



IMPRESSO ESPECIAL

8.74.02.0314-8 - DR/SPI

FCM / Unicamp

PODE SER ABERTO PELA EBCT

Departamento de Radiologia:

Uma resposta às mobilizações estudantis de 1968

Breve nota sobre Marie Curie (1867-1934) - Nascida na Polônia e casada com Pierre Curie, recebeu por duas vezes o Prêmio Nobel, em reconhecimento a seus estudos sobre a radioatividade. Em 1903, junto com o marido Pierre e com A.H. Becquerel, recebeu o Nobel de Física. Becquerel descobriu, em 1896, a propriedade que certos minerais de urânio possuíam de emitirem raios semelhantes aos raios X. Marie e Pierre Curie descobriram a radioatividade do tório. Em 1898, isolaram o polônio (um novo elemento radioativo, 400 vezes mais poderoso que o urânio) e descobriram, ainda naquele ano, o radium, elemento ainda mais ativo que o polônio. Em 1911, foi condecorada com o Nobel de Química, por suas pesquisas sobre as propriedades do radium e características de seus compostos. Ironicamente, Marie Curie faleceu de leucemia causada pela excessiva exposição a substâncias radioativas.

Os primeiros movimentos no sentido de criação da Universidade Estadual de Campinas tiveram início em 1958 quando, com o aval do governador Adhemar de Barros, foi inaugurada, na cidade, uma nova escola médica, como núcleo isolado. Após alguns anos de entendimentos e estudos da Secretaria Estadual de Educação, chegou-se à conclusão de que em torno dessa escola médica deveria dar início uma nova universidade.

Assim, em 1963, essa recém constituída escola passou a ser conhecida como Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas. Alguns problemas com relação à formação acadêmica das primeiras turmas de Medicina eclodiram em 1965, quando teve o início do ciclo clínico na Santa Casa de Campinas, sob condições precárias, onde não havia ainda a área de imagens adequada à formação de graduandos. Os exames radiológicos eram feitos no serviço de radiologia do Hospital Irmãos Penteado.

Quando a segunda turma chegou no ciclo clínico, em 1966, a situação tornou-se praticamente insustentável por causa do aumento da demanda de exames radiológicos. Como não havia nenhum sinal de que os dirigentes da Faculdade solucionariam o problema, as duas primeiras turmas resolveram entrar em greve. Nesta época, até o Exército colaborou, emprestando uma barraca de campanha que foi montada no pátio da Santa Casa, onde os alunos acamparam por vários dias em sinal de protesto pela falta de um serviço de imagem.

O movimento recebeu o apoio de alguns professores que, em solidariedade aos

alunos, passavam noites em atividades conjuntas para ajudar nas reivindicações. Como resultado dessa mobilização, a Unicamp adquiriu o primeiro aparelho de raios X de médio porte e um portátil para exames das extremidades.

Em outubro de 1968, após algumas reformas no antigo pavilhão de isolamento da Santa Casa, os dois aparelhos foram instalados, uma sala de laudos e uma pequena secretaria foram montadas para atender os pacientes. Nascia então, nesse ano, o Serviço de Radiologia da FCM, organizado pelo médico Rubens Marcondes Pereira.

O processo de criação do Departamento de Radiologia começou em 1977, mas foi oficialmente constituído somente em 1992, após a titulação necessária do corpo docente. Atualmente, o Departamento de Radiologia é dividido em três grandes áreas: Radiologia Geral, Medicina Nuclear e Radioterapia. A despeito das dificuldades atuais com relação ao parque de equipamentos e daquelas relacionadas às restrições impostas pelas deficiências na infraestrutura física do Departamento, este se inseriu de forma determinante e institucional na reforma curricular do curso médico, inclusive em módulos básicos, direcionando o ensino às necessidades de um novo profissional no exercício de suas funções, reafirmando a importância de seus docentes no processo de ensino-aprendizagem.

Prof. Dr. Livio Nanni,

COORD. DO DEPTO. DE RADIOLOGIA

DE 1992 A 1994 E DE 1998 A 2002, FCM, UNICAMP

NESTA EDIÇÃO:

Os rumos atuais da pesquisa em obesidade apontam para novas perspectivas terapêuticas

VEJA TAMBÉM:

Eutanásia no contexto da pós-modernidade: uma reflexão

Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica

Abordagem inicial da Hipertensão Arterial Sistêmica

Os rumos atuais da pesquisa em obesidade: novas perspectivas terapêuticas

Estudos recentes revelaram ser o consumo de gorduras um dos principais motivos do ganho ponderal induzido pela expressão de citocinas pró-inflamatórias no hipotálamo (...). Dessa forma, há a perspectiva de uma nova e promissora terapêutica para a obesidade, por meio do uso de antiinflamatórios.

