

Hospício de alienados na cidade de São Paulo

Nelson Di Francesco



Disponível em: <<http://www.academiamedicinaspaulo.org.br/>>.

Hospício de alienados (1900) — fotografia atribuída a Aurélio Becherini

Permanecem abandonadas e parcialmente em ruínas, vítimas do descaso, no Parque D. Pedro II, as instalações que serviram por cerca de 40 anos a esse importante estabelecimento em nossa cidade. O imóvel, localizado no final da ladeira da Rua da Tabatinguera e datando de 1842, foi construído em taipa de pilão e alvenaria de tijolos. O corpo principal da edificação ainda apresenta os elementos construtivos originais, tais como: forros, assoalhos, molduras

e portas. Foi a sede da propriedade denominada “Chácara do Fonseca”, pertencente ao cônego Joaquim do Monte Carmelo e adquirida em 1859 pela Província.

Os últimos ocupantes da propriedade pertenciam à Polícia Militar do Estado de São Paulo, que mantém ali encostados diversos veículos inoperantes. Anteriormente a ela, o prédio serviu como quartel militar para o 2º Batalhão de Guardas do Exército.

O hospício lá esteve instalado desde março de 1862 até meados de 1903, quando efetivamente os últimos alienados foram transferidas para o município vizinho de Franco da Rocha (Hospital Psiquiátrico do Juquery). Mudança esta ocorrida em etapas, iniciada em 1901, quando passou a administrá-lo o médico alienista Dr. Francisco Franco da Rocha.

Em abril de 1893, o Presidente do Estado de São Paulo, Dr. Cesário Motta Jr., recebeu um extenso relatório, no qual se informava que, desde a sua fundação, em 1862, até o ano de 1892, cerca de 2.700 alienados haviam passado pelo hospício, 1.700 homens e 1.000 mulheres; que o número de empregados se aproximava a 50; e que a despesa anual (1892) chegara a quase 190 contos de réis!

Mas e antes de 1862? Onde funcionava o hospício na cidade de São Paulo?

Inaugurado em 14 de maio de 1852 (portanto 208 dias antes da abertura do Hospício de Pedro II, na cidade do Rio de Janeiro), este completaria 160 anos agora em 2012. Para tal, o Presidente da Província autorizou o aluguel, por 9 anos, do que algumas pessoas denominaram à época ser uma “chácara”, com cerca de 3.300 m², contendo um antigo sobrado com 5 quartos no andar superior, 3 salas maiores no térreo, uma varanda e um telheiro servindo de cozinha, além de 7 cubículos abafados e escuros.

O imóvel sofreu rápidas e custosas reformas, sendo adaptado para receber alienados “pacíficos e furiosos”, passando a funcionar com o nome de Hospício Provisório de Alienados. Tal propriedade, pertencente ao capitalista Felizardo Antonio Cavalheiro e Silva, ficava na Rua de São João, próxima ao Largo dos Curros, no que é hoje a Avenida São João, nas imediações da Praça da República, onde se encontra o famoso edifício Andraus, na região central. À época, esse local distava do centro pulsante da cidade, e seu acesso não era tão fácil como nos dias atuais. Mesmo sendo um espaço acanhado, o hospício já abrigava, 7 meses após sua inauguração, 11 alienados, sendo boa parte condenados pela lei e outros oriundos da Santa Casa de Misericórdia.

A partir dos primeiros meses de 1852, o Presidente da Província, José Thomaz Nabuco de Araújo, escolheu para administrar o hospício o militar reformado alferes Thomé de Alvarenga, sucedido após seu falecimento, em 1868, pelo filho Frederico Antonio de Alvarenga, morto em 27 de março de 1896. Foram, portanto, mais de 44 anos em que o hospício de alienados esteve sob a administração daquela

família! E essa complexa e detalhada história até hoje não foi contada com os rigores necessários; existem apenas poucas páginas, no máximo 10 ou 12, contendo erros em nomes, datas e locais, enfim, algo que muito pesquisadores e historiadores foram copiando e transmitindo, informações não tão precisas e muito menos detalhadas.

E, anteriormente a maio de 1852, onde ficavam os acometidos de alienação? Permaneciam reclusos na cadeia, na Santa Casa de Misericórdia, em conventos... Consegui, até o momento, identificar 9 possibilidades de para onde eram levados aqueles infelizes, conforme a sua condição social e o seu estado físico.

