



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

O ensino médico na época da Santa Casa

Este texto procura rememorar o ensino médico na Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp, de 1965 a 1986. Pode haver importantes diferenças e modificações nesse longo período, na forma como cada turma e cada estudante desenvolvia suas atividades.

Para as primeiras turmas, quase tudo era novo, tinha que ser conquistado. No geral, até meados dos anos 70, o aluno tinha formação geral e podia iniciar ou fazer a especialização no último ano do Curso Médico; a Residência não era algo indispensável após a Graduação.

As primeiras Residências, introduzidas a partir de 1966, tinham poucos residentes por especialidade e podiam ser cumpridas em um a três anos. A partir de 1977-1979, a Residência segue regulamentação nacional, dá bolsas, facilitando a dedicação integral.

As dependências físicas da Santa Casa

Os pavilhões e aposentos deste edifício de dois pisos respeitavam as características da época de sua construção, década de 1870. Longos corredores e espaçosos cômodos com pé direito de cerca de 4 metros, portas e janelas gigantescas, piso e belas escadas de madeira.

As enfermarias tinham pouco conforto, no geral possuíam cerca de 10 a 30 leitos: 1ª (Clínica Médica masculina), 2ª (Cirurgia), 3ª (Clínica Médica feminina) e 4ª Enfermaria (Ginecologia). Também havia enfermarias para Pediatria, Ortopedia, MI, Emergência, Urologia e, no Hospital Irmãos Penteados, Obstetrícia (Alojamento conjunto) e Cardiologia. O número de leitos por quarto dependia da enfermaria: 1, 2, 4, 8, 10 até 30. Para procedimentos especiais nos quartos maiores, havia necessidade de biombos ou de adaptações físicas.

Os ambulatórios funcionavam em salas espalhadas no meio de corredores e serviços, bem como no Casarão e em locais alugados para certas especialidades.

Conhecimento científico e características do ensino

O ensino na Maternidade e na Santa Casa já primava pela excelência do seu corpo docente, discente, técnico e de enfermagem. Porém, era uma época em que a Medicina não possuía os conhecimentos e avanços tecnológicos do presente. A FCM somente veio a possuir um aparelho de porte médio de raio X em 1968, e um ultra-som em meados dos anos 70.

Os recursos econômicos, materiais e técnicos eram escassos. Essa limitação era compensada por muita criatividade e responsabilidade, improvisações e adaptações, por um grande envolvimento e esforço de todos.

As características físicas da Santa Casa proporcionavam uma maior aproximação entre as diferentes especialidades, entre alunos, residentes, docentes, pacientes e técnicos. Por outro lado, as limitações dos recursos e procedimentos laboratoriais, radiológicos e investigativos faziam com que a propedêutica e a experiência clínica fossem soberanas.

Grande peso era dado à correlação anátomo-semiológica e à experiência dos docentes. Graduados na época da Santa Casa testemunham que se formavam “médicos ‘do todo’ e não ‘das partes’”, que havia um ensino e uma clínica bastante personalizados.



A 3ª Enfermaria da Santa Casa, que mostrava a grande aproximação entre alunos da 8ª Turma e docentes (Prof. Rogério A. Pereira Filho), em um ensino à beira do leito.

Prof. Dr. Sérgio Luiz Saboya Arruda

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MÉDICA E PSIQUIATRIA,
FCM, UNICAMP

NESTA EDIÇÃO:

Refluxo gastro-esofágico (RGE), doença por RGE e doenças do trato respiratório: fato ou ficção?

VEJA TAMBÉM:

Diretrizes para avaliação e diagnóstico de neoplasia maligna em linfonodos cervicais

Desvios de conduta em Ciência

Professor: atenção à sua voz

“Mais sociedade do que antes”

Refluxo gastroesofágico (RGE), doença por RGE e doenças do trato respiratório¹: fato ou ficção?

Sabe-se que a prevalência de enfermidades respiratórias, principalmente a asma, é elevada e tem aumentado significativamente. Estudos de prevalência de RGE e de doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) também mostram números elevados e crescentes de prevalência.

Na prática médica, poucas situações têm evidenciado tantas controvérsias nas relações de causa e efeito, quanto à associação refluxo gastroesofágico (RGE) e doenças do trato respiratório (DTR). Alguns artigos, em revistas, mostram evidências a favor e contra, enquanto outros periódicos dedicam números inteiros sobre as dificuldades no entendimento da relação causa-efeito entre estas enfermidades. Atualmente, começam a aparecer revisões sistemáticas e de metanálise, tentando juntar e comprovar as evidências científicas que podem explicar os sintomas, os sinais e as relações de causa e efeito, decorrentes das interações entre RGE e DTR.