O Brasil tem, de acordo com estudos recentes, aproximadamente 35% de sua população com sobrepeso (IMC>25) ou obesidade (IMC>30). Projeções para as próximas décadas revelam que chegaremos a 2020 com mais de 25% da população obesa e mais de 50% com IMC>25^{1,2}. A obesidade é acompanhada de co-morbidades tais como diabetes mellitus, hipertensão arterial, aterosclerose, distúrbios osteoarticulares e algumas formas de câncer³. Em países desenvolvidos, a obesidade aparece como o principal fator de risco para morte prematura. Assim, uma questão se impõe diante de tais circunstâncias: o que fazer para evitar esse incremento no número de obesos?

Considerando-se que os métodos terapêuticos disponíveis são pouco efetivos (modalidades comportamentais e farmacológicas) ou muito invasivos (modalidades cirúrgicas), para responder à questão acima deve-se avançar na caracterização dos mecanismos de controle da fome e da termogênese para que ações específicas e efetivas possam ser desenvolvidas. Neste contexto, o descobrimento da leptina, em 1994, e a caracterização da ação hipotalâmica da insulina nos últimos dez anos, estabeleceram novos mecanismos e paradigmas do controle da fome³. Os níveis sanguíneos de leptina e insulina sofrem variações circadianas relacionadas à ingestão alimentar. Ambos os hormônios apresentam também variações plasmáticas de acordo com a adiposidade corporal.

Elevações dos níveis destes hormônios ativam o núcleo arqueado do hipotálamo que comanda uma complexa rede de neurônios localizados nos núcleos paraventricular, lateral e ventromedial, tendo como resultado a redução da fome e o aumento da termogênese⁴. Enquanto esse sistema funcionar adequadamente, as variações de peso corporal serão pequenas. Entretanto, caso ocorra uma cisão entre informações aferentes sobre ingestão alimentar e adiposidade moduladas pela leptina e insulina e a resposta neural, caracterizada pela redução da fome e aumento da

termogênese, a obesidade se instalará. Esta cisão caracteriza a resistência hipotalâmica aos sinais adiposotáticos da leptina e insulina.

Estudos recentes revelaram ser o consumo de gorduras um dos principais motivos do ganho ponderal induzido pela expressão de citocinas pró-inflamatórias no hipotálamo⁵. Tais citocinas ativam enzimas serina-quinases e moléculas supressoras da transdução de sinais intracelulares. Por sua vez, estas, inibindo a sinalização celular da leptina e da insulina, atuam como intermediárias entre o fator ambiental (dieta rica em gordura) e a disfunção neural (indução da fome e menor termogênese). Tem sido demonstrado que a inibição central de tais vias por substâncias pró-inflamatórias ou por recombinação gênica reduz a fome e atenua a obesidade^{5,6}. Dessa forma, há a perspectiva de uma nova e promissora terapêutica para a obesidade, por meio do uso de antiinflamatórios.

Questões devem ser respondidas antes que se possa testar tais procedimentos terapêuticos em humanos. A principal questão está relacionada à comprovação se tal fenômeno inflamatório ocorre no hipotálamo de humanos obesos (até o presente, todos os estudos foram realizados em modelos animais). Neste caso, busca-se o desenvolvimento de metodologias que permitam a detecção de processos inflamatórios em áreas cerebrais, impossíveis de serem detectadas pelos métodos de imagens atuais. Por outro lado, avanços têm sido obtidos com o desenvolvimento de drogas de efeito antiinflamatório específico, que atravessam a barreira hematoencefálica e com poucos efeitos colaterais. Assim, estudos recentes têm revelado que, mais que um distúrbio comportamental, a obesidade é consequência de disfunções envolvendo erros nutricionais, endócrinos, neurais e imunológicos, e somente uma efetiva atuação sobre elas poderá atenuar o avanço dessa epidemia.

