



Caism nasceu no porão da Santa Casa de Campinas

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher e o Programa de Controle do Câncer de Colo Uterino, que tornou, em 30 anos, a mortalidade por câncer do útero em Campinas, SP, a menor do Brasil e inferior a dos Estados Unidos nasceram no porão da Santa Casa de Misericórdia de Campinas, em 1965, quando para lá foram transferidas da Maternidade de Campinas, a Ginecologia e a Obstetrícia, sob pedido de Zeferino Vaz, que, na época, arquitetava a Unicamp.

As dificuldades e os espaços reduzidos estreitavam a convivência entre professores, funcionários, residentes, pacientes e alunos. O primeiro professor titular de obstetrícia, Bussâmara Neme, dormia na enfermaria e fazia os fórceps nas madrugadas, acompanhando os residentes e alunos de plantão.

Para aumentar os espaços exíguos, mezaninos eram construídos aproveitando-se os imensos pés-direitos da Santa Casa e, para uni-los, pontes eram improvisadas. “A 4ª Enfermaria da Santa Casa, onde se alojava a Ginecologia, era um exemplo disso. Do balcão do mezanino eu podia ver todos os leitos e sorrir para as pacientes acamadas”, relembra José Aristodemo Pinotti, professor titular e coordenador do Departamento de Tocoginecologia de 1970 a 1982 e duas vezes diretor da FCM. “Mas o trabalho fluía sério, entusiástico e frutífero. Foi lá que Sílvio Carvalhal encontrou a oportunidade de pôr em prática a teoria de *integração anatomoclínica* e onde, juntos, sonhamos e planejamos o Hospital das Clínicas (HC) e o Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Caism)”,

completa Pinotti que, 20 anos depois, tornou-se reitor da Unicamp e concluiu, em seu mandato, o seu sonho.

Quando Pinotti assumiu a reitoria, em 1982, o Hospital das Clínicas estava parado havia 14 anos e com menos de 50 % das obras realizadas. Para terminá-lo, foi necessário rescindir o contrato com todas as empreiteiras e chamar, em seguida, o Escritório Técnico da Unicamp, a Faculdade de Engenharia de Limeira e a própria administração da Universidade para dar continuidade às obras.

Em menos de dois anos, o HC estava equipado e com recursos humanos. O Caism foi construído e instalado em 20 meses, a um custo oito vezes menor o metro quadrado do que o do HC. Essa mesma estratégia permitiu aumentar 114% a área construída do *campus*.

“Aqueles que trabalham no Caism podem pensar que o começo foi simples e fácil e não valorizar todo o pioneirismo de médicos, funcionários e pacientes que fundamenta o sucesso de hoje. A implantação do Caism também foi extremamente conflituosa e poucos sabem que as resistências foram tão grandes que cheguei a pedir demissão para que as obras prosseguissem”, relata o ex-reitor da Unicamp no Livro de Memórias da FCM.

Dificuldades geram necessidades, e essas pedem inovação e ousadia. No passado está a tradição e no futuro a contemporaneidade. E a FCM é um exemplo disso para o País.

Trechos e depoimentos extraídos do Livro de Memórias, publicado em 2004 pela comemoração dos 40 anos da FCM, Unicamp

NESTA EDIÇÃO:
O transplante renal da Unicamp

VEJA TAMBÉM:
Tratamentos suportivos de vida: a quem cabe a decisão?

O indivíduo e o coletivo: objeto privilegiado da Medicina

Anemias: causas e padrões de reconhecimento

Nos anos 90, após normatização e sistematização da captação de órgãos pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, foi criada a central regional de captação de órgãos do Hospital de Clínicas (HC) da Unicamp.

Transplante renal na Unicamp

O transplante renal é uma alternativa para o tratamento de portadores de Insuficiência Renal Crônica Terminal (IRCT), proporcionando melhor qualidade de vida e sua reabilitação social. Este procedimento, realizado no Brasil a partir da década de 60, tomou impulso no final dos anos 80, com o advento de medicamentos imunossuppressores, especialmente da ciclosporina. Entre 1984 e 1989, início dos transplantes na Unicamp, o programa era baseado no transplante com doadores vivos relacionados. A partir de 1989, os transplantes renais com doadores em morte encefálica passaram a crescer. Este aumento foi resultado das campanhas de conscientização e da disponibilização da ciclosporina.