Sabe-se que a prevalência de enfermidades respiratórias, principalmente a asma, é elevada e tem aumentado significativamente. Estudos de prevalência de RGE e de doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) também mostram números elevados e crescentes de prevalência. Outro fato inquestionável é que a presença de DRGE em pacientes com DTR e, a de doenças respiratórias em pacientes com DRGE, é elevada.

Estudos experimentais têm propiciado conhecimentos espetaculares e novas linhas de pesquisa para um melhor conhecimento entre DRGE e DTR, principalmente a asma. Segundo estes autores, a sensibilização precoce, pela via inalatória, nas primeiras etapas da vida, faz a migração de eosinófilos aos pulmões e também para o esôfago, causando inflamação nestes dois sítios. Com isso é bem provável que os aumentos na prevalência da asma é que sejam os responsáveis pelos aumentos nas prevalências de RGE e DRGE.

Desde 1962, quando Kennedy abriu uma nova era, sugerindo que o refluxo gastroesofágico "silencioso ou oculto" podia ser uma causa importante e pouco reconhecida de DTR, uma quantidade enorme de trabalhos tem mostrado as interações e a presença de RGE e de DRGE

em sintomas de DTR, incluindo: asma, lactente chiador, tosse crônica, *apparent life threatening event* (ALTE), apnéia do recém-nascido (RN), dor torácica, pneumonias recorrentes, rouquidão crônica, otites de repetição e sinusites de repetição.

RGE é o termo usado para descrever o movimento retrógrado do conteúdo gástrico para o esôfago e pode ocorrer de maneira fisiológica em qualquer indivíduo. O termo DRGE tem sido utilizado para descrever o amplo espectro de distúrbios causados por RGE patológico. A distinção entre RGE fisiológico e DRGE é feita em função da quantidade de refluxo observada, sendo que a DRGE se caracteriza por um aumento na frequência e intensidade do RGE (número e/ou duração dos episódios de RGE).

Muitos mecanismos estão envolvidos na função gastroesofágica normal e incluem motilidade esofágica, contração e relaxamento do esfíncter esofágico inferior (EEI), da pressão média intraluminal do estômago e do esvaziamento gástrico. Um ou mais destes fatores estão alterados nos indivíduos com RGE sintomático.

A DRGE é uma doença multifatorial, na qual os eventos iniciais ainda são pouco conhecidos. O ácido, em contato com a mucosa esofágica, é o evento central desta doença que se desenvolve quando a quantidade de ácido ultrapassa os mecanismos de defesa intrínsecos ao esôfago, levando ao aparecimento de sintomas.

Apesar da associação entre DTR e RGE ser reconhecida, o significado exato desta relação e suas implicações clínicas ainda permanecem controversos. Uma prevalência aumentada de RGE em pacientes com DTR não indica por si só uma relação causal. O RGE pode causar ou agravar a DTR e a fisiologia pulmonar alterada na DTR pode levar ao RGE.

Prof. Dr. José Dirceu Ribeiro

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA, FCM, UNICAMP

PRESIDENTE DO DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE

PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA DA

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA E DA

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E FISIOLÓGICA

1. Parte do editorial publicado no periódico: *Pediatria* (São Paulo) 2006;28(1):9-12.

Diretrizes para avaliação e diagnóstico de neoplasia maligna em linfonodos cervicais

A ocorrência de nódulos na região de cabeça e pescoço é motivo de preocupação a seus portadores, ocorre em grande número de patologias, mas nem sempre significa presença de doença. Pequenos linfonodos são comuns serem encontrados e muitas vezes são devidos a processos virais de evolução benigna^(D). A diferenciação com neoplasias malignas é de suma importância. O exame físico desta região faz parte da rotina do exame clínico.

Aspectos clínicos

A localização, palpação e aspecto dos linfonodos são de suma importância para o diagnóstico das mais diversas patologias. Os de localização mais

profunda, endurecidos, irregulares, assintomáticos devem ser amplamente investigados^{2(D)}. É de suma importância a história do paciente, idade e hábitos como etilismo e tabagismo^{3(D)}.

