

Departamento de Radiologia

Em 1958 criou-se uma escola médica, como núcleo isolado, no Estado de São Paulo, com o aval do governador Dr. Adhemar de Barros. Após alguns anos de entendimentos e estudos com a Secretaria Estadual de Educação, concluiu-se que esta escola médica deveria dar início a uma nova Universidade e o local escolhido foi a cidade de Campinas.

Assim, passou a ter o nome de Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, que teve o início do seu funcionamento no ano de 1963.

Em 1965 criou-se o nome de Unicamp e a 1ª turma teve o início do ciclo clínico (3º ano) na Santa Casa de Campinas, onde as condições eram precárias e, conseqüentemente, não havia ainda a área de imagens.

Os exames radiológicos eram realizados no serviço de radiologia do Hospital Irmãos Pentecoste como favor e boa vontade do Dr. Sbraggia.

Quando a 2ª turma chegou no ciclo clínico, em 1966, a situação tornou-se praticamente insustentável pelo 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 e os alunos acamparam por vários dias em sinal de protesto pela falta de um serviço de imagem. Alguns professores davam total apoio e jogavam baralho todas as noites para ajudar a passar o tempo e dar força às reivindicações dos alunos.

Assim, a Universidade adquiriu o primeiro aparelho de raios X, de médio porte e um portátil para exames das extremidades.

Após algumas reformas no antigo Pavilhão de Isolamento da Santa Casa,

foram instalados os dois aparelhos, uma sala de laudos e uma pequena secretaria. Assim, em outubro de 1968, teve início o Serviço de Radiologia da Faculdade de Ciências Médicas.

Foi convidado o Dr. Rubens Marcondes Pereira para organizar o Serviço que, inicialmente, pertencia à Clínica Médica e, em pouco tempo, passou a ser um serviço isolado diretamente ligado à diretoria da Faculdade.

Em 1969, o Serviço teve o seu primeiro residente e até hoje já foram formados mais de 350 profissionais. Em 1976, as duas primeiras teses de doutorado foram defendidas pelos doutores Rubens Marcondes Pereira e Livio Nanni.

Em 1977, foi dado início ao processo da criação do Departamento de Radiologia, o que não foi possível por falta de tempo hábil para titulação do corpo docente, não cumprindo as exigências dos Estatutos da Universidade. O processo permaneceu aberto até 1992, quando mais docentes se titularam, perfazendo o número mínimo necessário para a formação do Departamento de Radiologia.

Hoje, o Departamento conta com um professor-titular, um professor-associado, nove professores-doutores, e 14 médicos assistentes, sendo alguns também titulados.

Atualmente, o Departamento de Radiologia é dividido em três grandes áreas: Radiologia Geral, Medicina Nuclear e Radioterapia. Os docentes estão assim distribuídos: dois na Medicina Nuclear e nove na Radiologia Geral. A área de Radioterapia conta com três médicos assistentes, não tendo ainda docente de carreira. Continuamos aguardando novas ampliações por absoluta necessidade de serviço.

Texto original do
Prof. Dr. Livio Nanni

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA, FCM, UNICAMP



IMPRESSO ESPECIAL
8.74.02.0314-8 - DR/SPI
FCM / Unicamp
PODE SER ABERTO PELA EBCT

NESTA EDIÇÃO:

*Transplante
hepático do
Estado de
São Paulo*

VEJA TAMBÉM:

*Diagnóstico da
epilepsia*

*A comunicação
de ocorrências de
eventos
iatrogênicos aos
pacientes: uma
obrigação ética*

*Desenvolvimento
racional no
uso de
medicamentos*

*A profissão
médica na
atualidade*

Transplante hepático no Estado de São Paulo

Os dados da Secretaria de Saúde demonstraram que a doação aconteceu na proporção de 11 doadores por milhão de habitantes em um Estado cuja população é de 40 milhões de habitantes.

São Paulo é o Estado com maior número de transplantes hepáticos no país, tendo realizado 349 transplantes com doador cadáver e 103 com doador vivo, no ano de 2004.

Em 2005, admite-se, todavia, tenha havido uma redução de 30% no número de transplantes e que este número fique próximo ao de 2003, que foi de 289 pacientes transplantados.

