



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

Locais em que a FCM funcionou de 1963 a 1986

As primeiras atividades da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp ocorreram em edificações situadas na região central de Campinas. Um longo caminho - cheio de lutas, dificuldades e conquistas - foi percorrido até a vinda para o *campus*.

Maternidade de Campinas

Apesar de ter sido criada em 1958, a FCM somente começou a funcionar em 20/5/1963. A aula inaugural do 1º ano da Medicina aconteceu no Teatro Municipal Carlos Gomes.

De 1963 ao primeiro semestre de 1968, as disciplinas básicas do 1º e do 2º ano do Curso Médico foram ministradas nos dois pisos inferiores da Maternidade de Campinas, na Av. Orosimbo Maia, prédio ainda em obras. Aliás, as aulas iniciais de Genética foram no Instituto Penido Burnier, na Av. Andrade Neves. A partir de setembro de 1968, as disciplinas básicas passaram a ser ministradas no *campus* universitário. Não obstante, a Farmacologia permaneceu na Maternidade até 1970.

Santa Casa de Misericórdia de Campinas

Desde 1965, quando a 1ª turma ingressou no 3º ano, a Santa Casa tornou-se o local em que se concentrou a maior parte das atividades clínico-cirúrgicas do Curso Médico.

Em pavilhões no interior deste hospital beneficente, cuja bela arquitetura tem valor histórico, situado à Rua Padre Vieira, funcionou a maior parte dos Departamentos, enfermarias, ambulatórios e serviços. Todo e qualquer espaço disponível ia sendo adaptado e utilizado: vãos debaixo de escadas eram aproveitados, mezaninos iam sendo construídos no interior de alguns cômodos. Divisórias, novas salas e blocos foram erguidos.

Prédios próximos e afastados da Santa Casa

Com a expansão das atividades de ensino e de assistência, a parte da Santa Casa cedida para a FCM era insuficiente. Uma extensão natural foi criada para o contíguo Hospital Irmãos Penteados. Este cedia horários do Centro Cirúrgico,

dependências para Neurocirurgia, Cirurgia Cardíaca, leitos para a Cardiologia e equipamentos (Raio X, até 1968).

Alguns prédios na vizinhança foram alugados: Casarão, atual Giovanetti na Rua Padre Vieira, 1277 (ambulatórios, salas de aula, secretaria da pós e, provisoriamente, biblioteca); sobrado à Rua Benjamin Constant, 1680 (Oftalmologia e secretaria da Residência); casas à Rua José Teodoro de Lima, 44 (Psiquiatria) e 66 (Laboratório e "embrião" do Boldrini); prédio da Cruzada das Senhoras Católicas, à Rua Dr. Quirino, 1856, a cerca de 600 metros (Gabriel Porto, Medicina Preventiva, ambulatórios da Tocoginecologia, Neurologia e Psiquiatria).

Houve atividades em locais mais afastados, como o Centro de Saúde-Escola de Paulínia e a assistência a pessoas carentes no Jardim dos Oliveiras, relacionados com a Preventiva; e o ensino de Psiquiatria nas enfermarias do Sanatório Cândido Ferreira, em Sousas.

Desde 1979, alguns ambulatórios começaram a funcionar no Hospital das Clínicas. Em 1985, a diretoria e a maior parte dos departamentos mudaram-se para o *campus* universitário, transferência que se concluiu em 1986.



Maternidade de Campinas, à Avenida Orosimbo Maia e Santa Casa de Misericórdia de Campinas, à Rua Padre Vieira esquina com Benjamin Constant.

Prof. Dr. Sérgio Luiz Saboya Arruda

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MÉDICA E PSIQUIATRIA,
FCM, UNICAMP

NESTA EDIÇÃO:

RGE, doença por RGE e doenças do trato respiratório: falta de conhecimento baseado em evidências?

VEJA TAMBÉM:

Idade da primeira menstruação na população nacional e internacional

Autoria de trabalhos científicos

Revalidação de diplomas estrangeiros

A medicalização como processo social

RGE, doença por RGE e doenças do trato respiratório¹: falta de conhecimento baseado em evidências?

As contradições existentes na literatura, sobre a interação RGE e doença respiratória, podem ser explicadas pelo simples fato de que há três grupos de pacientes:

I. pacientes com doença do trato respiratório (DTR) e RGE não relacionados entre si;

II. pacientes com DTR favorecendo RGE;

III. pacientes com RGE favorecendo a DTR.

Os grupos II e III se interagem pelos seguintes mecanismos:

Mecanismos pelos quais RGE causa DTR: micro ou macroaspiração de conteúdo gástrico; reflexo vagal; aumento da hiper-responsividade brônquica; liberação de taquicinininas.