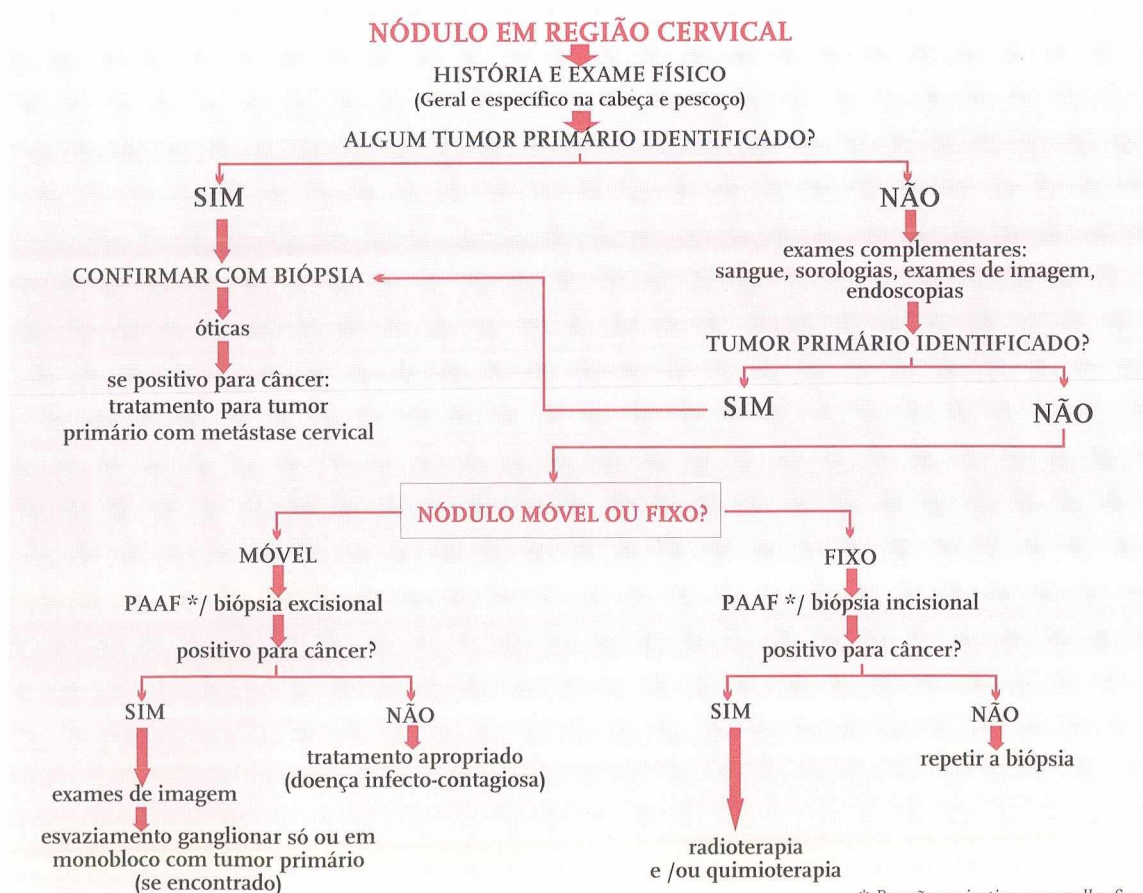
Aspectos diagnósticos e tratamentos

O fluxograma abaixo demonstra como chegar ao diagnóstico e à conduta a ser seguida.

Principais neoplasias que podem ser diagnosticadas

Carcinoma epidermóide; Adenocarcinoma; Linfoma; Melanoma; Leucemia; Tumores infraclaviculares (pulmão, aparelho digestivo e mama).

A diferenciação com neoplasias malignas é de suma importância. O exame físico desta região faz parte da rotina do exame clínico.



Nível de Evidência:

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

Prof. Dr. Alfio José Tincani

DISCIPLINA DE CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO
DEPARTAMENTO DE CIRURGIA,
FCM, UNICAMP

1. Furtado, JJD. Diagnóstico diferencial das linfonodopatias inflamatórias do pescoço. In: Tratado de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia. São Paulo: Ed Atheneu. 2001; p. 103-14.

2. Coker, DD; Casterline, PF; Chambers, RG; Jaques, DA. Metastases to lymph nodes of the head and neck from an unknown primary site. Am J Surg 134(4), 517-22, 1977.

3. Carvalho, AL; Singh, B; Spiro, RH; Kwalski, LP; Shah, JP. Cancer of the oral cavity: a comparison between institutions in a developing and a developed nation. Head Neck 26(1), 31-8, 2004.