Esta constatação é da Secretaria de Saúde de São Paulo e permite analisar alguns possíveis fatores responsáveis pela redução no número de transplantes. A primeira questão que se impõe é quanto ao número de doadores registrados no decorrer do ano de 2004.

Os dados da Secretaria de Saúde demonstraram que a doação aconteceu na proporção de 11 doadores por milhão de habitantes em um Estado que tem uma população de 40 milhões de habitantes.

Este índice de doação, embora pouco expressivo em relação à doação nos países do primeiro mundo, não deixa de representar avanço, pois, até pouco tempo atrás, a doação estava em níveis ainda mais baixos.

Todavia, este índice de doadores é, na verdade, de oito por milhão de habitantes, uma vez que a diferença está relacionada à recusa dos transplantadores em utilizarem órgãos por eles considerados de má qualidade. Esta observação permite analisar alguns pontos:

- 1) O empenho das Organizações de Procura de Órgãos (Opus) permite que a captação continue em números semelhantes aos anos anteriores, mesmo ainda aquém do necessário, mas contribui, por exemplo, para que a lista de pacientes inscritos no serviço de transplante hepático da Unicamp alcance a ordem de 400 pacientes aguardando este procedimento.
- 2) Outro fato positivo é que a notificação da morte encefálica tem se mantido constante, ou seja, não

diminuiu, o que indica uma contribuição expressiva dos hospitais e equipes médicas em manter, a despeito das dificuldades, a oferta de órgãos a serem transplantados.

- 3) A recusa familiar na doação de órgãos manteve-se inalterada em relação ao ano de 2003, o que também sugere que o altruísmo das famílias na doação de órgãos de seus familiares não diminuiu.

Órgãos inadequados

As observações indicam que o menor número de transplantes, efetivamente realizados, decorrem basicamente por conta da recusa do cirurgião em usar órgãos considerados de baixa qualidade.

A constatação da existência de órgãos inadequados ao transplante decorrem de causas variadas tais como, sorologia positiva para vírus, câncer e infecções e outras, que podem se constituir em um indicador valioso para avaliação dos níveis de saúde da população como um todo.

Estes dados, certamente, estão sendo objeto de análise cuidadosa por parte das autoridades competentes, uma vez que, os órgãos provenientes do doador cadáver se constituem na fonte prioritária e fundamental para atender a crescente demanda de órgãos para transplantes em São Paulo e no Brasil.

Por outro lado, como a captação de órgãos é basicamente realizada nos hospitais públicos e filantrópicos, é bom lembrar que o Estado de São Paulo dispõe de 17 equipes credenciadas a realizar transplantes na capital e cinco no interior do Estado.

Destas equipes, cinco atuam em hospitais públicos e as demais em hospitais privados revestidos ou não de filantropia.

Prof. Dr. Luis Sérgio Leonardi
DEPARTAMENTO DE CIRURGIA
FCM, UNICAMP

Diagnóstico e classificação da epilepsia

Epilepsia é um problema neurológico grave comum^{1(D)}. O diagnóstico da epilepsia é baseado na história clínica e tem como critérios operacionais crises epiléticas recorrentes, estereotipadas e não provocadas, na ausência de condições tóxico-metabólicas ou febris.

A incidência da epilepsia em países em desenvolvimento é maior que nos países desenvolvidos, entretanto, a prevalência mostra pouca variação, girando em torno de 1 a 2%^{2(A)}.

Estima-se que 50% dos pacientes não sejam tratados, adequadamente, em regiões com acesso universal a sistema de saúde primária e especializada no Brasil^{3(B)}.

Classificação das crises

As crises epiléticas são eventos clínicos que refletem uma disfunção transitória neuronal do cérebro que dura de segundos a poucos minutos e, de acordo com o início da descarga neuronal anormal, são classificadas como *parciais*, *generalizadas* e *crises não-classificáveis*.

Parciais

Têm início em uma região localizada do córtex cerebral e as manifestações clínicas (motoras, sensitivas ou psicomotoras) dependem da localização da origem das crises, que podem ser *parciais simples* - sem perda de consciência ou amnésia posterior - ou *parciais complexas* - sempre acompanhadas de alterações de consciência, podendo também apresentar cefaléia, sono ou confusão após a crise (pós-ictal).