Mecanismos pelos quais as DTR causam RGE e/ou DRGE: aumento do gradiente de pressão transdiafragmático; retificação do diafragma pela hiperinsuflação crônica; uso de metilxantinas, simpaticomiméticos e antibióticos utilizados para tratar a doença respiratória e RGE induzido pela tosse.

Estes mecanismos têm sido questionados com base no que acontece na Fibrose Cística (FC), quando, no início da vida, os pacientes têm pouca manifestação de DTR, a prevalência de DRGE é elevada. À medida que o paciente com FC cresce e se desenvolve, a prevalência de DRGE diminui e aumenta a prevalência de DTR.

Embora a pH metria esofágica de 24 horas seja reconhecida como o padrão áureo para o diagnóstico de RGE, esse método detecta apenas os refluxos ácidos (pH<4) e os alcalinos (pH>7). Os RGE com pH entre 5-6, 8, podem representar muitos episódios de RGE não documentados pela pH metria. Novos métodos para detecção de RGE, como a impedanciometria, têm modificado o entendimento da relação RGE e doenças respiratórias. Por enquanto, os fatos conhecidos sobre DRGE e DTR são as altas prevalências de ambas e alguns dos mecanismos envolvidos nas relações entre elas.

A ficção fica por conta das muitas dúvidas e contradições existentes na literatura sobre a interação causa e efeito, entre RGE, DRGE e DTR e que podem ser explicadas pela exiguidade de estudos

controlados, envolvendo os três grupos de pacientes descritos anteriormente, para uma mesma doença respiratória.

Faltam conhecimentos, baseados em evidências, do momento e da importância da interação, sobre qual grupo de pacientes existe interferência da DRGE na DTR e vice-versa. Já temos provado que são poucos os casos de asma que necessitam tratamento para DRGE. Aqueles pacientes que não melhoram com o tratamento convencional da DTR e/ou aqueles que apresentam sinais e sintomas de DRGE, seguramente devem ser investigados, mas são uma minoria.

A comunidade científica tem demonstrado grande interesse no entendimento da associação entre RGE e DTR, no seu tratamento e no desenvolvimento de métodos diagnósticos confiáveis. Em contrapartida, várias questões continuam sem resposta e as conclusões dos estudos permanecem controversas. Embora a DRGE tenha prevalência aumentada em asmáticos, o significado clínico e as implicações terapêuticas desta associação ainda não foram esclarecidos. Por outro lado, a aspiração do conteúdo gástrico para o pulmão é uma causa reconhecida de infecção pulmonar, mas foi demonstrada conclusivamente numa minoria de pacientes com DTR.

O RGE pode ocorrer de maneira fisiológica em qualquer indivíduo. Portanto, a DRGE não é um problema de presença ou ausência de RGE em causar sibilância, e sim um problema de gravidade (acidez), frequência e duração dos episódios de RGE. Exames pouco específicos, mas sensíveis, podem evidenciar um diagnóstico de RGE em indivíduos sem DRGE.

Estudos são necessários para aumentar o conhecimento da relação entre DRGE e DTR, tão bem notado na doença respiratória dos neuropatas e naqueles com incoordenação da deglutição, porém, tão controverso na doença respiratória da asma, do lactente chador e da fibrose cística.

Prof. Dr. José Dirceu Ribeiro

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA, FCM, UNICAMP E
PRESIDENTE DO DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE

PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA DA

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA E DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E FISIOLÓGIA

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

Idade da primeira menstruação na população nacional e internacional

A puberdade é o período de transição entre a infância e a fase adulta, caracterizada por um conjunto de alterações fisiológicas que ocorrem de forma sequencial e ordenada, levando à capacidade reprodutiva. Existe uma grande variabilidade individual e populacional dos fenômenos puberais quanto à idade de início ou término, à magnitude, à velocidade que se expressam e suas inter-relações.

No sexo feminino, em cerca de 70% a 80% dos casos, os eventos puberais começam pelo desenvolvimento mamário (telarca), evoluem com estirão de crescimento, pelos pubianos (pubarca), axilares e acne (adrenarca) e terminam com a 1ª menstruação (menarca). Como a idade da menarca é freqüentemente lembrada, ela é um dado muito utilizado na literatura para averiguar a idade da puberdade^{1(B),2(D)}.