1. KOPELMAN, P. G. *Nature* 2000; 404: 635-43.

2. SIQUEIRA, K. S. et al. *Obes Res* 2004; 12: 1921-4.

3. FLIER, J. S. *Cell* 2004; 116: 337-50.

4. SCHWARTZ, M. W. et al. *Nature* 2000; 404: 661-71.

5. De SOUZA, C. T. et al. *Endocrinology* 2005.

6. MORI, H. Et al. *Nat Med* 2004; 10: 739-43.

Prof. Dr. Lício A. Velloso

DISCIPLINA DE IMUNOLOGIA CLÍNICA, FCM, UNICAMP

Abordagem inicial da Hipertensão Arterial Sistêmica

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença que afeta mais de um bilhão de pessoas, sendo um dos maiores fatores de risco para doenças cerebrovasculares, coronariana, vascular periférica e para insuficiência cardíaca e renal. A definição do diagnóstico, classificação, identificação de fatores de risco e condições patológicas implicam prognóstico e tratamento, identificação de causas secundárias e avaliação de lesões de órgãos-alvo. O diagnóstico da HAS baseia-se em valores pressóricos (duas medidas consecutivas) confirmados em uma ou mais visitas ambulatoriais. Essas medidas devem ser obtidas em condições apropriadas: a) após repouso de 60 a 90 minutos, abstinência alcoólica, de alimentos, café ou tabagismo até 30 minutos antes; b) em posição sentada com braço apoiado na altura do coração, após repouso de 5 a 10 minutos; c) utilizando manguitos de diâmetros adequados^{1(D)}.

A monitorização ambulatorial da pressão arterial pode auxiliar no diagnóstico da "hipertensão do jaleco branco", na avaliação de pacientes com HAS resistente a tratamento clínico, sintomas hipotensivos secundários, hipertensão episódica e disfunção autonômica. Níveis normais de pressão são definidos epidemiologicamente como inferiores a 120/80 mmHg. Níveis sistólicos entre 120-139 mmHg e diastólica entre 80-89 mmHg são tidos como pré-hipertensão, cujo risco de morbidade é de duas vezes àqueles estabelecidos para normotensos. HAS é definida para valores acima de 140/90 mmHg e subdividida em estágio 1 (140-159 mmHg e 90-99 mmHg) e estágio 2 (igual ou acima de 160/100 mmHg)^{2(D)}.

A estratificação de risco baseia-se em fatores tais como tabagismo, obesidade, sedentarismo, dislipidemia, diabetes mellitus, idade, antecedente familiar, microalbuminúria e de lesões em órgãos-alvo: hipertrofia ventricular esquerda, angina pectoris, infarto ou revascularização, insuficiência cardíaca, episódios de AIT e AVC, retinopatia e doenças renais e arteriais crônicas^{1,2(D)}.

A hipertensão secundária caracteriza-se por achados semiológicos tais como fácies *cushingóide* ou acromegálica, diferencial de pressão e pulso arterial entre membros, sopro abdominal, rins policísticos com massas abdominais palpáveis, sinais de hipertireoidismo ou hiperparatireoidismo.

A avaliação de órgãos-alvo inclui fundoscopia, palpação de pulsos periféricos, ausculta abdominal, femoral e carotídea, palpação abdominal na busca de massa pulsátil, avaliação de edema periférico e estase venosa, palpação do *ictus cordis* para avaliação da área cardíaca, ausculta de bulhas acessórias ou hiperfonese de A2 e avaliação neurológica. A avaliação laboratorial deve incluir hemograma, dosagens de uréia, creatinina, sódio e potássio, urinálise, glicemia de jejum e lipidograma, assim como eletrocardiograma.

Para instituição terapêutica deve-se considerar o nível pressórico e a estratificação de risco individual do paciente (Tab. 1).

	RISCO A	RISCO B	RISCO C
	Ausência de FR e LOA	Presença de FR (exceto diabetes) e sem LOA	Presença de LOA, doença cardiovascular e/ou diabetes
Pré-hipertensão	MEV	MEV	MEV *
Estágio 1	MEV (até 12 meses)	MEV (até 6 meses) **	TM
Estágio 2	TM	TM	TM

Avanços recentes no conhecimento da HAS tem modificado os critérios diagnósticos e terapêuticos, entretanto, o controle pressórico de pacientes continua aquém do desejado (Tab. 2), o que enfatiza a importância da aderência do paciente para o sucesso terapêutico^{2(D)}.

	1976-80	1988-91	1991-94	1999-2000
Conhecimento	51	73	68	70
Tratamento	31	55	54	59
Controle *	10	29	27	34

* PAS < 140 mmHg < PAD < 90 mmHg

Nível de Evidência:

A, estudos experimentais e observacionais consistentes; B, estudos experimentais e observacionais de menor consistência; C, relatos e séries de casos; D, consensos ou opiniões de especialistas.

Leonardo Fantinato Menegon

DISC. DE MED. INTERNA E SEMIOLOGIA, FCM, UNICAMP

Níveis

normais de pressão são definidos epidemiologicamente como inferiores a 120/80 mmHg.

Tabela 1. Decisão terapêutica segundo valores de pressão arterial e estratificação de risco individual em função de fatores de risco (FR) e lesão em órgãos-alvo (LOA)^{1 (D)}. MEV: mudança de estilo de vida; TM: tratamento medicamentoso. * TM se insuficiência cardíaca, insuficiência renal ou diabetes. ** TM se múltiplos fatores de risco.

