



IMPRESSO ESPECIAL
8.74.02.0314-8 - DR/SPI
FCM / Unicamp

PODE SER ABERTO PELA EBCT

Asclépio, o deus da medicina

Asclépio é o nome grego de Esculápio, deus da medicina dos romanos. Ele era admirado como um herói, mas com o passar dos anos passou a ser adorado como um deus. Existem várias lendas sobre sua origem, mas a mais divulgada diz que ele era filho de Apolo com uma mortal chamada Corone. Voltando ao Olimpo, Apolo deixou-a sob a vigilância de um corvo branco. Na ausência de Apolo, mesmo grávida, Corone se apaixonou por um mortal. Ao ser informado pelo pássaro sobre a infidelidade da amante, irritado Apolo transformou o pássaro branco em preto e mandou matar a jovem infiel.

No entanto, Apolo evitou a morte do filho e o entregou aos cuidados de um centauro chamado Quirom e determinou que ele lhe ensinasse medicina. Quirom era considerado o mais sábio dos centauros e era médico e hábil cirurgião. A palavra cirurgião origina-se de seu nome. Asclépio tornou-se um médico mais capaz que seu mestre e sua fama espalhou-se, sendo então procurado por pessoas de várias partes do mundo antigo, em busca de suas curas. Ele teve vários filhos, dos quais dois são citados na Ilíada de Homero, e duas filhas são atualmente relacionadas à medicina, Panacéia (o que cura tudo) e Higéia (saúde e que deu origem a hígido).

Asclépio tinha o dom não apenas de curar, mas também de ressuscitar, o que

acabou por provocar a ira de Zeus que considerava que isso poderia perturbar o curso da natureza e acabou matando-o com um raio. Apolo ficou irritado, matou o Titã que fabricou o raio e fez o filho ser transformado em deus.

A Grécia chegou a ter 320 santuários dedicados a esse deus, que viraram verda-

deiras clínicas e algumas até escolas de medicina. Os doentes eram

instalados em uma área antes de entrarem no templo. Lá, recebiam drogas para dormir e, sob o efeito dessas drogas, tinham sonhos em que o deus aparecia e dizia o que era necessário fazer para o tratamento.

Ao acordarem, os doentes relatavam os sonhos para os sacerdotes e só então entravam nos templos para serem tratados. Nos templos não podiam entrar mulheres grávidas nem pessoas com defeitos físicos. Diz-se que ocorriam muitas curas, mas quando o tratamento falhava, os sacerdotes alegavam ser a vontade do deus.

Asclépio era freqüentemente apresentado com um bastão com uma cobra enrolada, o caduceu. Segundo os antigos, a cobra vivia tanto na superfície quanto no interior da terra, além de representar o poder de renovação da vida, uma vez que ela troca de pele constantemente.

Prof. Dr. Antônio de Azevedo Barros Filho
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA, FCM, UNICAMP



NESTA EDIÇÃO:

Controvérsias no tratamento da asma na infância: a contribuição dos estudos de fase IV

VEJA TAMBÉM:

Displasia bronco-pulmonar: diagnóstico

Aconselhamento genético em saúde pública: um benefício ou invasão de privacidade?

Preservar a memória da Unicamp e da FCM

Os usos sociais da ciência

A asma das crianças é diferente da asma de adultos e os resultados de estudos em adultos não devem ser extrapolados para as crianças.

Controvérsias no tratamento da asma na infância: a contribuição dos estudos de fase IV

Conforme dissemos na edição anterior do Boletim da FCM, a partir do ano 2000 começaram a surgir numerosos trabalhos que evidenciavam que a associação de LABA + CI era eficaz no manejo da asma persistente, mas que apresentava um risco maior para desfechos indesejáveis, como: desenvolvimento de tolerância e diminuição da atividade broncodilatadora e broncoprotetora, arritmias, morte súbita, hipopotassemia, piora da asma com aumento do número de exacerbações e aumento de risco para eventos cardiovasculares.^{1,2,3} Mesmo sendo em números pequenos, esses efeitos colaterais não eram desprezíveis e eram maiores em afro-descendentes. Passou-se, então, a argumentar que os LABA, em crianças, deveriam ser utilizados em situações especiais, nos casos muito graves e quando não existisse resposta a doses adequadas de CI e ou inibidores de receptores de leucotrienos.

