

Aesculápio

BOLETIM DA ACADEMIA DE MEDICINA DE SÃO PAULO

Ano 7 | nº 14 | Jan-Jun/16



O Presidente comenta



José Roberto de Souza Baratella

Prezados confreres e confrades

Dois assuntos médicos têm preocupado as mentes interessadas no futuro da nação brasileira: a descriminalização da maconha e a avaliação de estudantes e recém-egressos dos Cursos de Medicina. No que tange ao primeiro, a descriminalização

da maconha, e não só com relação a esse tema, vale ressaltar que a frequência da atuação de juízes e políticos em assuntos médicos tem trazido perplexidade ao seio de nossa classe, tal o exotismo que porventura exibem. Aliás, por exemplo, o decreto lei assinado pela então Presidente Dilma Rousseff, liberando o uso da fosfoetanolamina, substância sem ação definida sobre o organismo humano, tornou-se em mais uma colaboração dilmista para o descrédito internacional do país.

No caso da maconha o contrário, entretanto, ocorre. As consequências de sua utilização, de há muito discutidas na literatura, não parecem, porém, impressionar os detentores do poder decisivo desta nação e, assim, o país caminha alegremente para aprovar medidas que facilitem seu uso. Estariam eles com a razão?

Sobre o assunto, a Academia de Medicina de São Paulo planeja realizar um Fórum ainda este ano. Pretendemos trazer para o debate apoiadores e opositores ao uso dessa droga a fim de que, ao seu final, tenhamos maiores subsídios para a elaboração de documento que possa ser útil para embasar as decisões dos poderes superiores. Alcançado esse objetivo, a Academia de Medicina de São Paulo terá atingido um de seus propósitos, qual seja, colaborar de maneira decisiva para a compreensão e a solução de questões médicas que se colocam no momento.

Quanto ao outro motivo de preocupação elencado e que se refere à avaliação de graduandos e egressos das inúmeras escolas médicas do país, curiosamente de onde menos se esperava foi que surgiu a proposta de avaliação dos estudantes de medicina, qual flor do pântano no bojo da Lei dos Mais Médicos.

A Avaliação Nacional dos Estudantes de Medicina (ANASEM) é lei de difícil implantação, pois envolverá o exame de alunos do 2º, 4º e 6º ano médicos, um total de 60 mil alunos/ano, mas que deve, entretanto, ser apoiada e aperfeiçoada, pois é um primeiro lampejo de análise crítica de desempenho, em um país que tem repulsa atávica a qualquer tipo de avaliação. Aliás, nesse aspecto é chegada o momento de se pensar que não só alunos e recém-egressos devam ser avaliados, mas também os especialistas, periodicamente, enquanto durar sua atividade profissional. Quanto mais formos avaliados, melhor será nosso desempenho.

Boa leitura para todos.

XVI Conclave da Federação Brasileira de Academias de Medicina



Neste lindo edifício realizou-se em Aracaju o XVI Conclave da Federação Brasileira de Academias de Medicina, cujo tema central foi “HUMANISMO EM MEDICINA: ONTEM, HOJE E AMANHÃ”. No dia 5 de maio, à noite, ocorreu a Sessão Solene de instalação do XVI Conclave da FBAM e a Assembleia Geral Extraordinária, com a posse dos membros da Diretoria Executiva, Conselho Fiscal e Vice-Presidentes Regionais, biênio 2016/2018, transmissão da Medalha Acadêmica de Presidente e da opa presidencial.

No dia 6 de maio foi desenvolvida a programação com a abordagem de vários temas, em conferências e painéis, podendo-se destacar a conferência sobre “As Academias de Medicina e o ensino médico no Brasil” proferida pelo acadêmico Antonio Carlos Gomes da Silva – Secretário Geral da Academia de Medicina de São Paulo.

Outros temas, também deveras interessantes, foram desenvolvidos nas seguintes conferências: “Saúde: problema crônico do Brasil” e “Papel das Academias de Medicina na atualidade brasileira”; em um painel foi abordado o tema “Entidades Médicas e Humanismo”.

No final do dia 06 houve o lançamento pelo Presidente da Academia Paranaense de Medicina, Antonio Carneiro Arnaud, do III volume dos Anais da FBAM e do 1º número da Revista da FBAM, em comemoração ao 30º Aniversário de sua fundação. A seguir ocorreu o encerramento do conclave.

Maiores detalhes dessa programação acham-se no site da Academia de Medicina de São Paulo



Acontece na Academia

- A Academia não para, graças às atividades de seus membros! Assim é que em 03/03/2016 o Acadêmico Arary da Cruz Tiriba deu entrevista ao jornal "O Globo" sobre a epidemia histórica de encefalite pelo arbovírus Rocio no litoral sul do Estado de São Paulo, ocorrida no período de 1975 a 1978. Foram verificadas altas taxas de morbidade e mortalidade devido ao processo epidêmico, que causaram grave impacto socioeconômico, afastando turistas da região.
- Em 9/3/2016 o Acadêmico Affonso Renato Meira lançou o livro "Sessenta Anos Passados: estórias de um médico não especialista". O lançamento ocorreu na tertúlia da Academia de Medicina de São Paulo, no dia 9 de março de 2016, nas dependências da Associação Paulista de Medicina.
- Ainda em 9/3, 16/3 e 18/4 os Acadêmicos Hélio Begliomini, Mauricio Mota de Avelar Alchorne, Luiz Celso Mattosinho França e José Carlos Prates representaram a Academia por ocasião da entrega de carteiras do CRM aos médicos recém-formados.

■ As tertúlias continuam sendo eventos de relevância na Academia, abordando temas bastante diversificados. Assim, podemos assinalar em 9/3 a interessantíssima palestra da Dra. Daniela Silvestre, médica especialista em cirurgia pediátrica, membro da diretoria da Associação Brasileira de Medicina de Resgate em Áreas Remotas e Esportes de Aventura e membro da Wilderness Medical Society com Curso de Medicina de Montanha pela Wilderness Medical Society (EUA) no Everest Base Camp e que versou sobre o tema "A conquista do polo sul".