Resolvi então escrever o que intitulo como um “resgate documental cronológico” daquela administração, apoiado em vastíssima bibliografia que acumulei durante quase 8 anos de pesquisas após vasculhar as “fontes primárias” de informações. Tem sido uma tarefa minuciosa, com os rigores acadêmicos exigidos, e imensamente gratificante, na qual dedico tudo o que aprendi sobre como pesquisar o passado. Um trabalho “arqueológico”, visto que a documentação histórica da nossa cidade está distribuída em diversas instituições, exigindo rastreamento, leitura de microfimes e, frequentemente, a interpretação paleográfica de documentos — daí a demora —, procurando, assim, entender e mostrar o funcionamento da cidade de São Paulo e sua administração na segunda metade do século XIX.

Mas o que me direcionou a estudar tal assunto? Não foi apenas o farto material pacientemente agrupado durante esse tempo, mas sobretudo o laço familiar existente, afinal, o primeiro administrador, o paulista nascido na cidade de Pindamonhangaba, Thomé de Alvarenga, foi *meu trisavô materno!*, e eu cresci escutando histórias e mais histórias sobre o hospício e antepassados meus que tiveram participação na vida pública da cidade.

Um pouco mais de 300 páginas já estão prontas, e calculo que outras 800 a 900 serão montadas. Desse recorte histórico, virão à tona plantas arquitetônicas, documentos trocados entre as autoridades e os responsáveis por diversos estabelecimentos: Hospício, Casa de Correção, Santa Casa de Misericórdia, tesouraria provincial, juizados de órfãos, delegados de polícia, presidentes da província, engenheiros, médicos, religiosos, militares, entre outros.

Surgirão também imagens da cidade na segunda metade do século XIX, as causas da internação dos doentes, os

diagnósticos, medicamentos e tratamentos, a necessidade das reformas estruturais e ampliações nos imóveis em face da frequente superlotação, os pedidos dos administradores por melhores condições de trabalho, o eterno problema financeiro, os escravos livres que serviam no hospício, o negro alienado, relatos envolvendo crianças, o noticiário dos jornais, estatísticas, mapas com o número de alienados inter-

nados ao longo desses 44 anos, além de um breve histórico sobre a “loucura”, marcadamente nos últimos 5 séculos.

Uma produção vigorosa, que poderá não apenas servir a futuras pesquisas nos âmbitos da psiquiatria, da história social e da administração pública mas, principalmente, preencher, de forma definitiva, uma lacuna existente na historiografia paulistana.

Imagens extraídas do site “São Paulo Antiga” (<<http://www.saopauloantiga.com.br/2batalhao-de-guardas>>), o qual contém ao todo 159 imagens do estado atual do prédio.



Hévels Martínez (2010)



Douglas Nascimento (2010)



Hévels Martínez (2010)

Doença de Alzheimer

Jenner Cruz

Alois Alzheimer era um neurologista da Baviera. Nasceu em 14 de junho de 1864, em Marktbreit, na Alemanha, e faleceu aos 52 anos de idade, de insuficiência cardíaca e renal, em 19 de dezembro de 1915, em Breslau.

O que o tornou famoso foi a apresentação do caso da senhora Auguste D., de 51 anos de idade, em um congresso científico, em novembro de 1906. Essa senhora era sua paciente desde 1901, quando foi trazida ao seu consultório por apresentar graves problemas da memória e suspeitas infundadas de que o seu esposo não lhe era fiel. Conforme a evolução do quadro, passou a apresentar dificuldade de falar e entender o que ouvia. Embora fosse jovem, seus sintomas pioraram rapidamente; teve a necessidade de permanecer acamada e veio a falecer na primavera de 1906.

Alois conseguiu permissão da família para fazer uma necrópsia, pois julgava ser esse mal uma doença ainda desconhecida. Nesse cérebro, ele encontrou um encolhimento dramático, especialmente no córtex, na camada externa relacionada à memória, ao pensamento, ao julgamento e à fala. Ao microscópio, ele viu depósitos de gordura espalhados dentro e ao redor de pequenos vasos sanguíneos e neurônios mortos ou em deterioração. Seus estudos foram publicados em 1907, e, em 1910, Emil Kraepelin propôs que se desse o nome de doença de Alzheimer a essa enfermidade, uma forma atípica de demência senil, quando descreveu a demência de perseguição ou presbiofrenia.