Recentemente, associações médicas mundiais começaram a publicar recomendações para o uso dos LABA⁴:

- Não utilizar LABA como monoterapia;
- Não utilizar como medicação de resgate. A medicação de resgate deve ser um beta 2 agonista de curta duração;
- Não utilizar como substituição dos CI;
- Usar as menores doses possíveis.

Com estes argumentos baseados em meta-análises e estudos de fase IV, muitos autores têm afirmado que, até o momento, existem poucas evidências científicas para confirmar o uso rotineiro de LABA em crianças e que os guidelines para o uso de LABA em crianças são extrapolados dos estudos de adultos. A asma das crianças é diferente da asma de adultos e os resultados de estudos em adultos não devem ser extrapolados para as crianças.

Em 2006, foi publicada uma revisão e um trabalho intitulado SMART, nos quais o autor destacava os principais pontos controversos sobre o uso dos LABA, principalmente o salmetrol, e defendia os benefícios da associação LABA + CI.⁶ Como estes dados foram obtidos de adultos, o uso de LABA em crianças continua com a indicação de ser utilizado com cautela, esperando que os estudos de fase IV possam confirmar a eficácia e a relação custo-benefício.⁵

Portanto, ainda prevalecem os argumentos sugeridos sobre a utilização dos LABA em crianças, recentemente discutida em dois artigos nos quais os autores chamam a atenção sobre a segurança e os riscos da utilização deste grupo de medicamentos.^{7,8}

Enquanto o debate sobre o papel dos LABA continua, numerosos trabalhos de fase IV confirmam, cada vez mais, que o tratamento antiinflamatório da asma deve ser a viga de sustentação para qualquer asmático persistente. Droga beta agonista de curta duração, principalmente o salbutamol, deve ser o medicamento de resgate.

Nesta linha, o artigo *Safety of long-acting beta-agonists* chama a atenção para a segurança dos antagonistas de

receptores de leucotrienos como uma boa opção, principalmente para pacientes com asma leve e moderada em associação aos CI quando não existe resposta aos CI.^{8,9}

O montelukaste tem demonstrado eficácia em reduzir o número de episódios de sibilância, após bronquiolite viral aguda; no seguimento do lactente sibilante, após episódios de bronquiolite viral aguda pelo vírus sincicial respiratório, equivalência de eficácia quando associado a CI semelhante aos LABA+CI em adolescentes e adultos e efeitos benéficos quando utilizado na asma leve em monoterapia e na asma moderada a grave como associação. Mais estudos de fase IV serão necessários para confirmar e sedimentar estes efeitos.

Com o uso de doses adequadas destes medicamentos, a utilização de LABA em crianças fica indicada para formas graves.⁹ As principais considerações sobre os grupos de medicamentos para o manejo da intercrise da asma em crianças podem ser vistas abaixo:

Considerações sobre os principais grupos de drogas para o manejo da asma em crianças

	ANTILEUCOTRIENOS ASMA LEVE	+	ESTERÓIDES INALATÓRIOS MOD	+	LABA GRAVE
SEGURANÇA					
FACILIDADE NO USO					
EFICÁCIA					
EFETIVIDADE					
REMODELAMENTO					

A comunidade de profissionais que trabalha e trata crianças com asma espera que novos estudos de fase IV possam esclarecer melhor o real papel de cada um destes grupos de drogas no manejo adequado da asma, entendendo que, seguramente, a asma das crianças é diferente da asma dos adultos.

Prof. Dr. José Dirceu Ribeiro

PROFESSOR-ASSISTENTE DO

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA, FCM, UNICAMP

1. Salmeterol SR et al. Cardiovascular Effects of β_2 -Agonists in Patients With Asthma and COPD: A Meta-Analysis. *Chest*. 2004;125:2309-2321.

2. Bisgaard H. Long-acting β_2 -agonists in management of childhood asthma: a critical review of the literature. *Pediatr Pulmonol* 2000; 29: 22134.

3. Bisgaard H. Effect of long-acting β_2 -agonists on exacerbation rates of asthma in children. *Pediatr Pulmonol* 2003; 36:39198.

4. Eric Wooltorton. Long-acting β_2 agonists in asthma: safety concerns. *CMAJ* October 25, 2005 173(9): 1030-31.

5. Nelson HS. - Is there a problem with inhaled long-acting β -adrenergic agonists? *J Allergy Clin Immunol* 2006; 117:3-16.