Dra. Daniela Silvestre

- 17/3 - O Acadêmico Guido Palomba publicou o artigo "A decadência da psiquiatria - a pandemia dos antidepressivos" na revista Inovar.



Prof. Dra. Luisa Karla de Paula Arruda

- 13/4 - Palestra da Dra. Luisa Karla de Paula Arruda, Professora Associada do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP sobre o tema "Alergia: da Fisiopatologia à Prática Clínica e ao Paciente" que despertou grande interesse.

- 14/4/2016 - O Acadêmico Guido Palomba comentou, em coluna, a obra "Les Terres du Ciel" que veio à APM por doação ou compra em 22 de janeiro de 1979. Escrita por Nicolas Camille Flammarion, trata dos conhecimentos astronômicos da época, final do século XIX.
- Também em 14/4/2016 tivemos a publicação "AIDS - Possível encerramento da epidemia" de autoria do Acadêmico Vicente Amato Neto e do Dr. Jacyr Pasternak na revista "Amato Neto Infectologia e Clínica Médica".
- 18/4/2016 - O Acadêmico José Roberto de Souza Baratella, Presidente da Academia de Medicina de São Paulo, representou em Aracaju nossa Academia na Assembleia Geral Ordinária da Federação Brasileira de Academias de Medicina. O relatório das atividades da FBAM- 2015 e a composição da nova diretoria 2016-2018 acham-se no site da Academia de Medicina de São Paulo.
- 19/4/2016 - O Presidente da Academia de Medicina de São Paulo Dr. José Roberto de Souza Baratella representou a Academia na APAE de São Paulo.
- 29/4/2016 - O Presidente Dr. José Roberto de Souza Baratella representou a Academia de Medicina de São Paulo no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. (Cerimônia de posse da 3ª Diretoria do Cremesp, exercício de 2016/2017).
- Ainda em 3/5/2016 assinalamos a publicação do livro "Perícia na Psiquiatria Forense: livro desvenda principais questões do tema" pelo Acadêmico Guido Palomba que é referência nacional da especialidade.
- Também em 9/5/2016 registramos que o Acadêmico Raul Marino Júnior proferiu palestra na Academia Paulista de Letras (APL) sobre o tema "A Religião do Cérebro: As novas descobertas da neurociência a respeito da fé humana", tema baseado em um de seus livros.
- A eleição dos novos acadêmicos foi um ponto alto deste início de ano na Academia, conforme anteriormente comentado e assinalado pelo Presidente da Academia, Dr. José Roberto de Souza Baratella.
- Em 11/5, foi a vez da palestra do Professor e Jornalista Sergio Casoy sobre o tema "A voz de soprano na ópera italiana". Como sempre, muito apreciada.



Prof. Sergio Casoy

Memórias = Biografia Evaristo da Veiga

Helio Begliomini
Cadeira nº 21 - Patrono
Benedicto Augusto de F. Montenegro

Evaristo Ferreira da Veiga, mais conhecido simplesmente por Evaristo da Veiga, era de origem mineira, mas foi educado no Rio de Janeiro.

Teve infância pobre. Trabalhou para estudar, conseguindo-se graduar com dificuldade. Tinha, desde jovem, atitudes independentes que impressionavam e davam mostras de seu caráter, manifestando sempre uma atitude altiva.

Clinicou na cidade de São Paulo com enorme sucesso, sendo contemporâneo de outros ilustres médicos, tais como Carlos Botelho, Guilherme Ellis, Pedro de Resende, Ignácio Marcundes de Rezende, Mathias Valladão, Pereira da Rocha, Arnaldo Vieira de Carvalho, dentre outros.

De forma insinuante, gentil e muito cavalheiresca, Evaristo da Veiga conquistou grande clientela e amealhou boa fortuna.

Foi também médico da Inspetoria Sanitária antes da organização desse serviço, onde prestou grandes benefícios à população com os módicos recursos de que dispunha a então Repartição de Higiene.

Evaristo da Veiga, um dos expoentes da classe médica paulista do final do século XIX, foi um dos fundadores, em 7 de março de 1895, da insigne Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, hoje, Academia de Medicina de São Paulo. Nessa entidade participou ao lado de Cândido Espinheira e Marcos de Oliveira Arruda da Comissão de Higiene.

Bem inteligente e com fina educação cumpria com brilho suas atribuições. Era enérgico, mas não se dava a querelas. Foi um elemento de destaque no meio social e frequentava assiduamente o Automóvel Club, onde a aristocracia intelectual e monetária da cidade de São Paulo se reunia à época. Sua grande cultura permitia que manifestasse suas opiniões com originalidade de ideias e numa fala elegante.

Foi comissionado aos Estados Unidos da América para estudar os problemas que afetavam a plantação do café, prestando grandes serviços à lavoura do Estado de São Paulo. Viajou várias vezes à Europa e descrevia suas im-



pressões com acurado espírito observador.

Rubião Meira, não somente seu biógrafo, mas quem o assistiu na doença que o vitimou, assim registrou sobre Evaristo da Veiga: “Era alto, simpático e conservou sempre a mesma figura moça. Quando faleceu, raros eram os cabelos brancos que possuía, embora tivesse mais de 70 anos. Era jovial também no espírito. (...) Mais de uma vez o vi falar com acrimônia de fatos que se passaram em sua existência e, logo em seguida, um levantar de ombros, um sorriso e era como se nada tivesse acontecido. Não guardava rancores. Sua alma, bem formada, não permitia esses pequeninos males que marcam os indivíduos de temperamento rude. Ele o tinha bom – e durante sua vida – sempre deu provas de grande bondade. (...) Quando acamou da moléstia que o levou ao túmulo, passei muitas horas a ouvi-lo, lamentando que aquele amigo tivesse pouco tempo de vida sobre a terra. Teve morte serena como sói ser a dos espíritos justos. (...) Olhou a morte de frente e entregou-se em seus braços com serenidade, sem desespero, como um fato natural da evolução do homem. Em todo o caso apagou-se uma bela inteligência e um caráter”.

Evaristo da Veiga teve dois filhos, dr. Arthur e Heloisa Munhoz, casada com o dr. Marcio Munhoz.

