

# Aesculápio

BOLETIM DA ACADEMIA DE MEDICINA DE SÃO PAULO

Ano 7 | nº 15 | Jul-Dez/16



## O Presidente comenta



José Roberto de Souza Baratella

Prezados Confrades,  
A Academia de Medicina de São Paulo (AMSP) vem sendo instada, cada vez mais, a se manifestar, em conjunto com as demais entidades médicas, em relação aos grandes problemas nacionais. Afinal, os desafios políticos e econômicos com os quais a nação se

defronta, impactam também, de maneira direta, a vida médica.

Assim, a Diretoria da AMSP, reunida em 26 de outubro passado, unanimemente conferiu apoio à PEC do teto de gastos públicos proposta pelo governo e, repulsa, mais uma vez, à criação desordenada e sem nenhum critério de qualidade, de escolas médicas pelo país inteiro. Uma terceira questão que está posta, a criação de planos populares de saúde, provocou, na ocasião, mais questionamentos que respostas, donde preferiu-se aguardar maiores esclarecimentos antes de uma tomada de posição oficial. Estas conclusões, que refletem a independência e a isenção da AMSP, foram claramente expressas às outras entidades médicas em reunião do CREMESP realizada em 1º de novembro.

Com relação à aludida PEC, para nós configurou-se um paradoxo que alguns pais de família sejam ortodoxos, não gastando mais do que ganham, mas subitamente coloquem-se contra a proposta governamental que propõe exatamente isto a nível nacional.

Entretanto, não podemos deixar de acudir a dois fatos extraordinários, daqueles que nunca imagináramos que pudessem ser vistos: a queda, por pane seca, do avião da Chapecoense, com o seu time de futebol e inúmeros jornalistas que cobririam o principal jogo de sua história, e o suspeito aproveitamento deste fato por centenas de deputados que na, calada da noite, desfiguraram por completo o projeto do pacote anticorrupção.

É estarrecedor que um avião de passageiros caia por falta de combustível, simplesmente porque seu piloto quis economizar uma dezena de milhares de reais. É espantoso que anteriormente tenham ocorrido viagens, sempre no limite, partindo, inclusive, do território brasileiro; será que em seu imaginário, a hipótese de algo dar errado nunca esteve presente? Até onde pode chegar a ganância do ser humano?

E quanto aos nossos nobres deputados? Concordamos que o pacote anticorrupção continha alguns exageros, mas daí a ser desfigurado como foi, a distância é enorme. Pobre Brasil. Esperamos, entretanto, que os jornais publiquem, às vésperas das eleições de 2018, o nome desses senhores para que, pela via democrática, tenhamos a oportunidade de afastá-los do poder.

Enfim, bom Natal e muita saúde em 2017.

## Erro Médico

Acadêmico Luiz Fernando Pinheiro Franco – Membro titular da Academia de Medicina de São Paulo – cadeira 16

Na minha experiência em 33 anos como médico, vejo com preocupação uma postura idêntica à encontrada nos EUA que começa a vicejar entre nós, englobando e confundindo o direito a uma boa saúde, erro médico e justiça.

Graças a uma minoria de pacientes inescrupulosos, a uma minoria de médicos perigosos, a uma minoria de advogados aproveitadores e a algumas seguradoras, está havendo um incentivo a processos contra médicos, atingindo na sua imensa maioria profissionais sérios e respeitados. Pode-se processar qualquer um por quase nada e as ações são cada vez mais absurdas. Nota-se cada vez mais entre os melhores médicos o receio de enfrentar casos graves, principalmente quando se veem entre pacientes e familiares exigências de melhora ou cura impossíveis de serem prometidas. O serviço médico é contratado de modo que o médico se obriga a cuidar do paciente e não necessariamente curá-lo. É necessária muita coragem que significa moral forte perante a adversidade, a calúnia e a injustiça, requerendo a disposição de arcar com as consequências de expor-se ao perigo, à angústia, à incerteza, às complicações, às adversidades, e ao risco, pois se cuida do que há de mais nobre no ser humano: a própria vida.

