSORES

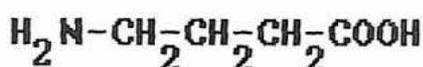
Os aminoácidos que atuam como neurotransmissores podem ser divididos em duas classes distintas; neutros a exemplo da glicina e do GABA e ácidos como o glutâmico e o aspártico.

AMINOÁCIDOS NEUTROS

A glicina e o γ-amino butirato (GABA) são neurotransmissores inibitórios e que aumentam a permeabilidade das membranas aos anions cloretos.



glicina



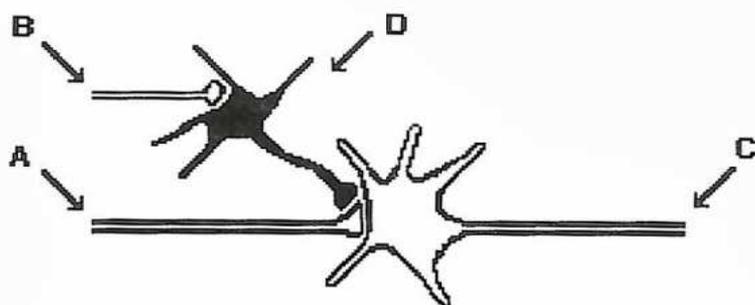
gama amino butírico (GABA)

A glicina está concentrada, principalmente na substância cinzenta da medula. Daí decorre que a glicina, uma vez liberada dos

neurônios que participam dos circuitos inibitórios locais, está envolvida nas inibições pós-sinápticas. A estriquinina inibe os receptores deste aminoácido, por essa razão é um veneno tão potente.

Os receptores de GABA são divididos em dois tipos. GABA_A e GABA_B. Os receptores GABA_A favorecem a abertura dos *canais de cloretos* e são antagonizados pela picrotoxina e a bicuculina. Estas duas substâncias causam convulsões generalizadas.

Os receptores GABA_B são seletivamente ativados por drogas antiespasmódicas como o baclofen e estão relacionados com o transporte de potássio nas membranas pós-sinápticas. Estudos imunquímicos indicam que a grande maioria dos neurônios de circuitos localizados sintetiza GABA. Alguns neurônios da medula formam sinapses axoaxônicas produtoras de GABA, com nervos sensitivos primários e são responsáveis por efeitos inibitórios pré-sinápticos. A figura 5 apresenta uma dessas sinapses axoaxônicas.



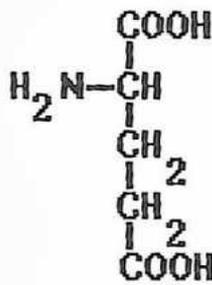
A, B e C representam os axônios de neurônios "relés" ou de projeção.

D representa um neurônio inibidor fazendo uma sinapse axoaxônica.

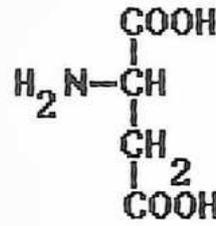
Figura 5 – Representação esquemática de uma comunicação pré-sináptica inibitória na qual o axônio do neurônio inibidor faz sinapse com o axônio terminal de um neurônio excitador.

AMINOÁCIDOS ÁCIDOS

Os aminoácidos L-glutamato e L-aspartato estão presentes, em grandes concentrações, no sistema nervoso central.



ácido glutâmico



ácido aspártico

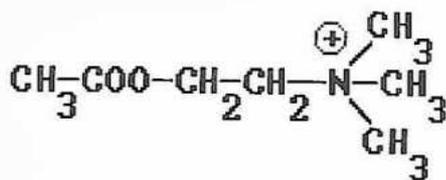
Virtualmente, todos os neurônios são estimulados por esses dois aminoácidos. Essa excitação é causada pela ativação de receptores que podem ser divididos em dois tipos, os ionotrópicos e os metabotrópicos. Ambos já foram caracterizados pelas técnicas de clonagem molecular. Os ionotrópicos como o nome indica estão relacionados aos *canais iônicos* sensíveis aos cationes potássio, cálcio e sódio. São subdivididos em três subtipos de acordo com maiores ou menores seletividades aos três cationes mencionados.

Os metabotrópicos não atuam nos *canais iônicos* e sim nas enzimas intracelulares. Eles são intimamente relacionados com os receptores do tipo da *proteína G* que estimulam a fosfolipase C e com a adenilciclase a qual inibem.

Os subtipos de receptores ionotrópicos do glutamato têm recebido especial atenção dos pesquisadores. Eles desempenham um papel muito importante nos mecanismos envolvidos com a aprendizagem e certos tipos de memória.

ACETILCOLINA

A acetilcolina foi o primeiro neurotransmissor descrito. Eccles demonstrou, na década de 1950, que a excitação de células de *Renshaw*, através de axônios colaterais motores era inibida pelos antagonistas nicotínicos. (Células de *Renshaw* são neurônios intermediários situados na região ventro mediana do colículo ventral, responsáveis por conexões inibitórias dos motoneurônios).



acetilcolina

A maioria dos receptores do sistema nervoso central que respondem ao estímulo pela acetilcolina é ligada a uma grande família de receptores muscarínicos relacionados com a *proteína G* membranácea.

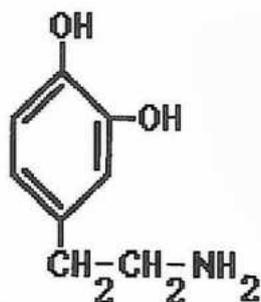
Grande número de neurônios situados principalmente no *neostriatum* (*núcleo caudato e putamen*), no núcleo septal mediano e na formação reticular contêm acetilcolina como o neuromediador mais importante.

As sinapses colinérgicas estão intimamente ligadas às funções cognitivas e, especialmente, com a memória. Daí decorre que a perda ou diminuição da função destes neurônios colinérgicos levam, entre outras causas, à demência pré-senil conhecida como doença de Alzheimer.

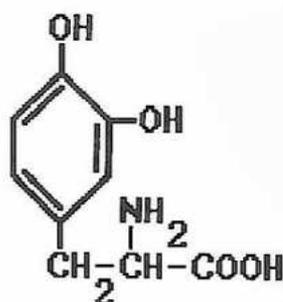
DOPAMINA

Os mais importantes grupos neuronais, que têm a dopamina como neuromediador, constituem a projeção que liga a *substância nigra* com o *neostriatum* e a projeção que une a região ventral tegumentar às estruturas límbicas, principalmente à córtex límbica.

A ação terapêutica das drogas antiparkinsonianas, como a levodopa, está associada com os neurônios da primeira projeção citada. Algumas drogas antipsicóticas atuam sobre os neurônios dopaminérgicos que constituem a segunda.



dopamina

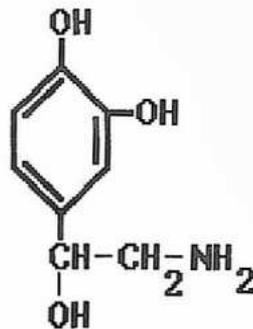


L-DOPA (levodopa)

A dopamina exerce, geralmente, uma lenta ação inibitória sobre os neurônios do sistema nervoso central. Esta ação tem sido melhor caracterizada nos neurônios dopaminérgicos da estrutura *nigra* onde os receptores do tipo D_2 , quando ativados, abrem os *canais de potássio* das membranas plasmáticas.

NORADRENALINA

A maioria dos neurônios noradrenérgicos está localizada no *locus ceruleus* e na área lateral tegumentar da formação reticular. Anatomicamente, a quantidade de fibras que envolvem as várias regiões que compõem o sistema nervoso central recebem, de modo difuso, axônios dos neurônios cujo neuromediador é a noradrenalina.



noradrenalina (norepinefrina)

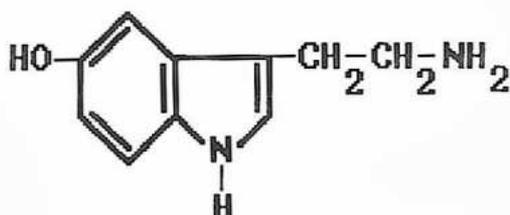
Quando aplicada diretamente sobre os neurônios noradrenérgicos, a noradrenalina provoca hiperpolarização de suas membranas, decorrente do aumento do transporte de potássio. Este efeito é mediado pelos receptores do tipo α_2 e tem sido bem caracterizado em células isoladas do *locus ceruleus*.

Em muitas regiões do sistema nervoso central, a norepinefrina desencadeia impulsos excitatórios através de dois mecanismos, direto e indireto. O mecanismo indireto envolve a desinibição, isto é, ela atua inibindo os neurônios inibidores de circuitos localizados. O resultado final desse processo de dupla inibição é a ativação de determinada área. O direto consiste no bloqueio do transporte de potássio o que acarreta lentas descargas neuronais. Dependendo do tipo de neurônio este último efeito é mediado tanto pelos receptores α_1 quanto pelos do tipo β .

A ação excitatória sobre as transmissões sinápticas provocada pela noradrenalina está relacionada com muitas das manifestações comportamentais como a atenção e a vigilância.

5-HIDROXITRIPTAMINA (SEROTONINA)

Muitos dos neurônios que utilizam a serotonina como neuro-mediador constituem as regiões medianas da ponte, pedúnculo cerebral e mesencéfalo.



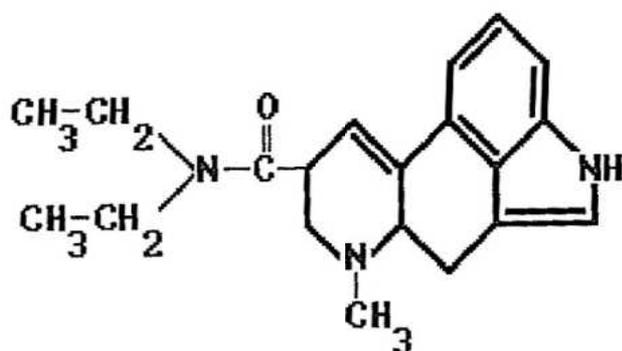
5-hidroxitriptamina (serotonina)

Os neurônios serotoninérgicos possuem axônios desmielinizados que se difundem enervando de maneira difusa grandes regiões do sistema nervoso central. Na maior parte dessas regiões a serotonina apresenta uma ação fortemente inibitória. Esta ação é mediada pelos receptores 5-HT_{1A} , associados com a hiperpolarização membranária causada pelo aumento do transporte de potássio.

Tem sido demonstrado que os receptores 5-HT_{1A} e GABA_B agem sobre os mesmos canais de potássio, ligados a uma enzima dependente de GTP.

Algumas células nervosas são levemente excitadas pela serotonina, através dos receptores 5-HT_2 que bloqueiam o transporte de potássio intermembranário.

Parece que os efeitos alucinógenos induzidos pelo LSD são decorrentes da ação desta droga sobre as sinapses neuronais que têm a serotonina como neuromediador.



dietilamida do ácido lisérgico (LSD)

Este importante neurotransmissor está também relacionado às funções reguladoras onde se incluem o sono, a temperatura corporal, o apetite e o controle neuroendócrino.

NEUROMEDIADORES PEPTÍDICOS

Um grande número de peptídios presentes no sistema nervoso central tem sido descrito como responsáveis por efeitos dramáticos do comportamento animal e na atividade de neurônios isolados. Muitos desses peptídios têm sido identificados por técnicas imunológicas e incluem os peptídios opióides a exemplo das endorfinas e encefalinas, neurotensina, substância P, somatostatina, colecistocinina, polipeptídio intestinal vasoativo, neuropeptídio U e o hormônio liberador da tirotrófina.

De modo semelhante ao sistema nervoso periférico os peptídios neuromediadores coexistem freqüentemente com os neurotransmissores não peptídicos, no mesmo neurônio do sistema nervoso central. Um bom exemplo deste fato é a associação da substância P com os neurônios sensitivos do sistema nervoso central. Foi demonstrado imunohistoquimicamente que a substância P estava presente em alguns axônios sensitivos desmielinizados, originários de neurônios da medula, ponte e mesencéfalo. A figura 6 mostra a estrutura primária da substância P.



Substância P

Figura 6 – A substância P é um decapeptídio do grupo das taquicininas, descoberta por von Euler e Gaddum, em 1931, a partir de tecido nervoso.

A aplicação da Substância P em neurônios medulares excita justamente aquelas células relacionadas com o estímulo doloroso. Acredita-se que esta substância polipeptídica seja o neurotransmissor liberado nas transmissões através das fibras desmielinizadas que respondem aos estímulos dolorosos. Além disso ela certamente está envolvida em muitas outras funções porque foi detectada em várias áreas do sistema nervoso central, não-relacionadas à dor.

ENDORFINAS E ENCEFALINAS

O estudo dos efeitos de opiáceos sobre o sistema nervoso levaram à descoberta dos receptores para a morfina, nas células cerebrais. Em 1973 esses receptores foram identificados nas membranas sinápticas de várias regiões do cérebro, implicadas com a percepção da dor.

Apesar das muitas confirmações desta importante descoberta, ficava a dúvida. Porque as células nervosas que não fabricam morfina, possuíam receptores específicos para este alcalóide em suas membranas sinápticas, se ele é um produto de síntese dos vegetais? As pesquisas que se seguiram com a finalidade de elucidar esta questão, levaram à descoberta que as células nervosas possuem um "ligante endógeno" que, à semelhança da morfina, se ligava aos receptores membranáceos mimetizando os efeitos desta substância de origem vegetal.

Em 1975 foram isolados dois oligopeptídios denominados metionina-encefalina e leucina-encefalina. Eles se originavam, na verdade de um outro peptídio muito maior e mais complicado, composto de 91 aminoácidos, fabricado pela zona intermediária da hipófise. Este último polipeptídio, quando clivado, enzimaticamente entre os aminoácidos de números 60 e 61 dá origem a dois polipeptídios menores que são o hormônio melanoestimulante (β -MSH) e a β -lipotropina. A β -lipotropina, conhecida dos autores americanos como β -endorfina, contém 30 aminoácidos e teve toda a sua cadeia protídica confirmada por síntese laboratorial. A figura 7 representa a estrutura primária da β -endorfina humana.

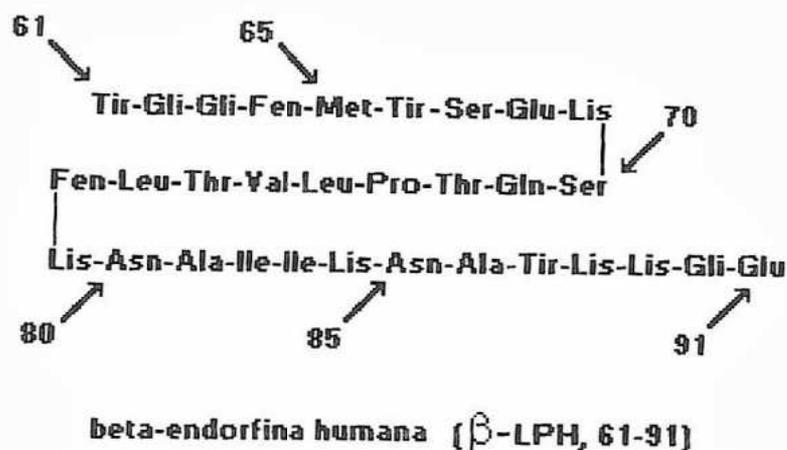


Figura 7 – Constituição em aminoácidos da β -endorfina humana.

Duas outras endorfinas foram extraídas da hipófise e de outros tecidos por Guillemin e chamadas de α -endorfina e γ -endorfina. Ambas apresentam efeitos morfino-miméticos no sistema nervoso central. Injetadas nos ventrículos cerebrais elas reagem com os receptores opiáceos de modo semelhante. Para uma mesma concentração molar, a β -endorfina exerce um efeito analgésico entre 5 a 20 vezes mais potente que a morfina e por um período que varia de 3 a 4 horas.

As encefalinas, são pentapeptídios consideradas como originárias das endorfinas, apesar de algumas controvérsias, e que apresentam um efeito analgésico bem menos intenso que estas últimas. Esta fraca atividade das encefalinas talvez seja devido ao fato delas serem rapidamente destruídas pelas enzimas presentes nas terminações nervosas.

As duas encefalinas mais importantes se diferenciam entre si pelo aminoácido terminal. A metionina-encefalina e a leucina-encefalina.

Tir-Gli-Gli-Fen-Met (metionina-encefalina)

Tir-Gli-Gli-Fen-Leu (leucina-encefalina)

Apesar das seqüências em aminoácidos, presentes nas encefalinas se encontrarem no início da cadeia peptídica da β -endorfina, existem evidências que as encefalinas não são derivadas daquela substância mas que têm o mesmo precursor de biossíntese protéica. Além disso, as encefalinas não são encontradas nos mesmos neurônios que as endorfinas e as concentrações daquelas correspondem à dos neuromediadores monoamínicos.

Elas atuam inibindo as terminações nervosas excitadoras e, como a morfina, inibem também a liberação do neurotransmissor peptídico, a substância P, nas áreas da medula onde chegam os impulsos nervosos provocados pelos estímulos dolorosos.

Atualmente existe a tendência de atribuir às encefalinas dois papéis, fisiologicamente distintos. O primeiro de neuromediador e o segundo de neuromodulador. Elas poderiam estar localizadas nos neurônios que contêm outros neurotransmissores onde controlariam a liberação e ação destes. Assim as encefalinas poderiam estar localizadas nos espaços inter-sinápticos controlados pela acetilcolina cuja liberação seria modulada pelas encefalinas.