Pelo decreto no 1.533, de 30 de novembro de 1907, foi adotado no estado de São Paulo o sistema Dactiloscópico Vucetich, devido ao interesse do dr. Evaristo da Veiga, ocasião em que era presidente do estado de São Paulo o dr. Jorge Tibiriça e, secretário da Justiça e Segurança Pública, o dr. Washington Luiz Pereira de Souza.

Evaristo da Veiga é honrado com a patronímica da cadeira no 107 da augusta Academia de Medicina de São Paulo.

Opinião do Acadêmico

Acadêmico Antonio Carlos da Silva
Titular da cadeira nº 123

O ensino da Medicina

A diretoria da Academia de Medicina de São Paulo propôs 12 temas relacionados ao Ensino da Medicina para seus membros discorrerem sobre eles, a fim de editar um livro que expresse a opinião da Academia.

Entendo que os quatro primeiros temas propostos, a saber Posição do Governo Federal, Estrutura de Faculdade de Medicina, Corpo Docente – titulação – e Graduação, podem ser abordados em conjunto porque são interdependentes entre si.

A Posição do Governo Federal tem sido, no mínimo, a mais desastrosa possível. Para quem já percorreu todas as etapas relacionadas ao ensino da Medicina esta atitude soa demagogia pura, permitindo concluir que sua volúpia formadora de médicos decorre da necessidade política de “mostrar serviço”, desprezando as condições mínimas para autorizar um curso de Medicina, expostas no decálogo adiante enumerado.

Os números das novas vagas anunciados em solenidade conjunta dos ministérios da Saúde e da Educação, no dia 10 de julho de 2015 pelo então Ministro Renato Janine Ribeiro, comprovam o desrespeito para com o ensino médico: 2.590 de imediato, atingindo 7.600 até 2016.

Essas vagas foram criadas sem a necessária comprovação de condições mínimas para ministrar um ensino compatível com a finalidade da profissão, qual seja, a de cuidar da vida humana. Para corroborar esta afirmação basta recorrermos aos jornais, nos quais constatamos a precariedade do atendimento aos pacientes nos Hospitais em geral e em alguns Hospitais Universitários, altar sagrado do aprendizado da Medicina.

Claro que o mote para essa enxurrada de vagas foi a falaciosa propalada falta de médicos no Brasil, geradora da excrecência “médicos cubanos”, cujos diplomas não puderam ser reconhecidos pelos Conselhos de Medicina. Além disso o governo federal dispensou – os do exame de suficiência e completou a barbaridade com o dispêndio de 114 milhões de reais por mês, dos quais apenas 1/3 é entregue aos “médicos”. Os restantes 2/3 vão para Cuba.

Esses números chocam porque, quando deixei a Superintendência do Hospital das Clínicas de São Paulo em 1995, o custo mensal para manter 2.000 leitos/dia e 6.000 atendimentos/dia era de 7,5 milhões de dólares. Por maior que tenha sido a inflação nestes 21 anos, não chega nem a 50% da dinheirama enviada para Cuba todo mês, adotando-se a relação real/dólar de 4/1.

Por que falaciosa falta de médicos? Porque a última Demografia Médica, realizada pelos Conselhos de Medicina, Federal e Regional de São Paulo, revelou que, em 2015, dispúnhamos de 2,11 médicos por 1.000 habitantes, enquanto nos Estados Unidos da América do Norte (USA) o índice é de 2,5, no Canadá 2,4, no Japão 2,2, no Chile 1,6, na China 1,5 e na Índia 0,7. As maiores taxas são da Grécia (6,1), da Rússia (5,0), Austria (4,8) e Itália (4,1).

Qual é o problema? É a má distribuição dos médicos no Brasil cujos extremos são o Maranhão (0,79) e o Distrito Federal (4,78).

Onde está o problema? Nas regiões Norte e Nordeste com médias de 1,09 e 1,30 respectivamente, enquanto a região sudeste tem a média de 2,75 médicos por mil habitantes, índice maior que o dos USA

A razão disso está na falta de condições da maioria das cidades brasileiras para atrair médicos, - não somente médicos, mas também outros profissionais da saúde - e de inexistirem Centros de Atendimento Médico, dotados de equipes de profissionais da saúde e de equipamentos básicos. Ou acham que um médico sozinho pode prestar um atendimento eficiente à população que necessita de SERVIÇOS MÉDICOS? Além do mais, nós médicos, não somos robotizados a ponto de não nos afligirmos quando nos deparamos com casos clínicos extremos. Este é outro importante e essencial aspecto, de foro íntimo, ponderado quando da decisão de

aceitar esse desafio. Completa este quadro desestimulante a impossibilidade de convivência familiar, social, científica e cultural em inúmeras cidades brasileiras.

Por que não se estuda a possibilidade do atendimento às populações desprovidas de atendimento médico por um sistema similar ao da Austrália, o Royal Flying Doctor Service? O nome, por si próprio, já indica o atendimento a centros populacionais distantes e desprovidos de condições para atrair serviços médicos. Equipes capazes para atender tanto emergências quanto casos de ambulatório, estes com programação adrede elaborada, estariam neste programa, possivelmente menos dispendioso que o Mais Médicos.

Finalmente, para encerrar este demagógico capítulo do aumento irracional de vagas para o estudo da Medicina, o impacto que esta “generosa” oferta de vagas promove na cabeça dos estudantes à procura de um curso universitário. Podem concluir que a Medicina é uma boa profissão, que “deve dar dinheiro”, imã para jovens não vocacionados à atenção aos doentes, gerando graves distorções, algumas das quais já constatamos nos dias de hoje. Isto porque para exercer a Medicina é necessário ter vocação, o que não exclui remuneração condigna.

Diante desta situação calamitosa entendo necessária a adoção de um exame psicotécnico e vocacional para o pretendente a uma vaga em Faculdade de Medicina.

Os capítulos seguintes, A Estrutura da Faculdade de Medicina, o Corpo Docente - titulação e a Graduação, devem ser analisados preliminarmente à determinação de vagas para as Escolas Médicas.