Generalizadas

Acometem simultaneamente todo o córtex cerebral. Provocam perda de consciência desde o início da crise. As crises são, frequentemente, do tipo tônico-clônicas (convulsões), clônicas, mioclônicas, tônicas e atônicas e crises ausências.

Crises não-classificáveis

São aquelas crises em que a descrição feita pelo paciente, durante a anamnese, não nos esclarece sobre o tipo de crise. Nesse caso, a eletroencefalografia pode ajudar na classificação.

Classificação sindrômica

A epilepsia pode ter várias causas, compondo diferentes síndromes conforme a definição ou não da causa.

Epilepsia sintomática

Devida a uma causa identificável. Entre elas estão: esclerose hipocampal, malformações do desenvolvimento cortical, doenças infecciosas e parasitárias, traumáticas, vasculares e neoplásicas.

Epilepsia idiopática

Reúne critérios clínicos e de eletroencefalografia (EEG) definidos, de provável origem genética. Nestes casos, as manifestações das crises e idade de início, juntamente com o EEG sugerem o diagnóstico de epilepsia idiopática.

Neste grupo, cabe lembrar algumas síndromes comuns, como ausência na infância, epilepsia benigna com espículas centro-temporal (Rolândica) e a epilepsia mioclônica juvenil.

Epilepsia possivelmente sintomática

Não tem uma causa estabelecida, mas a provável origem é lesional. Pode-se usar essa classificação, quando ainda não há exames para esclarecer a etiologia da epilepsia, mas o quadro sugere uma epilepsia sintomática.

A tendência é que, com o desenvolvimento tecnológico, a porcentagem de epilepsias possivelmente sintomáticas diminua, dando lugar à epilepsia sintomática.

Nível de Evidência:

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

Dra. Ana Lúcia Andrade Noronha

Prof. Dr. Li Li Min

DEPARTAMENTO DE NEUROLOGIA, FCM, UNICAMP

As crises

epiléticas são eventos clínicos que refletem uma disfunção transitória neuronal do cérebro que dura de segundos a poucos minutos.

1. LI LM, SANDER JW. [National demonstration project on epilepsy in Brazil]. Arq Neuropsiquiatr 2003; 61(1):153-6.

2. SANDER JW. Some aspects of prognosis in the epilepsies: a review. Epilepsia 1993; 34(6):1007-16.

3. NORONHA AL, MARQUES LH, BORGES MA, CENDES F, GUERREIRO CA, MIN LL. Assessment of the epilepsy treatment gap in two cities of south-east of Brazil. Arq Neuropsiquiatr 2004; 62(3B):761-3.

A comunicação da ocorrência de eventos iatrogênicos aos pacientes: uma obrigação ética

Certamente, a revelação de um evento iatrogênico ao paciente talvez seja um dos maiores dilemas com que se depara um profissional de saúde na sua prática diária, pois entram em jogo inúmeras variáveis capazes de influenciar negativamente sua vida profissional e pessoal(...)

Um evento iatrogênico é definido como uma lesão ou dano não-intencional ao paciente, resultante do processo de cuidar, mais do que a doença em si, podendo ser categorizado como técnico, diagnóstico ou medicamentoso¹.

Um evento iatrogênico pode ser considerado prevenível ou não prevenível, caracterizando-se o primeiro como toda ocorrência que pode ser evitada com o uso de quaisquer meios correntemente disponíveis no processo de atenção à saúde, a menos que estes não sejam considerados como rotineiros ou padronizados pelas diretrizes orientadoras da prática médica².

Essa caracterização é de extrema importância quanto aos aspectos médico-legais implícitos numa ocorrência iatrogênica, que pode ser considerada um erro médico, de fato, quando o evento adverso era passível de prevenção, mas que, por imperícia, imprudência ou negligência do profissional, não o foi em tempo.

Estima-se que as ocorrências iatrogênicas ocupem uma posição nada invejável entre as principais causas de mortalidade em pacientes hospitalizados, porém, a verdadeira dimensão do problema, do ponto de vista epidemiológico, não é conhecida, já que o relato e registro dessas intercorrências, embora sejam parte obrigatória do processo de acreditação das instituições de saúde, deixa muito a desejar¹.

Quando um evento iatrogênico ocorre, uma efetiva comunicação entre o médico e o paciente (ou seus responsáveis legais) torna-se crítica.