Fibrogênese hepática*

Zilton A. Andrade

Embora vários tipos celulares residentes no fígado, inclusive os hepatócitos, tenham capacidade para sintetizar os componentes da matriz extracelular, as células perisusoidais armazenadoras de gordura (células de Ito) são os principais elementos responsáveis pela fibrogênese hepática¹. Estudos *in vitro* demonstram que as células de Ito podem ser estimuladas por sobrenadantes oriundos de cultura de células de Kupffer, quando então sofrem modificações fenotípicas para se transformar em miofibroblastos e fibroblastos e para sintetizar ativamente diversos componentes da matriz extracelular². Neste particular, portanto, o fígado dispõe de um eixo celular peculiar (Kupffer-Ito), para gerar a fibrose sob variados estímulos.

Muitos estudos têm sido feitos para se identificar os produtos responsáveis pela estimulação das células de Ito, mas tudo indica que não é só um produto ou um conjunto deles, mas que existe uma fina modulação através de variadas moléculas que, não só estimulam a síntese dos componentes matriciais, mas, ao mesmo tempo e, paradoxalmente, a expressão dos fatores de degradação desta matriz e também dos inibidores de tal degradação. Trata-se assim de um mecanismo com várias etapas, extremamente complexo, mas que aos poucos vai sendo elucidado.

A finalidade da presente apresentação é a abordagem de tópicos sobre a fibrogênese hepática que servem para ilustrar os conceitos emitidos acima.

Ela será feita dentro dos seguintes propósitos:

- a) analisar algumas situações experimentais que acentuam a importância do eixo Kupffer-Ito sobre a fibrogênese hepática

* Material de uma aula ministrada no Curso Brasil-França de Hepatologia, Curitiba, PR, 2-6 de março de 1998

- b) analisar aspectos sobre a degradação da fibrose hepática, especialmente alguns detalhes que ainda nos parecem não resolvidos.

O esquema abaixo resume os principais dados sobre as células de Ito:

As Células de Ito (Lipocitos):

Armazenam

Vitamina A

Secretam

Componentes da Matriz Extracelular

Colágenos I, III, IV, V, VII

Glico-proteínas estruturais

Proteoglicanos

MMP e TIMP

Citocinas e Receptores de Citocinas

Modulam a dinâmica sinusoidal

Contração

Endotelina 1-trombina, angiotensina II

Tromboxana A2, prostaglandina F2a

Dilatação

Prostaglandina I2, E2

MMP = Metalo proteinase da matriz

TIMP = Inibidor da metalo-proteinase tissular.

FIBROSE SEPTAL

Como esta fibrose se inicia nos espaços de Disse e se continua numa localização peri-sinusoidal, suas relações com as células de Ito são evidentes a partir da sua morfologia ao microscópio ótico.

A fibrose septal é um achado comum em várias doenças crônicas do fígado. Ela é representada por septos fibrosos, longos e finos, que aparecem sulcando o parênquima hepático ao longo da zona 3 do ácino, conectando veias centrais entre si e, às vezes, veias centrais com espaços porta, outras vezes se terminando abruptamente no interior do parênquima.

Embora seja um achado não específico, a fibrose septal assume proeminência em algumas entidades da patologia humana, como a cirrose septal incompleta³ e a hepatite crônica septal⁴. Estas condições permanecem como sendo de etiologia obscura, o que acentua o interesse pela etiologia e patogênese das mesmas.

Recentemente a cirrose septal incompleta foi sugerida como uma nova e importante entidade⁵, que seria reconhecida histologicamente pelas seguintes características: a) septos fibrosos finos e incompletos; b) nodularidade do parênquima; c) hipoplasia de ramos da veia porta; d) vasos finos e dilatados (angiomatóides); e) espaçamento irregular entre espaços porta e veias centrais; f) espessamento da trama reticular e g) dilatação focal dos sinusóides.

FIBROSE SEPTAL INDUZIDA POR SORO DE PORCO

A fibrose septal é bem reproduzida no modelo do rato injetado por 16/20 semanas, duas vezes por semana, com soro total de porco, por via intraperitoneal. Ao fim das injeções, 50 a 75% dos animais desenvolvem uma fibrose septal, que pode se acentuar e chegar a configurar uma cirrose, quando os septos acabam por delimitar nódulos parenquimais por todo o fígado⁶. O importante é que esta fibrose se inicia na zona perisinusoidal, onde as células de Ito proliferam e secretam o excesso de matriz. O elemento do soro que desencadeia o processo está provavelmente ligado à sua fração albumina. A via de administração do soro também tem importância, pois quando se substitui a via peritoneal pela subcutânea a fibrose septal hepática não se forma⁷. É possível que o material injetado no peritônio entre em contato mais prontamente com as células de Kupffer, local onde as

técnicas de imunofluorescência podem demonstrar proteínas do soro de porco no seu citoplasma. Destas células partem provavelmente estímulos, através citocinas, como a TGF β , que induzem as variadas expressões gênicas nas células de Ito. Sugere-se que a princípio ocorre uma ação das metaloproteínases e que a digestão da pequena quantidade de matriz existente nos espaços de Disse seja o sinal para o início da síntese em maior escala da matriz. O motivo porque a fibrose persiste na zona 3, uma vez que o estímulo se dá em todos os sinusóides, ainda não está bem respondido, mas supõe-se que a baixa concentração de oxigênio nesta zona provavelmente interfere com os processos de degradação e re-absorção do colágeno, favorecendo a sua acumulação.

Dois fatos fundamentais decorrem da observação deste modelo: o primeiro é que a fibrogênese hepática pode se desencadear na ausência de inflamação crônica evidente e/ou de necrose hepato-celular; o segundo é que o processo tem uma base imunológica. Em trabalho recente, Bunchet et al⁸ observaram que 15 ratos Wistar tratados com soro de porco duas vezes por semana, a partir do primeiro dia pós-natal e até 18 semanas mais tarde, ficaram imunologicamente tolerantes às proteínas de tal soro. Desta maneira, eles não desenvolveram fibrose, nem anticorpos contra as proteínas do soro de porco quando repetidamente injetados. Por outro lado, 16 ratos Wistar tratados a partir da oitava semana de vida, e até 10 semanas mais tarde, desenvolveram fibrose em 75%^{12/16}. Também foi demonstrado que, nos ratos do primeiro grupo, não havia interferência com a capacidade geral de formar tecido fibroso, pois eles puderam desenvolver fibrose quando tratados com tetracloreto de carbono durante quatro semanas.

FIBROSE SEPTAL NA INFECÇÃO POR *CAPILLARIA HEPATICA*

Dentro desta ordem de idéias, assume interesse especial o fato de termos verificado que ratos infectados com o helminto *Capillaria hepatica* desenvolvem regularmente fibrose septal⁹. Este

helminto é muito comum nos ratos de esgoto. Ao chegar e se desenvolver no interior do fígado, lá fica retido para sempre, seus ovos não sendo eliminados a não ser depois da morte do hospedeiro. Depois de algumas semanas no rato, os vermes morrem e se desintegram, liberando os ovos no tecido hepático. No local da morte do verme surge a princípio uma reação necro-inflamatória focal, que logo é circundada por uma cápsula fibrosa. No interior da cápsula os detritos dos vermes mortos e os ovos são paulatinamente degradados na presença de uma reação inflamatória granulomatosa, com tendência fibrosante. O curioso é que, justamente quando as lesões inflamatórias focais mostram evidências de involução, aí começam a aparecer os septos fibrosos, que, pouco a pouco, tomam todo o fígado, inclusive áreas bem distantes dos focos parasitários. Durante o tempo de encapsulação, degradação e substituição fibrosa acima citados, os antígenos derivados dos vermes persistem, pois pode se demonstrar através de reação de imunofluorescência. Provavelmente uma situação semelhante acontece com a esquistossomose e a fasciolíase, onde vermes podem vir a morrer e serem seqüestrados em lesões encapsulantes no interior do fígado e onde o processo de fibrose septal também aparece, por vezes de maneira proeminente^{10, 11}.

O modelo de fibrose septal da capilaríase parece ainda mais interessante para os estudos sobre patogenia e quimioterapia do que aquele induzido pelo soro de porco, porque o mesmo se desenvolve em praticamente 100% dos animais, a partir de infecções leves ou moderadas, em torno dos 45 dias da inoculação. Temos especulado que a liberação lenta e continuada de produtos da degradação dos vermes, a partir das lesões encapsulantes focais, contribui para desencadear a fibrose septal, através da mobilização do eixo célula de Kupffer/célula de Ito⁹.

A FIBROSE DO GRANULOMA PERIOVULAR DO *SCHISTOSOMA MANSONI* NO FÍGADO

Vários trabalhos têm acentuado o papel fundamental das células de Ito na gênese da fibrose hepática^{12, 13}. Todos se refe-

rem a processos que afetam o parênquima hepático, não os espaços porta. Por isso nos ocorreu a idéia de verificar se na fibrose associada ao granuloma periovular da esquistossomose, uma lesão localizada no tecido fibroso do espaço porta, ocorreria também a participação das células de Ito. Um marcador conhecido deste lipócito é a desmina. Todavia nas proximidades do granuloma há muita proliferação vascular (endotelial) e o aparecimento de muitos tipos celulares desmina-positivas, dificultando a decisão de quais delas seriam derivadas de células de Ito. Todavia pode-se marcar estas últimas células provocando nos animais uma hipervitaminose A. As células de Ito ficam então abarrotadas de gordura e, quando mobilizadas, ao invés de perder todas as gotículas citoplasmáticas, como normalmente o faz em tais circunstâncias, conserva ainda algumas ao se transformarem em miofibroblastos e fibroblastos. Com este artifício, foi então possível se identificar fibroblastos contendo gordura no citoplasma e estando os mesmos em plena atividade de síntese (rico retículo endoplasmático, com muitas cisternas secretoras) entre as fibras e fibrilas do colágeno, no interior do granuloma periovular¹⁴. Estes dados serviram para ilustrar o fato de que as células de Ito, os principais elementos celulares responsáveis pela fibrogênese no interior do parênquima hepático, podem ter também participação nas lesões fibrosantes que se localizam nos espaços porta.

DEGRADAÇÃO DA MATRIZ EXTRACELULAR

O conceito atual de fibrogênese está intimamente associado com uma atividade bipolar de síntese e degradação da matriz. As duas forças opostas atuam ao mesmo tempo. Quando predomina a síntese o excesso de matriz se acumula (fibrose); quando predomina a degradação, ocorre a remoção do excesso de matriz (fibrolise). Tem-se dito que a natureza parece ter a tendência em manter sempre uma relação adequada estroma/parênquima. Quando num processo inflamatório crônico ou de outra natureza ocorre uma produção excessiva de matriz, assim que o(s) elemento(s) causador(es) são atenuados ou removidos, passa a predominar o processo inverso de degradação e remoção da

fibrose¹⁵. Os fatores que participam da remoção da fibrose são complexos e aparecem esquematizados no quadro abaixo:

Degradação da Matriz Extracelular (Principais Fatores Envolvidos)

- **Mediadores** – TGF- β , PDGF, INF α e β , TNF.
- **MMP** – Colagenase intersticial (MMP-1), Gelatinase (MMP-2), Estromalisina (MMP-3), Telopectidase (MMP-5).
- **ATIVADORES**: Plasmina, Tripsina, Catepsinas
- **INIBIDORES** – TIMP, A2MG, A1P1

TGF = fator de transformação do crescimento

PDGF = fator de crescimento derivado de plaquetas

INF = interferon

MMP = metalo-proteinase da matriz

TIMP = Inibidor tissular da metalo-proteinase

A2MG = alfa2 macroglobulina

A1P1 = alfa1-proteinase1 (alfa1 anti-tripsina)

É interessante notar que tudo o que sabemos sobre os dados acima são conhecimentos que derivam de observações experimentais *in vitro* ou com modelos animais em que a degradação da matriz se processa mais ou menos rapidamente. No quadro mais abaixo aparece uma lista dos principais modelos utilizados.

Acontece que há processos em que a fibrose que se degrada rapidamente, todavia há outros em que a reabsorção da fibrose se faz quase imperceptivelmente, ao longo de meses e anos.

Modelos para o estudo da degradação da Fibrose

- a) Reversão da cirrose por CCL4 no rato (10/20 dias).
 - b) Involução do útero da rata no pós-parto (24-48 horas).
 - c) Metamorfose da cauda do girino (horas)
 - d) Involução do granuloma por Carragenina (18/20 dias).
-

Por tal motivo é que se afirmava até passado bem recente ser a fibrose um processo irreversível. Aliás, ainda hoje, há quem afirme que certas fibroses são reversíveis e que outras são irreversíveis. Realmente, o tecido colágeno amadurece com o tempo. As suas moléculas vão pouco a pouco se unindo através pontes de lisina, formando *cross-linkings*, que tornam o colágeno muito mais resistente à ação das proteinases. Assim, a fibrose de mais recente formação se degrada mais rapidamente, enquanto aquela que persiste por longo tempo se degrada muito lentamente. Os estudos sobre a fibrose portal da esquistossomose hépatoesplênica contribuíram decisivamente para esclarecer este importante capítulo da biologia da matriz extracelular. Vários trabalhos mostraram que alguns indivíduos com fibrose portal esquistossomótica avançada mostravam uma regressão paulatina da fibrose quando recebiam tratamento curativo para a parasitose, revertendo esta forma grave da doença. O fígado ia diminuindo de tamanho e ficando menos duro, o tamanho do baço voltava ao normal e desapareciam as varizes do esôfago^{16, 17}. Esta transformação todavia leva 2 anos ou mais para ficar evidente. O colágeno do tecido fibroso portal vai sendo paulatinamente degradado, não como nos modelos clássicos, “agudos”, mas, lentamente, “cronicamente”, como revelado através estudos ultra-sonográficos ou mesmo histopatológicos^{18, 19}.

Temos sugerido que parece haver assim dois tipos ou maneiras como a fibrose pode regredir: rápida ou lentamente. Uma boa ilustração deste fato pode ser obtida com o estudo da degradação da fibrose no granuloma esquistossomótico do camundongo que ocorre após a quimioterapia da esquistossomose. Alguns autores diziam que o granuloma periovular era reversível após o tratamento somente quando recentemente formado, isto é, numa infecção de 8-10 semanas, mas que se tornava irreversível nas infecções tardias, de 16-20 semanas (vide 15). Num levantamento semiquantitativo que fizemos do nosso material, os motivos para tais afirmativas aparecem bem claros (Fig. 4). Na figura vemos que em animais com infecção recente (8 semanas) e não-tratados há uma pequena diminuição do vole dos granulomas com o passar do tempo (modulação imunológica). Mas, quando tratados, estes animais exibem um desaparecimento bem evidente

dos granulomas já nos dois primeiros meses após, ficando praticamente curados 4 meses mais tarde. Já na infecção antiga (20 semanas), não há modificações apreciáveis nos dois primeiros meses. Aparentemente, os observadores que estudaram os efeitos da quimioterapia experimentalmente, em animais com infecções prolongadas, não esperavam até 4 a 6 meses para ver os resultados do tratamento. Na realidade, ocorre regressão das lesões 4 a 6 meses depois do tratamento. Todavia, a surpresa maior foi o resultado do exame ultra-estrutural, o qual foi feito com o intuito de se estudar comparativamente as alterações em granulomas hepáticos recentes (infecções de 8-12 semanas em camundongos) e tardias (infecções de 16 a 22 semanas de duração), que estavam num processo de regressão após quimioterapia. Nas infecções recentes pôde-se observar a fragmentação das fibrilas colágenas em porções desiguais, com variedade de calibre e tamanho e a internalização de porções do colágeno no interior de vesículas dotadas de membrana, em fibroblastos e macrófago²⁰. Estas alterações (degradação extracelular do colágeno e internalização de fragmentos do colágeno) são as mesmas classicamente descritas nos modelos experimentais de degradação "aguda" do colágeno. Nos granulomas antigos o aspecto à microscopia eletrônica era inteiramente outro: as fibras colágenas desapareciam em pequenos focos, seja deixando um espaço vazio ("alteração lítica"); ou exibindo a substituição por um material granular, escuro ("alteração eletron-densa")²¹. Estas mesmas alterações são encontradas em pacientes humanos com evidências de involução da forma hépato-espl nica da esquistossomose¹⁹.

Diferenças morfológicas geralmente traduzem diferenças funcionais. Ainda não sabemos se os fatores que atuam na degrada o "aguda" são os mesmos que são efetivos na degrada o "cr nica" do colágeno. Numa primeira tentativa para tal estudo, feita em material de biópsias cirúrgicas em portadores da forma hépato-espl nica da esquistossomose, verificou-se a presença por imuno-histoquímica de MMP-1 e MMP-2 e de seus inibidores, TIMP1 e TIMP2, nos granulomas periovulares ativos dos espaços porta, mas não nos granulomas antigos, involutivos, nem nos focos de rarefa o da extensa fibrose periportal²².

???

Estes últimos dados justificam o quadro seguinte, o qual é apresentado como uma pergunta para estudos futuros

Degradação da Matriz Extracelular (Dois Diferentes Tipos?)