6. Nelson HS et al. - The Salmeterol Multicenter Asthma Research Trial. A Comparison of Usual Pharmacotherapy for Asthma or Usual Pharmacotherapy Plus Salmeterol. *CHEST* 2006;129:1526.

7. Hans Bisgaard & Stan Szeffer. Long-acting β_2 agonists and pediatric asthma. *The Lancet* 2006; 367 January 28, 286-288.

8. Martinez FD. - Safety of Long-Acting Beta-Agonists: An Urgent Need to Clear the Air. *N Engl J Med* 2005; 353(25): 2637-2639.

9. Vaquerizo MJ et al. Effect of montelukast added to inhaled budesonide on control of mild to moderate asthma. *Thorax* 2003;58:204211.

Displasia broncopulmonar: diagnóstico

Inúmeras são as definições para displasia broncopulmonar (BDP) encontradas na literatura. Geralmente, estão baseadas em critérios clínicos e radiológicos, mas não permitem que se tenha uma visão homogênea sobre a doença e a gravidade dos seus efeitos nos recém-nascidos, notadamente, naqueles menores que 32 semanas de idade gestacional.^{1,2 (D)}

A mais recente tentativa de consenso foi feita pelo Instituto Nacional de Saúde Americano que propôs como definição a dependência do uso de oxigênio suplementar por um período maior que 28 dias, tendo também delineado sua gravidade em leve, moderado e grave, de acordo com a FiO_2 e o uso de ventilação mecânica à idade conceptual corrigida de 36 semanas.

Múltiplos fatores contribuem para o desenvolvimento de BDP, provavelmente atuando de forma aditiva e sinérgica.^{1,2 (D)} Os recém-nascidos prematuros de extremo baixo peso representam o grupo de maior risco, sendo a própria prematuridade, a toxicidade do oxigênio e o uso de ventilação mecânica implicados primariamente na gênese do processo.

Outros fatores também têm sido implicados, tais como: os processos infecciosos, particularmente a colonização com *ureoplasma urealyticum*; os processos inflamatórios locais; o edema pulmonar; a presença de *ductus arteriosus* patente e componentes genéticos relacionados à atopia e asma.

Altas concentrações de oxigênio

Paradoxalmente, com o uso cada vez mais intenso dos corticóides no período antenatal e do surfactante exógeno, tem-se observado um número significativo de crianças de baixo peso extremo com doença leve ou até mesmo sem doença pulmonar inicial com progressão para BDP após algumas semanas de vida, mesmo sem exposição a altas concentrações de oxigênio.^{1,2 (D)}

Assim, muitos prematuros começam a apresentar sinais de BDP por volta da segunda semana de vida, quando a necessidade de O_2 suplementar não diminuiu ou até aumentou. Pela hipóxia ou retenção de CO_2 , necessitam maior assistência respiratória, com o raio X mostrando aumento de densidade (edema), ou hiperinsuflação e pequenas bolhas, que podem evoluir para uma clara síndrome de aprisionamento de ar.^{1,2 (D)}

O quadro pode variar desde a necessidade prolongada de O_2 suplementar até a situação de dificuldade respiratória (taquipnéia, retração intercostal) com hipóxia e retenção de CO_2 , acompanhado frequentemente de crises de sibilância, não raramente em crises graves.

Pode, ainda, ser acompanhado de hipertensão pulmonar e hipertrofia de ventrículo direito, às vezes evoluindo para *cor pulmonale* e, não raro, hipertensão arterial sistêmica. O quadro radiológico pode ser apenas de discreto edema difuso, hiperinsuflação ou passar de atelectasia e pequenas áreas de enfisema para áreas densas, fibróticas e enfisema multifocal, até o clássico aspecto de favo de mel, grande enfisema e hiperinsuflação.^{1,2 (D)}

O tratamento da displasia broncopulmonar será discutido na edição de março do Boletim da FCM.

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. Abimael Aranha Netto

PROFESSOR ASSISTENTE EM NEONATOLOGIA;
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA, FCM, UNICAMP

Os recém-nascidos prematuros de extremo baixo peso representam o grupo de maior risco, sendo a própria prematuridade, a toxicidade do oxigênio e o uso de ventilação mecânica implicados primariamente na gênese do processo.

1. Bancalari, E, Claure, N, Sosenko, I R S. Bronchopulmonary dysplasia: changes in pathogenesis, epidemiology and definition. *Semin Neonatol* 2003; 8: 63-71.