Antes de autorizar o funcionamento de novas escolas médicas e, conseqüentemente, oferecer mais vagas aos estudantes, devem ser respondidas afirmativamente as seguintes questões:

- ✓ A estrutura física é adequada? Conta com salas equipadas de acordo com as necessidades de cada disciplina?
- ✓ Existem peças anatômicas, provenientes de cadáveres, suficientes para o pleno aprendizado do corpo humano?
- ✓ Existe material didático à disposição dos estudantes para a imersão microscópica na histologia e na patologia do ser humano?
- ✓ A disciplina de Fisiologia conta com material didático adequado para a necessária aprendizagem das funções do corpo humano?
- ✓ A disciplina de Anatomia Patológica, para a qual convergem todos os conhecimentos absorvidos desde as disciplinas básicas, dispõe de material humano e de laboratório suficientes?
- ✓ A Faculdade tem Biblioteca de qualidade?
- ✓ A Faculdade tem ambulatório que atenda às necessidades de saúde da população da vizinhança, onde os estudantes terão a oportunidade de acompanhar tanto o atendimento aos doentes quanto a orientação para a prevenção das doenças?

A Faculdade tem professores capacitados para incutir nos estudantes os princípios fundamentais de ética médica?

A Faculdade tem Hospital Universitário adequado para o ensino das disciplinas clínicas? Este hospital tem Pronto-Socorro equipado para atender qualquer emergência, local essencial para o adestramento ao atendimento de urgência?

Finalmente o último requisito, o mais importante. Dispõe de corpo docente em cada uma das suas disciplinas, com, ao menos, um docente titulado? Um aluno de Medicina só se tornará um bom médico, ou um bom professor, se tiver tido, durante seu aprendizado, bons professores.

Preenchidos esses requisitos, a fase seguinte é da grade curricular, com distribuição das disciplinas pelos 6 anos, atualmente tidos como suficientes para a formação do médico. Aqui surge uma dúvida gerada pela evolução do conhecimento científico e da crescente parafernália de aparelhos que auxiliam tanto na intervenção para

correção de anomalias quanto no diagnóstico das doenças. Seria necessário alongar a duração do curso por, pelo menos, mais 6 meses? Ou encurtar o internato de acordo com o modelo adiante discutido?

O primeiro escopo deve ser a estruturação da grade curricular para que o aprendizado se torne eficiente e encadeado, integrando o conhecimento teórico com a prática clínica, de modo a motivar o aluno desde o 1º ano, dando-lhe a oportunidade de um contato frequente com o paciente e com as doenças.

O número elevado de alunos acaba gerando situações inusitadas, uma das quais tive conhecimento quando participava dos encontros de coordenadores e diretores de Faculdades de Medicina de todo Brasil, nos anos 80. Contou-me uma colega, coordenadora do ensino médico de uma Faculdade de Medicina de Minas Gerais, com 320 vagas no 1º ano: uma das turmas iniciava o curso pela disciplina de Clínica Cirúrgica. Fiquei boquiaberto!

Por outro lado, encontrei uma integração capaz de ensinar Medicina, mantendo o aluno motivado, na Faculdade de Medicina de Santo Amaro (FMSA), hoje UNISA, da qual fui Diretor.

Ao lado das matérias básicas, indispensáveis para formar o esqueleto de conhecimentos necessário para a compreensão da fisiologia e da patologia que, evidentemente, começa pelo estudo macro e microscópico do esqueleto humano, existia uma disciplina no 1º ano, que levava os alunos para o hospital pelas mãos do Serviço de Enfermagem. O objetivo era apreender a cuidar do paciente, desde os cuidados de higiene até o cumprimento da prescrição médica. Chamava-se Organização da Assistência Médica.

Esse contato motivador tinha continuidade no 2º ano com uma disciplina da grade curricular da Psicologia. Chamava-se Relações Humanas na qual os alunos se inteiravam dos fatores que poderiam estar na base da doença, pois, além de visitar a comunidade onde moravam os pacientes, eram discutidas as possíveis causas capazes de gerar a doença ou de interferir na recuperação do doente. Creio que esse elo motivador ainda exista, apesar de decorridos 29 anos de minha saída.

Uma outra falha da grade curricular é o ensino da disciplina de Farmacologia no 2º ano. Por se tratar de matéria extremamente árida, pois estuda os fármacos desde sua origem, passa pela trajetória no organismo e culmina com a sua eliminação, contabilizando os efeitos desejáveis e os indesejáveis, a absorção dos ensinamentos fica facilitada se os alunos já tiverem contato com os doentes e com as suas doenças, o que se dá no 3º ano. Como Professor de Farmacologia propus e consegui transferi-la do 2º para o 3º ano. Assim, sua alocação no 3º ano, quando os alunos frequentam o Hospital em tempo praticamente integral, permite encontrarem nos pacientes, que são seu objeto de estudo semiológico mas que estão sob a ação de medicamentos, a oportunidade de perceberem os efeitos dos fármacos, facilitando a memorização das informações estudadas na Farmacologia.

Como consequência, sempre tive pedidos de monitoria por parte de alunos do 4º ano para aprofundar seus conhecimentos na matéria, com disposição para auxiliar nas aulas práticas e nas discussões de casos, essenciais para o fecho de cada módulo da disciplina. Nesta etapa, os monitores traziam prontuários de pacientes do nosso Hospital Wladimir de Arruda (HWA), a fim de discutirmos os remédios prescritos e os efeitos obtidos sob o prisma da Farmacologia.

Neste 3º ano deve começar o estudo semiológico das doenças abrangidas pelas 4 grandes áreas da Medicina: Pediatria, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica e Ginecologia/Obstetrícia, com continuidade no 4º ano e no internato. Também são estudadas no 4º ano as especialidades médicas mais tradicionais porque não há espaço para todas as disciplinas.

Aliás esta situação nos trouxe, a mim, por ser o Diretor; e à Comissão de Ensino da FMSA a impossibilidade de alocarmos todas as especialidades no 4º ano, pois decidira-se ampliar o internato que passou a se iniciar no 5º ano. Anteriormente, inclusive na minha época de estudante, era apenas no 6º ano.