Há muitos anos, os médicos sabiam que, conforme envelhecemos, o nosso cérebro diminui de tamanho e vamos perdendo a memória recente, embora, em geral, continuemos a conservar a memória antiga. É o que se denomina amnésia anterógrada.

Quando recebemos uma informação que queremos guardar, essa memória fica em nosso cérebro, disponível para uso, por poucos minutos, antes de ser totalmente esquecida. Parece que essa memória inicial é estocada em circuitos formados transitoriamente por neurônios presentes no hipotálamo, e ela pode se transformar em memória de longo prazo, a qual pode durar décadas. O mecanismo responsável por essa transformação ainda é pouco conhecido, devendo envolver modificações físicas dos neurônios do hipotálamo. Esse processo, chamado de consolidação, pode levar dias.

Em descoberta recente, foi verificado que, pelo menos em ratos, uma maior concentração de um hormônio no hipotálamo, fator de crescimento semelhante à insulina 2 (IGF-2), é neces-

sária para que essa consolidação ocorra. Esses estudos poderão provocar o aparecimento de drogas para serem utilizadas no tratamento de várias doenças que dificultam a consolidação das memórias.

Muitas vezes recebemos uma informação sem prestar atenção nela e, nesse caso, pode ser que ela não fique armazenada nem por poucos minutos. Em contrapartida, no caso de alguns idosos, mesmo prestando atenção, eles não conseguem reter, às vezes nem sequer entender, a maior parte do que está sendo dito.

Em um editorial publicado em novembro de 1957, um grande pesquisador americano, Harry Goldblatt, escreveu que o que se prova para ratos é válido para ratos, o que se prova para cães é válido para cães e o que se prova para homens é válido para homens. Completando, eu lembraria que nem a Estatística nem a Biologia são ciências exatas, e mesmo o que é válido para o homem não é válido para todos os homens, por mais extensa e mais completa que for essa pesquisa.

Muitas vezes receitamos um remédio para um doente e ele retorna dizendo não poder tomá-lo, pois tem cefaleia quando o faz. Sabemos que nem na bula, nem no melhor livro de Farmacologia está descrito esse efeito colateral, mas temos o dever de acreditar no paciente, por mais hipocondríaco que julgarmos que ele seja.

Quando jovens, minha esposa e eu tomávamos conta de cerca de vinte pacientes no então Grupo de Moléstias Renais e Hipertensivas da 1ª Clínica Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Um dos quartos da enfermaria, com três leitos, pertencia à Alergia e Imunologia. Um dia, internaram um novo paciente no leito que pertencia a eles, e o alergista, Dr. Julio Croce, informou que ele era portador de alergia a anti-histamínicos. Se não me engano, alergia a Fenegan®. Após o nosso espanto, ele falou que eles também tinham um paciente alérgico a corticosteroides. Não o perguntamos, nem ele disse qual era esse corticoide.

O nosso cérebro é alimentado por uma das redes de vasos sanguíneos mais ricas do corpo humano, tendo cerca de 100 bilhões de células nervosas ou neurônios, que possuem ramificações que se conectam em mais de 100 trilhões de pontos. Essa rede, densa e ramificada, é denominada “floresta de neurônios”.

A doença de Alzheimer começa cedo, em pacientes geralmente com menos de 60 anos de idade, sendo condicionada pela presença de um dos quatro genes diferentes localizados nos

cromossomos: 21, 14, 1 e 19. Ela é causada por uma mutação do gene da proteína precursora da substância amiloide. Por esse motivo, essa substância se deposita em vasos cerebrais, causando uma forma de amiloidose cerebral incomum.

Portanto, a doença que Alzheimer descreveu é uma enfermidade rara e hereditária, que pode afetar os pacientes no início da terceira idade.

A amiloidose compreende um grupo heterogêneo de doenças que possuem em comum um depósito extracelular de uma substância proteica, fibrilar, em vários órgãos e tecidos. Essas substâncias, denominadas amiloides, são várias e diferentes entre si. A substância amiloide decorrente de uma infecção crônica de longa duração, como tuberculose, mal de Hansen — nome atual da lepra — ou osteomielite, é diferente da substância amiloide do Alzheimer. A primeira é denominada AA, e a segunda, A β .

Os neurologistas admitem atualmente cinco formas de demência irreversível.