2. Walsh, MC, Szefer, S, Davis, J, et al. Summary, Proceeding from bronchopulmonary dysplasia group. *Pediatrics* 2006; 117: 52-56.

*A experiência da
equipe
multidisciplinar
de
aconselhamento
genético
(médicos,
biomédicos,
psicólogos,
assistentes
sociais, etc.)
vem sendo
testada com
êxito na FCM
há várias
décadas.*

Aconselhamento genético em saúde pública: um benefício ou invasão de privacidade?

Conforme dissemos no artigo anterior publicado em janeiro neste Boletim, o aconselhamento genético tem objetivos primordialmente assistenciais e educacionais, podendo ter ou não consequências preventivas ou eugênicas. Entretanto, ao lado do benefício inquestionável do diagnóstico precoce e tratamento das crianças afetadas, criou-se um novo problema quanto ao aconselhamento genético dos seus pais. Evidentemente, o modelo da genética comunitária não é adequado para a implantação em âmbito nacional, não apenas pela impossibilidade da avaliação prevista pelas suas regras, mas, sobretudo, pela insuficiência do número de médicos geneticistas.

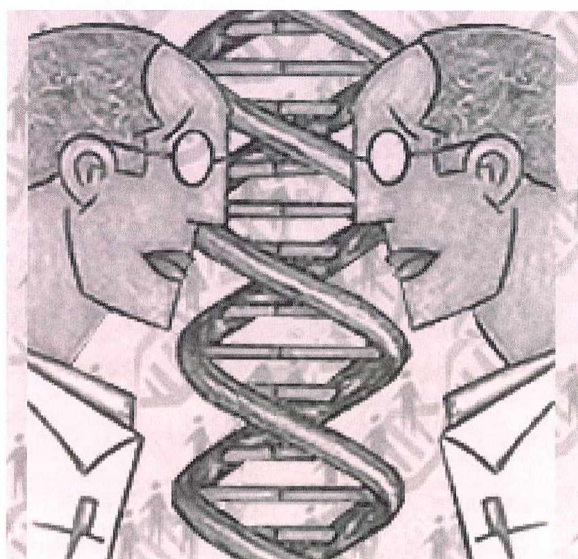
Durante o 1º Simpósio Nacional de Aconselhamento Genético em Doença Falciforme, realizado em 18 de agosto de 2006 na cidade de Salvador, BA, foram relatados os problemas nessa área, tais como o fornecimento de "aconselhamento genético" por pessoas não capacitadas; o uso eugênico do processo; a confusão entre traço (heterozigoto assintomático) e doença; invasão de privacidade em casos de ilegitimidade, estigmatização racial, etc; além de algumas sugestões antiéticas surgidas em alguns estados, como o "aconselhamento genético" diretivo gratuito via telefone 0800 e o desencorajamento da procriação de heterozigotos com o oferecimento de esterilização patrocinada pelo estado. Estão sendo repetidos, em suma, os problemas sérios surgidos nos programas norte-americanos de prevenção da anemia falciforme iniciados no final da década de 1960 e posteriormente desativados, frutos do despreparo dos legisladores, dos orientadores genéticos e da imprensa.

O Ministério da Saúde tem se preocupado com esse problema e tomado algumas medidas iniciais adequadas, como a própria realização do Simpósio, a criação de um grupo de trabalho da política nacional de atenção à saúde em

genética clínica no Sistema Único de Saúde (SUS) e a solicitação de um relatório técnico sobre o aconselhamento genético em hemoglobinopatias a um grupo da Unicamp com experiência comprovada nessa área.^{1,2}

Torna-se indispensável, portanto, a criação de cursos de capacitação de médicos e outros profissionais interessados no aconselhamento genético. O diagnóstico das alterações genéticas é um procedimento de responsabilidade médica, mas o aconselhamento genético de alterações específicas poderia ser realizado por outros profissionais capacitados, desde que sob supervisão clínica e dentro dos mais rigorosos padrões éticos e científicos.

A experiência da equipe multidisciplinar de aconselhamento genético (médicos, biomédicos, psicólogos, assistentes sociais, etc.) vem sendo testada com êxito na Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp há várias décadas. Outro aspecto importante a ser ressaltado é o da educação das comunidades a respeito das alterações genéticas mais frequentes nas populações brasileiras, para que o aconselhamento genético ideal, ou seja, o solicitado espontaneamente pelos interessados em recebê-lo, possa ocorrer em nosso meio.