Normalmente, os estudos acerca da comunicação do evento adverso ao paciente abordam-na em três etapas distintas:

- a) o processo de tomada de decisão de revelar;
- b) o processo de revelação e
- c) as conseqüências advindas da revelação³.

Um jogo de inúmeras variáveis

Muito embora a grande maioria dos médicos e a quase totalidade dos pacientes sejam concordantes quanto à necessidade da informação acerca da ocorrência de iatrogenias, os estudos sobre o assunto conseguem apenas delinear mais claramente a primeira etapa do processo de revelação descrito acima, ou seja, a tomada de decisão do profissional em revelá-la³.

Certamente, a revelação de um evento iatrogênico ao paciente talvez seja um dos maiores dilemas com que se depara um profissional de saúde na sua prática diária, pois entram em jogo inúmeras variáveis capazes de influenciar negativamente sua vida profissional e pessoal, como o sentimento de culpa e a angústia decorrentes da possibilidade de ter realmente cometido um erro sério, o estremecimento da relação médico-paciente-familiares com perda da credibilidade em sua competência profissional, o possível julgamento por seus pares e pela sociedade em que vive, o medo de enfrentar um longo e desgastante processo ético-profissional e/ou legal, entre outras.

No entanto, em que pesem todas essas considerações, do ponto de vista ético é dever do médico, sempre, registrar em prontuário e comunicar o fato ao paciente ou aos seus responsáveis legais, os quais, indubitavelmente, têm o inalienável direito a uma ampla e transparente explanação sobre o ocorrido.

Prof. Dr. Sebastião Araújo

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA
FCM, UNICAMP

1. LEHMAN LS, PUPOLO NA, SHAYKEVICH S ET AL. Iatrogenic events resulting in intensive care admission: frequency, cause, and disclosure to patients and institutions. *Am J Med* 2005;118:409-13.

2. BATES DW, CULLEN DJ, LAIRD N ET AL. Incidence of iatrogenic drug events: implications for prevention. *JAMA* 1995;274:29-34.

3. MAZOR KM, SIMON SR, GURWITZ JH. Communicating with patients about medical errors: a review of the literature. *Arch Intern Med* 2004;164:1690-7.

Desenvolvimento do uso racional de medicamentos

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, no mundo, mais da metade de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou vendidos inapropriadamente e que metade dos pacientes não os usa corretamente. Portanto, é gasto muito dinheiro que, ao invés de benefícios, pode trazer sérios riscos à saúde¹. No Brasil, vigora a portaria 3.916/98 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) que define o uso racional de medicamentos (URM) conforme o proposto, em 1985, pela OMS, como um processo que compreende a prescrição apropriada, a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis, a dispensação em condições adequadas e o conjunto de doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade².

Assim, o URM implica na seleção de medicamentos baseada na eficácia e/ou efetividade, segurança e custo, com ênfase na lista de medicamentos essenciais e sob uma visão bastante crítica do arsenal terapêutico disponível e em práticas de boa prescrição. Este conjunto de ações demanda certo grau de conhecimento de medicina baseada em evidências e de farmacodinâmica e farmacocinética.

Infelizmente, o URM não é ensinado de forma sistematizada nas escolas médicas e, conseqüentemente, são prescritos medicamentos de eficácia duvidosa; há um excesso de medicamentos prescritos, com aumento do risco de efeitos adversos; os profissionais não são treinados a prescrever e a dispensar, ficando vulneráveis à propaganda da indústria farmacêutica; não adquirem a cultura de notificação de efeitos adversos; não conseguem a adesão dos pacientes ao tratamento e os custos, quer privados, institucionais ou estatais, são

extremamente elevados, muitas vezes sem os benefícios esperados e até com complicações por efeitos adversos.

Em 2002, houve no Brasil o I Curso Nacional para Ensino do URM, coordenado pela Profa. Lenita Wannmacher, com patrocínio da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) e da Anvisa e dele nasceu o Grupo Paulista para Ensino do URM, cujos membros treinaram professores das escolas médicas públicas e confessionais do Estado para o ensino do URM. Com isso, o URM e as práticas de boa prescrição foram incorporadas ao currículo de várias faculdades (Famema, FMRP-USP, FM-

UNESP, FCMSCMSP, FM-PUCSor, FAMERP, FM-USP). O ensino do URM para médicos residentes e para profissionais da Rede Básica de Saúde de alguns municípios e a criação do Curso Virtual para Ensino do URM³ foram outras ações bem-sucedidas.