Degradação Aguda

(Representada na maioria dos modelos experimentais)
Ocorre rapidamente, participação evidente de MMPs e TIMPs

Caracterização Ultra-estrutural:

Fragmentação Extracelular do Colágeno
Internalização de Fragmentos de Colágeno

Degradação Crônica

(Não há modelo experimental adequado)
Lenta e prolongada, não há correlação evidente com MMPs e TIMPs

Caracterização Ultra-estrutural

Alteração Lítica
Alteração Eletron-Densa

REFERÊNCIAS

- ¹ DAVIS BH, Kresina TF (1996). Hepatic fibrogenesis. *Clin. Lab. Med.* 16: 361-375.
- ² HAUTEKEETE ML & Geerts A (1997). The hepatic stellate (Ito) cell: its role in human liver disease. *Virchow's Arch.* 430: 195-207.
- ³ SCIOT R, Staessen D, Van Damme B, van Steenberg W, Fevery J, de Groote J & Desmet VJ (1988). Incomplete septal cirrhosis: Histopathological aspects. *Histopathology* 13: 593-603.
- ⁴ GERBER MA & Vernace S (1974). Chronic septal hepatitis. *Virchow's Arch.* 362: 303-309.

- 5 DHAR A & Chawla YK – Incomplete septal cirrhosis: a new entity?. *Trop. Gastroenterol.* 16; 65-69, 1995.
- 6 ANDRADE ZA. (1991). Contribution to the study of septal fibrosis of the liver. *Internat. J. Exper. Pathol.* 72: 553-562.
- 7 ANDRADE ZA & Godoy A (1996). Influence of the route of administration of pig serum in the induction of hepatic septal fibrosis in rats. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* 91: 769, 1996.
- 8 BUNCHET E, Eishi Y & Wake K (1996). Contribution of immune response to the hepatic fibrosis induced by porcine serum. *Hepatology* 23: 381-387, 1996.
- 9 FERREIRA LA & Andrade ZA (1993). *Capillaria hepatica*: a cause of septal fibrosis of the liver. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz* 88: 441-447.
- 10 DARGIE JD, Armour J, Rushton B & Murray M (1974). Immune mechanisms and hepatic fibrosis in fascioliasis, pp 249-271. In E.J.L. Soulsby, *Parasitic Zoonosis. Clinical and experimental studies*. Academic Press, New York.
- 11 ANDRADE, ZA (1988). Pathology of human schistosomiasis. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz*, 82: 17-23.
- 12 SCHUPPAN D (1990). Structure of extracellular matrix in normal and fibrotic liver: collagens and glycoproteins. *Semin. Liver Dis.* 10: 1-10.
- 13 ROJKIND M & GREENWEL P. (1994). The extracellular matrix of the liver. In IM Arias, JL Boyer, N Fausto, WB Jacoby, DA Schachter & DA Shafritz, *The Liver, Biology and Pathobiology*, pp 843-868. Raven Press, New York.
- 14 BARBOSA Jr., A.A., Pfeifer, U. & Andrade, Z.A. (1993). Role of fat-storing cells (FSC) in schistosomal hepatic fibrosis of mice. *Virchow's Archiv B*, 64: 91-96.
- 15 ANDRADE, ZA (1996). Extracellular matrix degradation in parasitic diseases. *Braz. J. Med. Biol. Res.* 27: 2273-228.
- 16 BINA JC, Prata A (1983) Regressão da hepatoesplenomegalia pelo tratamento específico da esquistossomose. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 16: 213-218.

- 17 MOHAMED-ALI Q, Doehring-Schwerdtfeger E, Abdel-Rahim IM, Schlake J, Kardoff R, Franke D, Kaiser C, Elsheikh M, Abdalla S, Schafer P, Ehrich JHH (1991). Ultrasonographic investigation of periportal fibrosis in children with *Schistosoma mansoni* infection: reversibility of morbidity seven months after treatment with praziquantel. *Am J. Trop. Med. Hyg.* 44: 444-451
- 18 DOMINGUES ALC, Lima ARF, Dias HS, Leão GC & Coutinho A (1993) An ultrasonographic study of liver fibrosis in patients infected with *Schistosoma mansoni* in north-east Brazil. *Trans. Roy. Soc. Trop. Med & Hyg.* 87: 555-558.
- 19 ANDRADE, ZA, Peixoto, E, Guerret, S & Grimaud, JA (1992). Hepatic connective tissue changes in hepatosplenic schistosomiasis. *Hum. Pathol.* 23: 566-573
- 20 ANDRADE, ZA & Grimaud, JA (1996). Evolution of the schistosomal hepatic lesions in mice after curative chemotherapy. *Am. J. Pathol.* 124: 59-65, 1986.
- 21 ANDRADE, ZA & Grimaud, JA (1988). Morphology of chronic collagen resorption. (A study on the late stages of schistosomal granuloma involution). *Am. J. Pathol.*, 132: 389-399.
- 22 GOMEZ DE, De Lorenzo M, Alonso DF & Andrade ZA – Expression of collagenases (MMP1 and MMP2) and their inhibitors (TIMP1 and TIMP2) in schistosomal portal fibrosis (manuscrito em preparação).

Cirrose hepática e suas alterações pré-neoplásicas*

Zilton A. Andrade

INTRODUÇÃO

A cirrose é o estágio final de várias doenças crônicas do fígado, representada por um quadro morfológico que inclui a regeneração nodular do parênquima e uma fibrose difusa sob a forma de septos e faixas que delimitam os nódulos. Este quadro morfológico se completa com um componente funcional que é representado por graus variáveis de insuficiência hépato-celular e por evidências de hipertensão porta. Esta peculiaridade do fígado para exibir este quadro característico decorre de duas propriedades fundamentais do tecido hepático: a) a extraordinária capacidade de regeneração dos hepatócitos¹ e b) a existência de uma interação celular peculiar, envolvendo as células de Kupffer e as células de Ito, interação esta que pode se tornar muito ativa para a formação da fibrose². Para desencadear estas duas propriedades, os fatores mais importantes são a necrose hépato-celular e a inflamação crônica, geradoras de citocinas ditas fibrogênicas. Nestas circunstâncias são geradas ou liberadas moléculas (fatores de crescimento, citocinas) que de um lado excitam os proto-oncogens dos hepatócitos a se expressarem e comandarem a multiplicação dos hepatócitos; por outro lado, as células de Kupffer e células inflamatórias mononucleares sintetizam e liberam citocinas que induzem as células de Ito a sofrer transformações fenotípicas na direção de miofibroblastos e fibroblastos, ativos sintetizadores de matriz extracelular.

* Conteúdo de uma aula ministrada no VI Curso Brasil-França de Hepatologia, 02-06 de março, 1998, Curitiba, PR

Quando o fígado perde a sua estrutura acinar para se tornar nodular, ocorre uma profunda alteração da sua vasculatura, bem como uma subversão da sua estrutura e uma mudança da ecologia dos seus elementos celulares.

Muitos sinusóides são destruídos, mas alguns, agora situados nos septos fibrosos, conseguem se manter permeáveis, fazendo conexão diretamente com as veias hepáticas. Estas fístulas porto-hepáticas, de paredes muito finas, sofrem compressão com o crescimento expansivo dos nódulos de regeneração e criam um bloqueio intra-hepático para a circulação porta. Ao mesmo tempo, os nódulos hepatocitários ficam irrigados predominantemente pelo sangue trazido pela artéria hepática. O bloqueio à circulação porta intra-hepática é adicionalmente agravado por outras alterações. Os sinusóides nos nódulos cirróticos, ao contrário do normal, exibem endotélio contínuo e não mais fenestrado. Este endotélio descansa sobre uma membrana basal, como se fosse um capilar comum, havendo portanto uma capilarização sinusoidal³. Ocorre ainda aumento do número e da espessura dos feixes de colágeno nos espaços de Disse, achatamento das vilosidades no pólo vascular dos hepatócitos e aumento de diâmetro dos hepatócitos tumefeitos. Tudo somado, o resultado é uma dificuldade na perfusão sangüínea e na difusão dos nutrientes para os hepatócitos. Assim sendo, embora no fígado cirrótico ainda existam hepatócitos suficientes para manter mais de uma vida, a insuficiência se instala, pois o sangue portal trazendo os nutrientes desde a zona de absorção intestinal, é desviado do sítio de metabolização por fístulas vasculares intra-hepáticas e extra-hepáticas (circulação colateral extra-hepática). As alterações vasculares seriam por si só suficientes para explicar as duas manifestações fundamentais da cirrose: a insuficiência hépatocelular e a hipertensão porta. O **Quadro 1**, sintetiza o assunto das alterações vasculares na cirrose.

MORFOLOGIA

A morfologia da cirrose é bem conhecida. Aqui são citados apenas os aspectos mais salientes. O fígado assume um aspecto nodular difuso, visível tanto na sua superfície externa, como

Quadro 1 – CIRROSE HEPÁTICA (Patologia Vascular)

Fístulas Vasculares

Porto-hepáticas (Compressão por Nódulos)
Porto-Cava (Circulação Colateral)

Espessamento Sinusoidal

Capilarização Sinusoidal
Fibrose Peri-Sinusoidal
Compressão Sinusoidal

Hipertrofia Arterial

Conseqüências: Comprometimento da perfusão + Bloqueio à circulação intra-hepática = Insuficiência hepática + hipertensão porta.

na superfície de secção. Este quadro é característico e é completamente diferente do fígado normal, que tem superfície lisa, brilhante, uniforme. A consistência do órgão fica endurecida pela fibrose. Os nódulos são mais ou menos variados em tamanho e aspecto. Aparecem nódulos pequenos, outros grandes, esbranquiçados uns, outros com várias tonalidades do amarelo (gordura), vermelho (congestão), escuros (hemorragias) ou esverdeados (colestáse). Alguns comprimem estruturas vizinhas, dando a impressão de que se está formando uma cápsula em torno. Como foi dito adiante, a vascularização hepática fica muito alterada quando o fígado assume uma forma nodular difusa. Quando um fígado humano normal é injetado pela veia porta com tinta da China suspensa em gelatina e pelas veias hepáticas (supra-hepáticas) com o corante de outra cor (carmim), pode-se observar o momento em que os dois materiais injetados se encontram no meio do ácino hepático, ilustrando bem o trajeto que o sangue porta descreve dentro do fígado, vindo desde a área de absorção intestinal e podemos vê-lo penetrando entre as traves hepáticas, no interior dos sinusóides. Desta maneira há uma perfusão ade-

quada do parênquima e o sangue portal pode conduzir os nutrientes para liberá-los no interior dos sinusóides, onde facilmente serão captados pelo pólo vascular dos hepatócitos. Todavia quando a técnica é repetida em um fígado cirrótico, os materiais injetados pelas veias porta e hepática, respectivamente, se encontram nos vasos presentes nos septos fibrosos, mas pouco se intrometem para o interior dos sinusóides. Como se sabe, os nódulos de regeneração hépato-celular são irrigados predominantemente pelos ramos derivados da artéria hepática, que, possuindo uma pressão mais elevada, dificulta ainda mais a entrada de sangue porta nos sinusóides. Por outro lado, estas alterações de pressão e de conteúdo provocam alterações nas paredes sinusoidais. Ao microscópio eletrônico se pode ver, com aumento de cerca de 20.000 X, as alterações no espaço de Disse. Ocorre um aumento de quantidade e do volume das fibras de colágeno (hiperfibras) e o aparecimento de uma linha contínua espessada (membrana basal) ao longo e por debaixo da célula endotelial (Capilarização sinusoidal).

CLASSIFICAÇÃO

Durante muito tempo, e ainda até os dias atuais, as cirroses foram classificadas de acordo com o tamanho dos nódulos e a espessura dos septos fibrosos. Uma cirrose de tipo portal devia ser formada por nódulos pequenos, mais ou menos do mesmo tamanho, e septos finos e regulares. Presumia-se que tal cirrose estava geralmente associada com o alcoolismo, que os seus nódulos eram amarelados devido à presença de gordura e só raramente este tipo de cirrose se associava ao hépato-carcinoma.

O outro tipo de cirrose, em contrapartida, tinha nódulos de variados tamanhos, alguns bem grandes, e septos de diferentes espessuras, alguns formando mesmo extensas faixas fibrosas. Acreditava-se que esta cirrose aparecia como consequência de surtos de necrose maciças ou submaciças, que davam origem ao colapso da trama de sustentação dos hepatócitos, daí surgindo uma fibrose quase acelular. Vem daí o termo de cirrose pós-necrótica. A etiologia mais evidente era a hepatite viral e este tipo de cirrose tinha a propensão para se associar mais freqüentemente

com o hépato-carcinoma. Era evidente que se devia abrir espaço para uma cirrose mista. Logo se viu que diferentes etiologias podiam causar o mesmo tipo morfológico de cirrose e que a mesma etiologia podia causar diferentes tipos morfológicos de cirrose. Que o tratamento e o prognóstico dependiam evidentemente do grau de evolu o do processo, mas muitas vezes, ainda mais da etiologia. Muitos patologistas acreditavam que, sendo a cirrose um processo de cicatriza o, terminal, teria os indícios morfológicos de etiologia ou etiologias, já inteiramente perdidos. Esta no o retardou a ado o de uma classifica o etiológica para as cirroses. A extensa utiliza o da biópsia hepática de agulha ou cirúrgica, os progressos nas técnicas de imunohistoquímica, microscopia eletrônica e de biologia molecular, acabaram por se impor, e a classifica o etiológica veio a ser adotada extensamente. O **Quadro 2** apresenta uma classifica o etiológica bem simplificada.

Quadro 2 – CIRROSE HEPÁTICA (Uma Classifica o Etiológica)

1. Cirrose Cong nita (Distúrbios Metabólicos)
2. Cirrose Associada ao Alcoolismo
3. Cirrose Associada   Hepatite Cr nica
 - a) Infecciosas (Vírus Hepatotr picos)
 - b) Medicamentos
 - c) Auto-imunidade
5. Cirrose Congestiva
4. Cirrose Biliar
6. Cirrose de Etiologia Não-Determinada

Nota: Quando todas as tentativas para se estabelecer a etiologia de uma cirrose redundar infrutíferas, a designa o Cirrose Criptog nica pode ser usada em lugar de Cirrose de etiologia não-determinada.

Nos primórdios da discussão sobre que tipo de classifica o das cirroses deveria ser utilizado, fizemos uma pequena in-

investigação para ver se haveria mesmo vantagem de se tentar uma classificação etiológica, ao invés de puramente morfológica, mesmo nos casos avançados, tais como são vistos em material de necropsias⁴. A simples comparação deixa bem evidente que o diagnóstico etiológico das cirroses pode e deve ser feito com base em achados morfológicos, mesmo de rotina.

Os resultados aparecem nas Tabelas abaixo:

Tabela 1 – Tentativa de Diagnóstico Etiológico das Cirroses, através da Histopatologia de rotina em 100 casos consecutivos de necropsias

Diagnósticos	Graus de Convicção Diagnóstica			TOTAL
	+++	++	+	
Cirrose do Alcoólatra	11	4	4	19
Pós-Hepatite	4	16	16	36
Obst. Biliar(CBS)	8			8
Anemia Falciforme	2			2
C. Congestiva	1	1		2
Etiologia não-determinada				33
Total	26	21	20	100

Tabela 2 – Diagnóstico Morfológico das Cirroses em 100 necropsias consecutivas

Tipo Morfológico	Nº Casos
Cirrose Portal	
Cirrose de Laennec	
Cirrose Monolobular	21
Cirrose Regular	
Cirrose Pós-Necrótica	
Cirrose Multilobular	79
Cirrose Irregular	

Nota – Em 7 casos (6 pós-necrótica e 1 portal) havia um componente bem evidente de Fibrose Septal.

Mesmo se atentarmos para os diagnósticos feitos somente com grau de convicção máximo, valeria muito mais a pena a tentativa de diagnóstico etiológico, mesmo porque os dados da classificação morfológica não nos diz mais do que indicar que há um processo de cirrose presente.

ALTERAÇÕES PRÉ-NEOPLÁSICAS

A cirrose já pode ser considerada por si mesma uma condição pré-neoplásica, pois, pelo menos nos países ocidentais, de 60% a 90% dos casos de hepatocarcinoma têm sua origem em fígados cirróticos. Tal fato é fácil de compreender, pois todas as evidências morfológicas de regeneração hépato-celular podem ser encontradas na cirrose (vide **Quadro 3** abaixo).

Quadro 3 – Morfologia da Regeneração Hépato-Celular

- a) Aumento da basofilia citoplasmática
- b) Células binucleadas ou multinucleadas
- c) Figuras de Mitoses
- d) Estruturas pseudo-acinares
- e) Traves espessas (mais de uma célula de espessura)
- f) Hiperplasia nodular (Nódulos de regeneração)

Assim sendo, podemos prever que os mecanismos regulatórios dos genes responsáveis pela multiplicação hepatocitária estão trabalhando dentro de estritos limites entre a hiperplasia e a neoplasia¹. Mas, há sempre o interesse, especialmente da parte do patologista, de encontrar evidências de estágios intermediários no material que está examinando sob o microscópio.

Estes achados crescem de significação quando se trata de material de biopsias, pois podem indicar medidas terapêuticas mais radicais, como designar o grau de urgência para um transplante, por exemplo. No quadro abaixo aparecem resumidos os

principais achados que usualmente são considerados como lesões pré-neoplásicas, possíveis de serem observados numa cirrose hepática.