1. Ramalho AS, Bertuzzo CS, Paiva-Silva R. Aconselhamento genético. In: Medical Máster: Anais de Atualização Médica (Almeida EA, ed.), Campinas: Ed. Uniem; 1996, pp. 209-213.

2. Ramalho AS. O aconselhamento genético na anemia falciforme. Relatório Oficial do 1º Simpósio Nacional de Aconselhamento Genético em Doença Falciforme, Brasília: Ministério da Saúde; 2006, pp 1-7.

Prof. Dr. Antonio Sérgio Ramalho
DEPARTAMENTO DE GENÉTICA MÉDICA,
FCM, UNICAMP

Preservar a memória da Unicamp e da FCM

Desde 1989, a Unicamp determinou que sua memória, representada por meio de documentos produzidos ou capturados a partir de suas atividades científicas, acadêmicas e administrativas, devia ser preservada, para servir como prova ou fonte de pesquisa científica.¹ Para alcançar tal objetivo, implantou um Sistema de Arquivos (Siarq), encarregado de definir a política e fazer a gestão arquivística dos documentos produzidos ou recebidos em cumprimento de suas atividades.

O Siarq da Unicamp compreende o Arquivo Central, que coordena e orienta tecnicamente as atividades realizadas por uma rede de arquivos e protocolos, além de tratar e dar acesso a documentos, sistematicamente, transferidos ou recolhidos para preservação; o Conselho Consultivo, formado por docentes, funcionários e alunos para dar apoio a definições das políticas arquivísticas, de convênios e de acesso; a Comissão Central de Avaliação de Documentos (CCAD), formada por historiador, procurador geral e representante da administração e dos arquivos da universidade, encarregada de definir os prazos de guarda e o destino dos documentos produzidos e/ou recebidos pela Universidade, bem como incorporação de acervos externos de interesse; e a Rede de Arquivos Setoriais, constituída por protocolos e arquivos localizados nas unidades e órgãos e de Comissões Setoriais encarregadas de interagir com a CCAD.

Atualmente, a universidade conta com 125 protocolos distribuídos em todas as suas unidades e órgãos, interligados por meio de uma coordenação central, normas comuns e um sistema eletrônico. Os protocolos são encarregados de registrar os documentos que são autuados em processos e expedientes, controlar seus trâmites, arquivamento, acesso e destinação. Os operadores do protocolo interagem entre si requisitando documentos, trocando mensagens de localização ou mesmo extravios. Os processos ou expedientes, cerca de 450 mil, hoje referenciados, estão tramitando para cumprir uma ação ou se encontram armazenados em 50 Arquivos Setoriais existentes nas unidades e órgãos.

Estes Arquivos, além do Central, gerenciam a preservação, controlam o acesso e fazem a seleção, a partir de normas, para eliminações e recolhimentos para a preservação, mas ainda carecem de qualificação de infra-estrutura física e de pessoal para tratar outras espécies de documentos que permanecem nos arquivos das áreas.

A gestão de documentos, quando deficitária, resulta na geração e na guarda de documentos em duplicidade, em extravios, em eliminações incorretas, em dificuldade de acesso para a administração e, conseqüentemente, para a pesquisa científica e resgate histórico sobre o fazer da instituição.

A Faculdade de Ciências Médicas (FCM) possui seu Arquivo Setorial de processos centralizado e mantém, nas áreas de trabalho, os demais documentos produzidos ou recebidos. Com a finalidade de qualificar os procedimentos, a infra-estrutura física e de pessoal para a gestão arquivística de seus documentos, a FCM nomeou uma Comissão Setorial de Arquivos, formada por profissionais que representam suas áreas e departamentos e subordinada à direção.

A Comissão, que vem atuando desde meados de 2006, priorizou como ações a atualização e a aplicação das normas *Tabelas de Temporalidade de Documentos de Institutos e Faculdades*, vigentes desde 2002, visando a sua adequação à realidade funcional, estrutural e documental da FCM e à coleta de subsídios para elaboração de instruções para a gestão integrada de documentos que compreendem a organização dos arquivos e a própria estruturação do Setorial.

Com essas ações, a FCM pretende dotar de gestão arquivística integrada e sistematizada de documentos, permitindo, assim, que as áreas organizem seus arquivos, façam eliminações com critérios normativos e transfiram os documentos que precisam ser preservados, por questões legais e históricas, ao Arquivo Setorial e ao Arquivo Central.