Nos anos 90, após normatização e sistematização da captação de órgãos pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, foi criada a central regional de captação de órgãos do Hospital de Clínicas (HC) da Unicamp. Houve, a partir de então, uma predominância de doadores cadáver com média anual de 80 transplantes, atingindo, assim, ao final de 2001, mil transplantes (Figura 1). Em 2001, teve início o programa de transplante duplo de pâncreas e rim para diabéticos tipo I com nefropatia.

Esta média anual coloca o programa da Unicamp entre os cinco mais ativos do País. O sucesso deste trabalho permitiu ao grupo de transplantes renais da Unicamp participar de projetos multicêntricos com o desenvolvimento de pesquisa clínica e formação de recursos humanos qualificados.

Ao atingir 1.300 transplantes, algumas reflexões merecem consideração:

1. Apesar de campanhas de conscientização, a taxa de doações de órgãos continua baixa por causa da recusa familiar e da subnotificação dos casos de morte encefálica. Estudo de 2002, avaliando 144 médicos, mostrou que, embora 80% se declarassem doadores, apenas 27% tinham conhecimento das normas e me-

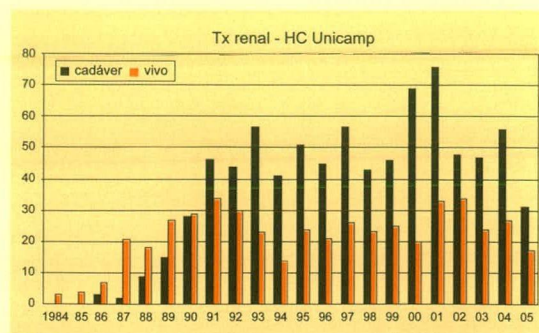
das que viabilizavam a doação e a manutenção do órgão.¹ Estas normas podem ser consultadas nos sites www.sau.gov.br e www.saude.sp.gov.br.

2. Apesar da qualidade de vida e da reabilitação social obtida após o transplante renal, este procedimento deve ser considerado como uma *alternativa terapêutica*, uma vez que pode acarretar riscos para pacientes idosos ou portadores de doenças orgânicas graves associadas, tais como cardiopatia grave, doença pulmonar crônica severa, cirrose hepática e neoplasias. Assim, a melhor alternativa terapêutica deve ser discutida entre os médicos, o paciente e seus familiares.
3. Uma vez transplantado, com a persistência dos riscos da doença original, se faz necessário o acompanhamento periódico do paciente por uma equipe multidisciplinar, envolvendo especialistas médicos, nutricionistas, enfermeiros e psicólogos para o monitoramento das drogas imunossupressoras e a prevenção de intercorrências.

A ampliação dos transplantes na Unicamp, minimizando o tempo de espera atual que é de três anos, depende de medidas que aumente a equipe envolvida, conscientize a população para a importância da doação e, aos profissionais, para as especificidades deste procedimento.

Profa. Dra. Marilda Mazzali e
Prof. Dr. Gentil Alves Filho,

DISCIPLINA DE NEFROLOGIA, DEPARTAMENTO DE
CLÍNICA MÉDICA, FCM, UNICAMP



1. Knowledge of organ donation among one group of Brazilian professor of Medicine Transplantation Proc 2002, 34: 449-450.

Anemias: causas e padrões de reconhecimento

O termo “anemia” não define um diagnóstico preciso, indicando apenas um sinal objetivo da presença de doença. A terminologia diagnóstica correta requer a inclusão do mecanismo etiológico condizente à anemia. O próprio conceito funcional de anemia não é perfeitamente uniforme, existindo, entretanto, um relativo consenso a respeito da consequência básica da anemia, a hipóxia tissular, que independe, em certo grau, de sua etiologia¹(D).

Na atividade clínica, a detecção da anemia depende basicamente da concentração de hemoglobina no sangue periférico, comparada a padrões normais obtidos em uma população de referência¹(D). Evidentemente, estes critérios estão sujeitos a inúmeras variáveis, como a escolha da população de referência normal, altitude, idade dos indivíduos, variações metodológicas e a própria definição de normalidade¹(D).