Entre os anos de 1840 a 1980, na Holanda, na Inglaterra, nos EUA e em países da Escandinávia, houve um decréscimo de cerca de três meses na idade da menarca a cada década, caindo de 17 para 13 anos, associada, provavelmente, à melhoria das condições sociais e econômicas nos países avaliados; tanto que a idade da menarca passou a ser utilizada também como indicador de desenvolvimento populacional^{12(D),3(B)}.

Após a década de 1980, em vários países do mundo, estudos sobre a idade da menarca têm apresentado uma tendência à estabilização ou queda (Tabela 1).

Tabela 1. Idade da menarca em amostras de meninas em vários países

Autor (es) (ano)	País	N	Tipo Estudo	Média
Graber et al. (1995)	EUA	75	Longitudinal	13,3
Khan et al. (1996)	Guatemala	6.507	Longitudinal	13,7
Ohasawa et al. (1997)	China	64.322	Transversal	13,3
Apraiz (1999)	Espanha	895	Transversal	12,7
Adair et al. (2001)	EUA	6.507	Longitudinal	11,0
Padez (2003)	Portugal	516	Longitudinal	12,3
Tang et al. (2003)	China	1.573	Transversal	11,7
Danubio et al. (2004)	Itália	583	Transversal	12,5
Torres -Mejia et al. (2005)	México	4.636	Transversal	12,5

No entanto, em 1997, um estudo transversal feito nos EUA por Herman-Giddens et al., avaliando 17.077 meninas afro-americanas e americanas brancas, mostrou que, apesar de 6,7% das brancas

e 27,2% das afro-americanas começarem a puberdade antes dos 8 anos (abaixo de -2 DP para a população em geral), a média de idade da menarca foi de 12,2 anos para as meninas afro-americanas e 12,9 anos para as brancas^{4(B)}.

No Brasil, nos últimos anos, também têm sido feitas pesquisas em diversos Estados para determinar a idade média da menarca, encontrando-se diferentes resultados (Tabela 2).

Tabela 2. Média de idade da menarca em amostras de meninas brasileiras

Autor (es)	Cidade/Estado	N	Tipo Estudo	Média
Souza et al.(1996)	João Pessoa/PB	1.066	Transversal	12,1
Fonseca et al. (1998)	Niterói/RJ	208	Transversal	12,3
Petroski et al.(1999)	Florianópolis/SC	1.070	Longitudinal	12,6
Tavares et al. (2000)	Ribeirão Preto/SP	1.602	Transversal	12,5
Borges e Schwarzbach (2003)	Cândido Rondon/PR	290	Transversal	12,2
Vitalle et al. (2003)	São Paulo/SP	229	Transversal	12,1
Moreira et al.(2004)	Rio de Janeiro/RJ	118	Transversal	12,2
Oliveira e Veiga (2005)	Rio de Janeiro/RJ	316	Transversal	11,6

Portanto, a idade da menarca continua a diminuir, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, e esta queda está possivelmente associada aos fatores raciais, ambientais, sociais e econômicos, mas, principalmente, em virtude de altas e crescentes prevalências de obesidade nestas amostras avaliadas.

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. Gil Guerra Júnior

DIRETOR-ASSOCIADO DE FCM E
PROFESSOR-ASSOCIADO DO DEPTO. DE PEDIATRIA;
LABORATÓRIO DE CRESCIMENTO E
COMPOSIÇÃO CORPORAL, CIPED,
FCM, UNICAMP

Wellington Roberto Gomes de Carvalho

DOUTORANDO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE;
LABORATÓRIO DE CRESCIMENTO E
COMPOSIÇÃO CORPORAL, CIPED,
FCM, UNICAMP

Edson dos Santos Farias

DOUTORANDO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE;
LABORATÓRIO DE CRESCIMENTO E
COMPOSIÇÃO CORPORAL, CIPED,
FCM, UNICAMP

No Brasil, nos últimos anos, também têm sido feitas pesquisas em diversos Estados para determinar a idade média da menarca, encontrando-se diferentes resultados.

1.Marshall WA, Tanner SM. No abstract Variations in pattern of pubertal changes in girls. Arch Dis Child. 1969; 44:291-303.

2.Parent AS, Teilmann G, Juul A, Skakkebaek NE, Toppari J, Bourguignon JP. The timing of normal puberty and the age limits of sexual precocity: variations around the world, secular trends, and changes after migration. Endocr Rev. 2003; 24:668-693.