Quadro 4 – Lesões Pré-Neoplásicas na Cirrose Hepática

- a) Hiperplasia Adenomatosa (Macronódulos)
 - b) Displasia de Células Hepáticas
 - c) Incapacidade para armazenar ferro na hemocromatose
- Alterações Nucleares (AgNOR, P53)
Fatores de Crescimento: *ras*, *myc*, *fas*
-

Os **macronódulos**, que possuem em torno de 1cm ou mais de diâmetro, quando aparecem numa cirrose, levantam sempre a suspeita de uma transformação maligna ou de uma lesão que predispõe a tal. Todavia, mais importante que a macroscopia é o exame microscópico, pois nem todos os macronódulos têm o mesmo significado. Os macronódulos que exibem um certo grau de atipia dos hepatócitos (hiperplasia adenomatosa), como traços com mais de duas células de espessura, com diferenciações pseudo-acinares freqüentes, com formação de nódulos secundários (nódulos em nódulos) são os que se tem verificado ter relação com o desenvolvimento subsequente de hépato-carcinoma.

As **displasias** foram descritas por Anthony et al.⁵ como focos em que os hepatócitos aparecem aumentados de volume, com citoplasma claro e com polimorfismo nuclear, embora a relação núcleo-citoplasmática ainda não esteja modificada. Eles verificaram tal alteração em 1% dos fígados normais, em 6,9% nos casos de hépato-carcinomas sem cirrose, em 20,3% dos casos de cirrose e em 64,5% nos casos de cirrose associada com hépato-carcinoma.

A displasia considerada acima tem sido classificada como “displasia de grandes células”. Isto porque também se descreve

um outro tipo de displasia, que teria inclusive uma conotação mais sombria, e que seria formada por pequenas células (“displasia de células pequenas”). Neste caso, o foco atípico apresentaria alterações fundamentalmente nucleares. Além do hipercromatismo, descrevem-se alterações da relação núcleo-citoplasmática e núcleo-nucleolar.

Técnicas mais sensíveis podem dar indicações ainda mais precisas de alterações pré-neoplásicas nas cirroses, mas seu uso tem maior valor em estudos comparativos com grande número de casos que em casos individuais. A determinação do índice AgNOR, por exemplo, oferece dado bem interessante. Ele se refere a uma região de organização nucleolar, associada com a replicação celular, e que pode ser detectada em secções histológicas de rotina pela sua argirofilia. Este índice mostra uma elevação progressiva a partir do fígado normal, passando pelas áreas de regeneração hépato-celular, pelos nódulos da cirrose, pelos adenomas até o hépato-carcinoma. Também o uso da imunohistoquímica ajudando a detectar proteínas embrionárias (alfa-feto proteína), expressão de fatores gênicos de crescimento (proto-oncogenes) e o desaparecimento parcial ou total de proteínas ou enzimas normais nos hepatócitos, pode indicar alterações pré-neoplásicas na cirrose⁶.

A perda de função normal à proporção que a célula se aproxima da falta de diferenciação, está bem-ilustrada na observação de que os nódulos da cirrose na hemocromatose cujas células não exibem acúmulo de ferro, têm um significado de alteração pré-neoplásica. Os hepatócitos em ativa proliferação também deixam de acumular gordura, mesmo quando esta última está difusamente distribuída ou deixam de se relacionar com uma trama reticulínica bem-desenvolvida.

REFERÊNCIAS

- 1 FAUSTO N, Mead JE (1989). Regulation of liver growth. Protooncogens and transforming growth factors. Lab. Invest. 60: 4-13.

- ² ROJKIND M & GREENWEL P (1994). The extracellular matrix of the liver. In IM Arias, JL Boyer, N Fausto, WB Jacoby, DA Schachter & DA Shafritz, *The Liver, Biology and Pathobiology*, pp 843-868. Raven Press, New York.
- ³ SCHAFFNER F, Popper H (1963). Capillarization of hepatic sinusoids in man. *Gastroenterology* 44: 239-242.
- ⁴ ANDRADE, ZA, Reesink, M & Melro, MCBF (1978) . Diagnóstico etiológico das cirroses em material de necropsias. *Rev. Ass. Med. Bras.* 24: 152-156.
- ⁵ ANTHONY PP, Vogel CL, Barker LF (1973). Liver-cell displasia. A premalignant condition. *J. Clin. Path.* 26: 217-223.
- ⁶ ALPINO G, Aragona E, Dabeva M, Salvi R, Shafritz DA, Tavoloni N (1992). Distribution of albumin and alpha-fetoprotein mRNAs in normal, hyperplastic, and preneoplastic rat liver. *Am. J. Path.* 141: 623-632.

Geografia do idoso nordestino

*José Ramos de Queiroz**

A situação do idoso no Brasil tem as mesmas variações das outras fases da vida (criança, adolescente, adulto), conforme o local onde habita, levando-se em conta as condições climáticas e sócioeconômicas.

Assim, idoso, no Nordeste, tem condições de vida bem mais precárias que as existentes em outras regiões. Basta mencionar o clima, com a existência da seca inclemente, que atinge milhares de brasileiros, inclusive os da terceira idade, transformando-os em seres famintos, doentes, desiludidos e sem esperança de viver melhor, embora modestamente. E ainda há, por aí afora, os que continuam falando em cidadania, como se dependesse de milhões de infelizes ter existência digna e produtiva.

O tratamento dos dentes, a não ser a avulsão é desconhecida para a maioria dos idosos sem recursos. Não é sem razão que o Brasil é conhecido como o “País dos Desdentados”...

A alimentação deficiente e o desespero influem no estado de saúde, sobrevivendo doenças, cujo tratamento é difícil, pela impossibilidade de adquirir medicamentos e seguir as instruções do médico.

Infelizmente, essa é a realidade que deve ser modificada com a formação do Conselho Nacional de Assistência Social e dos conselhos Nacional, estaduais e municipais do Idoso, o primeiro já funcionando e os dedicados à terceira idade em fase de organização.

Tomemos, como por exemplo, a situação do idoso na Bahia, praticamente a de todo o Nordeste.

* Geriátra e Gerontólogo – Professor titular da Universidade Católica do Salvador

O Centro de Estatísticas e Informações da Secretaria do Planejamento, Ciência e Tecnologia – Seplantec – CEI, realizou, por solicitação nossa, pesquisa intitulada “A Questão do Idoso na Bahia”, em 1993, baseada em dados estatísticos do IBGE e da Secretaria Estadual da Saúde.

Vejamos os dados obtidos:

A “população idosa” da Bahia foi dividida entre urbana e rural e por sexo (tabela 1). O aumento, em 30 anos (1950-1980) atingiu 58.9% na área urbana e 41.1% na área rural.

Em 100 casais, a viuvez atinge mais as mulheres que os homens, conforme demonstra a tabela 2 – 50 e 52.4% de viúvas na área urbana e 49.8 e 46% na rural; 11.1 e 12.4% de viúvos na área urbana e 11.3 e 13.2% na rural (1970 e 1980).

Quanto à alfabetização no final da década de 1980 a taxa de analfabetismo no Estado da Bahia era de 38.4% para toda a população. Os idosos analfabetos de hoje foram as crianças sem instrução há cerca de 50 anos passados e que não tiveram a sorte de serem alfabetizados quando adultos. Mais uma vez a indiferença do Poder Público quanto à educação e, como agravante, “também à saúde” – duas formas de manter o povo dependente e submisso aos que se julgam “donos” do país. Os índices de 1970 e 1980 ainda são desencorajadores, conforme demonstra a tabela 3.

O idoso em geral, após a aposentadoria, considera encerrada sua atividade, vindo a arrepender-se mais tarde, quando, às vezes, não há mais remédio. Felizmente os cursos de preparação à aposentadoria (PPA) já estão modificando essa atitude e, na Bahia, entidades estatais e empresas já incluíram o PPA na rotina de trabalho. Assim, esperamos em breve não precisar mais dizer que a aposentadoria tem, 3 D’s: deslumbramento, desencanto e desespero. A tabela 4 mostra o pesquisado em 1980. O número maior de idosas inativas deve ocorrer por conta do trabalho doméstico não ser, muita vez, incluído na estatística. É o que chamamos “exploração dos avós”, que ficam em casa cozinhando, lavando, arrumando e cuidando dos netos.

A saúde dos idosos, bem assim a dos brasileiros em geral, está em crise, por motivos ignorados apenas pelos responsáveis

por mais essa “vergonha nacional” – o Brasil ainda anda às voltas com doenças do século XIX, ausência de saneamento básico, ambulatórios e hospitais sucateados, distanciamento médico-paciente – cada vez que consegue ser atendido, na grande maioria, é por profissional diferente do da primeira vez, e, por isso, o doente não cria confiança no médico nem este adquire prática, pois ignora o resultado de sua prescrição ou tratamento. Enfim, é uma situação que só o otimismo ou a acomodação do brasileiro pode suportar. Felizmente já há atendimento diferenciado, em alguns setores, para os idosos, inclusive em nosso Estado, como veremos mais adiante. A tabela 5 dá uma idéia das causas de óbitos de idosos em 1986. Chama atenção a mortalidade por doenças parasitárias e infecciosas, neoplasias, afecções dos aparelhos circulatório, respiratório e digestivo e, principalmente, causas maldefinidas que, à primeira vista, teria a responsabilidade do médico, em não diagnosticar corretamente, mas, na verdade, é a deficiência do sistema a causa principal, pela recusa de laboratórios, clínicas e hospitais em atender os pacientes, pelo atraso do pagamento, já de si diminuto e que se estende por meses. Nesse intervalo, entre a consulta e o atendimento, o paciente falece, aumentando o número de afecções não-definidas.

Vejamos a tabela 6 que nos mostra a distribuição percentual de benefícios em manutenção pelo INSS, entre 1981 e 1990, incluindo auxílio-doença, acidentes do trabalho etc..., com predominância da área rural.

A tabela 7 discrimina os diversos tipos de aposentadoria, entre 1981 e 1990, no setor urbano, somando 1.031 por tempo de serviço, 1.959 por invalidez, 1.513 pensões, 1.963 por idade (velhice) e 2.811 especiais (professor de qualquer nível – 30 anos para o homem e 25 para a mulher; jornalista profissional – 30 anos; aeronauta – 25 anos; ex-combatente – 25 anos; anistiado – computado o tempo em que esteve afastado de suas atividades).

Apesar do resultado desta pesquisa, que remonta a 1980, vez que o IBGE não oficializou o censo de 1991, publicando seu resultado, a Bahia já tem grupos de técnicos, tanto de nível superior quanto médio, interessados na questão dos idosos, responsáveis por vários projetos em execução e instituições que se de-

dicam a amparar os idosos sem família ou cujos parentes não tenham condições de mantê-los. Assim, a Universidade Aberta à Terceira Idade da Universidade Católica do Salvador; a Universidade Aberta à Terceira Idade da Universidade Estadual de Feira de Santana; o Grupo de Trabalho Inter-institucional para o Idoso (GTI), composto de voluntários, representantes da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, da Universidade Católica do Salvador, do Abrigo D. Pedro II, da Secretaria Estadual do Trabalho e Ação Social, da Legião Brasileira de Assistência, das Voluntárias Sociais da Secretaria Municipal do Desenvolvimento Social de Camaçari, da Secretaria Estadual da Educação, do Sesc-Bahia, do Sesi-BA, da Casa de Repouso Nosso Lar, do Iapseb, da Federação das Associações de Aposentados e Pensionistas da Bahia, da Associação Nacional de Gerontologia – Bahia, da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – Bahia, da Fundação Escola do Servidor Público. No momento este grupo está realizando 4 projetos: “Nova concepção do idoso na Escola”, onde professores procuram recriar conceitos e atitudes dos jovens para com os idosos, em escolas do 1º e 2º graus, da Secretaria de Educação, este ano estendendo-se às escolas particulares; elaboração e distribuição da “Cartilha do Idoso”, mormente entre os mais carentes; “Atenção à Saúde do Idoso”, patrocinado pela Escola de Enfermagem da UFBA., do Sesi e da Secretaria do Trabalho e Ação Social, no momento no Centro Social Urbano de Mussurunga, com 4 meses de funcionamento, abrangendo, até o momento, 132 idosos que, após a “consulta de enfermagem”, são distribuídos em grupos (diabéticos, hipertensos, etc.), com atendimento médico-odontológico gratuito, preparando-se a família para assistir o idoso em domicílio; “Projeto Conviver”, em Camaçari, com o apoio da Prefeitura e das Voluntárias Sociais do Município, possuindo instalações próprias, visando à integração familiar e social do idoso. Ainda Salvador dispõe de ambulatório para idosos, no Hospital das Clínicas da UFBA, no Hospital Roberto Santos do Estado, no Iapseb, no PAM Roma, no Abrigo D. Pedro II, no Abrigo do Salvador e nas Obras Assistenciais de Irmã Dulce, constituída, para os idosos, de hospital geriátrico e ambulatório completo, com cerca de 320 atendimentos mensais.

O Abrigo do Salvador, além do Centro Geriátrico, possui um “hotel” para idosos (10 apartamentos) para que eles possam ficar em segurança quando a família, com quem resida, precise ausentar-se de Salvador. A única exigência é o atestado do médico assistente para saber do seu estado de saúde, dieta, medicamentos em uso etc..., com 24 horas de serviço de enfermagem.

Os outros estados que constituem o Nordeste também já dispõem de universidades para a Terceira Idade, de entidades particulares, municipais e estaduais, destinadas a cuidar dos idosos ou alojá-los (abrigo e asilos) que, certamente, com os conselhos do idoso, terão melhor condição de modificar a situação dos que atingiram a terceira idade, mantendo sua cidadania, com seus direitos e deveres, integrados à sociedade, vivendo felizes com sua família ou nas “residências” para idosos, denominação que deve substituir as de “abrigo” e “asilos”, pois deprimem e inferiorizam o idoso.

TABELA 1
POPULAÇÃO IDOSA (60 ANOS E MAIS) POR SEXO
E DOMICÍLIO (URBANA E RURAL) NA BAHIA
(1950 – 1980)

		1950		1980	
URBANA	HOMEM	25.835	38.4	116.874	43.4
	MULHER	41.360	61.6	152.387	56.6
	TOTAL	67.195	100.0	269.261	100.0
RURAL	HOMEM	79.589	49.6	157.142	52.1
	MULHER	80.890	50.4	144.480	47.9
	TOTAL	160.479	100.0	301.622	100.0
	URBANO	67.195		269.261	
	RURAL	160.479		301.622	
	TOTAL	227.674		570.883	

FONTE: CEI-SEPLANTEC – SALVADOR-BAHIA – 1993.

TABELA 2
PERCENTUAL DA POPULAÇÃO (IDOSA – 60 ANOS E MAIS) – SEGUNDO DOMICÍLIO, SEXO E ESTADO CIVIL (VIÚVO/ A):

		1970	1980
URBANO	HOMEM	11.1	12.4
	MULHER	50.0	52.4
RURAL	HOMEM	11.3	13.2
	MULHER	49.8	46.0

FONTE: CEI-SEPLANTEC – SALVADOR-BAHIA – 1993

TABELA 3
PERCENTUAL DE IDOSOS ANALFABETOS (60 ANOS E MAIS) SEGUNDO DOMICÍLIO E SEXO:

IDADE	1970				1980			
	URBANA		RURAL		URBANA		RURAL	
	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.
60 64	38.0	35.2	39.8	37.7	26.8	27.4	29.9	30.0
65 69	23.5	22.5	23.7	22.0	27.8	28.0	30.1	30.8
70 Mais	38.5	42.3	36.5	40.3	45.4	44.6	40.0	39.2

FONTE: CEI-SEPLANTEC – SALVADOR-BAHIA/1993

TABELA 4
PERCENTUAL DE IDOSOS (60 ANOS E MAIS),
SEGUNDO DOMICÍLIO E SEXO, POR ATIVIDADE – 1980

	ATIVOS		INATIVOS	
	H	M	H	M
URBANA				
60 – 69	61.5	13.1	38.5	86.8
70 e Mais	22.4	3.6	77.6	96.4
RURAL				
60 – 69	78.9	15.3	21.1	84.7
70 e Mais	37.7	5.6	62.3	94.4

FONTE: CEI-SEPLANTEC – SALVADOR-BAHIA – 1993.

TABELA 5
PERCENTUAL DOS ÓBITOS DE IDOSOS,
POR GRUPOS DE IDADE E SEXO – BAHIA – 1986

CAUSAS	60 – 69A		70 – 79A		80 E MAIS	
	M	F	M	F	M	F
Doenças Inf. e Parasitárias	5.0	3.3	2.9	3.1	2.6	2.4
Neoplasias	8.3	11.2	6.8	7.1	4.9	3.6
Gland. End. e						
Transt. Imunitários	3.8	6.4	2.9	9.3	2.2	3.1
Transtornos Mentais	0.3	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1
Aparelho Circulatório	30.7	35.7	28.3	31.6	26.1	30.7
Ap. Respiratório	5.8	4.5	6.0	4.7	6.1	5.8
Ap. Digestivo	4.0	2.3	2.6	2.4	1.3	1.4
Ap. Genito-urinário	1.5	1.4	1.6	0.7	1.3	0.6
Afecções Mal Definidas	33.0	2.1	44.8	43.1	52.9	50.4
Causas Externas	5.7	2.1	3.1	1.6	1.9	1.2

FONTE: CEI-SEPLANTEC – SALVADOR-BAHIA – 1993

TABELA 6
PERCENTUAL DE BENEFÍCIOS EM MANUTENÇÃO
PELO INSS, URBANA E RURAL – BAHIA – 1981-1990

TIPO DE CLIENTELA	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
URBANA	41.6	40.4	41.9	40.6	40.6	40.9	42.4	41.8	41.5	45.4
RURAL	58.4	59.6	58.1	59.4	59.4	59.1	57.6	58.2	58.5	54.6

FONTE: CEI-SEPLANTEC – SALVADOR-BAHIA – 1993

TABELA 7
APOSENTADORIA E PENSÕES URBANAS SEGUNDO A
CATEGORIA – BAHIA – 1981-1990

	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
TEMPO DE SERVIÇO	132	119	147	110	98	87	84	59	93	102
INVALIDEZ	160	93	112	63	92	155	115	109	123	137
VELHICE	155	162	192	171	211	181	221	174	248	248
ESPECIAIS	168	181	354	340	282	332	309	222	282	341
PENSÕES	142	133	135	131	149	162	164	146	171	180

FONTE: CEI-SEPLANTEC – SALVADOR-BAHIA – 1993

Discurso de posse na presidência da Academia de Medicina da Bahia – 1995

Agnaldo David de Souza

Minhas Senhoras

Meus Senhores

Caros confrades

Ao tomar posse nesta Egrégia Academia de Medicina, na festiva noite de 06 de outubro de 1992, longe estava eu de supor que, decorridos menos de três anos, estaria eu assumindo a presidência desta Entidade.