Objetivando uniformizar estes padrões de reconhecimento, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda certos parâmetros arbitrários, fundamentados primordialmente na determinação da hemoglobina¹(D). Assim, de acordo com a faixa etária, estabeleceu-se que existe anemia em indivíduos que, ao nível do mar, apresentem taxa de hemoglobina inferior a:

6 meses a 6 anos	11g/100ml
6 a 14 anos	12g/100ml
Homens adultos	13g/100ml
Mulheres não grávidas	12g/100ml
Mulheres grávidas	11g/100ml

A causa de uma anemia pode ser muitas vezes de fácil reconhecimento: paciente com sangramento detectável, presença de sinais e sintomas de doença inflamatória sistêmica crônica e esplenomegalia com icterícia. No entanto, em muitas outras ocasiões, a causa da anemia não é aparente e requer o auxílio de exames laboratoriais²⁻⁴(D). Um hemograma completo com contagem de reticulócitos do-

cumenta a presença de anemia, sua gravidade e sua natureza morfológica.

Mecanismos básicos das anemias:

- 1) **Menor produção de hemácias pela medula óssea;**
 - a) *Distúrbios da diferenciação:* comprometem a série vermelha, granulocítica e megacariocitária (anemia aplástica, leucemias).
 - b) *Distúrbios da multiplicação:* carências de folato e vitamina B12.
 - c) *Distúrbios da síntese de hemoglobina:* carência de ferro (causa mais comum), talassemias, distúrbio da síntese do heme (anemias sideroblásticas).
- 2) **Menor sobrevida das hemácias** (anemias hemolíticas).
- 3) **Hemorragia aguda.**

As causas mais freqüentes de anemias encontradas no homem são aquelas resultantes das carências de ferro e folato, especialmente em países em desenvolvimento¹⁻⁵(D).

A compreensão dos vários mecanismos fisiológicos que podem levar às anemias nos permite, já pelos dados clínicos e laboratoriais, chegar ao diagnóstico etiológico na maioria dos casos de anemias. A anamnese criteriosa, identificando fatores predisponentes ou precipitantes, é de fundamental importância para a identificação diagnóstica e posterior indicação terapêutica.

Profa. Dra. Sandra Cecília Botelho Costa

DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA, FCM, UNICAMP

Nível de evidência Tipo de publicação

A	Estudos experimentais e observacionais de melhor consistência. Ex.: revisão sistemática de ensaios clínicos aleatórios submetidos à metanálise.
B	Estudos experimentais e observacionais de menor consistência.
C	Relatos ou séries de casos. Ex.: relatos que apresentam limitações importantes em termos de desenho de pesquisa. Relatos de experimentos com animais.
D	Publicações baseadas em consensos ou opiniões de especialistas. Ex.: diretrizes internacionais (“guidelines”), capítulos de livro.

(...) a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda certos parâmetros arbitrários, fundamentados primordialmente na determinação da hemoglobina.

1. ZAGO, M. A. O paciente com anemia. In: Hematologia: Fundamentos e Prática. I.ed. São Paulo: Atheneu, 2001; p. 103-13, cap.11.

2. IZAKS, G. J.; WESTENDORP, R. G.; KNOOK, D. L. The definition of anemia in older persons. JAMA 1999; 281: 1714-17.

3. CARTWRIGHT G. E. The anemia of chronic disorders. Semin Hematol 1966; 3: 351-75.

4. PROVAN, D.; WEATHERALL, D. Red cells II: acquired anaemias and polycythaemia. Lancet 2000; 355: 1260-8.

5. RICE, L. Laboratory diagnosis of vit B12 and folate deficiency. Arch Intern Med 1999; 159: 2746-7.

Errata: o artigo *Abordagem terapêutica da doença de Chagas; fundamentação e tratamentos*, publicado no Boletim de agosto de 2005, é de autoria da Profa. Dra. Maria Elena Guariento, do Departamento de Clínica Médica da FCM, Unicamp.

3
Ainda que o médico-assistente seja, em última instância, o responsável pelo bem-estar do paciente, (...) ele não deve ser o único indivíduo a assumir essa tomada de decisão.

Tratamentos suportivos de vida: a quem cabe a decisão?

Em junho de 2005, o Conselho de Bioética e a Câmara Técnica Interdisciplinar de Bioética do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) colocaram, em consulta pública, uma proposta de resolução referente aos limites ou à suspensão de procedimentos e tratamentos de prolongamento de vida do doente em fase terminal ou em situação de saúde irreversível, desde que isso respeite a vontade do paciente ou de seu representante legal.¹

Muito embora seja um assunto complexo e multifacetado, que deve gerar intensa polêmica, a proposta foi, a princípio, bem recebida pela imprensa.²

Dentre os diversos aspectos envolvidos pelo tema, um questionamento importante é: *a quem cabe a decisão de limitar tratamentos suportivos nos pacientes fora de possibilidades terapêuticas?*

Evidentemente, a meta nessas circunstâncias, para todas as partes envolvidas, é agir, visando os melhores interesses do paciente, baseando-se em amplos princípios éticos que incluem, entre outros, a autonomia, a beneficência, a não-maleficência e a justiça distributiva.