A solução que encontramos não foi a melhor mas a menos traumática: as disciplinas de Otorrinolaringologia e a de Ortopedia passaram a ser ministradas no 3º ano. Menos mal para esta última, a Ortopedia, por ter vínculo direto com a Anatomia, disciplina dos 1º e 2º anos.

Aqui cabe discutir se o internato em 2 anos nas 4 disciplinas, tidas como básicas para formar o Médico Generalista, não é muito extenso. Na minha opinião é muito extenso, a não ser que o 5º ano seja cumprido com rodízio nas 4 grandes áreas

mencionadas, sob a supervisão dos professores com os quais aprenderam Semiologia e Clínica, o que permitia destinar aproximadamente 71 dias úteis por disciplina e no 6º ano, uma imersão nessas 4 áreas mais um estágio complementar, em período menor, nas especialidades médicas. Assim era na FMSA.

A impressão que me deixou este esquema de internato foi a melhor possível: o 5º ano no HWA, situado no campus da Faculdade, e o 6º no Hospital Municipal de São Paulo, sob supervisão de outros professores oriundos de outras Universidades. Convenci-me que formávamos médicos maduros tanto para se dedicarem a atenção primária, isto é, saber encaminhar o atendimento de um paciente, quanto para seguirem ampliando seus conhecimentos e habilidades. Na prática, à época, os alunos da FMSA eram os melhores classificados nos exames de Residência da Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), dentre os que não estudaram na FMUSP, uma das razões desta convicção.

Quanto a titulação dos docentes é imprescindível que uma Faculdade de Medicina tenha docentes titulados, especialmente o Professor Titular. Aliás, se este simulacro de governo não passou por cima desta determinação legal, é o que ainda ocorre. O ideal é que o Catedrático de antigamente, ou seja o Professor Titular, obtenha este título por concurso. Numa escola de padrão universitário há escalonamento dos professores dentro de cada Departamento, onde se inserem as disciplinas afins, escalonamento este galgado por concurso. Comporiam o Departamento os Professores Titulares, os Professores Livre-Docentes, os Professores Doutores e os Professores Assistentes. Claro que estamos nos referindo a Universidades que realmente cumprem seu papel de Universidade. Para isto são necessárias a carreira docente e as condições necessárias para a realização de pesquisa científica.

Para o nosso Brasil, uma Faculdade de Medicina deve ter no mínimo um Professor Titulado e assistentes em número compatível com o ensino da Medicina. Na área básica o corpo docente mínimo deve ser de 1 (um) Professor Titular e 2 (dois) Professores Assistentes e na área clínica um Professor Titular e 1 (um) Professor Assistente para cada grupo de 10 alunos.

Esse quadro de docentes, que vigia quando eu era o Diretor da FMSA, é a pedra no sapato dos organizações mantenedoras do ensino médico porque o consideram excessivo, certamente em razão dos custos que demandam e do desconhecimento da importância de um curso de Medicina, pois esquecem que estes estudantes serão os médicos que terão a missão de cuidar da saúde deles e de seus entes queridos.

Sofri pressão, por duas vezes, para reduzir o número de docentes. Na primeira resisti, pois contei com o apoio casual de um dos mantenedores, o mesmo que meses após decidi tirar o controle dos professores das minhas mãos, gerando uma crise que causou minha dramática demissão, interrompeu as aulas por um semestre, culminou com a destituição do mantenedor pelo Ministério da Educação e com meu retorno à Direção da FMSA, mantido o corpo docente.

Finalizando, uma Faculdade de Medicina é uma organização de estrutura complexa, porque complexo é o homem e insidiosos são os males que o acometem. Assim, é um curso eminentemente prático que tem a missão de despertar no aluno a curiosidade para motivá-lo sempre a observar; com critério, as sinalizações do doente e das doenças. E isto só se consegue com orientação de mestres e com o precioso auxílio quer dos compêndios ricos de matérias presumivelmente consolidadas, quer de periódicos que procuram desvendar nuances recentemente notadas, a espera de desmentidos ou de confirmações. Portanto requer estudo e, certamente, o estudo aprimorará o saber. Por isto, relembro sempre as sábias palavras de meu venerado pai: “estude meu filho, porque o mundo vai tornando a vida cada vez mais difícil”.

RESUMINDO:

1º - Objetivo: Estruturar o estudante a fim de que esteja preparado para servir a sociedade nas áreas abordadas durante o curso médico.

2º - Condições pessoais necessárias

A-Dedicação ao estudo; B-Desenvolvimento de habilidades pessoais; C-Atualização permanente – universo científico; D-Vocação.

3º Apoio logístico

Professores universitários da área respectiva; material didático atualizado e suficientes para o aprendizado e treinamento; salas equipadas de acordo com a necessidade de cada disciplina; motivação permanente – contato com o doente e monitoria; biblioteca de nível universitário; hospital universitário com ambulatório e pronto socorro.

Contemporâneo

Acadêmica Cleide Enoir Petan Trindade
Titular da cadeira nº 107Microcefalia e infecção
pelo vírus zika

Desde 2015–2016 o Brasil está sendo desafiado por uma emergência pública relacionada com o dramático aumento de pessoas infectadas pelo vírus da Zika, e pelo aumento no número de recém-nascidos com microcefalia, o que sugere que este aumento esteja relacionado com o surto de infecção pelo vírus da Zika. Há décadas pesquisadores observaram que na África o mosquito *Aedes* transmitiu um surto de vírus da Zika, após uma epidemia de chikungunya. O mosquito *Aedes aegypti* é a espécie predominante no Brasil e se associa com outras arboviroses como a dengue e a chikungunya.