Todavia, circunstâncias favoráveis, que necessariamente incluem o apoio dos companheiros que sustentaram o meu pleito e sufragaram o meu modesto nome, conduziram-me a tão honroso provimento.

Convém ressaltar que, em nenhum instante, fui movido pela vaidade. Antes fui impulsionado pelo desejo de servir a minha Academia e, também, confesso, a partir de determinado momento, sustentar o meu amor próprio.

Valeu a pena enfrentar mais uma luta em prol de um ideal. Isto porque, de acordo com Arthur Hugh Clough: “É melhor ter lutado e perdido / Do que nunca haver lutado.”

Não costumo me amofinar diante das dificuldades, pois estas antes me estimulam a enfrentar os óbices de variada natureza.

Isto posto, aqui me encontro hoje crente das responsabilidades de que estou sendo investido, disposto a relevar possíveis dissensões e aceitar os desafios que certamente surgirão, durante o exercício que ora se inicia.

Conforme preceituam os estatutos desta Academia, repete-se, neste instante, o solene ritual de renovação dos quadros diri-

gentes da agremiação, ao tempo em que se celebra os 37 anos de sua fundação.

Dá-se pois continuidade a um processo em curso, a um trabalho persistente e decidido, que se vem cumprindo de modo ininterrupto, visando a preservação e o aprimoramento da medicina em nosso meio.

A nossa Academia de Medicina da Bahia nasceu em momento particularmente privilegiado. Comemorava-se, em 1958, o sesquicentenário da fundação, na Bahia, do ensino médico brasileiro.

Rendendo preito de justiça ao seu idealizador, cumpre-me mencionar que do idealismo de Jayme de Sá Menezes nasceu a idéia de fundar, em nossa terra, uma instituição semelhante a que já existia, desde 1954, no sul do país – a Academia de Medicina de São Paulo.

A feliz proposta foi imediatamente acolhida pelos primeiros colegas, por ele, consultados: Urcício Santiago e José Ramos de Queiroz, sendo que a este último, em viagem para São Paulo, solicitou Sá Menezes a gentileza de trazer, daquele grande centro, a documentação legal que serviria de base para a congênere baiana.

Em seguida, foi organizada a relação dos fundadores, assinando todos aqueles que se comprometiam com a criação de uma nova sociedade médica. Assim, além dos três mencionados nomes, associaram-se à iniciativa: João Américo Garcez Fróes, Clínio de Jesus, Jorge Valente, Antonio Simões, Rui Maltez, Otávio Torres, Alexandre Leal Costa, Aristides Novís Filho, José Silveira, Jorge Leocádio de Oliveira, Renato Lobo, Luís Pinto de Carvalho, Hosannah de Oliveira, Francisco Peixoto de Magalhães Neto, Luiz Fernando de Macedo Costa, Luiz Ramos de Queiroz, Antonio de Souza Lima Machado, José Santiago da Mota, Manuel Pereira, Orlando Castro Lima, Fábio Nunes, Menandro Novais, Clarival do Prado Valadares, além de Colombo Spínola, por sugestão de José Silveira, Estácio de Lima e Sá Menezes, ambos incluídos na lista, embora ausentes da sessão.

Para presidir a novel entidade, emprestando-lhe o prestígio do respeitável nome, foi eleito, por unanimidade, o professor emérito João Américo Garcez Fróes.

Em homenagem aos pioneiros dirigentes da agremiação, permito-me declinar-lhes os nomes e respectivos encargos:

Urcício Santiago – 1º Vice-presidente

Jorge Valente – 2º Vice-presidente

Jayme de Sá Menezes – Secretário-Geral

Antonio Simões – 1º Secretário

Rui Maltez – 2º Secretário

José Ramos de Queiroz – Tesoureiro

Aristides Novís Filho – Bibliotecário.

E, para não me alongar em extensa citação, deixo aqui de nominar os integrantes das comissões então constituídas. Após a constituição da diretoria, tem início as tarefas atinentes à formação da Academia, sobre cujo assunto, depõe Sá Menezes: “Poucos não foram os trabalhos, pequenas não foram as lutas, mínimos não foram os percalços para realizar, travar e vencer. Dentre eles, logo se depararam aqueles que se prenderam à elaboração dos Estatutos e Regimento Interno deste cenáculo. Noites a fio, diria mesmo, quase madrugada a dentro, no Hospital Santa Isabel, sobre a presidência do Prof. Fróes, já então octagenário, mas forte, viril e exemplar, todos se reuniam com o propósito de afinal oferecer à instituição incipiente as leis e as normas que viessem a regê-la justa e corretamente. Assim é que foram elaborados, discutidos e aprovados os Estatutos e o Regimento da Academia de Medicina da Bahia, que, sem dúvida, vieram a constituir um padrão de regras severas e rigorosas, capazes de conduzir com seriedade a instituição recém-criada”.

Diz ainda o Secretário-Geral: “Aprovada a sua Lei Magna e o seu Regimento, passa a Academia a funcionar regularmente, com favorável e larga repercussão nos meios médicos e sociais da Bahia.”

Tendo sido fundada a 10 de julho de 1958, somente seria instalada, em face do falecimento do Papa João XXIII, no dia 17

de outubro do mesmo ano, no Salão Nobre da Academia de Letras da Bahia –Terreiro de Jesus.

Ao longo desses 37 anos de existência, tem a Academia de Medicina da Bahia se envolvido em vários pleitos relacionados com a profissão, estando, atualmente, vivamente empenhada na campanha em favor da restauração do antigo prédio da Casa Mater da Medicina Brasileira.

Manda a justiça que se mencione as providências adotadas pelo, então, Magnífico Reitor Augusto Mascarenhas na restauração de parte daquele edifício e os trabalhos ingentes do ex-Reitor Luiz Fernando de Macedo Costa para que se prosseguissem aquelas tarefas, cabendo-lhe o mérito de criar e inaugurar o Memorial de Medicina, durante a sua gestão operosa e exemplar.

Presentemente, é deflagrada a campanha em favor da reconquista do velho prédio do Terreiro de Jesus, que se pleiteia volte a integrar a faculdade e por ela ser utilizado e administrado.

Nesse sentido, atendendo sugestão da Pro-Reitora de Planejamento da UFBA, Prof^a Nice Americano da Costa, o Prof. Geraldo Milton da Silveira, presidente desta Academia, apresentou exposição de motivos ao Magnífico Reitor, propondo-lhe o controle administrativo e a utilização pela FAMEB, do histórico edifício.

Sob o número de Processo 073174/93, procedente do Conselho Universitário –Comissão de Legislação e Normas, foi emitido parecer sobre o assunto por Antonio Carlos de Oliveira, datado de 17 de janeiro de 1994. Este documento, apreciado em 7 de março de 1994 pelo Conselho Universitário, foi aprovado por unanimidade.

Preside a comissão incumbida de tratar da restauração do velho monumento arquitetônico da nossa Medicina, o Prof. Thomaz Cruz, digníssimo diretor da FAMED, compondo-a, ainda, o digníssimo Vice-diretor, Prof. José Antonio de Almeida Souza.

Em artigo intitulado “Reviver Terreiro”, edição de 27 de dezembro de 1992, Geraldo Milton da Silveira faz referência ao movimento de recuperação do prédio, que se vem arrastando há mais de duas décadas, em participação nessa luta de jovens es-

tudantes de Medicina, que se irmanam aos acadêmicos, professores e profissionais da Medicina, todos imbuídos do desejo comum. Para tanto, tem sido de inestimável valia os propósitos e as ações do senador Antonio Carlos Magalhães, ex-aluno da Casa, onde se diplomou em 1952, e Membro Benemérito desta Academia.

Lembra Geraldo Milton, ainda, em seu artigo, que “ao encontro de tantas vontades expressas por tantos, o surgimento da auspiciosa notícia de já estar transitando, no Senado da República, o projeto do eminente parlamentar baiano, deputado federal Eraldo Tinôco, que amplia o significado do Memorial de Medicina da Bahia em Memorial da Medicina Nacional, nesta justa homenagem à nossa faculdade, por ser a primeira a se instalar em nosso país”.

Com esperanças avivadas, Maria Thereza de Medeiros Pacheco, ilustre confreira, assina artigo intitulado: **A ressurreição da velha escola** (edição de A TARDE – 20.06.95), anunciando a breve recuperação do prédio da Faculdade do Terreiro de Jesus.

Ao tempo em que menciona a luta incansável de renomados mestres baianos e brasileiros, grupos de estudiosos de Medicina, diretores de faculdades, antigos alunos, destaca a ação do senador Antonio Carlos Magalhães na concretização desse velho sonho, assinalando enfaticamente: “E quando se concretizar o sonho acalentado, será um novo dia de formatura, senhor senador, onde, certamente, abraçaremos a grandiosa e querida faculdade, em prece e gratidão a Deus e a V. Exa., unidos, de mãos dadas, em torno à nave sagrada, em nome do passado, do presente, contando uma história para os que chegarem amanhã, como lhes foi recontada, seguramente, a V. Exa. e a seu ilustre irmão, professor José Maria de Magalhães Netto, pelo seu excelso genitor, professor Magalhães Neto, a quem tantos episódios culturais em concursos meus são inesquecidos.”

De nossa parte, de todos que compõem esta Academia, é firme o propósito de lutarmos pelo mesmo e elevado intuito.

Quanto a trilha a ser perseguida pela diretoria que hoje assume os destinos desta agremiação, há de dar continuidade aos

trabalhos da administração que a sucedeu, imprimindo-lhe, é claro, perfil original, porquanto ninguém é capaz de repetir, sem nada acrescentar de novo, o desempenho de outrem.

A nova diretoria da Academia de Medicina da Bahia continuará a cumprir a rotina de trabalho dos comandos anteriores, além de empenhar-se para que, de vez em quando, as reuniões mensais possam ser abrilhantadas com a presença de ilustres convidados, cujas experiências contribuam para o enriquecimento das nossas informações. É intenção da nova diretoria incrementar a realização de eventos médicos com a participação de autoridades internacionais. Também se propõe a conceder o prêmio Estacio de Lima, pelo qual será sempre evocado o notável mestre e ex-presidente da Academia. Talvez, quem sabe seja apenas um sonho, instituir novas premiações visando a estimular os mais jovens.

Mas, são muitas as preocupações que a todos nós, profissionais de Medicina, professores e acadêmicos, a cada passo nos assaltam. Sobre muitos deles, com argúcia e inteligência, escrever Geraldo Milton da Silveira em seu discurso de posse na presidência desta Academia. Julgo pertinente evocar alguns deles, cedendo a confrade amigo a palavra por ele escrita: “Um outro aspecto que nos preocupa em relação às faculdades federais de Medicina, diz respeito à pretendida privatização das universidades. O modelo americano inclui universidade públicas e particulares de excelente padrão e, dificilmente, se adapta às condições sócioeconômicas brasileiras.” E ainda, mais adiante: “Os professores universitários procuram, a duras penas, desenvolver o ensino, seja com a residência médica, seja com a criação de mestrados, doutorados, cursos de extensão, etc. A falta de modernização de um lado e os parcos salários de outros também dificultam sobremodo as suas ações. Para que os senhores possam avaliar com justeza, basta lembrar que, para um Professor Auxiliar obter este cargo precisa, além dos seis anos de curso médico, ter o mínimo de dois anos de Residência, cursos de especialização e de extensão, não raro Mestrado e/ou Doutorado, submeterem-se a concursos de provas e títulos, sendo-lhes oferecido salário equivalente ao de um cobrador de ônibus. A pes-

quisa é muito mais difícil que o exercício profissional do magistério. Como pode um país desenvolver-se sem efetuar pesquisa técnico-científica?.

Estas observações e outras tantas mais constituem-se apreensões que a todos nós, sobretudo os professores, atingem e inquietam.

Não é o meu propósito alongar-me com considerações sobre a profissão médica, esforço que cansaria o orador e mais ainda os que generosamente o escutam.

Antes de concluir a minha fala, é considerado sagrado dever tecer elogios às diretorias que se sucederam no tempo a partir da inicial, sob a batuta do notável maestro João Américo Fróes (1958-60), Otávio Torres (1960-64), Fernando São Paulo (1964-68), Jorge Valente (1968-70), Urcício Santiago (1970-74), Estácio Lima (1974-75), José Silveira (1975-79), Luiz Fernando Macedo 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 Silveira (1991-95).

Cabe-me render, neste instante, o preito de que é merecedor o ilustre confrade Geraldo Milton da Silveira, meu antecessor imediato nesta presidência, de cuja segunda gestão tive a honra de participar. Desejo louvar a sua dinâmica atuação nos dois períodos em que dirigiu os destinos da entidade, além de enaltecer-lhe os predicados pessoais e a dignidade que emprestou ao cargo, sem esquecer de mencionar o descortino, interesse e devotamento com que nele se houve.

Meus senhores, Minhas Senhoras, Senhores Acadêmicos:

Ciente da grande tarefa a cumprir, a nova diretoria desta agremiação procurará corresponder às expectativas dos que nela confiaram, sendo sua intenção projetá-la mais e mais, além de envidar esforços para estabelecer laços sólidos e próximos com as demais congêneres do país, bem assim, prestigiar a Federação Nacional das Academias de Medicina.

É tempo, também, de manifestar o nosso reconhecimento, meu e dos companheiros de diretoria, aos responsáveis pela aprovação da nossa chapa, em pleito democrático e fraterno.

Concluindo esta oração, renovo a proposta de realimentar o sonho visionário de Jayme de Sá Menezes, procurando valorizar os trabalhos até agora desenvolvidos, prometendo lutar pelo engrandecimento crescente desta Academia.

Pela atenção com que ouviram estas despretenciosas palavras, pelas presenças honrosas de tantos quanto abrilhantarem esta noite magnífica, quero dizer-lhes do fundo coração.

Muito obrigado

Discurso proferido na transmissão do cargo de Presidente da Academia de Medicina da Bahia – 1997

Agnaldo David de Souza

Minha Senhoras

Meus Senhores

Prezados Confrades

Neste dia, em que a Academia de Medicina da Bahia se engalana para comemorar o seu 39º aniversário, fundada que foi em 10 de julho de 1958, renova-se o ritual de posse de uma nova diretoria. Cabe-me a incumbência, por demais grata, de interpretar o pensamento dos estimados e ilustres confrades, com os quais partilhamos da gestão que ora se finda.

Faz-se necessário, neste momento, olhar para trás, tentando rever o itinerário percorrido e indagar se houve ou não desvio de rota, ou, como sublinha nosso festejado escritor Josué Montello, verificar “se o trecho percorrido corresponde ao roteiro traçado”.

Sem jactâncias, não erraremos ao afirmar: **Não houve desvio de rota:** As turbulências no decurso da caminhada não se mostraram capazes de vencer a pertinácia, a serenidade e o zelo com que se houve a atual diretoria, sob nossa coordenação, em servir desinteressadamente à Academia de Medicina da Bahia, atenta sempre na defesa intransigente dos legítimos interesses e objetivos da instituição.

Senhores acadêmicos, minhas senhoras e meus senhores:

Vivemos um tempo de inquietação, transformações e mudanças, quer no mundo físico quanto na economia e na política, na antropologia e na filosofia. Enfim, intensas modificações em conceitos básicos das ciências físicas, humanas e, particularmente, na medicina e nas ciências biológicas. Nesta área de conhecimento a que estamos afeitos, desafios de novas descobrir

tas estão a nos exigir, constantemente, demoradas e profundas reflexões. Aí estão o polimorfismo genético, as surpresas da fecundação assistida, o nascimento da medicina preditiva, a clonagem e as diferenças entre sexo biológico e identidade de gênero. Se tanto não bastasse, o predomínio de forças econômicas e poderosas, operando em nível planetário, já se fazem presentes, colocando à margem instituições do porte da Organização das Nações Unidas, como acentuou, em dias recentes, o presidente do nosso país.

Perguntamos agora: o que restará das academias, particularmente a nossa, tão carente de recursos materiais e financeiros, quando lhe cabe zelar, defender e preservar, com carinho e empenho, os valores ético-humanísticos numa sociedade **“que pretende impor a lógica da economia e da técnica como sucedâneo da ética e da religião”**, como denuncia a Confederação Nacional dos Bispos do Brasil?