Embora o princípio da autonomia designe o paciente como o último detentor dessa tomada de decisão, isto não pode ser aplicado à maioria dos doentes em fase final de vida, já que uma pequena porcentagem deles encontra-se mentalmente capaz de tomar suas decisões e, em nosso meio, quase ninguém tem preparada antecipadamente suas diretrizes em relação à própria morte.

Então, o processo de decisão, na sua etapa derradeira, invariavelmente recai sobre os parentes mais próximos ou responsáveis legais.

Decisão compartilhada

Contudo, dois outros problemas importantes surgem nessas ocasiões: frequentemente, os responsáveis falham em representar com precisão os desejos dos doentes e os membros das famílias de pacientes graves apresentam altas taxas de ansiedade e depressão, o que compromete profundamente a capacidade de tomada de decisão e a formação de uma opinião final objetiva acerca do assunto.

Ainda que o médico-assistente seja, em última instância, o responsável pelo bem-estar do paciente, estando claramente na melhor posição de avaliar a resposta a uma terapêutica e a emitir um parecer prognóstico, ele não deve ser o único indivíduo a assumir essa tomada de decisão.

Consensualmente, nessas circunstâncias, tem havido um movimento mundial no sentido da chamada “decisão compartilhada”, estimulado, em parte, por estudos mostrando que os pacientes desejam que suas famílias atuem como seus substitutos no caso de se tornarem mentalmente incapazes, ajudando e colaborando no processo de tomada de decisão com os médicos e os demais componentes da equipe de Saúde.³ Contudo, caso não haja acordo, uma consulta ética pode ser útil para sedimentar uma resolução. Fundamentalmente, a chave para o sucesso do modelo de decisão compartilhada centra-se no binômio *transparência das atitudes médicas* e a *comunicação permanente* entre as partes durante todo o processo de cuidar, e não apenas à beira do leito de morte do paciente.

Prof. Dr. Sebastião Araújo

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA, UTI, HC, UNICAMP

1. Jornal do Cremesp, junho de 2005, nº 214, p. 10.

2. Folha de São Paulo, 05/07/2005, p.A2. [Editorial].

3. THOMPSON, B. T.; COX, P. N.; ANTONELLI, M. et al. Challenges in end-of-life care in the ICU: Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care: Brussels, Belgium, April 2003: Executive Summary. Crit Care Med 2004; 32: 1781-4.

Mudanças no ensino e nas práticas de Enfermagem

A reforma curricular da graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp, iniciada nos anos 90 e implementada em 1997, sofreu vários ajustes e mudanças, sendo que, a partir de 2007, os graduandos do 4º ano iniciarão estágio supervisionado, visando permitir ao formando a vivência do mundo do trabalho profissional.

Várias foram as situações favoráveis a este processo. A Enfermagem brasileira, nos anos 80, estruturou e implementou um currículo mínimo com a atenção primária voltada para a saúde. Portanto, quando as Diretrizes Curriculares para os profissionais da saúde eram definidas, esta proposta, na Enfermagem, já estava em andamento. Estas Diretrizes definem princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de enfermeiros, estabelecidos pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação, em âmbito nacional, na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos da graduação em Enfermagem.

Assim, os cursos têm, como perfil, enfermeiros com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. São profissionais qualificados para o exercício da Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e, também, pautados em princípios éticos. O processo saúde-doença, ao mesmo tempo que é conhecido em suas bases biomédicas, também é apreendido com o auxílio das ciências humanas e sociais, da epidemiologia e da saúde coletiva. Por outro lado, o curso propõe formar enfermeiros com licenciatura em Enfermagem, capacitados para atuar na educação básica e na educação profissional em nível médio.

O cuidado da Enfermagem cada vez mais se sustenta no saber construído cientificamente, não só por outras ciências, como também pela própria Enfermagem.