Digo coragem pois uma ação descabida provoca dano moral e econômico no médico sério, de extensão inimaginável. Os poucos médicos não sérios pouco se incomodam com isso. Por mais coragem que se tenha, uma única ação impetrada por um desses poucos pacientes aproveitadores liquida com o nome e a carreira de um profissional dedicado, provocando também a dor da ingratidão. Esses poucos pacientes inconformados com sua situação se questionam: por que eu? Não encontrando resposta revoltam-se contra tudo e contra todos e desejando vingar-se da natureza, acusam o médico de incompetência, negligência, imprudência ou omissão. Fazem denúncias sem fundamento destilando ódio.

Faltam-lhes condições morais ou religiosas para aceitar a adversidade. Esquecem que sempre podem trocar de médico com quem mais simpatizem ou tenham maior confiança. É preciso compreender que os médicos sérios não se colocam em nenhum pedestal, se dedicam a cuidar de gente doente, sabem que existem colegas incompetentes e também tem a humildade de reconhecer eles mesmos, como seres humanos e não deuses, que estão sujeitos a terem complicações, acidentes, imprevistos e até erros. Nisso tudo a honestidade e a transparência são as melhores recomendações de um médico correto. Desejaria que todos os segmentos sociais discutissem este assunto e não deixassem ocorrer no Brasil o que acontece nos EUA, uma verdadeira desgraça, pois a amizade, a confiança e o entendimento entre médicos e pacientes desapareceu de tal forma que doenças graves só são operadas depois de o paciente assinar documento onde praticamente concorda em morrer e isso tudo termina, independente do bom ou mau resultado, na justiça.

Seria muito bom que os médicos colocassem nos seus receituários sua qualificação (título de especialista, mestrado, doutorado) e que as entidades médicas verificassem a atualização dos mesmos, conferindo frequência a congressos ou até exames periódicos de suficiência. Seria muito bom que os pacientes entendessem que os médicos não são deuses e que não ganham na loteria processando indevidamente um médico. Seria bom que os advogados não vissem nesse mau exemplo dos EUA a forma mágica de ficarem ricos e seria muito bom também que as seguradoras não incentivassem a feitura de seguros contra erro médico, na tentativa de aumentar sobremaneira seus ganhos. Se isso não for feito com coragem e determinação, em breve médicos e pacientes perderão definitivamente o que é de mais importante para ambos: a cumplicidade amigável para vender a doença.

### Acontece na Academia

- A Academia de Medicina de São Paulo foi representada por seu Presidente e outros membros da Diretoria em inúmeros eventos da área médica, que podem ser encontrados em seu site, mas alguns merecem especial destaque. Assim, em 12/08/2016 o Presidente da Academia de Medicina de São Paulo, José Roberto de Souza Baratella, participou da Criação da Frente Parlamentar de Medicina. 23/08/2016 - XVI Conclave da Federação Brasileira de Academias de Medicina – FBAM.
- Em 22/09/2016 a Academia foi representada pelo seu Presidente no Fórum das Organizações Sociais de Saúde e Instituições Parceiras.
- Em 23/09/2016 a Academia de Medicina de São Paulo foi representada no XXVI Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Médicos Escritores
- Em 30/09/2016 o acadêmico Arary da Cruz Tiriba foi homenageado em matéria publicada no Jornal de Cresmep nº 339, Agosto/2016.
- Em 06/10/2016 a Academia de Medicina de São Pau-

lo foi representada no debate do CRESMESP, sobre o tema: "O SUS Constitucional, o Direito à Saúde e o Financiamento".

- Em 24/10/2016 a Academia foi representada na festa de comemoração do Dia do Médico no Sindicato dos Médicos de São Paulo
- Em 25/10/2016 o Acadêmico José Roberto de Souza Baratella, Presidente da Academia, foi eleito vice-presidente da World Federation of Associations of Pediatric Surgeons
- Em 18/11/2016 o Acadêmico Helio Begliomini recebeu quatro prêmios na ABRAMES
- Em 24/11/2016 - O acadêmico Helio Begliomini foi entrevistado na REVISTA DR! nº 90/2016 do Sindicato dos Médicos de São Paulo, sobre os médicos escritores.
- Em 24/11/2016 a Academia de Medicina de São Paulo esteve presente na Solenidade em homenagem aos 50 anos de exercício da medicina do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

### POSSE DE NOVOS ACADÊMICOS



22/09/2016 - João Sampaio de Almeida Prado tomou posse na Academia de Medicina de São Paulo