Diante de tal realidade, tomamos por conselho as sábias palavras de **Fernando Pessoa**: **“Navegar é preciso”**. Deste modo, o nosso itinerário foi percorrido com vistas a um dos mais singelos, embora não menos importante, propósitos da instituição: congregar médicos de boa vontade, que vivenciassem, através de debates e discussões, temas atuais da medicina, além de reflexões no terreno da ética e dos seus componentes científico, filosófico, humanístico e social. Para tanto, além do convite a distinguidas personalidades locais, proferiram conferências na academia de medicina, neste período, renomados mestres e acadêmicos de outros estados brasileiros. Tivemos, assim, a presença honrosa dos professores:

– **Mario Rigatto**, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e membro das academias sul-riograndense e nacional de Medicina

– **Irany Novah Moraes**, da Universidade de São Paulo e presidente da Federação Brasileira de Academias de Medicina

– **Jesus Pan-Chacon**, da Universidade de São Paulo

– **William Saad Hosne**, da Universidade de Campinas e presidente da Federação Brasileira de escolas médicas.

- **Rafael Leite Lunas**, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (Uerj) e presidente da Sociedade Brasileira de Cardiologia
- **Wilson Luiz Sanvitor**, da Santa Casa de São Paulo
- **Sergio de Almeida Oliveira**, da Universidade de São Paulo e membro titular da Academia Paulista de Medicina.

Sobremodo, nos preocuparam também, as homenagens de reconhecimento a confrades, falecidos ou em vida, que dignificaram e ainda enobrecem a medicina brasileira. Resgatando a dívida que a Bahia médica, científica, cultural e artística nutria em relação ao saudoso professor **Clarival do Prado Valadares**, coube a nossa academia a idéia de, em sessão especial, prestar-lhe u'a homenagem póstuma, à qual se associaram a Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, a Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública e a Fundação Emílio Odebrecht.

Participou, ainda, a academia, juntamente com a Faculdade de Medicina e a Escola de Enfermagem da Ufba, do lançamento de dois importantes livros direcionados ao conhecimento geriátrico e à metodologia da pesquisa científica, de autoria dos ilustres confrades Ruy Machado da Silva e Carlos Marcílio de Souza.

A presença constante da presidência e demais membros da nossa diretoria em eventos médicos, ou de natureza cultural, promovidos por outras entidades, revela um crescente prestígio da Academia de Medicina da Bahia, ao lado de um relacionamento dos mais proveitosos com outras instituições, como:

- O Governo do Estado da Bahia, particularmente a Secretaria de Saúde aqui representada pelo seu titular, Prof. José Maria de Magalhães Netto.
- A Universidade Federal da Bahia e sua Faculdade de Medicina
- A Fundação para Desenvolvimento das Ciências, particularmente a Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.
- A Academia de Letras da Bahia
- O Instituto Geográfico e Histórico da Bahia
- A Associação Bahiana de Medicina
- O Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia

– A Associação dos Antigos Alunos da Faculdade de Medicina/Ufba

– Instituto Brasileiro para Investigação da Tuberculose

– Sindicato dos Médicos do Estado da Bahia.

É tempo de agradecer.

A Academia de Medicina da Bahia tem contado, ao longo dos anos, com apoio e a ajuda do seu único **membro benemérito, senador Antonio Carlos Magalhães**, presidente do Congresso Nacional, a quem agradecemos a constante colaboração.

O nosso abraço de gratidão e despedidas aos valorosos membros da diretoria, que ora encerra o seu mandato, não apenas pelo trabalho dedicado e incessante, mas, e sobretudo, pelo irrestrito apoio, solidariedade e união na defesa dos estatutos e regimento, e na preservação dos princípios éticos que norteiam este sodalício.

Agradecimentos também são devidos aos meios de comunicação de nossa terra pelo destaque dado na divulgação das atividades da academia; em especial à rede de televisão Bahia, presidida pelo Dr. Antonio Carlos Magalhães Jr., e ao jornal “A Tarde”, nas pessoas de seus dinâmicos diretores Joaquim da Cruz Rios e Edivaldo Boaventura, cujas presenças nesta solenidade muito nos honram.

Uma palavra de gratidão ao amigo que, anonimamente, tem prestado relevantes serviços a esta casa, tanto na organização do cerimonial, quando das sessões solenes, como nas importantes ações e providências quanto ao policiamento e controle do trânsito no terreiro de Jesus. Refiro-me a **Claudelino Monteiro da Silva Miranda**, presidente da Sociedade Amigos da Marinha (Soamar), aqui presente.

Senhores acadêmicos:

Esta solenidade será realçada com a palavra eloqüente de **Alberto Serravale**, presidente recém-eleito, que nos brindará, por certo, com idéias renovadoras, além de expectativas e propósitos com vistas à maior grandeza de nossa academia.

Em **Alberto Serravale**, administrador competente, afeito às batalhas da construção e consolidação de serviços médicos vol-

tados para a saúde de nossa comunidade, alia-se o perfil do médico, professor e acadêmico de meritórias virtudes intelectuais e morais, o que, sem sombra de dúvida, o credenciam para dirigir com competência os destinos da Academia de Medicina da Bahia, no biênio 1997-1999.

Muito Obrigado.

A Parreira Brava

– Os Curares em Medicina Antes e Depois... –

Rogério Spínola Pinto

NOTA INTRODUTÓRIA

A história dos curares em medicina vem sendo apresentada pelos livros, textos médicos e não-médicos, editados nos últimos 50 anos, em três fases, a saber: de 1595, quando Sir Walter Raleigh levou as flechas envenenadas para a Europa, ocasião em que passou a despertar grande interesse entre os homens de ciências, daí por diante, sendo que o máximo conseguido foi saber-se que consistia em um veneno paralisante, inócuo quando ingerido, só surtindo efeito se inoculado, o que era bastante incomum para os venenos até então conhecidos, sempre nocivos pelas vias digestivas. Em 1856, Claud Bernard determina seu mecanismo de ação, iniciando-se então a segunda fase, que vai alcançar o presidente século até meados da década de 30, durante a qual permanece também como uma curiosidade, com eventuais usos experimentais. Em 1935, Harold King, isolando do Chondrodendron tomentosum (parreira brava) a d-tubocurarina, a partir da qual tem início a curarização em medicina, quer clínica, quer cirúrgica, até o presente seria a última fase.

***Restabelecer a verdade histórica**, preenchendo a lacuna existente entre o período imediatamente anterior à preciosa intervenção de Claud Bernard, quando brasileiros contribuíram decisivamente na determinação dos vegetais que possibilitavam o efeito da mistura chamada “curara”, fato de suma importância para a descoberta do fisiologista, ao tempo em que permitiu o isolamento da curarina, primeiro princípio ativo conhecido, até o início da terceira fase, intervalo em que diversos usos em medicina clínica já se faziam presentes, no entanto praticamente esquecidos e atribuídos como próprios da presente era, constitui o objetivo maior do presente estudo. Para que isto se tornasse possível, necessári-*

as se fizeram incursões em textos editados a partir dos anos 50 do século passado, destacando-se: Tratado de Toxicologia de A. J. Souza Lima (1890), Gazeta Médica da Bahia e algumas teses de doutoramento da então Faculdade de Medicina da Bahia.

OS CURARES DO GÊNERO STRYCHNUS

A chamada primeira fase, iniciada em 1595 e indo até o meio do século XIX, foi um período de grande confusão, relativa à verdadeira natureza dos curares. Fato é que os índios do noroeste da Amazônia faziam grande mistério do seu preparo, aliado à dificuldade natural de comunicação com o estrangeiro. Assim, os índios, por ignorância ou malícia (no dizer de Souza Lima), misturavam várias plantas e chegavam a incluir produtos de origem animal, tais como veneno de sapo e dentes de cobras peçonhentas, quando se propunham demonstrar a maneira de obter o produto para estranhos. O resultado imediato era que, o curare produzido em laboratório, da forma que havia sido aprendida, apresentava um efeito diverso daquele conseguido diretamente das tribos produtoras, preparado às escondidas e adquirido pela troca ou escambo. Este detalhe atrasou bastante a elucidação do enigma.

Coube a E. Guimarães esclarecer o problema. Chegou à conclusão que, dos diferentes vegetais componentes da mistura, somente os pertencentes ao gênero *Strychnus*, mais precisamente a espécie *Strychnus toxífera* nas Guianas e *Strychnus gubleri* no Amazonas, eram dotadas de importância, para o efeito desejado. Os demais componentes em nada contribuíam, pelo contrário, até atenuavam a ação, uma vez dotados em muitos casos, de efeitos antagônicos. O mesmo pesquisador chegou a provar serem os frutos e sementes da referida planta produtores de estricnina, de efeito sabidamente oposto, enquanto a casca do caule produzia o verdadeiro curare. Em suma, os "selvagens" comercializavam o produto certo, entretanto, transmitiam a maneira errada de industrializá-lo.

O prof. Couty (francês), trabalhando em conjunto com o Dr. J. B. Lacerda, chegou a espécies exclusivamente produtoras de curares, permitindo sem dúvida um grau de pureza ainda maior.

Indubitavelmente, tais acontecimentos facilitaram sobremaneira os estudos que se seguiram, realizados no continente europeu. Assim é que Claud Bernard, em 1856, determinou sua ação sobre a placa motora dos músculos estriados. Chegou também à conclusão que não apresentava qualquer efeito sobre o SNC e sobre os nervos sensitivos, tampouco tinha qualquer atuação nos músculos em si, restringindo-se seu efeito à placa mioneural. Em 1865, Prehyer isolou a curarina, primeiro princípio ativo a ser conhecido.

Com tais conhecimentos adquiridos, bom lembrar em pouco espaço de tempo, em torno de 20 anos se aprendeu mais sobre a(s) droga(s), que nos quase três séculos anteriores, o uso clínico veio a ser quase imediato. Assim é que nesta mesma época já observamos autores recomendando o seu emprego nas seguintes situações: epilepsia (Voissin), no tétano (Chassignac), na hidrofobia (Voulpien), como antídoto no envenenamento pela estricnina (Claud Bernard), na coréia (Beigel). Sempre a via de administração era a subcutânea, empregando-se uma mistura de vários curares (curarina, curadina, protocurarina), raramente um só, e quando isso acontecia a escolha recaía sobre a curarina.

Na Gazeta Médica da Bahia 19:222-3-1867, encontramos matéria intitulada "Curara na Epilepsia", na qual a experiência do Dr. Benedkt, na Áustria, é apresentada em forma de súmula. Na tese de doutoramento do Dr. Antonio Martins Tôrres (1871), intitulada "Tétanos Traumáticos e seu Tratamento", podemos notar grande entusiasmo do autor no uso do curare, ao divulgar a experiência de médicos italianos.

De maneira que, assim podemos apresentar uma síntese do uso dos curares oriundos do gênero *Strychnus*, ou melhor dos curares franco-brasileiros, que não fica restrito ao século passado, adentrando o século XX.

A ERA DA TUBOCURARINA

A história do(s) uso(s) do curare após o isolamento da tubocurarina, levado a efeito por Harold King em 1935, é bem conhecida. Acrescenta-se aos habituais empregos, talvez com melhor critério e maiores cuidados, o início da era da curarização em cirurgia abdominal (Beneth-1940), a utilização no eletrochoque e outros criados pela medicina moderna. Evidente que outras drogas surgiram, de mesmo efeito, sintéticas e semi-sintéticas, entre as últimas sobressai a pancurarina.

Menos conhecida é a descrição do vegetal do qual foi isolada. Trata-se da parreira brava (*Chondrodendron tomentosum*), chamado também de caapeba, cipó amargo, vinha selvagem e liane amère dos franceses. Segundo Pio Correia (1926), existente em todo o Brasil, sendo uma trepadeira de folhas cordiformes e frutos vermelhos. No passado foram usadas infusões de suas raízes, visando um efeito diurético, atribuído a um alcalóide denominado “pelosina”. A partir do córtex do caule foi obtida a tubocurarina.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Bem verdade outras versões poderão existir para o exposto, a depender de uma diversidade de interesses em jogo. Uma coisa talvez seja certa, se bem pesquisados os fatos, qualquer que seja ela não deverá diferir muito da por nós conseguida.

Por outro lado, interessante nosso trabalho ser visto não como uma simples revisão histórica dos curares, mas antes de tudo como um passo rumo a uma **revisão da história dos curares**, o que vem a ser diferente, constituindo as academias o foro ideal em questões desta natureza.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

E. Littré-Dictionnaire de Medicine – Edição 1908

Dr. Agostinho José de Sousa Lima – Tratado de Toxicologia – 1890

Gazeta Médica da Bahia – 19:222-3 1867. – Resenha Terapêutica

Tese de Doutorado do Dr. Antonio Martins Torres, intitulada: Os Tétanos Traumáticos e seu Tratamento – 1871. Faculdade de Medicina da Bahia.

Tese para a cadeira de Química Analítica do Prof. Josino C. Cotias – intitulada:

Progênese e Farmacodinâmica dos Alcalóides – 1893 – Faculdade de Medicina da Bahia.

Discurso de recepção ao Prof. Edmundo Leal de Freitas na solenidade do seu ingresso na Academia de Medicina da Bahia

Newton Alves Guimarães

Tinha razão Stendhal.

Tinha razão, seguramente, o inspirado criador de “L’AMOUR” e de “LE ROUGE ET LE NOIR”, ao escrever que há “famílias espirituais”. Com efeito, indivíduos sem qualquer vínculo genético ou relacionamento familiar; tantas vezes largamente distanciados, quer no tempo quer no espaço e sem que se lhes possa assinalar qualquer convivência, orientação ou aprendizado comum – não obstante, nas suas manifestações, conscientes ou inconscientes, na conduta, nas atitudes, na produção intelectual ou no desempenho profissional, na exteriorização, enfim, de sentimentos ou da razão, mostram afinidades ou semelhanças que difícil seria imaginar não terem, genotípica ou fenotipicamente, a lhes moldarem a personalidade, múltiplos e marcantes fatores comuns.

Verdade é que, tantas vezes, determinadas circunstâncias – não fosse o homem “ele e suas circunstâncias” – vigentes aqui ou ali, neste ou naquele momento da história da humanidade, fazem despertar, pela igual qualidade do estímulo, uma equivalência de reações, definindo, então, com mais realce e nitidez, essas “famílias espirituais”.

Julgo, entretanto, fora de dúvida, que sem esse “quid” imponderável e indefinível, capaz de garantir a identidade entre temperamentos às vezes tão variados, dificilmente poderiam organizar-se esses grupos, nos quais os atributos comuns imprimem tão eloqüente “ar de família”.

Sem esse sutil componente, não terão sido, apenas, as influências da simplicidade da vida campestre; a descoberta da bele-

za primitiva da natureza; a transparente sedução da luz e “ar pleno” – materializadas nas telas claras e cintilantes com que se opuseram ao classismo vigente, que teriam levado Manet, Renoir, Sisley, Pissarro, Claude Monet, entre outros, a se refugiarem às margens da Floresta de Fontainebleu para constituírem o núcleo germinativo dessa família tão representativa no mundo da pintura, os chamados “impressionistas”. Nem aquelas influências, apenas, explicariam porque Sisley e Pissarro, de origem inglesa, aquele, portuguesa, este, terão sido, no dizer dos entendidos, os que melhor souberam captar a doçura e o sereno encantamento dos arredores da Paris de então, transpondo para a tela a suave melancolia dos campos, com a sensibilidade e o refinamento que são a tônica de todo o grupo.

Em 1922, de 11 a 18 de fevereiro, ocorreu na cidade de S. Paulo, tendo como palco de seus espetáculos maiores o magnífico Teatro Municipal, uma série de eventos que passaram a constituir o que dali em diante veio chamar-se a “Semana de Arte Moderna”.

Exposições de artes plásticas, literatura em prosa e verso, música e dança, todo um conjunto de atividades culturais tinha como denominador comum as modernas tendências renovadoras e de oposição a concepções filosóficas, artísticas, e, mesmo, a um modo de vida, dito ultrapassado. Esse movimento vinha cristalizando-se latentemente, desde 1912, com a volta ao Brasil de Oswald de Andrade, após convivência na Europa, com Cocteau e outras expressivas figuras de vanguarda, e foi definido por Mário de Andrade como “o direito permanente à pesquisa estética, à atualização da inteligência artística brasileira e à estabilização de uma consciência nitidamente nacional”.

Com Graça Aranha, Menotti del Picchia, Mário e Oswald de Andrade, na literatura, na música Villa Lobos e Guiomar Novais, na pintura Di Cavalcanti, Tarcila do Amaral, Anita Mafalti e tantos mais, floresceu uma corrente de pensamento das mais sólidas e abrangentes, que de S. Paulo e Rio de Janeiro se irradiou por todo o país, inclusive chegando até nós. Embora o tradicionalismo cultural vigente num passado, não muito remoto, fizesse a Bahia refratária aos movimentos renovadores, também aqui viriam a filiar-

se àquela corrente Godofredo Filho, no dizer de Eugênio Gomes” o legítimo precursor do modernismo na Bahia”, o próprio Eugênio Gomes, Hélio Simões, Carvalho Filho, e certamente outros nomes igualmente notáveis, por cuja possível omissão desde já me penitencio.

Estava criado, assim, o “modernismo”, uma das mais significativas “famílias espirituais” que registra a história da cultura contemporânea, tendo, no Brasil, segundo Afrânio Coutinho, “influenciado todas as atividades do espírito e contribuído, outrossim, para renovar a mentalidade brasileira”.

Nem sempre, entretanto, as marcas definidoras do perfil, ou da expressão familiar, exteriorizam-se de modo a que o todo possa caracterizar, firme e inequivocamente, cada parte.

Vezes há em que o nexos responsável pela afinidade anímica, apesar de significativo, não logra destacar-se em meio a tantas outras qualidades ou caracteres, os quais, por maior exuberância ou transcendência o sobrepujam, tornando-o só identificável à análise dos doutos e especializados.