Tabela 2. Percentual de conhecimento, tratamento e controle de hipertensão arterial em adultos entre 18-74 anos. National Health and Nutrition Examination Survey².

1. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Disponível em: www.sbh.org.br

2. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7). Disponível em: www.nhlbi.nih.gov/PELM/AN/P.G.Nature.2000.404:635-43.

Eutanásia no contexto da pós-modernidade: uma reflexão

"Alguns dizem
que, enquanto
há vida, há
esperança; outros
dizem que,
enquanto há
vida, há ilusão.
Sem dúvida
todos têm razão,
mas o
comportamento
concreto mudará
dependendo de
sua crença."

Jean-Yves Leloup

A palavra dignidade se relaciona ao respeito a si mesmo, amor-próprio, brio, pundonor... Digno é aquele que merece respeito, respeito às suas vontades, respeito à sua autonomia. Autonomia (*auto*-próprio, *nomos*- governo) significa a capacidade de decidir *per se*, o usufruto da liberdade e autodeterminação. Assim, o sentido adequado para o termo *morrer* com dignidade está relacionado ao respeito às vontades do indivíduo até o seu fim, isto é, sua autonomia de optar pela morte.

O conceito de liberdade individual é relativamente recente na história da cultura ocidental, tendo sido à base do humanismo e das revoluções liberais do Iluminismo. Fundamenta-se nos ideais da independência americana e da Revolução Francesa, que culmina com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948.

Apesar de todas as conquistas modernas, as expectativas de felicidade não se concretizaram, desencadeando uma desilusão generalizada acerca desses ideais após a passagem do flagelo de duas grandes guerras. Os movimentos rebeldes das artes dos anos 50 e dos movimentos populares nos anos 60 e 70 marcaram bem essa onda de desilusão e necessidade de mudança.

Desse modo, o homem *pós-moderno* se caracteriza pela descrença na moral tradicional, pela ausência de referenciais fortes, sendo obrigado a viver a angústia da resolução solitária dos seus dilemas do dia-a-dia. A falta de confiança no Estado e a insegurança da falta de garantias do bem comum levaram ao estabelecimento do individualismo exacerbado e à falta de esperança no futuro. Este cenário caracteriza-se pela falta de ideais coletivos que dão sentido à existência e fazem compartilhar com os semelhantes a coragem da luta pelo amanhã. A fundamentação da felicidade, antes centrada na esperança do futuro, foi substituída pelo gozo imediato. O valor das coisas foi deslocado para tudo aquilo que pode fornecer prazer, para a superficialização das relações humanas,

para a alienação das pessoas e hipervalorização do hedonismo. Neste contexto em que a autonomia foi reduzida unicamente à esfera do privado, é que queremos nos referir à questão da eutanásia (*boa morte*). A cultura ocidental parece encontrar-se carente de recursos para elaborar a idéia da morte. Nunca foi fácil morrer, mas também parece que nunca foi tão difícil.

Não se deve confundir o conceito de eutanásia com o uso racional dos recursos médicos no final da vida, situação conhecida como "ortotanásia", que se contrapõe à obstinação terapêutica ou "distanásia", infelizmente também tão comum nos dias de hoje. Impõe-se, assim, a questão: é aceitável colocar um fim à vida de um ser humano, mesmo para atenuar seu sofrimento (eutanásia clássica), mesmo a pedido deste (suicídio assistido)? Ou, ainda, sendo a autonomia um bem supremo, ela está, inclusive, acima da vida? Nos parece claro que à liberdade impõem-se limites, pois assim como o desrespeito à autonomia leva à opressão, o atendimento acrítico desta pode descambar para o individualismo, com o comprometimento de ações coletivas de solidariedade. Acreditando que a vida está acima de tudo e que somos como atores desempenhando o melhor possível seus papéis, a visão do coletivo vincula a performance individual com o desempenho dos demais atores sociais, neste grande palco que é a vida.

Mesmo vislumbrando dificuldades, deve-se manter o objetivo da idéia utópica de que uma vida melhor é possível, construída a partir das ações coletivas, em que as pessoas sejam referência de felicidade e, o bem comum, cuidado por cada um de nós. Talvez o nome mais adequado para tudo isso seja *amor*. E este é, certamente, o ponto central da Bioética.

Os recentes casos de Terri Schiavo e do Papa João Paulo II estão aí para subsidiar esta reflexão...