3.Lee PA. Normal ages of pubertal events among American males and females. J Adolesc Health Care. 1980; 1:26-29.

4.Herman-Giddens ME, Slora EJ, Wasserman RC, Bourdony MVB, Bhapkar MV, Koch GG, et al. Secondary sexual characteristics and menses in young girls seen in office practice: a study from the Pediatric Research in Office Settings network. Pediatrics. 1997; 99:505-512.

A condição fundamental para alguém ser incluído entre os autores de um trabalho científico é ter tido participação intelectual em sua elaboração, análise e redação. A criatividade voltada para o avanço científico merece autoria.

Autoria de trabalhos científicos

A publicação científica tornou-se, sobretudo nos centros maiores, quase que obrigatória. A sentença "publish or perish" deixou de ser apenas uma brincadeira para exprimir uma realidade. O conhecimento e a cultura pessoal despertam pouco interesse e raramente são valorizados, a menos que tragam proveito para a coletividade. Por conseguinte, a contribuição social é o fator que mais influencia na credibilidade e importância do indivíduo. No meio universitário, a cobrança por publicações é tão grande que bloqueia a ascensão daqueles que, mesmo sendo competentes e profissionais muito estimados, não apresentam produção científica.

Não existe dúvida quanto ao papel da pesquisa. Entretanto, a distribuição da autoria não é tarefa fácil, tendo em conta os diferentes valores, muitos dos quais subjetivos, que precisam ser considerados. Toda investigação resulta da contribuição de várias pessoas e é natural que cada uma delas considere a sua parte como destacada. O impasse que eventualmente se cria ao buscar uma ordem de autoria pode colocar em risco a própria publicação e comprometer o relacionamento entre os pesquisadores.

A condição fundamental para alguém ser incluído entre os autores de um trabalho científico é ter tido participação intelectual em sua elaboração, análise e redação. A criatividade voltada para o avanço científico merece autoria.

A falta de critérios universalmente aceitos quanto à autoria levou ao estabelecimento de diferentes convenções particularizadas a grupos ou setores científicos. Apenas para exemplificar, o

primeiro autor pode ser o que teve a idéia, o que mais trabalhou, o orientador da investigação, o coordenador do grupo de pesquisa ou ainda o responsável pelo setor ou pela instituição onde foi desenvolvido o trabalho. Já o último autor pode ser entendido como o que menos trabalhou, o orientador da investigação, o responsável pela instituição onde a pesquisa foi desenvolvida ou aquele que financiou o trabalho.

Diante dos conflitos que podem surgir devido à subjetividade implícita em grande parte desses critérios e falta de uniformidade entre eles, cabe ao grupo que se dispõe a realizar um trabalho científico estabelecer de início, da forma mais objetiva possível, os tópicos que serão adotados para distribuição da autoria. A Tabela 1 sugere uma pontuação para a inclusão de au-

Tabela 1 - Pontuação para autoria de acordo com a participação em um trabalho científico.

Participação	Pontos
Criar a idéia que originou o trabalho e elaborar hipóteses	6
Estruturar o método de trabalho	6
Orientar ou coordenar o trabalho	5
Escrever o manuscrito	5
Coordenar o grupo que realizou o trabalho	4
Rever a literatura	4
Apresentar sugestões importantes incorporadas ao trabalho	4
Resolver problemas fundamentais do trabalho	4
Criar aparelhos para a realização do trabalho	3
Coletar dados	3
Analisar os resultados estatisticamente	3
Orientar a redação do manuscrito	3
Preparar a apresentação do trabalho para evento científico	3
Apresentar o trabalho em evento científico	2
Chefiar o local onde o trabalho foi realizado	2
Fornecer pacientes ou material para o trabalho	2
Conseguir verbas para a realização do trabalho	2
Apresentar sugestões menores incorporadas ao trabalho	1
Trabalhar na rotina da função, sem contribuição intelectual	1
Participar mediante pagamento específico	-5

tores em uma publicação e sua ordenação com base no valor do trabalho realizado por eles.

Terão direito à autoria os colaboradores que tiverem alcançado sete pontos na soma de todas as suas atividades, durante a elaboração do trabalho.

A seqüência dos autores será em ordem decrescente de pontuação.

Quem obtiver entre três e seis pontos será citado no tópico de Agradecimentos.