Nesta direção, a parceria com a pós-graduação e a pesquisa em Enfermagem é fundamental na graduação da Unicamp, pela qualificação dos professores e pela abertura do mestrado em Enfermagem, que contribui tanto para a consolidação dos núcleos e grupos de pesquisa, quanto na formação do enfermeiro-mestre, dos serviços de saúde da cidade e região. As práticas da Enfermagem têm recebido contribuições do grupo de professores da FCM por meio das atividades de extensão, de assessorias e projetos. Faz parte da história de vários serviços de Campinas contar com a colaboração da Enfermagem da Unicamp, cujos profissionais têm sido reconhecidos como um grupo de excelente formação.

Recentemente, também a licenciatura em Enfermagem passou por mudanças. Ambas formações, como bacharel e licenciado, estão integradas desde a reforma curricular de 1997 e, com as Diretrizes para formação de professores que exigem a realização de estágio supervisionado e práticas educativas, a formação do enfermeiro-professor sofreu novo incremento em sua formação, aprofundando, novamente, a parceria com a Faculdade de Educação (FE) da Unicamp.

Assim, a graduação em Enfermagem, que já completou 27 anos de existência, vai consolidando sua missão de formar profissionais qualificados, apesar das aposentadorias e saídas de importantes professores.

Profa. Dra. Eliete Maria Silva

COORDENADORA DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM DA FCM, UNICAMP



(...) os cursos têm, como perfil, enfermeiros com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. São profissionais qualificados para o exercício da Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e, também, pautados em princípios éticos.

O individual e o coletivo: objeto privilegiado da Medicina

O ser biológico que necessita de cuidados é portador de um conjunto de capitais, econômico, social e cultural, que lhe qualifica e garante poder, prestígio e perspectiva.

Muitos já colocaram a questão sobre qual é o objeto da Medicina, o indivíduo ou o coletivo, e muitos, também, já procuraram respondê-la. Alguns visualizaram a Medicina pela perspectiva clínica individual e, para esses, o objeto é o primeiro; outros, com olhos nas pestes e epidemias garantiram tratar-se do segundo. Atualmente, um dos maiores desafios da Saúde Coletiva é construir pontes para mostrar que o verdadeiro objeto da Medicina são ambos, o indivíduo e o coletivo.

Como muitos já se detiveram na questão, existem várias abordagens possíveis. No entanto, quero destacar uma de cunho, inicialmente, antropológico, mas de dimensão transcendente à disciplina, pela sua profundidade epistemológica.

Trata-se da relação desenvolvida por Lévi-Strauss,¹ no capítulo “O feiticeiro e sua magia” do livro *Antropologia Estrutural*. Embora o título do capítulo remeta a um universo de práticas pouco validadas no campo da saúde, o centro da sua discussão é sobre as práticas de cura em diferentes culturas, inclusive na ocidental.

Para desenvolver as explicações da relação de um agente de cura e sua prática, o autor apresenta um tripé montado em três elementos de crença. Primeiro, afirma que qualquer “doente” procura um curador, baseado na crença de que esse pode ajudá-lo, inicialmente, na identificação e, então, no tratamento do seu problema. A segunda crença é a do curador, aquele que assume um papel social diferenciado, em sua técnica. Ao longo da história, algumas técnicas foram criadas e outras recriadas, mas é possível afirmar, inequivocamente, que todas elas foram validadas socialmente. Essa validação constitui a terceira crença do tripé, de forma que se entenda que o agente sente confiança para desenvolver uma técnica

porque ela tem reconhecimento no grupo em que ele a pratica.

Quando uma parturiente vem a um profissional da ginecologia e obstetrícia, ainda que possa procurar agente religioso ou da medicina popular, ela vem ao hospital por crer que irá obter ajuda. Quando o profissional assume a responsabilidade pela ajuda, ainda que não reflita de maneira consciente, opera com um conjunto de certezas que o fazem crer que domina as ações que qualificam sua técnica. Quando, enfim, esse profissional decide por uma manobra e não outra, o que lhe garante confiança, validade e segurança é o fato de que seus pares legitimam sua prática e os órgãos de controle da profissão respaldam-no, legalmente.

Ilustrado o tripé de crenças, podemos voltar a ele para certificar que o verdadeiro objeto da Medicina não se situa em um ou outro pólo, parte ou todo da sociedade, mas em ambos. É lógico que existe a necessidade de que cada indivíduo seja atendido de maneira exclusiva e que se sinta assistido e cuidado.