Dr. Venâncio Pereira Dantas Filho
DEPARTAMENTO DE NEUROLOGIA, FCM, UNICAMP

A formação e a assistência farmacêutica atual

A nova Lei de Diretrizes e Bases (LDB) da Educação Nacional, promulgada em 20 de dezembro de 1996, trouxe para o cenário da educação superior uma série de mudanças qualitativas e quantitativas. Dentre elas, a que mais impacto causou às estruturas curriculares dos cursos de graduação é a substituição dos antigos currículos mínimos, revogados pela publicação da Lei 9.394, pelas Diretrizes Curriculares. Para a educação farmacêutica, essa mudança não só modificou as estruturas curriculares propriamente ditas, mas também a filosofia de formação profissional.

O antigo currículo mínimo de Farmácia, instituído no final da década de 60, preconizava a formação de farmacêuticos em habilitações específicas: Alimentos, Análises Clínicas, Toxicológicas, Farmacológicas e Medicamentos e arrolava as disciplinas que deveriam, obrigatoriamente, fazer parte das estruturas curriculares. As Diretrizes Curriculares, ao contrário, ao definirem o perfil e as competências e habilidades do profissional, sinalizam para as áreas de conhecimento (e não disciplinas) que deverão compor a estrutura curricular. Cabe às instituições de ensino superior, atendendo aos princípios gerais das Diretrizes da área específica, compor a sua estrutura de acordo com o seu projeto de ensino.

As Diretrizes Curriculares para o ensino de Farmácia definiram o seguinte perfil geral para o farmacêutico:

"Farmacêutico com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual, capacitado ao exercício de atividades referentes aos fármacos e aos medicamentos, às análises clínicas e toxicológicas e ao controle, produção e análise de alimentos, pautado em princípios éticos e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade".

A farmácia profissional é hoje aquela em que o farmacêutico está presente para

atender ao público, seguindo protocolos técnicos e orientando o usuário sobre a prescrição do medicamento, mas seu campo de atuação expandiu-se também para a promoção da atenção primária da saúde e para a prevenção de doenças. Com ênfase na atenção farmacêutica, o governo vem adotando uma série de providências indutivas que facilitem o acesso da população à terapêutica medicamentosa para consolidar a assistência farmacêutica como ferramenta essencial às ações primárias de promoção à saúde. Uma dessas medidas é o decreto presidencial que autoriza o fracionamento da apresentação comercial de medicamentos. Esse decreto, que autoriza o fracionamento, foi encaminhado à Consulta Pública da Anvisa para regulamentação. Dessa forma, a venda fracionada adicionada a outras medidas de impacto social e sanitário pode ampliar a utilização racional de medicamentos, privilegiando uma ampla faixa da população colocada ao lado desse acesso a um bem, muitas vezes, vital. Uma outra Resolução está sendo elaborada para regulamentar a atividade do farmacêutico na área de Radiofarmácia para delinear os limites da atuação profissional neste setor.

A comunicação e divulgação do conhecimento também são instrumentos essenciais no trabalho do farmacêutico, como estabelece Divaldo Lyra Junior em sua tese de doutorado. Utilizando ferramentas pedagógicas adaptadas de Paulo Freire, o farmacêutico observou o impacto da informação de intervenções terapêuticas em idosos atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Essa abordagem buscou conscientizar e estimular a autonomia do idoso como agente de sua própria saúde. Assim, cabe ao farmacêutico no seu trabalho diário entender e atender as reais necessidades do paciente, tendo em vista sempre a sua individualidade, escolaridade, aspectos culturais e sua história de vida.

A farmácia profissional é hoje aquela em que o farmacêutico está presente para atender ao público, seguindo protocolos técnicos e orientando o usuário sobre a prescrição do medicamento, mas seu campo de atuação expandiu-se também para a promoção da atenção primária da saúde e para a prevenção de doenças.

Profa. Dra. Nelci Fenalti Høehr

COORDENADORA DO CURSO DE FARMÁCIA, UNICAMP

Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica

Migrar o ensino para a ABS não significa, automaticamente, migrá-lo para um paradigma novo. A ABS reproduz, freqüentemente, em condições limitadas, o mesmo modelo de atenção à saúde dos serviços especializados.

A Associação Brasileira de Educação Médica e a Coordenação de Ensino da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) vêm promovendo uma série de debates sobre a integração do ensino de medicina na Atenção Básica à Saúde (ABS). Nos sistemas nacionais de saúde, como é o caso do Sistema Único de Saúde (SUS), a ABS deveria se encarregar de 80% dos problemas de saúde da população¹.