Desvios de conduta em Ciência

Com os recentes acontecimentos de fraudes em pesquisas sobre clonagem na Coreia, ressurgiu com força a discussão sobre a importância da ética na atividade científica. Entretanto, o problema não é novo, e existem diversos exemplos (já considerados clássicos) de considerável desvio de conduta em praticamente todas as áreas da Ciência, incluindo plágio, mentiras, fabricação de resultados, informação escondida, e/ou controle de informação. A motivação para a fraude pode ter diversas origens, que incluem diferentes comportamentos patológicos, fortes doses de vaidade e a necessidade de atingir certo *status*, pressões inerentes da carreira científica, e até vieses devidos a crenças específicas em certas teorias ou hipóteses. Os acontecimentos recentes do ex-ídolo coreano Hwang Woo-suk, na área de clonagem, ilustram diversas dessas possíveis causas e, infelizmente, não são um fato isolado.

Outro caso recente que chocou a comunidade científica foi o do jovem prodígio Jan Hendrik Schön, pesquisador dos laboratórios Bell. Com 32 anos, o pesquisador alemão era considerado um óbvio candidato ao prêmio Nobel, tendo publicado mais de 80 trabalhos, em excelentes revistas internacionais, tais como *Nature* e *Science*. Apesar de obter resultados fantásticos, pesquisadores da área não conseguiam reproduzir a maioria dos experimentos. Após algumas denúncias de fraude, o laboratório criou um comitê para investigar as acusações, que foram confirmadas, e até ampliadas. O comitê concluiu que o pesquisador tinha falsificado ou fabricado dados em pelo menos 16 trabalhos. Esses casos têm gerado um amplo debate na comunidade científica sobre regras éticas de pesquisa e publicação científica.

Um exemplo que merece destaque é o da Sociedade Americana de Física, que reviu durante o ano de 2002 o seu código de conduta, deixando-o mais claro e direto, e tocando em questões antes ignoradas.

O código anterior (de 1991) indicava uma série de condutas a serem seguidas durante a vida profissional do pesquisador, como não alterar dados experimentais, responder questões de outros cientistas, e ser responsável como assessor.

Mas não havia comentários sobre como proceder no caso em que esse código fosse transgredido. O novo código de conduta, inicialmente, define a má-conduta, e a divide em fabricação de dados, falsificação, plágio (em propor, realizar ou revisar uma pesquisa, ou em publicar um trabalho).

Esses comportamentos são considerados transgressões graves, pois “podem levar outros cientistas a caminhos infrutíferos” e também “diminuem a crença vital que os cientistas depositam uns nos outros”.

O novo código de ética da Sociedade Americana de Física é extremamente sucinto, e indica que esses procedimentos são padrões mínimos de comportamento ético. Alguns tópicos básicos são especificados:

•**Resultados de pesquisas.** Os resultados devem ser obtidos e guardados de alguma maneira que permitam análises futuras e revisões. Os dados devem ser imediatamente disponíveis para os colaboradores e mantidos, por um longo período de tempo, após a publicação.

A fabricação de dados, ou a escolha seletiva de alguns resultados com a intenção de levar a conclusões diversas é considerada uma falta grave.

•**Práticas de publicação e autoria.** A autoria de um trabalho deve ser limitada aos indivíduos que, de fato, realizaram uma contribuição significativa no conceito, desenho, execução ou interpretação do estudo em questão. Pesquisadores que, de algum modo, contribuíram para o experimento devem ser agradecidos, mas não colocados entre os co-autores. O código sublinha claramente que plágio é um comportamento antiético e jamais aceitável.

•**Revisão por pares.** O processo de revisão por pares é considerado um “componente essencial do processo científico”, e que “apesar de ser possivelmente difícil e demorado, os cientistas têm obrigação de participar nesse processo”.

O código ainda indica que os pesquisadores devem sempre evitar o conflito de interesses, seja por competição direta, colaboração ou qualquer tipo de relacionamento com os autores dos trabalhos.

É interessante notar que o código considera que “o erro honesto é uma parte integral da ciência. Não é antiético estar errado, desde que os erros sejam rapidamente reconhecidos e corrigidos assim que detectados”.

Além disso, o novo código inclui uma clara sugestão de que a ética deve ser parte integrante da educação do cientista, indicando que “é parte da responsabilidade de todo cientista que seus estudantes recebam treinamento específico em ética profissional”.

Os casos recentes de desvios de conduta apenas serviram para levantar a poeira para uma discussão mais profunda sobre os princípios éticos e morais da pesquisa científica. Está lançada a discussão...