Atualmente, as instituições que desejam oferecer saúde de qualidade com custo acessível devem promover o URM, treinando alunos,

ensinando prescritores e dispensadores, criando diretrizes clínicas para tratamentos, fortalecendo em competência e em poder a comissão de farmácia e terapêutica⁵.

Nos últimos anos, o Brasil aumentou sua consciência sobre o URM, com o trabalho cooperativo entre Anvisa, OPAS e Universidades. Em outubro deste ano, realizou-se em Porto Alegre, RS, o I Congresso Nacional sobre o URM com cerca de 600 inscritos e a Unicamp caminhou nesta direção, dedicando o Fórum Permanente e Interdisciplinar de Saúde de agosto ao URM.

Profa. Dra. Thais Thomaz Queluz,
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, UNESP
MEMBRO DO GRUPO PAULISTA PARA ENSINO DO
USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

Infelizmente, o URM não é ensinado de forma sistematizada nas escolas médicas e como consequência são prescritos medicamentos de eficácia duvidosa (...)

1. World Health Organization. Rational use of medicines. Disponível em: www.who.org/medicines

2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: www.anvisa.gov.br

3. Curso Virtual para Ensino do Uso Racional de Medicamentos. Disponível em: www.emv.fmb.unesp.br/cursos

4. LAING R, HOGERZEIL HV, ROSS-DEGNAN D. TEN recommendations to improve use of medicines in developing countries. Health Policy and Planning 2001; 16: 13-20.

5. HOLLOWAY K (ED.), GREEN T. Drug and Therapeutics Committees. a practical guide. Geneva: WHO, 2003.

A profissão médica na atualidade

*Na data da
pesquisa,
Existiam no Brasil
234.554 médicos
(1 médico/
725 hab.),
a maioria nos
estados da região
Sudeste e
muito menos na
região Norte.*

A profissão médica, considerada entre as linhas de pesquisa como uma das mais produtivas no campo das ciências sociais, recebeu, em recente trabalho, uma oportuna e detalhada análise. Trata-se do estudo¹ patrocinado e executado pelo Conselho Federal de Medicina, com o apoio da Associação Médica Brasileira e das Centrais Sindicais Nacionais. Inovando em diversos sentidos, um estudo realizado anteriormente por Machado², a pesquisa procurou obter informações sobre o mercado de trabalho do médico, percepções das principais políticas de saúde nas diversas regiões, valores humanos e grau de satisfação com a vida, além de outras características sociodemográficas.

Informações sobre a existência ou não de médicos na família, assim como os diferenciais de gênero já não fazem parte do estudo. Há, entretanto, destaque sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa Saúde da Família (PSF), questões regionais de assistência e convênios. Outra inovação: a pesquisa foi realizada via Internet, por meio de questionário auto-aplicável, no período de 18 de outubro de 2002 a 31 de março de 2003, tendo sido assegurado que somente o médico respondesse, por meio do seu registro no Conselho Regional de Medicina (CRM), da Unidade da Federação (UF) e data de nascimento.

Neste texto serão sintetizados, de forma bastante genérica, dada a grande quantidade de informações, somente os dados constituintes dos blocos:

- a) características demográficas dos médicos;
- b) formação profissional e
- c) participação científica.

Os demais itens serão analisados em próximo Boletim.

Na data da pesquisa, existiam no Brasil 234.554 médicos (1 médico/725 hab.), a

maioria nos estados da região Sudeste e muito menos na região Norte. Participaram da pesquisa 14.405 médicos e a taxa de participação variou entre os Estados. Comprovou-se que a Medicina é exercida, principalmente, por jovens com menos de 45 anos (63,4%) e, apesar de ser exercida, predominantemente, nas capitais (62,1%), parece ter havido uma marcha para o interior. Há poucos médicos procedentes do exterior (1,5%) e a migração interna é da ordem de 31,5%. Em relação ao sexo, 1/3 do total de médicos é representado pelas mulheres, ou seja, para cada médica existem, aproximadamente, dois médicos.