Para isso, a ABS deve cumprir pelo menos três funções importantes²:

a) *Acolhimento à demanda e busca ativa com avaliação de vulnerabilidade*: os usuários precisam ser acolhidos no momento em que demandam. Sem isso, a ABS nunca se constituirá em verdadeira porta do sistema. Ao mesmo tempo, por meio do recurso da visita domiciliar, adstrição de clientela e análise das condições de saúde da comunidade e do território, espera-se uma postura que vincule pessoas, famílias e a comunidade às equipes.

b) *Clínica ampliada*: a clínica realizada na rede básica de saúde tem uma série de especificidades, o que a torna diferente da realizada em grandes centros hospitalares ou ambulatoriais de especialidades³. Contrário ao que se costuma pensar, há grande complexidade nas intervenções na rede básica. O complexo se define em termos de número de variáveis envolvidas em um dado processo. Neste sentido é necessário intervir sobre a dimensão biológica ou orgânica de riscos ou doenças, mas será também necessário encarar os riscos subjetivos e sociais.

c) *Saúde coletiva*: ainda será necessário que a rede básica realize procedimentos de cunho preventivo e de promoção à saúde no seu território. Busca ativa de doentes, vacinas, educação, medidas para melhorar a qualidade de vida e projetos intersetoriais⁴.

Migrar o ensino para a ABS não significa, automaticamente, migrá-lo para

um paradigma novo. A ABS reproduz, freqüentemente, em condições limitadas, o mesmo modelo de atenção à saúde dos serviços especializados. A abordagem integral depende da reformulação do paradigma tradicional denominado de biomédico. Essa ABS idealizada em recomendações e textos teóricos não existe em nenhum lugar, com certeza. Como está acontecendo com o SUS em geral, também a implantação da rede de ABS no Brasil está ocorrendo de maneira bastante heterogênea. Concluindo, pode-se observar que, apesar da mudança de cenário, a ABS tende, na prática, a reproduzir o modelo biomédico dominante, sendo necessário esforços continuados e sistemáticos para reformular esse tipo de prática e de saber.

Há uma recomendação curricular para que a formação médica busque uma variação de cenários para o ensino prático. Na mesma linha, recomenda-se a inserção do aluno desde o início do curso em atividades práticas⁵. Observa-se que, progressivamente, com a implantação do SUS, grande parte dos casos que antes demandava atendimento em hospitais e serviços de urgência, busca atenção na ABS. Assim, o próprio ensino da clínica necessita de novos cenários. Além do mais, na ABS o aluno seria ensinado a fazer uma abordagem ampliada e singular de cada caso, o que qualificaria a formação. Entrar em contato com essa complexidade, com a obrigação de trabalhar em equipe e de fazer um seguimento longitudinal possibilita que o aluno se aproprie de competências essenciais para o exercício da profissão. A ABS não se efetivará se não contar com milhares de médicos capazes para trabalhar em equipe, exercer uma clínica ampliada, participar de projetos coletivos e continuar aprendendo.

Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos
DEPTO. DE MED. PREVENTIVA E SOCIAL, FCM, UNICAMP

1. World Health Organization. Primary Health Care. Genebra, WHO, 1978.

2. CAMPOS, G. W. S. Saúde Paidéia. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

3. STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

4. World Health Organization. Implementation of the global strategy for health for all by the year 2000. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1994.

5. MARINS, J. J. N. Os cenários de aprendizagem e o processo do cuidado em saúde. In: Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. Org. João José N. Marins, Sergio Rego, Jadete B. Lampert e José Guido C. de Araújo. São Paulo: ABEM/Hucitec, 2004.

NOTAS

*Pela segunda vez consecutiva, um docente do Departamento de Anestesiologia da FCM, juntamente com outros docentes do Departamento de Bioquímica do Instituto de Biologia da Unicamp, recebeu o "Prêmio Doutor José Carlos Maia", concedido pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia aos autores do melhor trabalho sobre anestésicos locais de 2005. O trabalho premiado foi "Mistura Enantiomérica de Bupivacaína (S75-R25) Complexada com Ciclodextrinas e Anestesia Intratecal em Ratos", de Angélica de Fátima de Assunção Braga (FCM), Daniele Ribeiro de Araújo, Carolina Morales Moraes, Leonardo Fernandes Fraceto e Eneida de Paula. O prêmio, em dinheiro e mais um certificado, será entregue na sessão de abertura do 52º Congresso Brasileiro de Anestesiologia, que acontecerá de 12 a 16 de novembro em Goiânia.

*Até o dia 12 de outubro, Dia das Crianças, o Serviço de Coleta/DPC do Hospital de Clínicas (HC), localizado no 2º piso, estará arrecadando pirulitos, doces e brinquedos para doar a todas as crianças que estiverem em atendimento no HC durante essa semana. As doações também podem ser feitas em dinheiro. Outras informações podem ser obtidas com Letícia, Toyoko ou Lucélia pelos ramais 87406 ou 87384.