Para o sucesso desse processo de melhoria, a Comissão da FCM preparou, para 2007, campanhas de sensibilização sobre a gestão e a preservação de documentos arquivísticos.

A família Siarq, a Comissão Setorial de Arquivos da FCM e a equipe do Arquivo Central que acompanham esse projeto, acreditam que ações desse tipo podem “assegurar condições de conservação, proteção e acesso ao patrimônio documental, na defesa dos interesses da universidade e dos direitos da comunidade acadêmica”; e “preservar a memória da Unicamp protegendo seu acervo arquivístico, para servir como referência, informação, prova ou fonte de pesquisa científica”.²

A FCM possui seu Arquivo Setorial de processos centralizado e mantém nas áreas de trabalhos os demais documentos produzidos ou recebidos.

Neire do Rossio Martins

COORDENADORA DO SISTEMA DE ARQUIVOS DA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

1.Deliberação Consu
A-39/89 e A-8/95.

2.Deliberação Consu
A-9/95.

Os usos sociais da ciência

É bom que se
mantenha a
idéia desse
autor, que
assinála ser o
campo científico
um mundo
social, com suas
imposições e
solicitações,
mas que é
independente
das pressões do
mundo social
global que o
envolve.

Em março de 1977, Pierre Bourdieu, a convite do Instituto de Pesquisa Agropecuária de Paris, pronunciou uma conferência que foi posteriormente publicada com o título de *Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico*.¹ Muitos são os aspectos importantes desta apresentação de Bourdieu, das quais algumas parecem oportunas quando tratamos das relações sociais no campo da saúde e das formas como as instituições podem refletir sobre essas relações.

Pronunciada num momento no qual já havia consolidado a sua posição como expoente da sociologia, Bourdieu retoma de forma clara questões que foram o centro de suas preocupações: a noção de campo, as propriedades específicas dos campos científicos e as formas de poder que o capital científico engendra. São noções complexas para serem resumidas em espaço limitado, mas, desse conjunto, a síntese feita pelo autor mostra que tanto a tradição *externalista*, como a *internalista* são insuficientes para que se compreenda a ciência, se vistas separadamente; ou seja: “é preciso escapar à alternativa da ‘ciência pura’, totalmente livre de qualquer necessidade social, e da ‘ciência escrava’, sujeita a todas as demandas político-econômicas”.

Dessa forma, se para os *internalistas* a ciência constitui uma forma autônoma de conhecimento, que pode ser vista independente do autor e do contexto, na visão *externalista* a compreensão da ciência concretiza-se como parte das atividades humanas nas quais se entrecruzam a biografia, a história e a estrutura. Exemplos de *internalista*: Gaston Bachelard e *externalista*: Alexandre Koyré. Para Bourdieu, a solução encontrada está na noção de campo científico. É bom que se mantenha a idéia desse autor, que assinála ser o campo científico um mundo social, com suas imposições e solicitações, mas que é independente das pressões do mundo

social global que o envolve. Neste sentido, o campo mantém a capacidade de refratar (retraduzir sob forma específica) as pressões e demandas externas transfigurando-as e tornando-as irreconhecíveis.

Na estrutura de um campo, uma das noções centrais é a da existência de relações de força entre os diferentes agentes que se engajam neste campo. Estas idéias são claramente perceptíveis quando adentramos o campo da saúde/medicina/relações entre profissionais. Facilmente podem ser detectadas perspectivas *internalistas* e *externalistas* tanto no trato do conhecimento como da sua reprodução, visto que a reprodução, por meio da prática pedagógica, é um reflexo de como se entende o próprio processo da ciência, sua descoberta, acumulação e aplicação.

Para Bourdieu, a posição de professor, em qualquer nível que seja, parece, de fato, não ser compatível com a posição de pesquisador. Há, segundo ele, exceções. Em algumas instituições, como as hospitalares e os laboratórios de pesquisa, as estruturas pedagógicas estão integradas à pesquisa. Sem dúvida, quebrar a estrutura codificada, rotinizada do saber e da inércia dos campos científicos sistematizados e desconectados da pesquisa presentes no ensino deve ser uma das tarefas criativas das próprias reformas de ensino; outra, seguindo a sugestão do sociólogo francês, é a de desenvolver os *coletivos de reflexão* a fim de que os pesquisadores abordem suas angústias e ansiedades, que muitas vezes nada têm de pessoal, e que são de outras naturezas institucionais, burocráticas, organizacionais. Certamente, instituições como as faculdades de medicina oferecem uma arena muito apropriada para esses e outros debates que envolvem o campo científico como tal e em suas intrincadas relações sociais.