Gláucia Lemos, talentosa crítica de arte e escritora oriunda da nossa universidade, laureada com o prêmio Cidade do Salvador, da Academia de Letras da Bahia, em trabalho recente sobre El Greco, assinala que mesmo esse mestre tão “sui generis” da pintura hispânica não ficou imune a um vínculo familiar: “sem embargo da inspiração acentuadamente mística, de um misticismo quase bizantino e do tratamento barroco a que submete os seus planos, flagra-se o caráter renovador, podendo ser tido, hoje, sob o ponto de vista compositivo e ainda segundo a liberdade do traço, como antecipação da arte moderna”.

Noutra vertente, podem encontrar-se raros privilegiados no mundo das artes ou das letras que conseguem, mercê de sua genialidade, filiar-se, a um tempo, ou a tempos sucessivos na sua trajetória, a várias escolas, ou “famílias intelectuais”. Machado de Assis é exemplo da maior eloquência no particular. Aliás, mencionando o príncipe da literatura brasileira, vale dizer que ele praticamente repete o pensamento de Stendhal; ouçamos o que escreveu, condenando os imitadores de Vitor Hugo; “Julgam ter entrado na família do poeta só com Ihe reproduzirem a antítese e

a pompa da versificação”; e mais: “o discípulo é outra coisa; embebe-se na lição do mestre, assimila ao seu espírito o espírito do modelo”. Vêde que não faltou, sequer, a referência explícita à família e também ao espírito...

O mestre incomparável de D. Casmurro foi um desses raros e privilegiados talentos, que sem perder a individualidade e originalidade – pois conforme ainda Afranio Coutinho, “embora tenha escapado a todos, pode atravessar tantos estilos: romantismo, naturalismo, parnasianismo, simbolismo...” E sempre, vale acrescentar, com os méritos que definitivamente o consagraram como o maior escritor patricio.

Capaz de um humorismo que o aproxima das melhores tradições do clássico humorismo britânico – podendo-se indagar, com Eugênio Gomes, que escreveu “As Influências Inglesas na Obra de Machado de Assis” – se mais próximo do humor sentimental de Stern ou do humor sarcástico de Swift, era, do mesmo passo, o “espírito” machadiano, capaz de assimilar-se às correntes filosóficas mais representativas do ceticismo, e mesmo do pessimismo mais amargo, às vezes tão radical que não lhe permitia reconhecer o que quer que seja de bom que a vida pode oferecer. Lembremos a desencantada e pungente confissão de Brás Cubas: “não tive filhos, não deixei a outrem o legado de nossa miséria.”

Como quer que seja, senhoras e senhores, meus diletos confrades – quer inserindo-se a produção intelectual ou artística num grupo solidamente identificado e bem caracterizado por atributos comuns, quer, como reconhecemos no imortal fundador da Academia Brasileira de Letras, que mercê da polivalência de sua inspiração podia integrar-se a várias correntes de pensamentos, – como quer que seja, julgamos demonstrado, sem necessidade de outros exemplos, o acerto da sentença de Stendhal que fornece o mote desta oração; com a qual a nossa Academia, premian-do-se com a generosidade dos confrades, cumpre a obrigação protocolar de saudar o recipiendário desta noite.

Concedido, assim, que efetivamente tinha razão Stendhal, não seria despropósito alargar o conceito, e uma vez que as instituições não são senão o somatório ou a resultante dos indivídu-

os que as compõem, não seria despropósito – dizia – falarmos também do “espírito das instituições” . Até porque, se já foi admitido que as coisas também têm alma, como pretende Paulo Mantegazza naquele interessante livro intitulado *A Alma das Coisas*, não há porque não aceitarmos, igualmente, que as instituições podem ter espírito. E ainda, decorrentemente, que haja indivíduos que modelarmente se ajustem ao espírito de determinadas instituições, e que embora disso jamais tenham tido consciência, ou sem que, formalmente, em tais instituições jamais tenham interessado, a elas, não obstante, com muita propriedade, estão integrados.

Todo este inocente exercício dialético – certamente já presentiu a vossa atilada percepção – recém-empossado acadêmico Eduardo Leal de Freitas – outro propósito alvo não tem senão evidenciar, que chegando V.S. a esta casa não o faz como um estranho; antes, bem à vontade deverá aqui sentir-se, pois, como os que mais o tenham, possui V.S. o perfil e o espírito acadêmico. Senão, vejamos: o que é a Academia? E quem é V.S.?

Quanto à Academia, ouçamos de logo esse pontífice da arte e das letras médicas, excepcional figura de acadêmico, que é o festejado mestre Hilton Rocha: “a primeira e mais relevante das funções de uma sociedade médica é constituir uma base para a solidariedade e a harmonia indispensáveis à dignidade e à eficiência da profissão”. E se essa sociedade é uma Academia, há de revestir-se de características muito especiais, que a permitam alçar-se, do ponto de vista de suas cogitações e ideais, a uma posição inconfundível, distante de tantas outras entidades de cunho estritamente especializado ou de interesses puramente corporativistas. Tendo como parâmetro as tradições herdadas das lições de Platão nos jardins de Academus – tive oportunidade de dizer certa vez – há-de ser infensa às cogitações de puro imediatismo, como às posições preconceituosas ou sectárias. Há-de buscar, pois, do convívio e interação de seus pares, a força e os instrumentos necessários à preservação dos valores éticos e dos postulados de um renovado humanismo, sem os quais o profissional poderá ter-se graduado em medicina mas não será, jamais, um verdadeiro médico.

Nesse sentido, deverá a academia congregar em seus quadros valores que, além do desempenho correto das técnicas de sua especialidade, estejam sinceramente imbuídos do propósito de fazer, da profissão, o veículo dos mais nobres sentimentos e das mais intransigentes atitudes, com o fim de promover o bem-estar do semelhante e a elevação dos padrões morais e culturais da coletividade a que pertencem.

Para tanto, há que empenhar-se, desenganadamente, a fim de que a profissão seja exercida na mais integral obediência aos postulados que secularmente a definem: ciência e arte. Quem sabe, nos dias de hoje, mais arte do que ciência.

Porque em verdade assistimos, nos tempos atuais, que tanto mais avança a ciência, mais refinadas e sofisticadas se fazem as técnicas, tanto mais, por esse mesmo avanço se vê ameaçada a humanidade, em função, quer dos efeitos colaterais que esse progresso acarreta, quer do uso condenável – do abuso, pois – que dele vem sendo feito.

Cumpra, assim, lutar por um progresso que não seja agente de conforto e bem-estar, de melhores condições de existência, apenas para uma parcela menor dos povos e das nações, mas que, ao contrário, possibilite o acesso das camadas mais miseráveis a patamares superiores de nível de vida e condições sócio-econômicas; que não promova concentração ainda maior de riqueza; que não aumente os bolsões de miséria; que não aprofunde ainda mais o fosso entre um mundo cada vez mais próspero e civilizado, e um outro, cada vez mais pobre, e porque mais pobre, mais ignorante, com mais fome e menos saúde.

Num livro recente, polêmico e corajoso, com o sugestivo título de “A Desordem do Progresso”, Cristovão Buarque exemplifica com muita propriedade a situação em tela. A propósito do lamentável acidente de poucos anos atrás, quando na cidade de Goiânia, a curiosidade de um pobre operário fez eclodir a tragédia da cápsula de Césio, assim escreveu o ex-reitor da Universidade de Brasília: “Goiânia está no Brasil e nos faz perceber o drama específico de um país capaz de dominar as entranhas do átomo para ajudar na cura dos seus doentes, mas que ao mesmo tempo ainda não é capaz de dar emprego aos seus habitantes,

criando um ferreteiro que por desconhecimento e necessidade liberta a força do Césio, espalhando as doenças que os dramaturgos gregos previram. Goiania é o Brasil, do mais sofisticado avanço técnico ao lado da ignorância e da pobreza”.

Eis aí está. Sem que princípios éticos sejam prioritários, na implementação e na aplicação das conquistas técnicas e científica; sem que o homem, o seu bem estar e a melhoria de suas condições de vida sejam o objetivo primeiríssimo do progresso, Goiânia e Chernobyl continuarão a ser episódios a estigmatizarem imperdoavelmente a atual civilização. E a nós, médicos, cabe, indiscutivelmente, pelas peculiaridades de nossa missão, pelas nossas responsabilidades para com a saúde e a vida humana, papel de relevância no esforço para reverter essa intranquilizadora situação. E, por certo as nossas academias, pelas condições já apontadas, são o forum mais apropriado para que se busquem os caminhos, delineiem-se os planos, formulem-se as soluções, que venham a dissipar as nuvens sombrias que toldam os nossos horizontes.

E até que ponto – Srs. Acadêmicos, Senhoras e Senhores – até que ponto atende o nosso novo confrade a esse compromisso? Com que credenciais junta-se a nós, no desempenho de uma tarefa que exige persistência e dedicação; que pressupõe qualidades morais e intelectuais cujo aprimoramento há de ser constante; e que não oferece como recompensa galardões ou vantagens materiais, mas tão só a insuperável satisfação do dever cumprido?

A essa interrogação cabe-me responder.

Como é fácil demonstrar, embora somente hoje tenha ultrapassado os umbrais desta casa, em verdade já era S. S. um dos nossos, pois, aos pré-requisitos que deve passar o acadêmico, a todos satisfaz, sem favor.

De suas qualidades, muitas lhe vêm do berço. Aliás, a tal propósito vale mencionar que entre essas qualidades, advindas de suas origens, surpreende-se sem esforço, uma boa dose de “baianidade”, assim no estilo, torneado e brilhante, como na maneira geral de ser, com isso evidenciando que, em verdade, não

importa o que conste de sua certidão de nascimento: embora nascido em S. Paulo, ele é um baiano “quatrocentão”.

É que o primeiro Freitas vindo de Portugal aqui aportou, conforme se sabe, com a corte de D. João VI, da qual era “moço fidalgo”, e aqui teria permanecido. Um dos seus descendentes, o primeiro José Maria de Freitas, seu bisavô, médico, estudou nesta faculdade, onde se formou, entre 1825 e 1835. De seus nove filhos, Sebastião Maria de Albuquerque Freitas, pai de José Maria de Freitas Neto, viria a ser seu bisavô paterno. Vê-se, pois, que se encontram profundamente fixadas às suas raízes baianas, não lhe sendo necessário registro de naturalização para que possa gozar, sem restrições, das prerrogativas de candidatar-se a qualquer das nossas agremiações, cívicas ou culturais.

Do berço, efetivamente, traz S.S. qualidades primorosas. E nesta oportunidade quero prestar à memória do seu ilustre pai, o professor José Maria de Freitas, a mais sincera e respeitosa homenagem. Era ele diretor da Escola Paulista de Medicina, quando tive a honra de servir, como professor contratado, àquele renomado centro de ensino médico. Pela lhanza do trato, pela elegância de atitudes, pela firmeza e sabedoria de sua discreta liderança, como pelas generosas demonstrações de apreço com que me distinguiu, dele conservo a mais gratificante recordação. Postura e compostura exemplares, figura acadêmica, a tudo quanto de bom lhe há-de ter transmitido como herança, acrescentou S. S. outro tanto, haurido do seu convívio, na infância, na adolescência e na sua formação médica.

Já durante a vida universitária lhe despontou o pendor para atividades que pressupunham um horizonte cultural bem à frente dos limites meramente curriculares. Assim, foi redator-chefe do jornal oficial do Centro Acadêmico Pereira Barreto, da Escola Paulista de Medicina, diretor do Departamento de Imprensa do mesmo Centro, e, por concurso, orador oficial daquele Centro e da solenidade de formatura de sua turma. Graduado, após breve incursão em especialidades da área cirúrgica, assistente que foi das cadeiras de Técnica Cirúrgica e Urologia da Faculdade de Medicina de Sorocaba, logo se direcionou para o alvo de sua verdadeira vocação, fixando-se no campo da psicologia e da psiqui-

atria, particularmente nos aspectos vinculados à infância. Foi professor Assistente de Psiquiatria e Professor Catedrático fundador do curso de Psicologia da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras Sedes Sapientiae da Pontifícia Universidade Católica de S. Paulo. Desenvolveu, desde então, meritória atividade científica e docente, na qual se inclui, já na Bahia, o bacharelato em Psicologia na Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas de nossa Universidade e a regência, na mesma faculdade, de várias cadeiras conexas, após ter conquistado, mediante brilhante concurso, a condição de professor da matéria Psicologia da Personalidade.

A análise do seu currículo, além de mostrar intensa participação em congressos, cursos, aulas e conferências em ambientes diversos, evidencia a sua elogiável preocupação com temas de interesse social, o que o levou a proferi-las em entidades de cunho beneficente ou em clubes de serviço, como Rotary Club, Associação dos Magistrados do Estado da Bahia, Seminário Diocesano, Centro Social Urbano da Secretaria do Trabalho, e outras mais.

A sua louvável inclinação para com o estado dos aspectos psicológicos e psicopatológicos da criança e do adolescente, refletida em significativa maioria dos seus numerosos trabalhos, encontra sua expressão mais representativa e talvez mais valiosa, nessa esplêndida monografia com a qual conquistou, em 1987, o prêmio Estácio de Lima, instituído pela Academia de Medicina da Bahia em homenagem àquele nunca esquecido mestre e em comemoração ao “Ano Internacional da Paz”.

Neste trabalho, intitulado *A Medicina e a Paz*, esta é conceituada não simplesmente como a ausência de guerra, mas como o estado de perfeita harmonia, de entendimento e bem-estar entre os povos e entre os indivíduos. Manifestando a sua adesão ao modelo de Galtung, escreveu o autor; “rejeita-se a paz negativa – ausência de guerra, assim como se rejeita a saúde negativa – ausência de doença; aceita-se como caminho único e universal a paz positiva – desenvolvimento adequado do ser humano nas suas dimensões orgânica, psicológica e social, interdependentes e indissociáveis”.

E entre os fatores indispensáveis a que se alcance essa paz são enfatizados, com especial e merecido destaque, os cuidados – sob todos os aspectos e por parte de todos – devido à criança e ao adolescente – os líderes de amanhã, responsáveis, afinal, pelos destinos do mundo do futuro.

Essa monografia, sobre proporcionar-lhe o honroso prêmio, assegurou-lhe, desde então, as simpatias e a admiração dos seus futuros confrades.

Srs. Acadêmicos:

Perdoai-me se ultrapassei os limites de vossa tolerância, e de quantos me escutam, pretendendo justificar a entrada, neste sodalício, do companheiro que hoje recebemos. Do que foi dito, creio, não pairam dúvidas sobre o acerto da escolha. Entendo que escolhemos campos, acaso, dos mais destacados no domínio de suas especialidades, mas sobretudo por terem adquirido formação e sabedoria de maior versatilidade, maturidade e experiência que lhes conferem visão mais alargada, englobando toda a extensa e delicada problemática da profissão médica. Somente deverão merecer os nossos sufrágios os que nos procurem, pois serão os mais adequados às lides de uma instituição como a academia.

O conhecimento médico, difuso no generalista; específico e limitado, embora profundo no especialista, se enriquece e torna-se abrangente, multiplica as suas potencialidades, quando a ele se acrescentam os conhecimentos das ciências humanas: da psicologia – o homem, afetivo e efetivo: emoções, sentimentos e paixões; da antropologia – o homem, suas origens e etnias, seus padrões culturais; da filosofia – o homem e seus princípios, sua visão do mundo e de si mesmo; e aí o homem em sua perfeita integridade, objeto da melhor Medicina – a Medicina Integral.

Não falta sequer, ao companheiro que hoje recebemos, a inspiração poética – forma superior de expressão do pensamento, de que somente são capazes os que têm o dom de conciliar os labores maiores da inteligência, com os mais cristalinos e fecundos sentimentos.

“É Assim Frederica”, é o título do seu livro, tão interessante. Livro de história contada em versos, ou livro de poesia contando

histórias, revela plenamente a largueza de sua alma e a medida de sua solidariedade humana. Acompanhemos a dedicatória: “essa história eu dediquei a Milana. Não gostei, disse. Os outros vão ficar tristes. Pedeu para eu dedicar a todos que não fossem Milana também. Dedico.”

Frederica, símbolo, transmite a visão cósmica do autor e a sua concepção sobre o papel do homem – ator – na ribalta do universo. Voltemos ao livro: “das suas mãos, Frederica, dos seus atos, dos seus comportamentos, das suas vontades é que se transformarão as coisas.”

E em verdade, Sr. Acadêmico Edmundo Leal de Freitas, há muitas coisas a transformar.

Ainda estudante, aprendeu V. S., segundo confessa no seu discursos de formatura, que “na análise dos fatos que presencia (refere-se ao estudante de medicina) habitua-se amar o imponderável e a pesquisar, numa busca infinita, a negação do erro, resgatando valores antigos, redescobrendo fórmulas, perseguindo incansavelmente a verdade para, através dela, preservar o bem supremo – a vida humana”.

Hoje, porém, lamentavelmente, a muitos a lição parece esquecida. Nos descaminhos pelos quais envereda o exercício da medicina é como se a vida humana já não fosse o bem supremo a preservar.

Mas, ainda bem que a lição colhida pelo estudante de ontem, o médico psiquiatra, o psicólogo, o poeta e acadêmico de hoje a conserva presente, não estando alheios às ameaças que envolvem a nossa profissão. O conselho dado a Frederica é um alerta ao qual todos atenderemos: “não se amedronte com a proposta. Eu não ia fazer nenhuma; mas não estou amedrontado em lhe fazer: vamos recriar”.