23/08/2016 - Jamil Chade tomou posse na Academia de Medicina de São Paulo



27/10/2016 - José Hugo de Lins Pessoa tomou Posse na Academia de Medicina de São Paulo

## TERTÚLIAS



13/07/2016 - Tertúlia Acadêmica "Desafios da Economia Brasileira"  
Professor Marcos Lisboa

14/09/2016 - Tertúlia Acadêmica "O fantasma da esteatose hepática"  
Doutora Nilma Lucia Sampaio Ruffeil



10/08/2016 - Tertúlia Acadêmica "Medicina Personalizada e de Precisão - Imunoterapia em Oncologia"  
Doutora Nise Hitomi Yamaguchi



14/11/2016 - Tertúlia Acadêmica "Medicina e Literatura: um experimento laboratorial".  
Prof. Dr. Dante Marcello Claramonte Gallian

## Contemporâneo

Acadêmico José Carlos Souza Trindade  
Titular da cadeira nº 32Nova técnica cirúrgica de  
reinnervação peniana no  
tratamento da disfunção erétil  
após prostatectomia radical

O tratamento do câncer de próstata apresentou melhora significativa após o aperfeiçoamento da técnica da prostatectomia radical proposto por Walsh, na década de oitenta. A principal inovação dessa técnica foi a preservação dos feixes vasculo-nervosos que transitam junto à face posterior da cápsula prostática, os quais irão formar os nervos cavernosos, responsáveis pelo desencadeamento da ereção peniana.

Paralelamente, com o advento da dosagem do antígeno prostático específico (PSA), também na década de oitenta, aumentou o número de candidatos à prostatectomia radical numa idade mais precoce, entre 45 e 65 anos. Nesta faixa etária a disfunção erétil causa sérios problemas de desconforto pessoal e familiar, comprometendo a qualidade de vida dos pacientes.

Apesar do aperfeiçoamento técnico, essa cirurgia não evita totalmente a disfunção erétil e a incontinência urinária, e essas complicações ocorrem entre 20 e 60 % dos pacientes operados. Portanto, fica evidente a importância da realização de pesquisas visando corrigir essas sequelas.

Na Faculdade de Medicina de Botucatu da UNESP, em 2010, um grupo de docentes resolveu estudar uma nova técnica cirúrgica que restabelecesse os mecanismos neurológicos da ereção, lesados durante a prostatectomia radical, utilizando-se a técnica da neurorrafia término-lateral para a obtenção da reinervação peniana.

Esse grupo foi integrado pelos professores: José Carlos Souza Trindade, Professor Emérito da Faculdade de Medicina e Professor Titular aposentado de Urologia, coordenador do projeto; Fausto Viterbo, Professor Adjunto da Disciplina de Cirurgia Plástica; José Carlos Souza Trindade Filho, Professor Assistente Doutor do Departamento de Urologia; André Petean Trindade, Professor Assistente Doutor da Disciplina de Radiologia; e Wagner Favaro, Professor Adjunto de Anatomia do Instituto de Biociências, atualmente na Unicamp.

A técnica cirúrgica proposta, aprovada pela Comissão Nacio-

nal de Ética em Pesquisa (CONEP), consiste em estabelecer um “curto – circuito” entre os nervos femorais (na região inguinal) e os nervos dorsais do pênis, bem como, com as estruturas intracavernosas visando a neurotização das mesmas. Desta forma, pretende-se restabelecer os impulsos nervosos responsáveis pela ereção, que foram interrompidos com as lesões dos feixes vasculo-nervosos junto à cápsula prostática.

Na cirurgia eram realizados quatro enxertos em ponte, utilizando-se o nervo sural como elemento de ligação das neurorrafias, sendo dois de cada lado (Figura). O primeiro enxerto era feito entre a face lateral do nervo femoral e a face lateral do nervo dorsal do pênis do lado correspondente. O segundo enxerto era feito entre a face lateral do nervo femoral, 1,5 cm distante do anterior, enquanto a outra extremidade era sepultada no interior dos corpos cavernosos, junto à base do pênis. Igual procedimento foi realizado no lado contralateral.