Em relação à formação profissional, 99,1% graduaram-se no Brasil, sendo 70,6% em instituições públicas; 78,1% realizaram algum curso de pós-graduação; 61,6% fizeram residência médica, num tempo médio de 19 a 24 meses; 14% tinham mestrado, 6,8% o título de doutor e 1,3% o de pós-doutorado.

Sobre a participação científica, as informações mostraram que cerca de 87% tinham participado de algum congresso científico nos últimos dois anos. A leitura de revistas científicas foi assinalada por 92,1% dos médicos e 98,7% dos pesquisados consideraram importante o aprimoramento dos conhecimentos.

Esses são somente alguns dados que mostram a realidade da profissão e que se tornam, cada vez mais necessários, não somente para que se conheça a sua prática efetiva, mas para que sejam levados ao conhecimento dos estudantes, a fim de que se conscientizem dessa realidade e sejam estimulados nos avanços necessários à profissão que escolheram, árdua, mas carregada de desafios, conteúdos humanos e sociais.

Prof. Dr. Everardo Duarte Nunes

Prof. Dr. Nelson Filice de Barros,

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
FCM, UNICAMP

1. O médico e seu trabalho: aspectos metodológicos e resultados do Brasil. Coordenação de MAURO BRANDAO CARNEIRO E VALDINEY VELOSO GOUVEIA. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2004.

2. MACHADO, M. H. Perfil dos médicos no Brasil: análise preliminar. Rio de Janeiro: Fiocruz/CFM-MSPNUD, 1996.

NOTAS

*A tese de doutorado *Programa de treinamento para profissionais de saúde sobre a intervenção terapêutica: Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade (RIME) para re-significar a dor espiritual de pacientes terminais*, de Ana Catarina de Araújo Elias, foi vencedora do prêmio Cristália Simbodor, durante o 7º Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor (Simbodor), realizado de 19 a 22 de outubro de 2005, no Centro de Convenções Rebouças em São Paulo.

A tese foi orientada pelo professor-associado do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria FCM, Joel Sales Giglio, e co-orientada pela professora Cibele Andrucioli de Mattos Pimenta, da Escola de Enfermagem da USP. Essa tese de doutorado é a primeira colocada na classificação de *downloads* da Biblioteca Digital da FCM e a sexta colocada entre as teses mais baixadas da Unicamp. A defesa dessa tese será no dia 19 de dezembro, às 14 horas, no Salão Nobre da FCM.

*O clínico da Unicamp Eros Antonio de Almeida, o quintanista de medicina da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) Rodrigo de Assis Moraes e a bióloga Michiko Regina Ozaki foram os ganhadores do Prêmio "Sérgio Diogo Giannini", entregue no XI Congresso

Brasileiro de Aterosclerose, em São Luiz do Maranhão. O evento, realizado nos dias 24 a 26 de novembro, foi promovido pelo Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. O grupo de trabalho receberá, nos próximos dias, importância em dinheiro no valor R\$ 3 mil. O trabalho foi selecionado de um universo de 41 concorrentes.

Intitulado *Disfunção endotelial, peroxidação lipídica, colesterol tecidual e sua relação com a hipercolesterolemia progressiva em coelhos*, o trabalho é resultante do projeto de Iniciação Científica de Rodrigo. A pesquisa, que durou dois anos e obteve auxílio de bolsa Fapesp e Faepex, foi orientada pelo doutor Eros. O projeto foi desenvolvido nas dependências do Laboratório de Estudos em Endotélio, Lipídeos e Aterosclerose do Núcleo de Medicina e Cirurgia Experimental e no Departamento de Clínica Médica da FCM.

*O trabalho vencedor do I Prêmio Cristiano Varella, entregue durante o 3º Congresso Internacional do Centro Brasileiro de Oncologia, realizado em setembro de 2005 em Muriaé, MG, foi *Redução da Expressão do IRS-1 em células de adenocarcinoma prostático potencializa a inibição da proliferação celular induzida pela rapamicina*, apresentado por um dos autores, o médico e pesquisador em Oncologia Clínica da Unicamp,

Josenilson Campos. A pesquisa, orientada pelo professor doutor José Barreto Campello Carvalheira, foi realizada no Laboratório de Oncologia Molecular da FCM e contou com a colaboração dos pesquisadores Kellen Souza, Felipe Costa, Macel Faria, Eduardo Ropelle, Fernanda Andrade, Lício Velloso e dos professores doutores Sara e Mário Saad. Foram inscritos 56 trabalhos que abordaram temas ligados à pesquisa básica, pesquisa clínica, cirurgia oncológica, radioterapia, psico-oncologia, enfermagem oncológica e fisioterapia. Os autores receberam um prêmio de US\$ 1 mil.