Prof. Dr. Everardo Duarte Nunes

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL,
FCM, UNICAMP

1. Bourdieu, P. Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico. Tradução de Denice Bárbara Catani. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

NOTAS

*A Câmara de Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp abriu as inscrições para a seleção de pesquisadores em Programa de pós-doutoramento para atuar nas seguintes áreas do conhecimento: Modelos experimentais de imunomodulação; Terapia gênica para correções de defeitos hereditários e adquiridos; Estudo de vias metabólicas de carboidratos, lipídios e proteínas; Epidemiologia clínica; Bases fisiopatológicas e alterações moleculares em doenças humanas; Patologia analítica celular; Genoma humano - clonagem e caracterização de novos genes e de novas proteínas; Cultivo, expansão e diferenciação de células totipotentes; Mecanismo molecular envolvido nos danos oxidativos mitocondriais; Mecanotransdução e mecanismos celulares/moleculares e farmacológicos envolvidos na hipertrofia e remodelamento cardiovascular, hipertensão arterial e resistência à insulina; Neurogenética, neuroimagem e epilepsia. São quatro bolsas, sendo apenas uma por área. O edital está disponível no site www.fcm.unicamp.br/pesquisa. A data limite para submissão das propostas vai até o dia 28 de fevereiro. Os resultados serão divulgados no dia 15 de março de 2007 e o início da vigência das bolsas será a partir do dia 1 de abril de 2007. Outras informações poderão ser obtidas pelo e-mail cp@fcm.unicamp.br.

*A Unicamp está levando sua experiência à África, mais precisamente a Luanda, República de Angola. Em

2005, 11 médicos angolanos desembarcaram em Campinas para um estágio de dois anos nas especialidades de neurologia clínica, gastroclínica, infectologia, cirurgia, hematologia, terapia intensiva, otorrinolaringologia, oftalmologia e cardiologia da Faculdade de Ciências Médicas (FCM). Estes médicos carregam sobre os ombros a tarefa de ajudar a reconstruir o Hospital Josina Machel, a maior instituição de saúde de Luanda. A possibilidade real de tornar o estágio uma residência médica vai se ampliando no país de origem, com apoio das lideranças locais. Eles não somente terão parte na reconstrução. Trabalharão para formar o embrião de várias especialidades médicas inexistentes naquele hospital. Passada a guerra civil que assolou Angola por 27 anos, a colaboração internacional não tardou a chegar e a missão Japan International Cooperation Agency (Jica) destinou àquele hospital uma verba de US\$ 40 milhões para torná-lo novamente referência, firmando ainda com a Unicamp um convênio de cooperação internacional para capacitação de profissionais na área médica. O dinheiro já está sendo empregado. O novo hospital ficou pronto e aguarda expandir-se mediante os resultados da capacitação de pessoal para tocar melhor o atendimento. “A expectativa é ter 300 técnicos, trabalhando numa estrutura hospitalar de 700 leitos. O hospital está lindo”, relata o executor do convênio, professor Francisco Aoki, da disciplina de Infectologia da FCM. A Unicamp está inclusive gestando um projeto para desenvolver a residência médica em Angola. “A coordenação é do hospital, que está provendo os meios para isso. A Universidade apenas

expedirá um atestado de estágio, por não encontrar amparo na lei para convalidar os créditos como residência médica”, acrescenta Aoki. A discussão, que acaba de ser levada à diretoria da FCM, também prevê um intercâmbio de professores da Unicamp para continuar capacitando os estagiários em 2007, mas desta vez em Angola.

O executor do convênio afirma que está se abrindo aos médicos angolanos a chance de criar uma nova cultura para desenvolver serviços.