Prof. Dr. Andy Petroianu

PROFESSOR-TITULAR DO DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DA FACULDADE DE MEDICINA, UFMG;

DOCENTE-LIVRE EM TÉCNICA OPERATÓRIA E CIRURGIA EXPERIMENTAL DA ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, UNIFESP;

DOCENTE-LIVRE EM GASTROENTEROLOGIA CIRÚRGICA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, USP;

DOUTOR EM FISIOLOGIA E FARMACOLOGIA, INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS, UFMG;

PESQUISADOR IA DO CNPQ E

MEMBRO TITULAR DA ACADEMIA MINEIRA DE MEDICINA

Revalidação de diplomas estrangeiros

Em 2006, a diretoria da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) instituiu uma nova comissão para tratar das solicitações de revalidação de diplomas estrangeiros para o curso de Medicina. Esta comissão, composta por docentes da FCM, vinculada à Comissão de Ensino de Graduação em Medicina, tem se reunido, frequentemente, com o intuito de analisar todos os pedidos que se encontram na graduação do curso de Medicina e emitir parecer com base na deliberação Consu A-15 de 27/11/1991 e Consu A-2 de 30/3/2004 e na Resolução da FCM, aprovada na Congregação em 31/3/2006 e com parecer da Procuradoria Geral nº 0777/2006 de 20/4/2006.

No ano de 2005, as solicitações foram de interessados que fizeram o curso médico em universidades da Alemanha, Argentina, Bolívia, Colômbia, Cuba, Espanha, México, Paraguai, Peru e Uruguai. Em abril de 2006, encerrou-se o prazo para as solicitações desse ano, sendo que a comissão recebeu processos com diplomas da Argentina (1), Bolívia (5), Cuba (37), Rússia (1) e Uruguai (2), perfazendo o total de 46 solicitações.

As análises, embasadas nas normas citadas, exigem, além dos documentos pessoais em cópias autenticadas no item VII do artigo 3º e seus demais parágrafos da deliberação Consu A-15, que o candidato de nacionalidade não brasileira deve apresentar documento de identidade de estrangeiro emitido por órgão competente; certificado de proficiência em língua portuguesa em nível avançado (Celpe) expedido por órgão devidamente credenciado pelo Ministério da Educação e do Desporto (MEC). Além disso, o interessado deverá apresentar cópias autenticadas e traduzidas para o português por tradutor juramentado dos documentos abaixo relacionados:

- I. *Diploma ou certificado de conclusão do curso médico emitido por estabelecimento estrangeiro de ensino superior;*
- II. *Documento que comprove o reconhecimento do referido curso de medicina por órgão competente do país de origem;*
- III. *Histórico escolar do candidato, incluindo frequência, notas, conceitos, carga horária e/ou número de créditos das atividades desenvolvidas pelo aluno;*
- IV. *Currículo cumprido pelo candidato;*
- V. *Ementa das disciplinas constantes deste currículo.*

A comissão de revalidação de diplomas estrangeiros examinará a documentação apresentada pelo candidato e emitirá parecer, considerando a análise dos seguintes aspectos:

- a) a equivalência de pelo menos 75% da carga horária, total àquele cumprido pelo currículo médico da FCM;
- b) equivalência de conteúdo do programa de cada disciplina;
- c) equivalência de atividades práticas realizadas em hospitais universitários, hospitais gerais e unidades básicas de saúde em regime de Internato.

Para análise de equivalência curricular e revalidação de diploma será levada em consideração, exclusivamente, a grade curricular cumprida pelo candidato durante sua graduação, sendo considerada qualquer outra atividade de formação realizada pelo candidato, após o término do seu curso médico regular.

Comprovada a equivalência, em conformidade com o artigo 4º em epígrafe, o parecer final de revalidação de diploma será complementado por uma avaliação cognitiva teórico-prática de habilidades do candidato, cuja nota mínima para aprovação é sete, e por uma avaliação prática.

A avaliação cognitiva será realizada anualmente e constará de prova teórico-prática elaborada nos moldes do exame de residência médica da FCM.

A avaliação prática constará de entrevista e discussão de casos clínicos, incluindo anamnese, exame clínico, exames subsidiários, formulação de hipóteses diagnósticas e abordagem terapêutica.

A resolução da FCM, que define critérios para nortear a análise de pedidos de revalidação de diplomas de curso de graduação em Medicina, emitidos por estabelecimentos estrangeiros de ensino superior, encontra-se, na íntegra, no link Comissão de Revalidação de Diplomas, em www.fcm.unicamp.br/ensino/graduação.