Prof.Dr. Marcelo Knobel

PROFESSOR-ASSOCIADO DO

INSTITUTO DE FÍSICA GLEB WATAGHIN, UNICAMP

Professor: atenção à sua voz

O curso de graduação em Fonoaudiologia da Unicamp, atento à saúde vocal do professor em seu exercício profissional, pretende levantar, nesta edição do Boletim da FCM, pontos importantes para os cuidados com a voz.

O professor representa o profissional da voz com maior risco para o desenvolvimento de distúrbios vocais. Dados levantados na rede pública do Município de São Paulo apontam que, cerca de 60% dos professores, apresentam alterações de voz, como rouquidão, perda da voz, pigarro e cansaço para falar.

Estudos descrevem condições de uso vocal desfavoráveis, tais como: uso inadequado do aparelho fonador, esforço vocal excessivo, demanda vocal específica, intensidade de fala elevada, competição sonora, acústica desfavorável, uso de giz, poeira do ambiente, grande número de alunos na sala de aula, indisciplina, estresse e desvalorização do trabalho como professor.

As alterações vocais estão, muitas vezes, relacionadas ao trabalho e acarretam, com frequência, afastamentos e licenças, ocasionando prejuízos sociais, econômicos, profissionais e pessoais. Dessa maneira, a etiologia das alterações vocais entre professores deve ser encarada como multidimensional.

Projeto de Lei

Os dados expostos acima reforçam a busca das relações entre trabalho-docente, processo saúde-doença e qualidade de vida, sinalizando um avanço necessário para reorientar as reflexões sobre saúde vocal e voz profissional de maneira integrada à vida dos professores. No mês de março desse ano foi aprovado o Projeto de Lei 1128/03, do deputado Carlos Abicalil (PT-MT), que cria o Programa Nacional de Saúde Vocal do Professor da Rede Pública de Ensino.

O projeto revela "preocupação social e compromisso com a educação e com os professores". O projeto reforça também a realização do Programa de Saúde Vocal:

prevenção, capacitação, proteção e recuperação da voz. Na prevenção efetuada, na época da admissão do professor, por equipe de otorrinolaringologistas e fonoaudiólogos, ele deverá ser contratado, mesmo que sejam detectadas alterações, e a instituição ficará responsável por oferecer alternativas para a sua atuação.

A capacitação é semestral e orientará os professores em relação ao uso adequado da voz. A proteção visa à adequação do processo de trabalho para que os professores forcem menos a voz, além de oferecer a garantia de atendimento para reabilitação.

Desta forma, o curso de Fonoaudiologia da Unicamp, preocupado com a saúde vocal deste profissional, oferece o Serviço de Pronto-atendimento Vocal, destinado aos docentes e pós-graduandos da universidade que necessitam aprimorar a voz em seu exercício profissional, além de uma atenção especial na vigência de um quadro agudo de disfonia.

O serviço é realizado na Clínica de Fonoaudiologia do Centro de Estudos em Reabilitação "Gabriel Porto" (Cepre), às terças, quartas e sextas-feiras. Para obter mais informações sobre o Serviço ou agendar uma consulta, basta ligar para o ramal 88813.



Profa. Dra. Lucia Mourão

DOCENTE DO CURSO DE FONOAUDIOLOGIA, CEPRE,
FCM, UNICAMP

O professor representa o profissional da voz com maior risco para o desenvolvimento de distúrbios vocais. Dados levantados na rede pública do Município de São Paulo apontam que, cerca de 60% dos professores, apresentam alterações de voz, como rouquidão, perda da voz, pigarro e cansaço para falar.

“Mais sociedade do que antes”

A Política, de caráter nacional, recomenda a implantação e implementação das ações e serviços em todo o SUS, com objetivo de garantir prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, além de propor o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde (...)

Afirmava Simmel, sociólogo alemão do início do século XX, que “toda vez que as partes se aproximam, que as pessoas se juntam para realizar uma tarefa em comum, toda vez que a distribuição das posições de dominação ou de subordinação se exprime claramente, (...) em cada uma dessas manifestações dos fenômenos de síntese, o mesmo grupo experiencia 'mais sociedade' do que antes”¹.

Esse trecho é uma referência para compreender uma das mais recentes ações do Ministério da Saúde, que é uma síntese esperada nas últimas décadas no campo da saúde brasileira.