O vírus da Zika foi descoberto acidentalmente em Uganda em 1947 em uma vigilância sobre o mosquito e primatas. Até então havia permanecido confinado à zona equatorial, entre África e Ásia¹. Um grande surto de infecção pelo vírus da Zika ocorreu em 2007 na Micronésia e em 2013–2014 na Polinésia Francesa. Nesse último surto, foi notificado um número elevado de pacientes com sintomas neurológicos graves. Em um total de 8.264 casos suspeitos, 38 pacientes que foram infectados pelo vírus desenvolveram a síndrome de Guillain Barré, doença que se caracteriza por inflamação aguda do sistema nervoso². Esse fato indica que o vírus da Zika possui atração pelo sistema nervoso, e ajuda a explicar a presença do aumento da microcefalia no país.

Em outubro de 2015 o Ministério da Saúde notificou a detecção de aumento incomum de microcefalia em Pernambuco³. A questão que se coloca é porque no Brasil surgiram tantos casos de microcefalia quando em outros países não se descreveu aumento de casos de microcefalia?

Epidemia pelo vírus da Zika ocorreu na América do Sul, América Central e no Caribe, em 2015. No Brasil, o primeiro caso autóctone foi relatado em maio de 2015 na região nordeste⁴. Desde então o vírus espalhou-se rapidamente e a transmissão autóctone do vírus foi confirmada em 22 estados brasileiros^{5,6}. A região nordeste, quente e seca, apresenta clima favorável para o mosquito transmissor, o *Aedes*. Em 2015, o El Niño causou aquecimento recorde e seca acentuada, o que pode ter sido fator importante para a difusão do vírus no país. A temperatura elevada aumenta a difusão geográfica do vetor e também a capacidade de picadas do mosquito, bem como diminui o tempo de incubação do patógeno. Associam-se a esses fatores o armazenamento de água em recipien-

tes domésticos, fornecendo habitat adequado para as larvas do *Aedes*⁷.

Não está claro como o vírus foi introduzido no Brasil. Entretanto, hipótese bastante provável, é que esse novo vírus emergente tenha surgido pela maciça participação internacional de torcedores de futebol durante a Copa em 2014, ou durante grande participação, no mesmo ano, em evento com atletas de quatro países do pacífico, onde o Zika vírus é endêmico^{8,9}.

MICROCEFALIA E ZIKA VÍRUS

A Organização Mundial de Saúde (WHO) define como microcefalia quando a circunferência occipito frontal da cabeça do recém-nascido, ou feto, for menor do que dois desvios-padrão da média para a idade gestacional e sexo. Pequena proporção de crianças recém-nascidas com três desvios-padrão inferiores à média, provavelmente apresentarão problemas de desenvolvimento cerebral mais graves. Na prática diária, perímetro cefálico menor do que 32 cm, em recém-nascidos de termo, é considerado suspeito de microcefalia. Em 2.000, a prevalência de microcefalia em recém-nascidos no Brasil foi 5,5 casos/100.000 nascidos vivos e em 2010 os resultados foram semelhantes, 5,7 casos/100.000 nascidos vivos. Atualmente a prevalência aumentou 20 vezes em comparação com o nível observado em anos anteriores⁶.

Alguns pesquisadores brasileiros questionam o aumento no número de casos de microcefalia, considerando que anteriormente ao surto de vírus da Zika a notificação da microcefalia não era obrigatória e, portanto, o número real de crianças com microcefalia poderia não ser conhecido. Também, crianças com a circunferência occipito frontal abaixo dos limites, podem ter cabeça pequena e cérebro com desenvolvimento normal, o que pode ser considerado padrão genético. Outras infecções maternas e fatores socioambientais podem determinar microcefalia e comprometimento cerebral. Entretanto, o vírus da Zika foi isolado em 671 crianças, entre 583 casos confirmados de microcefalia, e o material genético obtido sugeriu a relação entre o vírus e a doença neurológica¹⁰.

Até 2 de abril de 2016, 6.906 casos suspeitos de microcefalia foram notificados ao governo. Destes, 4.046 (58,6%) se encontram em investigação e o diagnóstico de microcefalia foi excluído em 1.814 casos. Microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central, sugestivas de infecção congênita, foram confirmadas pelo diagnóstico por imagem em 1046 casos de acordo com a “Informação Epidemiológica nº 20” do Ministério da Saúde¹¹. Grande parte dos casos suspeitos e dos confirmados foram provenientes da região nordeste, embora em outras regiões a infecção pelo Zika e a microcefalia também tenham aumentado. Esta situação terrível foi declarada pela Diretora-Geral da WHO, em fevereiro de 2016, como “Emergência Pública”¹².

Evidência Epidemiológica sugere que a infecção de gestantes esteja associada com o aumento no número de casos de microcefalia congênita no país. Atualmente, todos os casos de infecções por arboviroses devem ser relatados às Instituições Governamentais de Saúde Pública e as gestantes infectadas pelo Zika vírus estão sendo controladas do ponto de vista clínico.

Pesquisas estão sendo efetuadas no Brasil e no exterior, para demonstrar em gestantes a relação entre a infecção pelo vírus da Zika e a microcefalia. Pesquisadores encontraram em amostras de dois abortos e de dois recém-nascidos de termo, mortos com microcefalia, a presença do vírus no cérebro. A análise da sequência genética revelou que as cepas encontradas eram semelhantes às cepas que circulam no país¹³.

Em duas mães com diagnóstico clínico de infecção pelo vírus da Zika e em seus fetos com

microcefalia o líquido amniótico foi examinado para a detecção e sequenciamento do vírus. Após a extração do DNA e do RNA, foi identificado o genoma pela RT-PCR, e o sequenciamento metagenômico mostrou que o vírus apresenta 97-100% de sua identidade genômica próxima às linhagens isoladas no surto ocorrido na Polinésia Francesa, em 2013. Testes efetuados para dengue, chikungunya e outros vírus foram negativos. Os autores consideraram que esses dados reforçam a associação entre os casos de microcefalia e o vírus da Zika no Brasil¹⁴.