Todavia, é lógico, também, que ele seja identificado no interior da estrutura social e da cultura que habita. Em outras palavras, o ser biológico que necessita de cuidados é portador de um conjunto de capitais, econômico, social e cultural, que lhe qualifica e garante poder, prestígio e perspectiva; por outro lado, exatamente, por deter uma identidade, faz parte de grupos que produzem e reproduzem valores, símbolos e crenças.

Assim, para construir as pontes, a Saúde Coletiva assume que o objeto da Medicina é privilegiado por ser formado pelo indivíduo em seu coletivo e com isso garante ações integrais no cuidado em Saúde.

Prof. Dr. Nelson Filice de Barros

DEPTO. DE MED. PREVENTIVA E SOCIAL, FCM, UNICAMP

1. LÉVI-STRAUSS, C. *Antropologia Estrutural*; Rio de Janeiro: Tempo brasileiro; 1989.

NOTAS

- * A Superintendência do Hospital de Clínicas (HC) da Unicamp está lançando o projeto *Parceiros Socais* para obter recursos a fim de ampliar o ambulatório de Oncologia. O primeiro evento do projeto será a apresentação da Orquestra Filarmônica de Campinas, sob a regência do maestro Artur Huf. A apresentação será no dia 28 de setembro de 2005, às 20h30, no Salão Nobre da Sociedade Hípica de Campinas. As empresas interessadas em patrocinar, expor estandes no local do evento ou comprar ingressos para seus funcionários, devem entrar em contato com Marina ou Vera pelo telefone (19) 3788.8001, no Departamento de Oncologia da Unicamp. Os ingressos para o *Onco in concert* custam R\$ 25,00 (em pé), R\$ 50,00 (cadeira) e R\$ 100,00 (primeira fila) e podem ser adquiridos também na Assessoria de Relações Públicas da FCM.
- * Todo docente e pós-graduando da Unicamp com problemas vocais graves que necessitem de atendimento emergencial podem procurar o Pronto Atendimento Vocal (PAV) nas dependências do Centro de Estudos e Pesquisa em Reabilitação “Prof. Dr. Gabriel de Oliveira da Silva Porto” (Cepre). O PAV foi criado e é coordenado por Lúcia F. Mourão, professora do curso de Fonoaudiologia da Unicamp. Os pós-graduandos podem utilizar o PAV para realizar treinamento específico, visando melhor desempenho em qualificação e defesa de tese.

Para usar o serviço, bastar ligar para (19) 3788-8813 ou comparecer de terça a sexta-feira, das 14 às 17 horas no Cepre.

- * A Casa do Professor Visitante (CPV) da Funcamp oferece 15% de desconto no preço da tarifa para professores, estudantes e funcionários da Unicamp. O valor da hospedagem, com café da manhã, é R\$ 98,00. A CPV também atende solicitações de serviços de *coffee break*, coquetel, almoço e jantar. Contatos e reservas: (19) 3289-4000 ou cpv@funcamp.unicamp.br.
- * Por até dois anos, 11 médicos angolanos estarão estagiando em diversas disciplinas da FCM e no HC. A parceria faz parte do convênio assinado entre a Faculdade e o Hospital Josina Machel, de Angola. As áreas iniciais do treinamento para capacitação médica na Unicamp envolvem as disciplinas de Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Cardiologia e os departamentos de Neurologia, Cirurgia e Clínica Médica. Além dos médicos, o treinamento, que incluirá cursos a distância e telemedicina, abrangerá uma equipe de paramédicos, internato e residentes. Cerca de 300 angolanos estarão envolvidos na capacitação. O convênio terá cinco anos de duração, renováveis.

TESE DE DOUTORADO

- * *Estigma na epilepsia*
DIA: 29/9/2005 HORÁRIO: 14h
LOCAL: Anfiteatro da Comissão de Pós-Graduação da FCM
CANDIDATA: Paula Teixeira Fernandes
ORIENTADOR: Prof. Dr. Li Li Min

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

- * *Fatores associados à hipertensão arterial e à prática de atividade física no lazer em idosos do município de Campinas, SP*
DIA: 1/9/2005 HORÁRIO: 14h
LOCAL: Anfiteatro da Comissão de Pós-Graduação da FCM
CANDIDATA: Maria Paula do Amaral Zaitune
ORIENTADORA: Profa. Dra. Marilisa Berti de Azevedo Barros

EVENTOS DE SETEMBRO

Exposição

- * *Arqueologando*
ARTISTA: Rosa Maria de Toledo Piza Fuzatto
DIAS: De 10/8/2005 a 9/9/2005
HORÁRIO: das 8h às 17h30
LOCAL: Espaço das Artes Saguão principal da FCM
Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, Campinas – SP



Espanando a poeira do tempo, as obras surgem como lâminas retiradas da terra, revelando ruínas, fragmentos e até sonhos soterrados e pretensamente resgatados. Arqueologando, podemos nos autoconhecer melhor, ampliar nossa consciência e vislumbrar o homem que fala sobre si, sobre sua vida, sobre seus valores.