A ação concretizou-se no dia 4/5/2006 com a publicação da *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS*. Para se dimensionar essa síntese, eis apenas alguns acontecimentos históricos:

1986, 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), marco para Reforma Sanitária, deliberou a “introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida”;

1988, resoluções da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação nº 4, 5, 6, 7 e 8/88, fixaram normas e diretrizes para o atendimento em homeopatia, acupuntura, termalismo, técnicas alternativas de saúde mental e fitoterapia;

1996, 10ª CNS, aprovou a “incorporação ao SUS da fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares”;

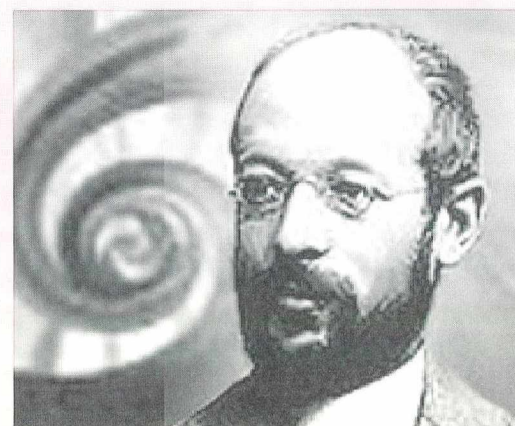
1999, inclusão das consultas médicas em homeopatia e acupuntura na tabela de procedimentos do SIA/SUS;

2004, 2ª Conferência Nacional de Ciência Tecnologia e Inovações em Saúde,

em que a MNPC (atual Práticas Integrativas e Complementares) foi incluída como nicho estratégico de pesquisa na Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa².

A Política, de caráter nacional, recomenda a implantação e implementação das ações e serviços em todo o SUS, com objetivo de garantir prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, além de propor o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde, contribuindo com o aumento da resolubilidade do Sistema, com qualidade, eficácia, eficiência, segurança, sustentabilidade, controle e participação social no uso².

Assim, dessa vez em que as partes se aproximaram, em que as pessoas se juntaram com a difícil tarefa de construir uma única e mesma política integrativa para diferentes práticas e que a distribuição das posições de dominação ou de subordinação estão sendo expressas claramente, é necessário compreender que se trata de um fenômeno de síntese com o qual estamos experienciando “mais sociedade do que antes”.



Georg Simmel, sociólogo alemão, criador do conceito de sociabilidade.

1. Simmel, G. Sociologia: estudos sobre las formas de socialización. Madrid:Alianza, 1986.

2. Ministério da Saúde. PORTARIA 971 - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde; DOU - seção 1; 04/05/2006.

Prof. Dr. Nelson Filice de Barros

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL,
FCM, UNICAMP

NOTAS

*A Unicamp está representando o Brasil num grupo de trabalho internacional que apoiará a Organização Mundial de Saúde (OMS) na formulação de um guia de conduta para ampliar e aprimorar as formas de diagnóstico, tratamento e pesquisa sobre doenças da hemoglobina. As chamadas hemoglobinopatias são doenças genéticas decorrentes de anormalidades na estrutura ou na produção da hemoglobina, molécula presente nos glóbulos vermelhos e responsável pelo transporte do oxigênio para os tecidos. As expressões mais conhecidas desse defeito congênito são a anemia falciforme e a talassemia, patologias crônicas que requerem acompanhamento constante e podem levar à morte. “O diagnóstico precoce é uma das medidas mais importantes, mas em vários países esse cuidado ainda não é observado”, afirma o médico hematologista, pesquisador e coordenador geral da Unicamp Fernando Costa. Ele foi o representante brasileiro escolhido pela OMS para participar de um encontro que reuniu especialistas de vários países em Genebra, na Suíça, de 17 a 19 de maio. Costa levou para a reunião a experiência acumulada no Hemocentro da Unicamp, referência nacional e latino-americana no diagnóstico, tratamento e pesquisa de doenças do sangue. Coordenado pelo Dr. Sir David Weatherall, respeitado professor da Universidade de Oxford, o grupo passou dois dias discutindo alternativas que resultarão num programa de prevenção e tratamento das hemoglobinopatias para os próximos cinco anos. De volta a seus países, os participantes continuam trabalhando numa primeira versão do

documento, que será submetido em breve ao plenário da OMS. Além do Brasil, o grupo contou com representantes da Holanda, Chile, Malásia, Estados Unidos, Tailândia, Índia e Oman. “A situação é muito heterogênea, quando se analisam todos os países do mundo, mas uma das possibilidades é que o teste de rastreamento neonatal (conhecido como teste do pezinho) passaria a ser recomendado a todos os países”, adianta Fernando Costa. Realizado antes de o bebê receber alta, o procedimento proporciona a detecção precoce de hemoglobinopatias, como a anemia falciforme. No Brasil, o teste é feito em 12 dos 27 estados, segundo o Ministério da Saúde. Em alguns países, principalmente na Ásia e na África, a medida ainda não foi implantada. Outra proposta, segundo Costa, é recomendar que cada país passe a contar com um centro de referência preparado para exames mais avançados. Estes centros, de acordo com o pesquisador, deverão estar em condições de realizar análises de precisão, como eletroforese de hemoglobina (técnica laboratorial que detecta os tipos de hemoglobina e a sua quantidade) e exames de DNA. No Brasil e na América Latina, o Hemocentro da Unicamp é a instituição com maior experiência nessa área. “Temos condições de fazer o diagnóstico completo”, afirma.