A técnica de neurorrafia término – lateral, desenvolvida na Faculdade de Medicina de Botucatu em 1992, como tese de doutorado do Dr. Fausto Viterbo, foi orientada pelo Professor José Carlos Souza Trindade. Nesta técnica o nervo femoral atua como doador de fibras nervosas neoformadas, que irão crescer e transitar pelo interior do enxerto sural e ao atingir o pênis estabelecer-se-ão relações de proximidade com as estruturas do nervo cavernoso, bem como, com as células da musculatura lisa dos corpos cavernosos.

Em todas as neurorrafias realizadas no nervo femoral, por se tratar de um nervo espesso, removeu-se uma pequena janela no epineuro, para facilitar o brotamento de fibras neoformadas. Nos nervos dorsais do pênis, por serem finos, essa janela não foi realizada.

Uma hipótese para explicar a recuperação da função erétil em 60% dos casos operados é que o neurotransmissor das fibras nervosas do nervo femoral (Sistema Nervoso Somático) é a acetilcolina, que é a mesma substância liberada pelos nervos caver-

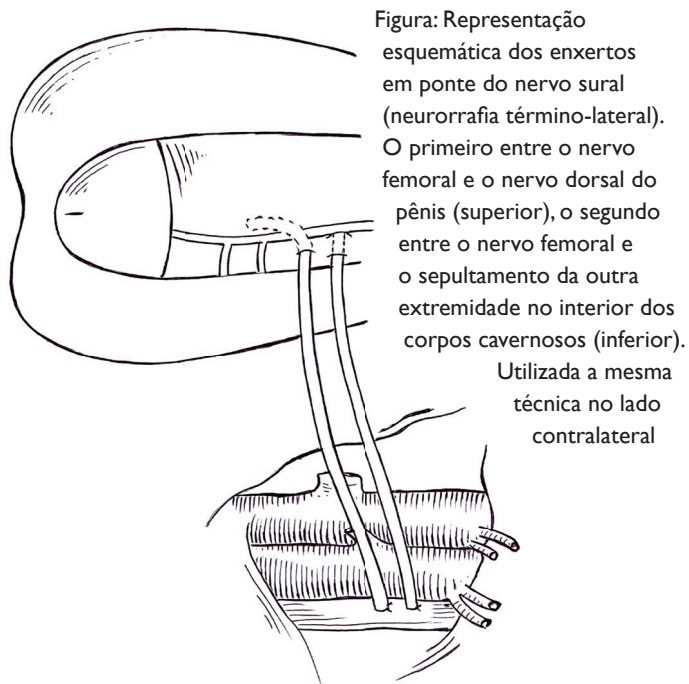


Figura: Representação esquemática dos enxertos em ponte do nervo sural (neurorrafia término-lateral). O primeiro entre o nervo femoral e o nervo dorsal do pênis (superior), o segundo entre o nervo femoral e o sepultamento da outra extremidade no interior dos corpos cavernosos (inferior). Utilizada a mesma técnica no lado contralateral

nosos (Sistema Nervoso Parassimpático) necessária para desencadear o mecanismo da ereção peniana, mediado pela síntese do óxido nítrico. Pela liberação desse neurotransmissor no interior dos corpos cavernosos, restabelece-se o estímulo neurológico que fora interrompido pela lesão dos feixes vasculo-nervosos junto à capsula prostática.

Outro fator a ser considerado é a plasticidade cerebral, importante para estabelecer comunicações funcionais entre os centros nervosos receptores dos estímulos sensitivos originados nos órgãos genitais, agora mediados pelas fibras sensitivas do nervo femoral (nervo misto) e os centros nervosos centrais responsáveis pela conscientização e desencadeamento nos complexos mecanismos neurológicos e vasculares da ereção peniana.

Na execução dessa técnica cirúrgica as principais etapas são:

1ª - Para a retirada dos nervos surais, com cerca de 32 cm de extensão, são realizadas 4 a 5 pequenas incisões transversais na face lateral da perna, distantes cerca de 4 a 5 cm uma da outra;

2ª - Para a exposição dos nervos femorais é realizada, de cada lado, na região inguinal, uma incisão de 4 cm de extensão, 1 cm abaixo da arcada inguinal lateralmente à artéria femoral;

3ª - Para exposição dos nervos dorsais do pênis e da base de ambos os corpos cavernosos, é realizada uma incisão semicircular, de 4 cm de extensão, na confluência do pênis com a região pubiana;

4ª - A passagem dos enxertos surais entre as incisões inguinais e a da base do pênis é realizada por meio de dissecação roma do subcutâneo com pinça Crawford.