Demência é uma síndrome caracterizada por múltiplos déficits cognitivos adquiridos, em geral acompanhados de alterações comportamentais, que causam prejuízo funcional significativo.

As cinco formas de demência são: doença de Alzheimer, demência vascular, demência dos corpúsculos de Lewy, demência da doença de Parkinson e demência frontoparietal ou de Pick.

A demência vascular seria decorrente de doenças oclusivas dos vasos cerebrais maiores ou menores ou da carótida, acarretando diferentes tipos de infartos cerebrais, que hoje podem ser facilmente evidenciáveis por meio de diagnóstico por imagem.

A primeira confusão foi que ela também seria mais comum em pessoas mais jovens, dos 30 aos 50 anos de idade, seria hereditária por uma mutação do mesmo cromossoma 19 e também seria acompanhada de deposição de β -amilóide nos vasos cerebrais.

A doença de Alzheimer foi dividida em três grupos: grave, quando ocorre em indivíduos mais jovens e evolui rapidamente para a morte por si só; moderada e leve, quando ocorre em indivíduos muito idosos, evolui lentamente, por até mais de 20 anos, e não é obrigatoriamente a causa do óbito.

Não há um exame laboratorial, em vida, capaz de diferenciar a doença de Alzheimer da arteriosclerose senil, e, atualmente, resolveu-se chamar de doença de Alzheimer toda demência senil, com o que eu não concordo. A demência vascular ficou reservada para aqueles que tiveram um acidente vascular cerebral que resultou em formas atípicas semelhantes à doença de Alzheimer.

De acordo com a minha experiência, a doença de Alzheimer é uma entidade nosológica rara, enquanto a ateroarteriosclerose senil é comum em idosos, mormente após os 80 anos de idade, sobretudo em portadores de *diabetes mellitus*, hipertensão arterial e dislipidemia.

Talvez a demência senil também tenha um componente hereditário, mas o fato é que um portador de perda de memória senil, exceto quando permanece internado em um asilo, na companhia de colegas em estado pior do que o dele, dificilmente perde totalmente a memória. Acompanhado em casa, com pessoas que ele estima e pelas quais é querido, ele pode esquecer de inúmeras coisas, não reconhecer um parente que ele não vê frequentemente, mas é capaz de continuar realizando, por conta própria, a maior parte de sua rotina diária, como trocar de roupa, comer e conversar.

Na arteriosclerose senil comum discreta, também conhecida como esquecimento benigno do idoso, pode-se fazer uma decisão errada ocasionalmente, pode-se esquecer uma data importante, que dia é hoje — e lembrar-se depois —, qual palavra usar, onde se colocou determinado objeto — mas lembrar-se depois. Isso também pode ocorrer com os jovens, embora em menor número de vezes.

Um idoso, ao chegar em casa, distraído, suado após se expor ao sol intenso da tarde, procura a sua poltrona favorita para ler o jornal do dia. Como é míope, apesar da vista cansada, está acostumado a ler o jornal sem os óculos, os quais tirou ao entrar. No fim da leitura, onde estão? Apesar de poder reconstruir todo caminho percorrido, não consegue achá-lo. Como está sem os óculos, tem dificuldade em encontrá-los, pois eles estão colocados em cima de uma mesa da mesma cor.

Às vezes, estamos conversando ao telefone e esquecemos o nome daquele com quem estamos falando; na nossa cabeça, vem o retrato perfeito dessa pessoa, mas não o seu nome. É como se, no nosso cérebro, o nosso arquivo de nomes estivesse embaralhado, e o encarregado de encontrar o nome daquela pessoa demorasse muito para fazê-lo. Demora um pouco, mas ele finalmente o encontra. Já estamos ocupados com outro pensamento ou em outra atividade, e o nome procurado surge inesperadamente, para nossa alegria.

Finalmente, temos um paciente idoso que pouco a pouco vai ficando esquecido. Ao mesmo tempo, suas condições físicas pioram, e ele vai diminuindo de tamanho e ficando cada vez mais desligado do ambiente à sua volta, cada vez mais dependente. Para todos, médicos e conhecidos, ele está com doença de Alzheimer, mas será que a degeneração de seu cérebro foi acompanhada da deposição da substância amiloide A β ? Será que ele não sofreu uma mutação na idade avançada?

São perguntas para as quais ainda não temos uma resposta convincente.