TESES DE DOUTORADO

**Carcinomas primários do ovário: estudo imunohistoquímico do p53, PTEN e do Ki67 relacionados*

a dados clínicos e morfológicos.

Uma discussão sobre vias de carcinogênese

DIA: 6/10/2005

HORÁRIO: 9 horas

LOCAL: Sala de Reuniões do Departamento de Anatomia Patológica da FCM

CANDIDATA: Cristiane Pereira Gomes

ORIENTADORA: Profa. Dra.

Liliana Andrade

**Estigma na epilepsia*

DIA: 07/10/2005

HORÁRIO: 14 horas

LOCAL: Anfiteatro da Comissão de Pós-Graduação da FCM

CANDIDATA: Paula Teixeira Fernandes

ORIENTADOR: Prof. Dr. Li Li Min

DISSERTAÇÕES DE MESTRADO

**Adaptação de questionário de avaliação da qualidade de vida e percepção relativa à doença aplicado a indivíduos portadores de catarata senil*

DIA: 26/10/2005

HORÁRIO: 10h10

LOCAL: Anfiteatro da Oftalmologia da FCM

CANDIDATO: Ezon Vinícius Alves Pinto Ferraz

ORIENTADOR: Prof. Dr. Carlos Eduardo L. Arieta

**Fenda de lábio e (ou) palato e fonoaudiologia: aspectos de saúde sob a visão da família*

DIA: 28/10/2005

HORÁRIO: 14 horas

LOCAL: Centro de Investigação em Pediatria da FCM

CANDIDATA: Lívia Gobby Amstalden Mendes

ORIENTADORA: Profa. Dra. Vera Maria Santoro Belangero

LANÇAMENTO

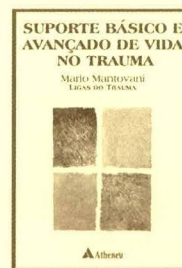
**Suporte básico e avançado de vida no trauma*

Mario Mantovani

O livro tem sua origem e redação em 32 Ligas do Trauma

do Brasil. Escrito por diversos professores e colaboradores, o livro dispõe de protocolos, procedimentos com treinamento prático, padronização de conceitos e linguagem médica comuns e consensuais para o atendimento básico e avançado de vida.

Serve de treinamento de socorristas em situações inadaptadas, desde o mal súbito de pessoas isoladas até catástrofes em massa. Suporte básico e avançado de vida no trauma é, em síntese, um livro que salva vidas e melhora o prognóstico e a qualidade das vidas salvas.



Brochura

456 páginas

Ano: 2005

ISBN:857379766-5

Preço: R\$ 67,00

Editora Atheneu

EVENTOS DE OUTUBRO

Exposição



**Memórias D'Água*

ARTISTA: Wilma Paschoal Moreira

PERÍODO: de 21/9/2005 a 21/10/2005

HORÁRIO: das 9 horas às 17h30

LOCAL: Espaço das Artes Saguão principal da FCM, Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, Campinas, SP

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

Curso

*XXIV Curso Anual de
Toxicologia e Toxinologia Clínica
PERÍODO: de 3 a 5/10/2005,
das 18h30 às 22h
LOCAL: Salão Nobre da FCM

Fórum Permanente de Arte e Cultura

*Arquivos Médicos: Gestão e Pesquisa Científica
DIA: 6/10/2005
HORÁRIO: das 9 às 17 horas
LOCAL: Salão Nobre da FCM
COORDENAÇÃO: Profa. Dra. Laura Sterian Ward e Neire do Rossio Martins
INSCRIÇÕES GRATUITAS:
www.cori.unicamp.br/foruns ou pessoalmente no dia do evento

Curso de Extensão

*Avaliação Psicológica Hoje
DIA: 7/10/2005
HORÁRIO: das 8h30 às 17h30
LOCAL: Salão Nobre da FCM
COORDENAÇÃO: Profa. Dra. Maria Adélia Jorge Mac Fadden
Informações pelo telefone
(19) 3788-4646 ou
www.extecamp.unicamp.br

Palestra

*Com que Roupa Eu Vou?
DATA: 14/10/2005
HORÁRIO: 14h30
LOCAL: Salão Nobre da FCM

PALESTRANTE: Cristiane Von Atzingen Gurgel

INSCRIÇÕES GRATUITAS:
relpubl@fcm.unicamp.br

Congresso

* XIV Comau Congresso Médico Acadêmico da Unicamp
DIAS E HORÁRIOS: 15/10/2005, das 8 às 22 horas e 17, 18 e 19/10/2005, das 18 às 24 horas
LOCAL: Auditório e Salão Nobre da FCM
COORDENAÇÃO: CAAL Centro Acadêmico "Adolfo Lutz"
INSCRIÇÃO:
comau2005@yahoo.com
PROGRAMAÇÃO COMPLETA:
www.fcm.unicamp.br/comau