5ª - Os nervos femorais foram escolhidos como doadores de fibras neoformadas, pela proximidade com a base do pênis e por serem espessos e ricos em fibras motoras e sensitivas, favorecendo o brotamento dessas fibras;

6ª - Os nervos dorsais do pênis foram escolhidos na expecta-

tiva de haver melhora da sensibilidade da glândula, que está comprometida em muitos desses pacientes. Em alguns houve, de fato, aumento dessa sensibilidade contribuindo para a melhora da qualidade e da intensidade do orgasmo.

Como critério de inclusão neste grupo experimental, entre outros fatores, foram definidos pacientes entre 45 e 70 anos, que antes da prostatectomia apresentavam atividade sexual normal e que após essa cirurgia permaneceram, por pelo menos dois anos sem nenhuma ocorrência de ereção peniana espontânea, apesar da utilização dos tratamentos atualmente disponíveis.

Esse período, de no mínimo 2 anos, foi estabelecido para se ter segurança de que eventual resultado favorável obtido por essa técnica, não seria fruto de uma recuperação espontânea da ereção, que no máximo, costuma ocorrer, até o limite de 1 ano após a prostatectomia.

Pelos resultados obtidos nos 10 primeiros pacientes que foram submetidos a essa técnica, constatamos que a recuperação da ereção peniana, com capacidade de penetração, ocorreu em 60% dos casos. Os pacientes apresentaram em média a 1ª penetração, após a reinervação, aos 13,6 meses, sendo o caso mais precoce aos 3 meses e o mais tardio aos 27 meses. A alta hospitalar ocorreu, em todos os casos, com 24 ou 48 horas de pós-operatório.

Entre esses 10 pacientes, 4 haviam sido submetidos à Radioterapia após a prostatectomia. Nestes casos 2 pacientes (50%) recuperaram a função erétil, com capacidade de penetração. Entretanto, ambos só atingiram essa etapa aos 24 e 27 meses após a reinervação.

Nos 6 pacientes sem radioterapia o sucesso ocorreu em 66,6% dos casos, sendo o mais precoce aos 3 meses e o mais tardio aos 13 meses. Esses achados sugerem que a radioterapia adicional interfere negativamente na recuperação da função erétil, retardando o momento de obtenção da 1ª penetração.

É importante considerar que mesmo os 4 pacientes que não apresentaram ereção suficientemente rígida para conseguir penetração, todos eles, sem exceção, obtiveram ereções flácidas ou semirrígidas. Isto significa que nesses casos certamente também houve crescimento de fibras neoformadas, por brotamento ("sprouting") do nervo femoral, que atingiram o pênis e desencadearam parcialmente o mecanismo neurológico da ereção.

Por essa experiência, podemos concluir que a cirurgia de reinervação peniana é uma técnica viável, com resultados efetivos, e que se pode constituir numa nova modalidade de tratamento para a disfunção erétil como seqüela da prostatectomia radical. O momento mais adequado para sua indicação seriam nos casos em que, após um ano da prostatectomia, os pacientes não apresentaram ereção mesmo com o uso dos inibidores da fosfodiesterase 5 ou não se adaptaram com injeções intracavernosas ou com o uso de bombas de vácuo.

Nos casos em que a reinervação peniana não apresentar resultados satisfatórios, poderá ser indicada a colocação de próteses penianas, uma vez que a técnica da reinervação não se constitui num fator impeditivo para a execução desta cirurgia.

## Opinião do Acadêmico

Acadêmico José Carlos Prates  
Titular da cadeira nº 42  
Vice-presidente da Academia  
de Medicina de São Paulo

# O internato na formação médica atual

Um dos períodos importantes de aprendizagem ao longo da formação no curso médico é o estágio curricular obrigatório – o internato, ocupando os últimos dois anos da formação médica de graduação, especificamente dedicados ao treinamento em serviço.

O treinamento em serviço como ensino médico prático surge durante a década de 1940, época em que nossos currículos começaram a se espelhar no modelo norte-americano.