*Pesquisadores da Unicamp estão ultimando os preparativos para introduzir de forma experimental no Brasil uma nova modalidade de transplante de medula óssea, voltada ao tratamento de pacientes portadores de leucemias agudas. A técnica, denominada de transplante haploidêntico, consiste em manipular as células de um doador parcialmente compatível, de modo a fazer

com que sejam toleradas pelo organismo do receptor. A grande vantagem do novo método em comparação com os procedimentos convencionais está justamente no fato de não depender da disponibilidade de um doador totalmente compatível. O transplante haploidêntico é uma técnica promissora, na opinião do hematologista e professor da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp, Cármino Antonio de Souza. De acordo com ele, a modalidade tem sido empregada, experimentalmente, em alguns importantes centros de pesquisa do mundo, como Seattle (Estados Unidos), Munique (Alemanha) e Perugia (Itália). No Brasil, segundo o docente, ela tem sido estudada por dois grupos: um da USP de Ribeirão Preto e outro formado por especialistas do Hemocentro e da Unidade de Transplante de Medula Óssea do Hospital de Clínicas (HC) da Unicamp. Para entender melhor como funciona o transplante haploidêntico, segundo Cármino Souza, antes é preciso saber como é realizada a técnica convencional. Quando o portador de leucemia aguda tem a indicação do transplante de medula óssea, um dos maiores desafios é identificar um doador que seja totalmente compatível. Normalmente, quem cede o material é um aparentado do doente, como irmão de mesmo pai e mãe. Ocorre, porém, que a probabilidade de encontrar essa pessoa entre os familiares é de apenas 25%. “Como as famílias brasileiras estão se tornando cada vez menores, a dificuldade de se localizar um doador aparentado completamente compatível tem se tornado proporcionalmente mais difícil”, explica o hematologista. O que os

médicos fazem no transplante haploidêntico é coletar do doador uma dose elevada de células-tronco e reprimir de maneira importante as células imunologicamente competentes, ou seja, aquelas responsáveis pela defesa do organismo. Com esse material, os especialistas fazem uma espécie de “enxerto”, que é administrado no receptor. “Se por um lado não agridem o organismo do paciente, essas células também não o protegem num primeiro momento. Assim, após o procedimento, o transplantado exigirá uma série de cuidados. Ele precisará ser monitorado clínica e laboratorialmente por um período de dois anos, visto que estará extremamente vulnerável. Um dos maiores riscos durante a fase de recuperação é a pessoa contrair uma infecção provocada por vírus ou fungos”, explica. Os resultados dos transplantes haploidênticos realizados de forma experimental no exterior, reafirma o docente da Unicamp, estão sendo considerados promissores. “Dizendo de maneira simplificada, os médicos

estão constatando que, adotados os cuidados necessários, o transplante pega rápido e também proporciona uma rápida recuperação do paciente”. Antes de a modalidade ser incluída entre os procedimentos do Hemocentro e da Unidade de Transplante de Medula Óssea do HC, destaca Cármino Souza, será necessário cumprir algumas etapas preliminares. Uma delas é a aprovação da proposta por parte do Conselho de Ética e Pesquisa da FCM, que já a está analisando.

EVENTOS DE AGOSTO

Cursos

★ *II Curso de diabetes mellitus, hipertensão e obesidade*
DIAS: 8, 9 e 10/8/2006
HORÁRIO: das 18 às 22h30
LOCAL: Auditório da FCM

★ *VIII Curso pré-congresso brasileiro das Ligas do Trauma*
PERÍODO: de 14 a 17/8/2006
HORÁRIO: das 18h30 às 22 horas
LOCAL: Anfiteatro I e II (Legolândia) da FCM

Seminário

★ *II Seminário internacional de formação e certificação profissional*
DIA: 22/8/2006
HORÁRIO: das 8 às 17h30
LOCAL: Auditório da FCM