Fórum Permanente e Interdisciplinar de Saúde

*Formação de Recursos Humanos para o SUS
DIA: 20/10/2005
HORÁRIO: das 9 às 17 horas
LOCAL: Anfiteatro da Biblioteca Central
ORGANIZAÇÃO: Caism, FCM e Hemocentro
INSCRIÇÕES GRATUITAS:
www.cori.unicamp.br/foruns ou pessoalmente no dia do evento

Solenidade

*Comemoração dos 20 anos do Hospital das Clínicas da Unicamp
DIA: 20/10/2005

HORÁRIO: das 18 às 22 horas
LOCAL: Auditório da FCM

Seminário

*III Seminário Epilepsia sob Nova Perspectiva
DIA: 21/10/2005
HORÁRIO: das 9h às 16h30
LOCAL: Auditório da FCM
COORDENADOR: Prof. Dr. Li Li Min
INFORMAÇÕES E INSCRIÇÕES:
(19) 3788-7292

Encontro

*VI Encontro de Pesquisa na Área de Serviço Social da PUC-Campinas e Unicamp
Tema: Avanços na produção do conhecimento e repercussões na prática
DIAS E HORÁRIOS:
26/10/2005, das 9 às 20 horas e dias 27 e 28/10, das 8h30 às 17 horas
LOCAL: Auditório e Salão Nobre da FCM
COORDENAÇÃO: Profa. Dra. Lise Roy

Congresso

*III & Fungos
DIA: 28/10/2005
HORÁRIO: das 9 às 18 horas
LOCAL: Centro de Convenções
COORDENAÇÃO: Maria Luiza Moretti
INSCRIÇÕES: (19) 3788-7342 ou infecto@fcm.unicamp.br

EXPEDIENTE

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

Departamentos FCM

DIRETORA
Profa. Dra. Lilian T. L. Costallat
DIRETOR-ASSOCIADO
Prof. Dr. José A. R. Gontijo
ANATOMIA PATOLÓGICA
Profa. Dra. Maria Letícia Cintra
ANESTESIOLOGIA
Profa. Dra. Glória M. B. Potério
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 PREV. 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. Cármino Antonio de Souza
COORD. COMISSÃO ENS. RESIDÊNCIA MÉDICA
Prof. Dr. Fábio Bucaretti
COORD. COMISSÃO ENS. GRADUAÇÃO MEDICINA
Profa. Dra. Angélica M. B. Zeferino
COORD. PRÓ-TEMPORE DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM FONO AUDIOLÓGICA
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. COMISSÃO DE APRIMORAMENTO
Profa. Dra. Lise Roy
COORD. CÂMARA DE PESQUISA
Prof. Dr. José Butori L. de Faria
COORD. DO CENTRO DE INVESTIGAÇÃO EM PEDIATRIA (CIPED)
Profa. Dra. Maria Marluce dos S. Vilela
COORD. NÚCLEO DE MEDICINA E CIRURGIA EXPERIMENTAL
Prof. Dr. José Butori L. de Faria
PRESIDENTE DA COMISSÃO DO CORPO DOCENTE
Prof. Dr. Gil Guerra Junior
COORD. DO CENTRO ESTUDOS PESQUISA EM REABILITAÇÃO (CEPRE)
Profa. Dra. Rita de Cássia I. Montilha
COORD. DO CENTRO DE CONTROLE DE INTOXICAÇÃO (CCI)
Prof. Dr. Eduardo Melo Capitani
ASSISTENTE TÉCNICO DE UNIDADE (ATU)
Carmen Silvia dos Santos

Conselho Editorial

Prof. Dr. José A. R. Gontijo
HISTÓRIA E SAÚDE
Prof. Dr. João José Fagundes
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, Edmilson Montalti, Edson Luis Vertu, Fátima Segantin, Maria de Fátima do Espírito Santo, Marilza Coelho Borges
PROJETO GRÁFICO Ana Basaglia
DIAGRAMAÇÃO Edmilson Barbosa de Oliveira
REVISÃO Elaine de Fátima Alcará Corradello
TIRAGEM 1.500 EXEMPLARES
DISTRIBUIÇÃO GRATUITA
SUGESTÕES jornalrp@fcm.unicamp.br
TELEFONE (19) 3788-8049

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)