*Desde o dia 6 de dezembro de 2005, o anfiteatro da Reumatologia do Hospital de Clínicas (HC) passou a se chamar Anfiteatro Adil Muhib Samara, em homenagem ao médico e professor fundador da disciplina de Reumatologia da FCM. Além dessa homenagem, o professor Samara também teve seu nome e retrato colocados numa das salas da disciplina.

*A Assistência à Saúde de Pacientes com Epilepsia (ASPE), coordenada pelo Prof. Dr. Li Li Min, do Departamento de Neurologia da FCM, recebeu o diploma de Mérito Herbert de Souza - Betinho - outorgado pela Câmara Municipal de Campinas às entidades e pessoas que se destacaram de forma exemplar no trabalho

voluntário no município de Campinas, durante o ano de 2005. A ASPE foi fundada em março de 2002 e tem a missão de promover a saúde biopsicossocial e melhorar a qualidade de vida das pessoas com epilepsia e suas famílias. Contatos com a ASPE pelo telefone (19) 3788.7292 e também pelo site www.aspebrasil.org.

★ Durante o VII Congresso Brasileiro de Cirurgia Bariátrica, ocorrido em novembro de 2005 em Florianópolis, SC, o grupo de obesidade mórbida da Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo do Departamento de Cirurgia da FCM, coordenado pelo Prof. José Carlos Pareja, obteve a 1ª colocação na categoria tema livre com a apresentação do trabalho *Manutenção da sensibilidade à insulina 6 anos cirurgia bariátrica (Bypass Gástrico): estudo prospectivo*, cujos autores, além do próprio Pareja, foram Marcelo Miranda de Oliveira

Lima, Elinton Adami Chaim, Marcos Antônio Tambascia, Enrico Maluf Repetto, Carolina Thé e Bruno Gelonese.

Já a nutricionista Daniéla Oliveira Magro, pesquisadora colaboradora voluntária do Departamento de Medicina Preventiva e Social foi classificada em 1º lugar na categoria plenária de trabalho científico, pela apresentação do trabalho *Avaliação do ganho de peso entre 18 e 60 meses pós Bypass-Gastrojejunal tipo Fobi Capella*, também de autoria de Bruno Geloneze, Bruna Contini Pareja e do Prof. Dr. José Carlos Pareja.

★ A pedagoga e aluna dos Cursos de Aprimoramento na Área da Saúde, Rosana Cheffer, recebeu o prêmio Profa. Dra. Maria Valeriana Leme Moura Ribeiro pelo melhor pôster apresentado durante no V Seminário dos Cursos de Aprimoramento da FCM/Unicamp de 2005. O trabalho, *A construção de histórias por alunos surdos*:

aprendizagem coletiva, resultou na construção de um livro pelo grupo de alunos surdos que participam do Programa Escolaridade e Surdez, sob a orientação da Profa. Dra. Ivani Rodrigues Silva, no Centro de Estudos e Pesquisas "Prof. Dr. Gabriel de Oliveira da Silva Porto" (Cepre).

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

★ *Diferenças étnicas na distribuição de variantes genéticas da sintase endotelial do óxido nítrico*
DIA: 18/01/2006
HORÁRIO: 14 horas
LOCAL: Anfiteatro do Departamento de Farmacologia
CANDIDATA: Aline Saldanha Marroni
ORIENTADOR: Prof. Dr. José Eduardo Tanus dos Santos

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

OTOLINGÜE

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 Bucarechi

COORD. COMISSÃO. ENS. GRADUAÇÃO MEDICINA

Profa. Dra. Angélica M. B. Zeferino

COORD. PRÓ-TEMPORE DO CURSO

DE GRADUAÇÃO EM FONOAUDIOLOGIA

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 CONRRP 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 Emilton Barbosa de Oliveira

REVISÃO Maria Rita Barbosa Frezzarin

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)