Programa de Treinamento

★ *Relações interpessoais*

PALESTRANTE: Magda Volcano
DIA: 24/8/2006
HORÁRIO: 14 horas
LOCAL: Salão Nobre da FCM

Projeto

★ *Saúde Cultural*
DIA: 25/8/2006
HORÁRIO: das 20 às 22 horas
LOCAL: Auditório da FCM

Reunião

★ *Anatomoclínica dos serviços de dermatologia de Campinas e região*
DIA: 29/8/2006
HORÁRIO: 9 horas
LOCAL: Anfiteatro do HC
INFORMAÇÕES: Ramal 87602
Disciplina de Dermatologia

Projeto

★ *Espaço Cultural Saúde Unicamp "Onco in Concert" por vidas melhores apresenta a banda Eletrogroove*
DIA: 29/8/2006
HORÁRIO: 20 horas
LOCAL: Auditório da FCM
Venda de ingressos antecipados pelo telefone (19) 3788-8001 com Marina e no dia do evento. Censura livre.

Palestras

★ *Ciclo de palestras da Facamp*
DIAS: 30 e 31/8/2006
HORÁRIO: das 9 às 17 horas
LOCAL: Auditório da FCM

Até o fechamento desse Boletim, novas teses, 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

DIRETOR
Prof. Dr. José A. R. Gontijo
DIRETOR-ASSOCIADO
Prof. Dr. Gil Guerra Júnior
ANATOMIA PATOLÓGICA
Prof. Dra. Maria Leticia Cintra
ANESTESIOLOGIA
Prof. Dra. Glória M. B. Potério
CIRURGIA
Prof. Dr. Juvenal R. Navarro Goes
CLÍNICA MÉDICA
Prof. Dr. Otávio Rizzi Coelho
ENFERMAGEM
Prof. Dra. Izilda Esmênia Muglia
FARMACOLOGIA
Prof. Dr. Stephen Hyslop
GENÉTICA MÉDICA
Prof. 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 Nubiato Crespo
ORTOPEDIA
Prof. Dr. João Batista de Miranda
PATOLOGIA CLÍNICA
Prof. Dra. Eliana Cotta de Faria
PEDIATRIA
Prof. Dra. Antonia Terezinha Tresoldi
PSIC. MÉDICA E PSIQUIATRIA
Prof. Dr. Wolgrand A. Vilela
RADIOLOGIA
Prof. Dra. Irene H. K. Barcelos
TOC GINECOLOGIA
Prof. Dr. Luiz Guilherme Bahamondes
COORD. COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO
Prof. Dra. Iscia Terezinha Lopes Cendes
COORD. COMISSÃO EXTENSÃO E ASS. COMUNITÁRIOS
Prof. Dr. Djalma de Carvalho Moreira Filho
COORD. COMISSÃO ENS. RESIDÊNCIA MÉDICA
Prof. Dr. José Barreto Campello Carvalheira
COORD. COMISSÃO ENS. GRADUAÇÃO MEDICINA
Prof. Dra. Angélica M. B. Zeferino
COORD. DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM FONO AUDIOLOGIA
Prof. Dra. Maria Cecília M. P. Lima
COORD. DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Prof. Dr. José Luiz Tatagiba Lamas
COORD. DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA
Prof. Dra. Nelci Fenalti Hoehr

COORD. COMISSÃO DE APRIMORAMENTO
Prof. Dra. Lise Roy
COORD. CÂMARA DE PESQUISA
Prof. Dra. Sara Teresinha Olalla Saad
COORD. DO CENTRO DE INVESTIGAÇÃO EM PEDIATRIA (CIPED)
Prof. 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)
Prof. 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
Prof. Dr. Sérgio Luiz Saboya Arruda
TEMA DO MÊS
Prof. Dr. Mario José Abdalla Saad
Prof. Dr. José B. Lopes de Faria
Prof. Dr. José Dirceu Ribeiro

BIOÉTICA E LEGISLAÇÃO
Prof. Dra. Carmem Bertuzzo
Prof. Dr. Sebastião Araújo
DIRETRIZES E CONDUTAS
Prof. Dra. Laura Sterian Ward
ENSINO E SAÚDE
Prof. Dra. Angélica M. B. Zeferino
Prof. Dra. Maria Cecília M. P. Lima
Prof. Dra. Eliete Maria Silva
Prof. 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, Marilza Coelho Borges
PROJETO GRÁFICO Ana Basaglia
DIAGRAMAÇÃO/ILUSTRAÇÃO Emilton B. 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)