Profa. Dra. Angélica Maria Bicudo Zeferino
COORDENADORA DE ENSINO DE
GRADUAÇÃO EM MEDICINA, FCM, UNICAMP

Carlos Roberto Tukaça
ASSISTENTE TÉCNICO DE DIREÇÃO,
FCM, UNICAMP

No ano de 2005, as solicitações foram de interessados que fizeram o curso médico em universidades da Alemanha, Argentina, Bolívia, Colômbia, Cuba, Espanha, México, Paraguai, Peru e Uruguai.

A medicalização como processo social

Nesse sentido,
estaria ocorrendo
com a
biomedicalização
uma mudança da
natureza do
controle médico,
de externo para
interno.

A década de 1970 foi pródiga em estudos que criticaram o progressivo processo de medicalização da sociedade, quer seja na psiquiatria (T. Szasz), quer seja no campo geral da medicina (I. Illich, E. Freidson).

Verifica-se, hoje, que esse processo não foi produto exclusivamente do “imperialismo médico”, mas de forças sociais complexas. Esta é a temática desenvolvida pelo médico Peter Conrad, da Brandeis University, especialista no assunto e que, em 2004, recebeu o prêmio L. G. Reeder, da Associação Americana de Sociologia, como um dos mais importantes sociólogos médicos da atualidade. A recente publicação do trabalho apresentado naquela ocasião¹ permite retomar esse tema. Para o autor, nos anos de 1970 e 1980, três fatores eram apontados como definidores da medicalização:

- 1) o poder e a autoridade da profissão médica, sob diversas formas, estendendo sua jurisdição sobre muitos problemas, tais como: hiperatividade, menopausa, parto, etc;
- 2) as atividades dos movimentos sociais e de grupos com interesses específicos, como: alcoolismo e o papel dos AAA, e que desejavam defender “uma definição médica para um problema ou promover a veracidade de um diagnóstico médico”, muitas vezes com a resistência de muitos médicos; outras vezes, os movimentos foram críticos com a medicalização, por exemplo, das Desordens Estressantes Pós-Traumáticas (PTSD);
- 3) atividades intra ou intergrupais relacionadas a determinadas especialidades, como a obstetrícia e a pediatria.

Juntem-se a esse panorama as inovações farmacêuticas e o “marketing” em torno de determinados produtos e o papel, nem sempre central, mas presente, dos seguros-saúde - se o seguro paga, por que não? - casos de operações de obesos ou de tratamento de alcoólicas.

Na análise de Conrad, a partir dos anos de 1980 ocorreram, nos Estados Unidos, profundas mudanças na organização da

medicina (erosão da autoridade médica, controle dos custos, cuidado gerenciado) e, mesmo conservando algumas de suas características tradicionais, os médicos foram confrontados com outros personagens no cenário da organização da saúde: pacientes agindo mais como consumidores, as indústrias farmacêuticas atuando de forma mais direta e o desenvolvimento de algumas especialidades médicas, como a de cosméticos.

São citados como fatores importantes, os organizacionais, os derivados do avanço do conhecimento - a indústria biotecnológica, especialmente com as promessas dos resultados das pesquisas genéticas, dentre outras. Este processo recebeu de Adele Clarke o nome de biomedicalização - “o processo crescentemente complexo, multilocalizado, multidirecional de medicalização que hoje tem sido reconstituído através de formas e práticas sociais emergentes de uma biomedicina altamente e crescentemente tecnológica”.

Nesse sentido, estaria ocorrendo com a biomedicalização uma mudança da natureza do controle médico, de externo para interno. A amplitude desta perspectiva, segundo Conrad, retira o foco dos “definitional issues” que têm sido a chave dos estudos sobre medicalização, mostrando que ela continua “expandindo-se e, em certo grau, mudando, mas não se conformando em um fenômeno qualitativamente diferente”.

A centralidade da medicalização continua com os médicos, mas seu papel vem se tornando mais subordinado a outros fatores sociais e tecnológicos. Assim, embora prevalente nos Estados Unidos, o fenômeno tornou-se internacional, e ao lado dos estudos construcionistas, há necessidade, para melhor entendê-lo, de se dar espaço às perspectivas da economia política, especialmente frente aos avanços da biotecnologia, do consumerismo e do cuidado gerenciado.