“Eles estão absorvendo isso com interesse. Ao retornarem, serão monitores e auxiliarão o projeto de estágio, que chamam internato, mas que corresponde à residência médica brasileira. Ainda em 2007, outros dois médicos virão para o estágio na Unicamp”, diz Aoki. “Trata-se de um intercâmbio de importância crucial, pois o hospital tinha algumas dificuldades e nos colocamos como instituição que veio preencher esta necessidade.” Aoki esteve em Angola duas vezes para conhecer a realidade do hospital e trazia suas impressões, até que o primeiro grupo veio iniciar estudos com o mesmo conteúdo programático seguido pelos residentes médicos da Unicamp. Mas os novos alunos não reclamam da rotina, que inclui estudo de vasto material teórico no primeiro período, entremeado com a prática nas respectivas áreas. Mariquinha Venâncio, médica há 15 anos no Hospital Josina Machel, optou pelo estágio em cardiologia. “Além de apreciar a área, esta era uma necessidade do nosso hospital, pois nunca tivemos contato com uma unidade coronariana”, conta. Sua colega de profissão há 13

anos, Teresa Inácio, se diz consciente da grande responsabilidade de implantar o setor de hematologia e hemoterapia. “É um campo virgem que terá de ser estudado, bem como as suas prioridades”, comenta. Guilherme Lázaro, carinhosamente eleito “chefe” pelos colegas angolanos, brinca que estes assumirão as conseqüências quando voltar ao Josina. Tem o sorriso largo, mas assume o momento quando o assunto é sério. Explica que a neurologia é área nova em seu país e que precisou começar dos fundamentos básicos. “Com um ano e meio de estágio, tenho certo que alcancei base suficiente para abordar um paciente neurológico. O estágio continua até agosto do próximo ano, período em que poderei ficar mais confortável ainda. Tenho me debruçado, por apreciar, ao estudo de doenças neurovasculares como o AVC [acidente vascular cerebral]”, salienta com sotaque. Sebastião Canísio, médico há dez anos no Josina, revela que, ao deixarem Angola, outros médicos os

substituíram e alguns até foram contratados. “Esta experiência trará uma nova etapa de conhecimento em nossas vidas”, garante. E já imagina, como outros do grupo, que o convênio poderá ser estendido e, com ele, a oportunidade de fazerem mestrado, doutorado e pós-doutorado na Unicamp. Com uma bolsa de estudo de US\$ 800 por mês, oferecida parte pelo Ministério da Saúde e parte pelo Josina Machel, o grupo de angolanos se mantém em Campinas. Alugaram uma casa que tem vários flats, no Parque das Universidades, e vêm a pé para a Unicamp ou por vezes de ônibus. Completamente entrosados à nova realidade, freqüentam o restaurante universitário e vivem de forma simples. Chegam cedo à Universidade, são disciplinados e esforçados. Nos finais de semana, vão à igreja e, às vezes, passeiam. Dizem que começaram tarde a especialização por causa da guerra e que a escolha do Brasil foi bastante oportuna, principalmente porque já

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

conheciam a língua, além de apreciarem o clima parecido com o do seu país. Estão na casa dos 40 anos, alguns dos 50. São todos casados e com as famílias constituídas.

EVENTOS DE FEVEREIRO

FÓRUM

★ *1º Fórum de gestão de documentos da FCM*

DIA: 7/2/2007

HORÁRIO: das 8h30 às 12h

LOCAL: Salão Nobre da FCM

INSCRIÇÕES: www.fcm.unicamp.br/csarq ou no local do evento

REALIZAÇÃO: Comissão Setorial e Diretoria da FCM

EXPOSIÇÃO

★ *1ª Mostra coletiva de Duduch*

Oficina de arte

Óleo sobre tela, aquarelas e

desenhos de 26 artistas

campineiros

PERÍODO: 8 a 30/2/2007

HORÁRIO: das 8h30 às 17h

LOCAL: Espaço das Artes da FCM

CIÊNCIA & ARTE NAS FÉRIAS

★ *Encerramento do programa ciência & arte nas férias*

DIA: 9/2/2007

HORÁRIO: das 9 às 18 horas

LOCAL: Auditório da FCM

ORGANIZAÇÃO: Pró-Reitoria de Pesquisa da Unicamp

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 Letícia Cintra

ANESTESIOLOGIA

Prof. Dra. Glória M. B. Potério

CIRURGIA

Prof. Dr. Nelson Adami Andreollo

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. Newton Kara José

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 Francisca Colella dos Santos

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. Fábio Bucarety

ASSISTENTE TÉCNICO DE UNIDADE (ATU)

Carmen Sílvia 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. Dra. Sara T. Olalla Saad

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 Francisca C. dos Santos

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 Emílio B. Oliveira

REVISÃO Elaine de Fátima Alcará Corradello

TIRAGEM 1.500 EXEMPLARES

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

SUGESTÕES jornalrp@fcm.unicamp.br

TELEFONE (19) 3788-8049

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