Em 1983, o CFE, em parceria com o ABEM, publicou a Resolução nº 9, que conceituava o internato como o último ciclo do curso médico, sem as disciplinas acadêmicas, feito com treinamento contínuo e com a supervisão docente em instituições de saúde, ligadas ou não a instituições de ensino superior (hospitais e centros de saúde).

Foi estabelecido como um de seus objetivos principais a formação do médico generalista que tenha capacidade de resolução, e criada uma comissão de internato com representantes das escolas, com a prerrogativa de verificar a aprendizagem uma avaliação final dos estudantes.

Essa Resolução valeu para o internato até 2001, ano em que foram publicadas as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina.

A Resolução, entre outras coisas, previa a interação multiprofissional e o aproveitamento das experiências estudantis em atividades resultantes da interação entre a escola médica e a comunidade.

Preconizava a obrigatoriedade de convênio entre a Instituição de Ensino Superior (IES) e os serviços de saúde pretendidos.

Essa Resolução, a única do internato até 2001, previa carga horária total de 35% do curso incluindo temas essenciais de clínicas médicas, cirurgia, ginecologia, obstetrícia, pediatria e saúde coletiva.

Em 2008, foi sancionada a Lei n. 11.788, que regulamenta os estágios curriculares. O seu artigo 10 estabelece jornada de até 40 horas semanais, desde que faça parte do projeto pedagógico e a IES.

Em 2013, foi publicada a Lei n. 12.871, que institui o programa Mais Médicos. Nesse programa, havia o intuito de aprimorar a formação médica no país. No capítulo III, são destacados alguns aspectos para o exercício do internato:

a) Ao menos 30% da carga horária total do internato médico na graduação deve ser desenvolvida na Atenção Básica em serviços de Urgência e Emergência do SUS. Essas atividades devem ser acompanhadas pelo médico.



b) A carga horária da Atenção Básica deve ser coordenada e voltada para a prova de conhecimentos de Medicina Geral, de família e da comunidade.

c) A jornada semanal de prática compreende plantões, que poderão atingir até 12 horas diárias.

Segundo alguns autores, desde 1998 há três tipos de internato: relativo, eletivo e integrado.

O tipo relativo ou rodízio é feito com atividades nas grandes áreas, influenciadas pelas especialidades: é o mais frequente usado nos cursos médicos do País, até hoje, e apresenta limitações: curta duração dos estágios, falta de continuidade e de integração programática entre as disciplinas componentes.

Ressalte-se que há um estudo realizado com 68 escolas do País, mostrando que 94% das escolas possuem internato estruturado em rodízio por áreas e que a maioria das escolas pesquisadas, em média 70%, permite que seus estudantes realizem parte do internato fora da instituição.

Mencione-se que, na década de 1980, surgiu o internato rural, com o objetivo de propiciar ao estudante de Medicina a oportunidade de manter contato entre a medicina e a sociedade rural e também estimular a fixação do futuro médico no interior dos Estados.

A escolha de dinâmicos dispositivos e instrumentos de avaliação devem traduzir o compromisso com a formação técnico-científica rigorosa, eticamente construída e com alta credibilidade.

## Memórias = Biografia de Domingos Alves Meira

Cadeira nº 32 - Fundador  
Admissão: 5/3/1970

Domingos Alves Meira nasceu em São Paulo, em 11 de junho de 1932. Graduiu-se em 1958 pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), seguindo os passos de seu pai, João Alves Meira, e de seu avô, Domingos Rubião Alves Meira, ilustres médicos e professores daquela casa. Foi tesoureiro, secretário e presidente da Associação Atlética Acadêmica “Oswaldo Cruz” e, em 1957, presidente do Centro Acadêmico “Oswaldo Cruz”. Nesse ano, durante a epidemia de gripe asiática, propôs ao então governador Jânio Quadros, a participação dos alunos da faculdade na campanha promovida pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo para fazer frente à doença.

Entusiasta dos esportes dedicou-se principalmente ao atletismo, durante os anos acadêmicos e ao voleibol, modalidade em que foi campeão paulista juvenil pelo Clube Atlético Paulistano. Já atuando em clínica de doenças infecciosas e parasitárias, foi aluno do 1o Curso de Medicina Tropical do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo, em 1960.