Jenner Cruz

*Nefrologista, Membro Emérito da
Academia de Medicina de São Paulo*

Maquiavel

a política e a lógica da força

Luiz Afonso Junqueira Sangirardi

Na Idade Média, havia doutrinas que explicavam o poder político como sendo diretamente originário de Deus, o que, ideologicamente, suportava a perpetuidade das monarquias absolutas.

Com a emergência do Renascimento, tudo mudou. Surgem teorias materialistas, significativas alterações na estética e nas artes, as ciências avançam rapidamente, a teologia é repensada a partir da Reforma e diversos fenômenos e acontecimentos que antes eram atribuídos à Divindade passam a ser abordados cientificamente.

É nesse clima que aparece em Florença o filósofo político Nicolau Maquiavel, o qual se posiciona contrário ao direito divino dos reis, mencionando que os fatos da vida são os únicos argumentos válidos e que as concepções místicas são incompreensíveis.

Maquiavel afasta de sua metodologia de investigação sociológica e política as antigas interferências religiosas, teológicas, morais e metafísicas.

Por isso e por outras posturas que chocaram a época, Maquiavel foi condenado e exilado para a França, somente retornando à Itália por intervenção da família Medici, de quem era amigo. Mesmo assim, o Bispo de Florença, após a morte do pensador, determinou que fossem queimados os livros de sua autoria.

Quanto ao pensamento filosófico político de Maquiavel, é interessante começarmos por uma reflexão acerca do conceito de *fortuna*. Metade dos acontecimentos e das nossas ações não podem ser planejados nem regrados. São imprevisíveis. A teologia medieval estabelecia que essa área dizia respeito à providência divina. No Renascimento, a noção de providência é materializada, secularizada, tornando-se um conceito laico. Eis aí a fortuna; é o curso do mundo de que o saber humano não é conhecedor.

Somos jogados, então, para o estudo da ação política. Como deve o Príncipe agir para que se mantenha equilibradamente no poder?

O campo de possibilidade da atividade política está determinado: metade dos acontecimentos e das ações humanas são conhecidos e susceptíveis de planejamento. A outra metade, a da fortuna, também deve ser inserida como objeto do agir principesco.

Mas antes de respondermos à questão formulada, há que se determinar a natureza exata dos destinatários do exercício da política. Aqui, entramos na antropologia maquiavélica.

Segundo Maquiavel, os homens são, por natureza, fundamentalmente maus, levianos, covardes, ingratos, cruéis, negligentes, estúpidos e invejosos. É preciso estar sempre preparado para tudo, isto é, para o pior por parte deles. Há que se pressupor que os homens são maus por natureza e que não deixarão de demonstrar a depravação de seus corações sempre que tenham uma boa oportunidade para fazê-lo.

Então como deve agir o Príncipe? Ingressamos na etapa do pensamento de Maquiavel chamada por alguns comentaristas de “O Parecer e o Estratagema”.

Não se deve manter a palavra senão na medida em que não se pode fazer de outro modo. É preciso fingir as qualidades que não se tem. Há que empregar a manha e a força, com inteligência, segundo os casos. Há que se massacrar até o último dos representantes do poder que é usurpado. Há que parecer ocupar-se sempre do bem público. Há que parecer estar sempre cheio de piedade. O fim justifica os meios. E o fim é permanecer o Príncipe no poder.

A hipocrisia torna-se um dever para o Príncipe. A política surge como uma sutil mistura de brutalidade e de dissimulação, segundo as circunstâncias e conforme a natureza das questões particulares. A crueldade, quando requisitada pela objetividade da situação, torna-se *crudelta bene usate*. Não serve de nada adiar ou minorar uma medida cruel. Deve ser imediata, brusca e sem qualquer consideração pelos sentimentos humanos. O Príncipe deve ser uma raposa para se livrar das serpentes, um leão para vencer o lobo. O Príncipe deve ser um *mezzo bestia e mezzo uomo*.



Nicolau Maquiavel

Disponível em: <http://3.bp.blogspot.com/_e-PjGGRlpBk/TBGs4oc9bkI/AAAAAAAAA38/7MIV_svWiaU/s1600/Portrait_of_Niccol%C3%B2_Machiavelli_by_Santi_di_Tito.jpg>

Percebemos, então, na evolução do pensamento de Maquiavel, uma total relativização dos conceitos de Bem e de Mal, de Virtude e de Vício. A qualidade da ação dependerá da Ocasão (*Occasione*), a qual pode ser definida como a objetividade da situação a requisitar determinada ação.