Prof. Dr. Everardo Duarte Nunes

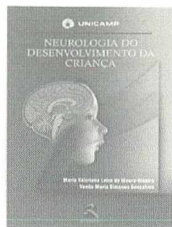
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL,
FCM, UNICAMP

1. Conrad P. The Shifting Engines of Medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*, 46:3-14, 2005.

LANÇAMENTOS

★ *Neurologia do desenvolvimento da criança*

MARIA VALERIANA LEME DE MOURA-RIBEIRO
VANDA MARIA GIMENES GONÇALVES



16 x 23 cm
486 páginas
R\$ 139,00
Editora Revinter

O termo neurologia foi utilizado pela primeira vez no século XVII e, de lá para cá, novas idéias apareceram e produziram inovações técnicas que geraram a base da modernidade em ciências. Da mesma maneira, a preocupação com o desenvolvimento neurológico da criança brasileira data da década de 1940, quando o neurologista infantil Antonio Branco Lefèvre iniciou a padronização da avaliação neurológica dos recém-nascidos na cidade de São Paulo e também, de lá para cá, outros médicos e pesquisadores iniciaram estudos sobre a evolução da criança nascida normal em comparação com crianças nascidas com problemas de baixo peso, de prematuridade ou de distúrbios na escolaridade.

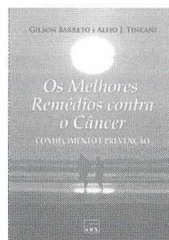
Neurologia do desenvolvimento da criança traz 29 artigos, sendo 24 deles escritos por professores, médicos e pesquisadores da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp e reúne, numa única edição, as várias etapas do desenvolvimento infantil, seja ele genético, embriológico, biológico, psicológico, nervoso, motor, auditivo, visual, comportamental entre outros.

“O livro fornece fundamentos amplos e atuais para que estudantes e profissionais da área saúde - neurologistas infantis, pediatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistentes

sociais e enfermeiros - compreendam a organização neural das crianças, facilitando, assim, o diagnóstico e o tratamento”, disse Vanda Maria Gimenes Gonçalves, professora livre-docente de Neurologia Infantil do Departamento de Neurologia da FCM.

“São quase 30 anos de trabalho reunidos numa obra essencialmente brasileira, um marco inédito na área das neurociências”, completou Maria Valeriana Leme de Moura-Ribeiro, professora titular de Neurologia Infantil do Departamento de Neurologia da FCM e professora associada do Departamento de Neuropsiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto.

★ *Os melhores remédios contra o câncer: conhecimento e prevenção* GILSON BARRETO E ALFIO J. TINCANI



14 x 21 cm
134 páginas
R\$ 29,90
Editora: ARX

O cirurgião oncológico e diretor do Centro de Oncologia de Paulínia, Dr. Gilson Barreto e o médico e professor da disciplina de Cirurgia de Cabeça e Pescoço Dr. Alfio J. Tincani, do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp, acabam de lançar o livro *Os melhores remédios contra o câncer: conhecimento e prevenção*, para difundir o conhecimento médico de alto nível sobre a doença, numa linguagem simples e acessível a todos os leitores.

Os autores, com mais de 20 anos de prática médica na área oncológica, explicam desde o porquê da escolha do caranguejo como símbolo dessa doença até os tipos de câncer existentes e as suas

respectivas causas, além, é claro, dos mais avançados tratamentos existentes e direitos dos pacientes. Barreto e Tincani dão, também, conselhos para a prevenção da doença, detalhando o impacto que certos hábitos provocam no corpo humano.

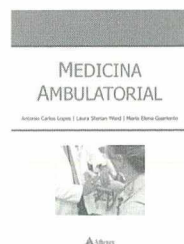
“O livro nasceu a partir do diagnóstico de um câncer bucal num paciente que, por seis meses, passou por vários dentistas e médicos que achavam que o problema era afta. Após o susto e a cura da doença, o paciente - um alto executivo de uma multinacional - sugeriu que a empresa investisse na publicação de um material informativo que focasse o câncer de uma forma direta e didática”, explica Tincani.

Fugindo das imagens de alto impacto negativo, as fotografias e as ilustrações que compõem a publicação são de extremo bom gosto e de elevada simbologia, dando uma nova dimensão à doença, colocando o livro, inclusive, na categoria de auto-ajuda.

Parte disso já se expressa pela introdução do livro: “Câncer. Palavra curta. Fácil de falar, fácil de lembrar, mas difícil de ouvir. Em nossa sociedade, a palavra “câncer” corresponde mais a uma sentença diante de um tribunal do que ao diagnóstico de uma doença que, quando detectada a tempo, pode ser controlada e até mesmo curada. Uma doença que, em muitos casos, pode ser evitada”.