UPA

- * *Universidade de Portas Abertas*
DIAS E HORÁRIOS: 2 e 3/9/2005
HORÁRIO: das 9 às 17 horas
LOCAL: Unicamp/FCM

Workshop

* **Qualitative Data Analyses Workshop**
 PALESTRANTES: Prof. Dr. Jon Adams, University of Newcastle, Austrália e Profa. Dra. Maria José M. Duarte Osis, Cemicamp, FCM, Unicamp
 DIAS E HORÁRIOS: 5, 6 e 8/9/2005, das 8h30 às 17h30
 LOCAL: Anfiteatro da Pós-Graduação e Sala B da Informática da FCM
 VALOR: R\$ 120,00 por dia ou R\$ 240,00 o pacote
 INFORMAÇÕES E INSCRIÇÕES: Secretaria da Pós-Graduação da FCM
 Telefones: (19) 3788-8861 ou 3788-8862 (alunos de pós-graduação terão desconto)

Congressos

* **II Congresso Científico dos Estudantes de Enfermagem**
 DIAS E HORÁRIOS: 5 e 6/9/2005, das 18 às 22 horas e 7/9/2005, das 9 às 15h30
 LOCAL: Salão Nobre da FCM
 INFORMAÇÕES E INSCRIÇÕES: cocenf@gmail.com ou pelo telefone (19) 3788-7443

* **Jornada de Fisioterapia em Ortopedia e Traumatologia**
 DIAS E HORÁRIOS: 9/9/2005, das 18 às 22 horas e 10/9/2005, das 8 às 17 horas
 LOCAL: Auditório da FCM
 COORDENAÇÃO: Prof. Dr. William Dias Belangero

* **III Semana de Estudos em Fonoaudiologia da Unicamp**
 DIAS E HORÁRIOS: 13 a 16/9/2005, das 9 às 17 horas
 LOCAL: Auditório da FCM
 COORDENAÇÃO: Profa. Dra. Maria Francisca Colella dos Santos

Curso de Extensão

* **Especialização em Unidade Coronária**
 PERÍODO: de 16/9/2005 a 16/12/2005
 LOCAL: FCM
 COORDENADOR: Prof. Dr. Otávio Rizzi Coelho
 INSCRIÇÕES: até o dia 9/9/2005 no endereço www.extecamp.unicamp.br ou pelo telefone (19) 3788-4646

Dia Nacional do Doador de Órgãos e Tecidos

* **Palestras sobre Doação de Órgãos**
 DIA: 27/9/2005
 HORÁRIO: das 9 às 17 horas
 LOCAL: Auditório da FCM

Projeto Cultural "Arte ao 1/2 dia"

* **Orquestra Jovem da Unicamp**
 REGENTE: Simone Menezes
 DIA: 28/9/2005
 HORÁRIO: das 12h30 às 13h30
 LOCAL: Auditório da FCM

Palestra

* **O Desafio da Telemedicina**
 PALESTRANTE: Prof. Dr. György Miklós Böhm, do Laboratório de Telemedicina do Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina da USP
 DIA: 29/9/2005 HORÁRIO: 11h
 LOCAL: Salão Nobre da FCM

Dia da Secretária

* **Confraternização do Dia da Secretária**
 DIA: 30/9/2005 HORÁRIO: 15h
 LOCAL: Saguão da Diretoria da FCM

EXPEDIENTE

REITOR
 Prof. Dr. José Tadeu Jorge
 VICE REITOR
 Prof. Dr. Fernando Ferreira Costa