Sim, Sr. Acadêmico vamos recriar. Esta é também a proposta com que o recebemos na Academia. Vamos recriar a medicina que aprendemos; a medicina que a todo transe, e a qualquer custo, tenha realmente o homem, a sua dignidade e a sua vida, como o bem supremo a preservar.

Para fazê-lo, contamos com V. S. – já agora membro da família acadêmica pelo espírito e por direito – e oxalá não nos esque-

çamos jamais do conselho dado a Frederica: **VAMOS RECRIAR,
SEMPRE.**

Bahia, 15.5.91

Discurso pronunciado na Academia de Medicina da Bahia em homenagem ao acadêmico Zilton Andrade

Geraldo Leite

Minhas Senhoras

Meus Senhores

Quais – ilustre Presidente, queridos confrades e visitantes – os principais problemas que atormentaram o homem do nosso tempo?

No princípio deste século, direis vós, a causa de tais problemas, segundo FREUD, era a dificuldade de acomodar, sem trauma nem ofensa, de um lado o homem e seus instintos e, do outro, a sociedade e seus tabus.

Mais tarde, acrescentareis vós, lá pelos anos 20, de acordo com OTTO RANK, as raízes de tais problemas passaram a ser os sentimentos de inferioridade e de culpa, os quais tingiram de opacas cores uma década de desânimo e frustração.

Em seguida, complementareis, nos anos 30, no dizer de KAREN HORNET, o epicentro de tais problemas deslocou-se para a arena do confronto e da competição isto é, para o campo da luta entre indivíduos, grupos, raças e partidos, o que resultou num grande conflito – o maior da história – o qual lançou no jogo ardente de uma guerra, quase interminável, um sem-número de povos e nações, tão distantes quanto contraditórios.

Depois, direis vós, veio o arremedo de paz, a desconfiança e a exaustão e com ela uma nova era, retratada de modo admirável por ROLLO MAY em sua obra, hoje célebre: “O HOMEM À PROCURA DE SI MESMO”. Nesse livro afirma o mestre, de modo textual: “Pode surpreender que eu diga, baseado em minha experiência profissional, assim como na de meus colegas psicólogos e psiquiatras, que o problema fundamental do ser humano, no

meado do século 20, é o vazio. Com isso quero dizer não só que muita gente ignora o que quer, mas também que freqüentemente não tem uma idéia do que sente. Quando falam sobre a falta de autonomia, ou lamentam sua incapacidade para tomar uma decisão – dificuldades presentes em todas as épocas – torna-se logo evidente que seu verdadeiro problema é não ter uma experiência definida de seus próprios desejos e necessidades. Oscilam desse modo para aqui e para ali, sentindo-se dolorosamente impotentes porque de fato são ocos, vazios.”

Na verdade, poucos, **naquela época**, ao raiar dos anos 50, tinham capacidade de tomar uma decisão, que marcasse para sempre o **rumo de uma vida!** Poucos, assombrosamente poucos, ainda nos bancos da Faculdade de Medicina – então a única entre nós existente – não oscilavam, como disse o mestre, para aqui e para ali, numa pendular indecisão, verdadeiramente **Shakesperiana**, do ser ou não ser, do ir ou não ir, do fazer ou não fazer.

Um dentre nós, no entanto, se destacava dentro da nossa turma, a dos médicos do Ano Santo, doutorandos de 1950. Refiro-me, senhor, a **Zilton de Araújo Andrade**, nascido em Santo Antônio de Jesus, naquela década de **opacas cores**, naquele decênio de depressão e desânimo.

Eu me lembro, eu me lembro ainda, daquele colega, no quarto ano médico, **ao meu lado**. Sóbrio, comedido, quase sem falar, ainda estudante, na Fundação Gonçalo Moniz, no fim de linha do Canela, tomava aulas com Mangabeira Filho, Samuel Pessoa, Pedro Janine, Carlos da Silva Lacaz, Herman Lent, Lobato Paraense e outros luminares da ciência brasileira, cavando com as mãos a força do destino!

Enquanto nós, seus companheiros, estudavam por estudar, aprendiam por aprender, ele – àquela época já ao lado de Sônia – conquistava passo a passo, **em um ritmo** cada vez mais acelerado, os degraus da vida, numa persistente procura de si mesmo. Ele, naquela altura, já sabia qual a sua trajetória, qual o caminho que iria percorrer e fazia de Sônia, sua futura companheira, sua primeira colaboradora.

Eu me lembro, eu me lembro ainda, daquele 14 de dezembro de 1950, dia da nossa formatura. Naquela época não havia em nosso meio uma estrutura bem definida, um suporte suficientemente forte para garantir a um jovem de limitados recursos um eficiente sustentáculo para a pós graduação. Ele, todavia, era um predestinado. Os obstáculos não o desanimavam. O seu **tigmotropismo** era por demais acentuado. Enquanto todos nós esvoaçavam, no dia seguinte, cada um em busca do seu destino, uns para Feira de Santana, outros para Jequié, Vitória da Conquista, Ilhéus, Itabuna ou Salvador, ele, **Zilton Andrade**, como uma águia – a mais possante e majestosa de todas as aves, ave que simboliza a força e a nobreza – alçou vôo e na Faculdade de Medicina da Universidade de Tulane fez, de 1951 a 1953, sua Residência em Patologia.

Daí regressou para o Brasil e, na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, conquistou o doutorado. De volta à Bahia, pousou **a águia no seu ninho**, o vetusto berço da **medicina pátria** e conquistou a livre docência.

Voltou logo em seguida para os Estados Unidos onde, na qualidade de pesquisador, permaneceu no Hospital do Monte Sinai, em New York, cerca de dois anos.

Em seguida tornou-se professor visitante do departamento de patologia do CORNELL UNIVERSITY MEDICAL COLLEGE.

Novamente na Bahia, com um currículo considerado como um dos melhores do seu tempo, prestou, em 1974, concurso para professor titular de patologia, na antiga Faculdade de Medicina, **a sua faculdade**, primaz do Brasil, e conquistou com galhardia a cadeira outrora ocupada por Gonçalo Moniz, Otávio Torres e outras expressões, as mais altas, da medicina baiana!

Ao título de professor de patologia, associou o de pesquisador titular do Instituto Oswaldo Cruz; o de Chefe do Laboratório de Patologia do Hospital das Clínicas; o de Chefe do Departamento de Patologia e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia; o de Diretor do Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz; o de Chefe do Laboratório de Patologia Experimental do Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz; o de membro do Conselho Nacional de Pesquisas, para os programas de

Patologia e Doenças Tropicais; o de membro do Conselho Técnico – Científico do Instituto Oswaldo Cruz; o de Presidente da Sociedade Brasileira de Patologistas; o de Presidente da Sociedade Brasileira de Hepatologia e o de Presidente da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, além de honrarias internacionais (destacando-se dentre estas a de membro do Grupo de Trabalho da Organização Mundial de Saúde para estudo da Esquistossomose e da doença de Chagas; o de membro do Comitê de Especialistas da Organização Mundial de Saúde, para Imunologia e Parasitologia).

Os triunfos conquistados ao longo de tão luminosa trajetória não perturbaram o seu caráter simples e cordial, mesmo porque a eles outros foram somados: Prêmio ALFRED JURZYKOWSKY, da Academia Nacional de Medicina; membro honorário da sociedade Argentina de Cardiologia; prêmio nacional de Ciência e Tecnologia, conferido pelo Conselho Nacional de Pesquisas; professor emérito da Universidade Federal da Bahia; membro honorário da Sociedade Americana de Medicina Tropical e Higiene; comenda Euclides de Jesus Zerbini, conferida pela Sociedade Brasileira de Cardiologia; membro emérito da Sociedade Brasileira de Patologia, etc.

Dentre as publicações que honrou com o seu nome figuram diversos capítulos de vários livros de texto, publicados no Brasil, na Argentina e nos Estados Unidos, além de mais de uma centena e trabalhos originais, dados à luz em periódicos nacionais e estrangeiros, dos quais destacamos os editados pelas revistas IMUNOLOGY, INTERNATIONAL JOURNAL OF EXPERIMENTAL PATHOLOGY, HUMAN PATHOLOGY, AMERICAN JOURNAL OF TROPICAL MEDICINE AND HYGIENE, AMERICAN JOURNAL OF PATHOLOGY, VIRCHOW'S ARCHIV, MEMÓRIAS DO INSTITUTO OSWALDO CRUZ, REVISTA DO INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL DE SÃO PAULO, ACTA HEPATOLÓGICA, REVISTA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA TROPICAL e muitas outras.

Dentre as homenagens recebidas por ocasião do seu quadragésimo quinto ano de formatura, destacamos a Ordem de Mérito Científico, conferida pelo presidente da República Federativa do

Brasil; a placa comemorativa da Associação Bahiana de Medicina, pelo fato de ter sido o seu nome incluído entre os mais destacados cientistas brasileiros pelo I.S.I dos Estados Unidos; a medalha José Silveira, instituída pelo Rotary Clube do Brasil.

Este é o homem que a Academia de Medicina da Bahia homenageia nesta noite!

Concluindo, tomo como minhas as palavras de LYNN WHITE JUNIOR, no seu livro “AS FRONTEIRAS DO CONHECIMENTO.” Ei-las, tal como foram escritas:

“Não são as revoluções da política, mas as revoluções silenciosas da inteligência que modificam o curso da humanidade. O timão e a rédea eram mais poderosos do que César e a bússola e a imprensa mais contribuíram para modificar a face da terra do que as guerras de Napoleão”.

Quanto à medicina brasileira, senhores, os trabalhos de Zilton Andrade foram uma revolução. Os aspectos anatomopatológicos da Patologia Tropical do nosso país só **passaram a ser bem compreendidos** depois **dos seus** estudos e publicações.

Este é o homem ao qual, a Academia de Medicina da Bahia – e, porque não dizer, a Bahia inteira – **com reverência**, respeitosamente se curva!



Saudação ao Hospital Santa Isabel nos seus primeiros 100 anos de vida

Geraldo Leite

Recordo, tal como se fosse hoje, o meu tempo de estudante de medicina quando, na qualidade de aluno da antiga faculdade de medicina do Terreiro de Jesus – vetusto templo das mais altas tradições da medicina brasileira – ouvi as lições dos meus mestres, proferidas nas salas e enfermarias do hospital Santa Isabel, cujo centenário comemoramos.

Recordo de igual modo o meu tempo de médico do interior quando, na condição de interessado pelas grandes endemias, ministrei nas mesmas salas minha primeira aula nesta escola. Em uma n'outra ocasião o cenário foi o mesmo, isto é, o provento hospital, berço perene do esforço, estudo e trabalho das mais altas expressões do ensino médico, onde luminares como Pirajá da Silva, Adeodato de Souza, Antonio Borja, Anísio Circundes, Pacheco Mendes, Fernando Luz, Aristides Novis, Armando Tavares, Aristides Maltez, Eduardo de Moraes, Sabino Silva, Albino Leitão, Clementino Fraga, Otávio Torres, Martagão Gesteira, Prado Valadares e muitos outros dedicaram com amor e desprendimento grande parte de suas vidas.

Desde sua inauguração, há exatamente 100 anos, manteve o hospital Santa Isabel, de modo bem vivo, os mais elevados princípios e as mais belas tradições da Santa Casa de Misericórdia da Bahia – a qual, desde 1816, transformou-se no maternal berço do ensino médico em nossa terra.

Primeiro, por força da carta régia de 29 de dezembro de 1815, passou a abrigar em seu seio o vetusto “Colégio Médico-Cirúrgico da Bahia”, então transmudado em “Academia” e, pouco depois em “Faculdade”. Deste modo permaneceu, sem interrupção, quer nas suas instalações iniciais da rua da Misericórdia, quer nas do Terreiro de Jesus (para onde foi com a faculdade), quer nas da

praça Almeida Couto. E assim continuou até 1948, quando foi inaugurado o Hospital das Clínicas.

Não ficou no vazio, a partir de então, o hospital da Santa Casa, no Largo de Nazaré. Com a saída dos serviços clínicos da antiga Faculdade de Medicina, fermentou nas suas salas, enfermarias e corredores, durante quatro anos, a gênese formadora de uma nova escola de medicina da qual, com muita honra, sou agora diretor.

Treze idealistas – onze dos quais médicos, incluindo-se entre estes o diretor do hospital e o seu mordomo – criaram a Fundação Bahiana para o Desenvolvimento da Medicina e, através deste meio jurídico, a “ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA”.

Ambas as instituições nasceram e viveram dentro do hospital e nele tiveram durante muitos anos a sua sede. A fundação, no salão nobre e, no mesmo local, a congregação da escola. Outra não foi a sede do conselho técnico-administrativo e neste mesmo salão teve lugar a sessão solene de instalação da escola, no dia 26 de maio de 1953.

Ainda no salão nobre o hospital foi eleito nosso primeiro diretor, prof. Jorge Valente, o qual iniciou com obstinação e proficiência a implantação física, administrativa e acadêmica da escola, trabalho que foi continuado com a mesma dedicação pelos professores Orlando de Castro Lima e Celso Luiz Figueiroa.

Nascemos no hospital, na “sala do banco”. Nele demos os primeiros passos e nele continuamos durante muito tempo.

Com o passar dos anos, o número de alunos sofreu um aumento inusitado de pouco mais de 200 em 1958, passou para cerca de 1.200 em 1967.

Outro recurso não restou senão o de deixar aquelas salas e corredores por nós congestionados e ocupar novos espaços. Reformamos o antigo pavilhão Lídio de Mesquita, inaugurado em 1926 pela administração Aristides Novis. O mesmo fizemos com o “CTR” (Centro de Tratamento Rápido) e outras dependências da Santa Casa.

Razão temos, portanto, para prestar ao hospital Santa Isabel e à Santa Casa de Misericórdia a mais profunda e sincera gratidão.

Eis porque em meu nome e em nome dos corpos discente, docente, técnico e administrativo da ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA saúdo os 100 anos do hospital Santa Isabel e, com o sentimento mais sincero de gratidão proclamo:

Muito obrigado, parabéns, muitos anos de vida!

Escola Bahiana de Medicina: 43 anos de Serviços à Comunidade

Geraldo Leite

A Escola Bahiana de Medicina completa, neste 31 de maio, 43 anos de serviços à comunidade, tendo, neste período, graduado 4602 médicos, 642 fisioterapêutas, 232 terapêutas ocupacionais e pós-graduado, além de outros, 92 sanitaristas, e 541 médicos do trabalho.

A autorização para funcionamento, atendidas as determinações legais, foi concedida pelo eminente homem público, Dr. Ernesto Simões Filho, então ministro da Educação.

De 1952 até a presente data, o hospital Santa Isabel passou a agasalhar em suas dependências uma nova entidade de ensino médico, concebida por um grupo de entusiastas, dentre os quais se colocaram o seu mordomo e o diretor.

Movidos pelo idealismo, 13 pioneiros criaram, nos idos de 1952, a Fundação Bahiana para o Desenvolvimento da Medicina, com a finalidade de manter uma escola, com os cursos de medicina e saúde pública. Na ocasião era secretário da Saúde o saudoso companheiro Antônio Simões. Seu relato é o seguinte: "Reuniram-se no dia 31 de maio daquele ano, além da minha pessoa, Urcício Santiago, Jorge Valente, Orlando de Castro Lima, Colombo Spínola, José Santiago da Mota, Aristides Novis Filho, Adelaido Ribeiro, André Negreiros Falcão, Padre Pinheiro, Cônego Manoel Barbosa, Antônio de Souza Lima Machado e Renê Guimarães. Após darmos por criada a nova fundação, nos dirigimos para o palácio do governo, a fim de transmitir ao governador Regis Pacheco a boa nova e dele recebemos o mais entusiástico apoio, com a determinação de que fosse elaborado, de imediato, um convênio pelo qual passassem à disposição da futura escola, todos os serviços médicos e assistenciais do Estado."

O diretor do hospital Santa Isabel, prof. Aristides Novis Filho, proporcionou os meios necessários para que funcionassem, nas dependências do nosocômio, a fundação e a escola, logo conhecida como “Escola Bahiana de Medicina.”

A fundação e a escola nasceram e viveram dentro do hospital e nele tiveram suas sedes. A fundação, no salão nobre e, no mesmo local, a congregação. Outra não foi a sede do conselho técnico-administrativo. No mesmo salão foi eleito o primeiro diretor e realizada a instalação solene da escola, em 26 de maio de 1953, quando o prof. Euvaldo Diniz Gonçalves proferiu a aula inaugural.

O primeiro diretor, prof. Jorge Valente, através sucessivas re-eleições, conduziu os destinos da instituição até 1969. A ele devemos a implantação acadêmica e administrativa do novel estabelecimento. Iniciou também a implantação física, reformando o “pavilhão Lídio de Mesquita” (enfermaria Santa Rosa) e o antigo “Centro de Tratamento Rápido”, ambos pertencentes ao hospital Santa Isabel, trabalho continuado por Orlando de Castro Lima e Celso Figueiroa.

Cumpriu a Santa Casa de Misericórdia, de 1816 até esta data, sem interrupção, o seu papel histórico de dar apoio ao ensino médico em nossa terra.

Quanto à fundação, sob a égide de seus presidentes (Antônio Simões, Orlando de Castro Lima, Manoel Aquino Barbosa e José Santiago da Mota) percorreu longa trajetória e hoje continua, ampliada e transformada em “Fundação para o Desenvolvimento das Ciências”, sob a presidência do prof. Humberto de Castro Lima, prestando relevantes serviços à comunidade.