Na FMUSP obteve o título de doutor em doenças tropicais e infecciosas com a tese Estudo das Alterações Eletrocardiográficas em Períodos Diversos da Difteria, sob a orientação do professor Fulvio Pillegi em 1965, e o de livre docente, em concurso público de títulos e provas, em 1967.

Em novembro de 1967 tomou posse na Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu (FCMBB) para exercer a docência e a pesquisa, em regime de tempo integral. Em 1968 organizou a disciplina de moléstias infecciosas e parasitárias da FCMBB e foi escolhido para ser o primeiro diretor do Hospital das Clínicas da instituição, função que exerceu até 1970. Foi também diretor da FCMBB de 1970 a 1974. Em 1975 obteve o título de professor adjunto por concurso de títulos.

Em 1977, com a FCMBB já integrada à Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (Unesp), conquistou o cargo de professor titular da Faculdade de Medicina de Botucatu por concurso de títulos e provas.

Em 1978 criou e organizou a residência médica de moléstias infecciosas e parasitárias, depois, infectologia, da Faculdade de Medicina de Botucatu (Unesp).



1932-2012

Foi diretor da Faculdade de Medicina de Botucatu (Unesp) de 1980 a 1984 e, durante seu mandato em 1982, criou a Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar (Famesp) para a gestão dos recursos extra-orçamentários do Hospital das Clínicas. Criou o Departamento de Doenças Tropicais e Diagnóstico por Imagem em 1993, e o Curso de Pós-Graduação em Doenças Tropicais em 1992, do qual foi coordenador e vice-coordenador, nele atuando como orientador e responsável por disciplinas, entre as quais se destacaram imunologia aplicada em HIV/Aids e metodologia de pesquisa científica até 2009.

De 2000 a 2004 foi coordenador da Área de Ciências da Saúde da Unesp. Em junho de 2002, já aposentado, pas-

sou a atuar na universidade como professor voluntário e, em 2003, recebeu o título de professor emérito da Faculdade de Medicina de Botucatu (Unesp).

Foi, ainda, consultor da Organização Mundial da Saúde em 1972, sugerindo a estrutura curricular da Escola de Medicina da Universidade de Benin da República do Togo; presidente da Comissão Técnico-Científica de DST/Aids do estado de São Paulo, de 1993 a 1995; e presidente do Comitê de Vacinas anti-HIV/Aids do estado de São Paulo, de 1994 a 2000. De 1994 a 2003 foi membro da Comissão Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids do Ministério da Saúde.

Em 2004 inaugurou o Serviço de Ambulatórios Especializados e Hospital-Dia “Domingos Alves Meira” para atendimento de indivíduos infectados pelos vírus HIV-I/II, VHB, VHC, e HTLV-I/II. Atua, desde o início nesse serviço, como diretor-técnico e médico, atendendo os pacientes do ambulatório de HTLV-I/II. Por 42 anos foi professor da graduação da FCMBB (Unesp) e, por 30 anos, da residência de infectologia, tendo participado da formação de quase 4.000 médicos e de cerca de 70 especialistas.

Durante a vida acadêmica teve 86 trabalhos publicados em revistas nacionais e estrangeiras; 45 capítulos em livros, tendo organizado dois livros da especialidade: Terapêutica de Doenças Infecciosas e Parasitárias e Clínica de Doenças Tropicais e Infecciosas.

Das muitas homenagens que recebeu ao longo da vida profissional, destacam-se: seu nome dado a prêmio em quatro edições do Congresso Médico-Acadêmico e patrono de duas turmas de formandos na Faculdade de Medicina de Botucatu (Unesp); título de Cidadão Botucatuense; medalha comemorativa do Sesquicentário da Polícia Militar do Estado de São Paulo, na qualidade de diretor da FCMBB; seu nome dado ao Serviço de Ambulatórios Especializados e Hospital-Dia por indicação de todos os que lá atuam. Nótula - o acadêmico Domingos Alves Meira faleceu em 22 de junho de 2012

## Variedades



## Normas para a publicação

As matérias para o ASCLÉPIO devem ser de autoria do acadêmico titular e encaminhadas para [contato@academiamedicinasaopaulo.org.br](mailto: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](mailto:contato@academiamedicinasaopaulo.org.br)

#### Produção Gráfica

Tess Tecnologia | (16) 3114-8119

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