★ *Medicina Ambulatorial*

ANTONIO C. LOPES, LAURA STERIAN WARD E MARIA ELENA GUARIENTO



21 x 28 cm
1.032 páginas
R\$: 247,00
Editora Atheneu

Medicina Ambulatorial destina-se a preencher um vazio na literatura, em língua portuguesa, de clínica médica, hoje inadequadamente ocupada por inúmeros livros de grande porte (tratados) de autores nacionais ou estrangeiros, estes últimos frutos de traduções. De fato, faltam textos basicamente dirigidos ao atendimento no consultório ou no ambulatório médico, cujos temas reflitam o dia-a-dia do clínico e que seja, a um só tempo, objetivo, prático e bastante atualizado. Dos 79 autores que escreveram os 73 textos presentes no livro, 69 são professores e médicos da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp. Os autores acreditam que, assim, podem contribuir para a atuação médica realizada no âmbito da atenção primária e calcada na tenacidade, competência e formação continuada, em sintonia com o atendimento especializado, que também supõe uma atualização contínua. "Os textos foram escritos numa linguagem simples, atual e qualificada, feita por aqueles que estão na linha de frente dos hospitais, ambulatórios, consultórios e salas de aula e, portanto, sabem o que enfrentam no dia-a-dia", disse Laura.

EVENTOS DE SETEMBRO

JORNADA

*II Semana de fonoaudiologia

PERÍODO: de 12 a 15/9/2006

HORÁRIO: das 9 às 17 horas

LOCAL: Auditório da FCM

FESTIVAL

*Festival do Instituto de Artes (FEIA)

PERÍODO: de 19 a 22/9/2006

HORÁRIO: das 12 às 14 horas

LOCAL: Auditório da FCM

CURSO

*IV Curso de medicina esportiva

DIAS: 19, 20 e 21/9/2006

HORÁRIO: das 18h30 às 22h30

LOCAL: Auditório da FCM

ORGANIZAÇÃO: Associação Atlética Acadêmica "Adolfo Lutz" (AAAAL)

SEMINÁRIO

*Inclusão escolar: como lidar com a diversidade

DIAS: 23/9/2006, das 7 às 18 horas e 24/9/2006, das 7 às 13 horas

LOCAL: Auditório da FCM

ORGANIZAÇÃO: Departamento de Neurologia da FCM

INFORMAÇÕES: (19) 3788-7372

PROJETO CULTURAL

*Espaço Cultural Saúde Unicamp

Onco in Concert por vidas melhores

DIA: 27/9/2006

HORÁRIO: a definir

LOCAL: Auditório da FCM

PROGRAMAÇÃO E INFORMAÇÕES:

(19) 3788-8001 com Marina

PROGRAMA DE TREINAMENTO

*O potencial do profissional moderno

PALESTRANTE: Regina Coeli Muniz Covizzi

DIA: 28/9/2006

HORÁRIO: 14 h30

LOCAL: Salão Nobre da FCM

INSCRIÇÕES: (19) 3788-8049

PROGRAMA DE

DESENVOLVIMENTO

*Programa de desenvolvimento de secretárias

DIA: 29/9/2006

HORÁRIO: das 8h30 às 17 horas

LOCAL: Auditório da FCM

ORGANIZAÇÃO: Reitoria-AFPU

PALESTRAS

*Infecção cruzada

DIA: 29/9/2006

HORÁRIO: das 12 às 13h30

LOCAL: Salão Nobre da FCM

ORGANIZAÇÃO: Cecom

SIMPÓSIO

*I Simpósio internacional em reabilitação neuroortopédica

DIA: 30/9/2006

HORÁRIO: das 8 às 17 horas

LOCAL: Salão Nobre 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. Gastão Wagner de S. Campos

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. Roberto Teixeira Mendes

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 FONOaudiologia

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. Dra. Sara Teresinha Olalla Saad

PRESIDENTE DA COMISSÃO DO CORPO DOCENTE

Prof. Dra. Andrea Trevas Maciel Guerra

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. Antonio de A. Barros Filho

Prof. Dr. Sérgio Luiz Saboya Arruda

TEMA DO MÊS

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. Dr. José Luiz Tatagiba Lamas

Prof. Dra. Nelci Fenalti Hoehr

SAÚDE E SOCIEDADE

Prof. Dr. Nelson Filice de Barros

Prof. Dr. Everardo D. Nunes

RESPONSÁVEL Sílvia Motta CONRERP 237

EQUIPE Claudia Ap. Reis da Silva, Edmilson

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)