Entre setembro e fevereiro de 2016, uma coorte de 88 gestantes com diagnóstico clínico de infecção pelo Zika, nos 5 dias anteriores, foram incluídas em uma pesquisa¹⁵. Dessas, 72 (82%) foram Zika-vírus positivas no soro, urina ou ambos pela reação da transcriptase-polimerase reversa. A idade gestacional por ocasião do diagnóstico variou de 5 a 38 semanas de gestação. As gestantes foram seguidas e os dados clínicos e ultrassonográficos foram coletados. A ultrassonografia fetal foi executada em somente 42 (58%) das mulheres positivas para o vírus da Zika, porque algumas se recusaram e outras apresentaram problemas para o retorno ao hospital. Doze (29%) das mães positivas apresentaram anormalidades ao ultrassom o que não ocorreu em 16 gestantes vírus-negativas. Cinco dentre os 12 fetos de mães positivas apresentaram restrição de crescimento intrauterino, com ou sem microcefalia. Somente em um caso a microcefalia foi um achado isolado, confirmado ao nascimento e não relacionado com restrição de crescimento intrauterino. Também foram reatadas calcificações cerebrais em 4 casos e outros achados anormais do sistema nervoso central foram encontrados em 2 fetos. Fluxo sanguíneo anormal em artérias cerebrais e umbilicais foram observados em 4 casos. Oligohidramnio e anidramnio foram vistos em 2 casos. No momento em que a pesquisa foi publicada, somente 8 crianças haviam nascido e os dados ultrassonográficos foram confirmados. Uma criança apresentou microcefalia grave, com atrofia cerebral generalizada como identificado na ultrassonografia pré-natal¹⁵. Calcificações cerebrais foram encontradas em fetos de mães infectadas tardiamente na gestação o que levanta a questão de que a infecção ocorrida após o primeiro trimestre da gestação também pode determinar lesões cerebrais no feto¹⁵.

Caso relatado na Slovênia, em 2016¹⁶, descreve os achados neuropatológicos de mãe que viveu desde 2013 no nordeste do Brasil e que apresentou na 13ª semana de gestação quadro clínico compatível com o diagnóstico de infecção pelo vírus da Zika. Ultrassonografia seriada mostrou-se normal na 14ª e na 20ª semana de gestação. Sinais de anomalias fetais foram vistas com 29 semanas de gestação. A circunferência cerebral abaixo do segundo percentil indicava microcefalia. Outras anomalias cerebrais incluíam moderada ventriculomegalia e diâmetro transcerebelar abaixo do segundo percentil. As estruturas cerebrais não estavam bem definidas e numerosas calcificações eram vistas. Os principais achados na autópsia foram microencefalia, quase completa agiria, hidrocefalia dos ventrículos laterais, numerosas

calcificações corticais e da massa branca subcortical. À microscopia eletrônica, aglomerados densos de partículas semelhantes a vírus foram encontradas em vesículas citoplasmáticas lesadas. Resultados positivos para Zika vírus foram obtidos em RT-PCR e a reação de PCR foi negativa para outros vírus. A sequência do genoma foi executada no tecido cerebral e a análise filogenética mostrou elevada identidade (99,7%) com cepas isoladas de um paciente da Polinésia Francesa, em 2013.

Em 1971 já havia sido publicada pesquisa experimental sobre infecção pelo vírus da Zika no sistema nervoso central de camundongos. A amostra viral, injetada em camundongos recém-nascidos e animais com 5 dias de idade, foi isolada de um pool de macacos da floresta de Zika, em Uganda. As alterações mais notáveis foram observadas no corno de Ammon com células astrogliais aumentadas em seu tamanho, segmentos localizados de necrose e destruição de células piriformes. Multiplicação viral foi demonstrada em neurônios e em células astrogliais¹⁷.

Novas pesquisas estão surgindo rapidamente. Dois estudos são relatados no Science Journal on line¹⁸. Experiências relatadas por dois diferentes grupos no Brasil mostram que o vírus rapidamente infecta células-tronco neurais, precursoras dos neurônios e de outras células cerebrais, crescendo em placas de cultura ou em 3D minibrains, denominados organóides cerebrais. Os vírus destruíram a maioria das neuroesferas e as sobreviventes tornam-se pequenas e deformadas¹⁸.

COMPLICAÇÕES DA INFECÇÃO PELO VÍRUS DA ZIKA

Foram descritas, não somente microcefalia, mas também outras alterações oftalmológicas e otológicas em recém-nascidos. Os achados oculares na infecção pelo vírus foram descritos inicialmente em três crianças com microcefalia, nascidas após o surto de Zika no Brasil. As mães apresentaram sintomas compatíveis com a infecção e foram excluídas outras doenças. Todas as três crianças apresentaram alterações fundoscópicas e maculares que preenchiam os critérios de infecção vertical pelo vírus da Zika¹⁹.

Aumento em síndromes neurológicas, especialmente Guillain Barré, tem sido relatado em pacientes com história de infecção pelo vírus da Zika, especialmente na Bahia. Em meses recentes, 76 pacientes com doenças neurológicas foram identificados, Quarenta e dois (55%) foram confirmados como Guillain Barré e 5 com outras síndromes neurológicas; 4 foram excluídos e 25 permanecem sob investigação. Dados semelhantes foram relatados no surto ocorrido na Polinésia Francesa⁶.

CONCLUSÕES

Até o presente momento, as pesquisas apresentadas sugerem forte relação entre as má-formações e complicações neurológicas com o vírus da Zika. Pesquisas planejadas, em associação com centros que apresentam experiência em virologia e genética molecular, podem contribuir para determinar a real origem da microcefalia, a produção de vacinas e a prevenção de doenças do sistema nervoso central.