Afastando, como se disse anteriormente, as interferências da religião, da teologia, da metafísica e da moral, Maquiavel traça uma nova metodologia de acesso ao Real. Como escreveu o mestre florentino no Capítulo 15 da sua obra *O Príncipe*: “*Ma, sendo l'intento mio scrivere cosa utile a chi la intende, mi è parso più conveniente andare dietro alla verità effettuale della cosa, che alla immaginazione di essa*”.

O homem político de virtude que conseguirá mudar o rumo da História será aquele que for capaz de seguir essas regras. Esse será o Grande Homem, o Grande Indivíduo, o Homem Cosmo-Histórico, o DVX ou Veltro, como indica Dante Alighieri, ou o Cavaleiro do Monte Tarpeio, apontado por Petrarca.

O que Maquiavel pretendia era a unificação da Itália, que, naquele tempo, era recortada como uma colcha de retalhos, com cada região dominada por uma família forte. Mas, no todo, a Itália era fraca, sendo constantemente invadida por bárbaros e franceses. Maquiavel exorta os italianos para a formação de um exército nacional e para a construção de um poder político central forte. E termina seu discurso dizendo: “*A ognuno puzza questo barbaro dominio*”. Mesmo porque... “*L'antico valore, nelli italici cor non è ancor morto*”.

Luiz Afonso Junqueira Sangirardi
Desembargador aposentado do TJSP e
professor universitário de Filosofia

Prêmio Luiz Pereira Barreto

Academia de Medicina de São Paulo

Concedido ao melhor trabalho versando sobre o tema

Tuberculose na virada do século XXI



Dr. Luiz Pereira Barreto

Disponível em: <http://www.sbh.m.org.br/index.asp?p=medicos_view&codigo=162>.

Regulamento:

1. Serão aceitos trabalhos realizados por um ou mais de um autor.
2. O autor principal responsável pela apresentação do trabalho deverá estar inscrito no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.
3. Os trabalhos versarão sobre tema relacionado à Medicina.
4. Os trabalhos deverão ser apresentados na secretaria da Academia de Medicina de São Paulo, Avenida Brigadeiro Luís Antônio, 278, 6º andar, nos dias úteis, das 13 às 17 horas.

5. Os trabalhos devem ter um autor principal, que usará um pseudônimo, e ser redigidos em papel A4, com margens superior e inferior de 3 centímetros, margens laterais de 2,5 centímetros e espaçamento de 1,5 linha e conforme as normas da ABNT.

6. Na entrega, o trabalho, em 5 (cinco) vias, deverá vir acompanhado de um envelope lacrado constando a identificação do autor (ou autores) e uma cópia da inscrição no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo do principal autor.

7. Não poderão participar os membros da Academia de Medicina de São Paulo.

8. A escolha do melhor trabalho será efetuada por uma Comissão de Acadêmicos Titulares.

9. A inscrição está isenta de taxa.

10. A entrega dos trabalhos será feita até as 17 horas do dia 31 de janeiro de 2012.

11. O melhor trabalho receberá um diploma e uma medalha comemorativa do prêmio em cerimônia organizada pela Academia de Medicina de São Paulo.

12. Os trabalhos considerados relevantes farão jus a diploma de honra ao mérito.

13. Os trabalhos selecionados poderão ser publicados no *site* da Academia.

Informações:

Secretaria da Academia de Medicina de São Paulo

Telefone: (11) 3105-4402

E-mail: contato@academiamedicinasaopaulo.org.br

DEPARTAMENTO CULTURAL

Diretor: Ivan de Melo Araújo – **Diretor Adjunto:** Guido Arturo Palomba

Conselho Cultural: Duílio Crispim Farina (*in memoriam*), Luiz Celso Mattosinho França, Affonso Renato Meira, José Roberto de Souza Baratella, Rui Telles Pereira, Arary da Cruz Tiriba, Rubens Sergio Góes e Luiz Fernando Pinheiro Franco

Cinematca: Wimer Botura Júnior – **Pinacoteca:** Guido Arturo Palomba

Museu de História da Medicina: Jorge Michalany

O Suplemento Cultural somente publica matérias assinadas, as quais não são de responsabilidade da Associação Paulista de Medicina.