Departamentos FCM

DIRETORA
 Profa. Dra. Lillian T. L. Costallat
 DIRETOR-ASSOCIADO
 Prof. Dr. José A. R. Gontijo
 ANATOMIA PATOLÓGICA
 Profa. Dra. Maria Letícia Cintra
 ANESTESIOLOGIA
 Profa. Dra. Angélica de F. de A. Braga
 CIRURGIA
 Prof. Dr. Juvenal R. Navarro Goes
 CLÍNICA MÉDICA
 Prof. Dr. Otávio Rizzi Coelho
 ENFERMAGEM
 Profa. Dra. Izilda Esmênia Muglia
 FARMACOLOGIA
 Prof. Dr. Stephen Hyslop
 GENÉTICA MÉDICA
 Profa. Dra. Antonia P. Marques de Faria
 MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
 Prof. Dr. Djalma de C. Moreira Filho
 NEUROLOGIA
 Prof. Dr. Fernando Cendes
 OFTALMO/OTORRINO
 Prof. Dr. Agrício Nubriato Crespo

ORTOPEDIA
 Prof. Dr. João Batista de Miranda
 PATOLOGIA CLÍNICA
 Profa. Dra. Eliana Cotta de Faria
 PEDIATRIA
 Profa. Dra. Antonia Terezinha Tresoldi
 PSIC. MÉDICA E PSIQUIATRIA
 Prof. Dr. Wolgrand A. Vilela
 RADIOLOGIA
 Profa. Dra. Irene H. K. Barcelos
 TOC GINECOLOGIA
 Prof. Dr. Luiz Carlos Zeferino
 COORD. COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO
 Prof. Dr. José Guilherme Cecatti
 COORD. COMISSÃO EXTENSÃO
 Prof. Dr. Otávio Rizzi Coelho
 COORD. COMISSÃO ENS. RESIDÊNCIA MÉDICA
 Prof. Dr. Fábio Bucarety
 COORD. COMISSÃO ENS. GRADUAÇÃO MEDICINA
 Profa. Dra. Angélica M. B. Zeferino
 COORD. COMISSÃO DE APRIMORAMENTO
 Profa. Dra. Lise Roy
 COORD. CÂMARA DE PESQUISA
 Prof. Dr. José Butori L. de Faria
 PRESIDENTE DA COMISSÃO DO CORPO DOCENTE
 Prof. Dr. Gil Guerra Junior
 COORD. PRÓ-TEMPORE DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM FONOAUDILOGIA
 Profa. Dra. Maria Cecília M. P. Lima

COORD. DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
 Profa. Dra. Eliete Maria Silva
 COORD. DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA
 Profa. Dra. Nelci Fenalti Hoehr
 COORD. DO CENTRO ESTUDOS PESQUISA EM REABILITAÇÃO (CEPRE)
 Profa. Dra. Heloisa G. R. G. Gagliardo
 COORD. DO CENTRO DE CONTROLE DE INTOXICAÇÃO (CCI)
 Prof. Dr. Eduardo Melo Capitani
 ASSISTENTE TÉCNICO DE UNIDADE (ATU)
 Carmen Silvia dos Santos

O Boletim da FCM é uma publicação mensal da Assessoria de Relações Públicas da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)

Conselho Editorial

Prof. Dr. José A. R. Gontijo
 TEMA DO MÊS
 Prof. Dr. Mario José Abdalla Saad
 Prof. Dr. José B. Lopes de Faria
 BIOÉTICA E LEGISLAÇÃO
 Profa. Dra. Carmem Bertuzzo
 Prof. Dr. Sebastião Araújo

DIRETRIZES E CONDUTAS
 Profa. Dra. Laura Sterian Ward
 ENSINO E SAÚDE
 Profa. Dra. Angélica M. B. Zeferino
 Profa. Dra. Maria Cecília M. P. Lima
 Profa. Dra. Eliete Maria Silva
 Profa. Dra. Nelci Fenalti Hoehr
 SAÚDE E SOCIEDADE
 Prof. Dr. Nelson Filice de Barros
 Prof. Dr. Everardo D. Nunes

RESPONSÁVEL Silvia Motta – CONRERP 237
 EQUIPE Claudia Ap. Reis da Silva, Edimilson Montalti, Edson Luis Vertu, Fátima Segantin, Maria de Fátima do Espírito Santo, Marilza Coelho Borges
 PROJETO GRÁFICO Ana Basaglia
 REVISÃO Maria Rita B. Frezzarin
 TIRAGEM 1.500 exemplares
 DISTRIBUIÇÃO GRATUITA
 SUGESTÕES jornalrp@fcm.unicamp.br
 TELEFONE (19) 3788-8049

Até o fechamento desse *Boletim*, novas teses, dissertações, palestras e eventos poderão ocorrer. Confira a programação completa no site www.fcm.unicamp.br