¹Fauci A. Zika Virus in the Americas—Yet another arbovirus threat. *NEJM.org* published on January 13, 2016. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1600297>. ²Ioos S, Mallet HP, Leparic GI, Gauthier V, Cardoso T, Herida M. Current Zika virus epidemiology and recent epidemics. *Med Mal Infect.* 2014;44:302-307. ³Ministério da Saúde do Brasil. Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de Microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika. Plano Nacional de enfrentamento à Microcefalia no Brasil. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/20805-ministerio-da-saude-divulga-boletim-epidemiologico>. ⁴Zanluca C, de Melo VCA, Mosimann ALP, dos Santos GIV, dos Santos CND, Luz K. First report of autochthonous transmission of Zika virus in Brazil. *Mem Inst Oswaldo Cruz.* 2015;110:569-572. ⁵Campos GS, Bandeira AC, Sardi SI. Zika virus outbreak, Bahia, Brazil. *Emerg Infect Dis.* 2015;21:1885-1886. ⁶Pan American Health Organization, World Health Organization. Epidemiological alert. Neurological syndrome, congenital malformations, and Zika virus infection. Implications for public health in the Americas. December 1, 2015. ⁷Paz S, Semenza JC. El Niño and climate change – contributing factors in the dispersal of Zika virus in the Americas? *Lancet* 2016;387:745. ⁸Gautret P, Simon F, Dengue, chikungunya and Zika and mass gatherings: What happened in Brazil, 2014. *Travel Med Infect Dis.* 2016;14: 7-8. ⁹Salvador FS, Fujita DM. Entry routes for Zika virus in Brazil after 2014 world cup: New possibilities. *Travel Med Infect Dis.* 2016; 14:49-51. ¹⁰Ministério da Saúde do Brasil. Informe Epidemiológico No 15. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública sobre Microcefalias. Semana Epidemiológica (SE) 08/2016 (21 a 27 de fevereiro). Monitoramento dos casos de microcefalia no Brasil. Disponível em www.saude.gov.br/svs. ¹¹Ministério da Saúde do Brasil. Informe Epidemiológico No 20, Semana Epidemiológica (SE) 13/2016 (27 de março a 02 de abril). Monitoramento dos casos de microcefalia no Brasil. Disponível em www.saude.gov.br/svs. ¹²WHO declares Zika epidemic a Public Health Emergency. February 2, 2016. ¹³CDC: New evidence supports link between Zika virus infection, microcephaly. January 18, 2016. ¹⁴Calvet G, Aguiar R, Melo ASO, Sampaio AS, de Filipis I, Fabri A et al. Detection and sequencing of Zika virus from amniotic fluid of fetuses with microcephaly in Brazil: a case study. *Lancet Infect Dis* 2016. Available at www.thelancet.com/infection. Published on line February 17, 2016 [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(16\)00095-5](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(16)00095-5). ¹⁵Brasil P, Pereira JP, Gabaglia CR, Damasceno L, Wakimoto M, Nogueira RMR et al. Zika Virus Infection in Pregnant Women in Rio de Janeiro—Preliminary Report. March 4, 2016. Available at <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1602412>. ¹⁶Malakar J, Korva M, Tul N, Popovic M, Poljsek-Prijatelj, Mraz J, Kolenc M et al. Zika virus associated with Microcephaly. February 10, 2016. Available at www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1600651. ¹⁷Bell TM, Field EJ, Narang HK. Zika virus infection of the Central Nervous System of mice. *Archiv für die gesamte Virusforschung.* 1971;35:183-193 (English). ¹⁸Vogel G. Zika virus kills developing brain cells. March 4, 2016. Available at <http://www.sciencemag.org/news/2016/03/zika-virus-kills-developing-brain-cells>. ¹⁹Ventura CV, Maia M, Bravo-Filho V, Góis AL, Belfort-Jr R. Zika virus in Brazil and macular atrophy in a child with microcephaly. *Lancet.* 2016; 387, January 7, 2016. Available at [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-673\(16\)00066-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-673(16)00066-4)

Variedades



Normas para a publicação

As matérias para o ASCLÉPIO devem ser de autoria do acadêmico titular e encaminhadas para contato@academiamedicinasaopaulo.org.br obedecendo às seguintes características:

PAPEL/FORMATAÇÃO:

A4, com espaçamento 1,5; margens laterais de 2,5cm; margens verticais de 3,0 cm; fonte Times New Roman, tamanho 11.

Ser destinada a uma das seções

CONTEMPORÂNEO

Publicação de material sobre aspectos da atualidade relacionados à saúde e/ou medicina. Os artigos devem conter, no máximo, 2100 palavras.

MEMÓRIA

Biografia de médicos ilustres, preferencialmente os

patronos das cadeiras da Academia. Os artigos devem conter, no máximo, 2100 palavras.

HISTÓRICO

Relato de fatos históricos relativos a pessoas ou instituições, vinculados aos aspectos da área da saúde. Os artigos devem conter, no máximo, 2100 palavras.

OPINIÃO DO ACADÊMICO

Publicação de material que felete a visão do acadêmico sobre aspectos da atualidade relacionados à saúde e/ou medicina. Os artigos devem conter, no máximo, 2100 palavras.

VARIEDADES

Assuntos variados relacionados com saúde ou medicina. Os artigos devem conter, no máximo, 900 palavras.

As matérias serão publicadas depois de aprovadas e de acordo com a ordem de recebimento.

Diretoria

Presidente

Acadêmico José Roberto de Souza Baratella

Vice-Presidente

Acadêmico José Carlos Prates

Secretário Geral

Acadêmico Antonio Carlos Gomes da Silva

Secretário Adjunto

Acadêmico Adnan Naser

Primeiro Tesoureiro

Acadêmico Sergio Paulo Rigonatti

Segundo Tesoureiro

Acadêmica Linamara Rizzo Battistella

Diretor Cultural

Acadêmico Mauricio Mota de Avelar Alchorne

Diretora de Comunicação

Acadêmica Conceição Aparecida de Mattos Segre

Comissão de Patrimônio

Acadêmico Helio Begliomini

Acadêmico Luiz Celso Mattosinho França

Acadêmico Sergio Almeida de Oliveira

Conselho Científico

Acadêmico Arary da Cruz Tiriba

Acadêmico Guido Arturo Palomba

Acadêmico Luiz Fernando Pinheiro Franco

Expediente

Editora Acadêmica

Conceição Aparecida de Mattos Segre

Endereço

Avenida Brigadeiro Luís Antonio, 278 | CEP 01318-901 | 6º andar | Tel.: (11) 3105-4402 | Fax: (11) 3106-5220

E-mail

contato@academiamedicinasaopaulo.org.br

Produção Gráfica

Tess Tecnologia | (16) 3114-8119

O Asclépio não tem qualquer responsabilidade sobre os conteúdos assinados pelos acadêmicos