



IMPRESSO ESPECIAL

8.74.02.0314-8 - DR/SPI

FCM / Unicamp

PODE SER ABERTO PELA EBCT

Organização regional do SUS: uma forma de qualificar a assistência oncológica

O aumento da incidência do câncer pode ser atribuído à maior exposição dos indivíduos a fatores de risco cancerígenos, ao padrão de vida moderno e ao aumento da expectativa de vida. A macrorregião de Campinas compreende uma população de aproximadamente seis milhões de habitantes. Estima-se para essa região, em 2007, cerca de 21 mil casos novos de câncer, enquanto ocorrerão cerca de 7.500 mortes causadas por essa doença.

O complexo Hospital de Clínicas/Caism/Hemocentro da Unicamp foi o terceiro centro do Estado que mais registrou casos de câncer no período de 2001 a 2004, ficando atrás, apenas, de dois hospitais de câncer do interior do Estado: a Fundação Pio XII, de Barretos e o Hospital Amaral Carvalho, de Jaú.

Todavia, esse complexo, isoladamente, não é suficiente para garantir resultados terapêuticos satisfatórios se receber predominantemente pacientes com doença avançada. Antecipar o diagnóstico de um câncer e garantir assistência adequada sem longa espera envolve atuação efetiva de todo o Sistema Único de Saúde (SUS).

Na maioria dos casos, o paciente portador de um câncer apresenta um conjunto de sintomas e sinais inespecíficos, a partir do qual precisa se submeter a exames complementares. O diagnóstico começa ser retardado, quando o paciente demora em procurar os serviços de saúde. Uma vez que o paciente ingressou num serviço de saúde e a suspeita clínica é estabelecida, faz-se necessário realizar exames especializados para estabelecer o diagnóstico.

Neste momento, começam as principais dificuldades, pois normalmente é grande o congestionamento assistencial nesse nível, o que retarda o diagnóstico. Apesar do Hospital de Clínicas (HC) receber muitos pacientes nessas condições - com suspeita clínica para realizar exames especializados - uma minoria consegue ter acesso com brevidade aos nossos serviços.

Também, não compete ao HC, organizar-se para assistir pacientes com qualquer suspeita clínica de câncer, tendo em vista que esse contingente de pessoas é muito grande e comprometeria o fluxo assistencial dos pacientes com câncer. É necessário ampliar o acesso aos serviços de saúde de nível secundário nos municípios e regiões, de forma a facilitar o acesso e agilização diagnóstica do paciente com câncer, para, em seguida, ser encaminhado para o HC.

Maior brevidade no diagnóstico do câncer oferece melhor prognóstico ao paciente do que o uso de medicações de última geração em doença avançada.

Portanto, para reduzir a morbidade e mortalidade é necessário que os serviços municipais funcionem de forma mais eficiente para antecipar o diagnóstico, que o acesso fácil aos serviços de Oncologia esteja garantido e que o melhor arsenal terapêutico esteja disponível. Enfim, depende do bom funcionamento de todo o Sistema de Saúde.

Prof. Dr. Luiz Carlos Zeferino

SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL DE CLÍNICAS
DA UNICAMP

NESTA EDIÇÃO:

*Câncer no Brasil:
um grande desafio para o SUS*

A construção de uma rede de cuidados integrals a pacientes oncológicos

Atividades da OncoRede na região de São João da Boa Vista

A visão da gestão regional de saúde sobre os custos da Oncologia

Um novo olhar sobre o cuidar: dor e sofrimento psíquico do profissional de saúde

Câncer no Brasil: um grande desafio para o SUS

No Brasil, além de se defender o fortalecimento da prevenção, faz-se necessário otimizar os recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) de forma a garantir estratégias sustentáveis de detecção precoce para melhorar as possibilidades de cura dos pacientes (...)

Todas as projeções para a ocorrência de câncer no mundo apontam que o número de casos novos poderá chegar a 20 milhões em 2020. Esse crescimento pode ser explicado pelo aumento da expectativa de vida, o que faz com que toda a população tenha um maior tempo de exposição a fatores de risco cancerígenos. Com certeza, para vários tipos de câncer, a susceptibilidade genética tem papel importante, mas a interação entre esta susceptibilidade e os fatores ou condições determinados pelo modo de vida e pelo ambiente é que determina o risco de adoecer por câncer. O conhecimento hoje existente sobre medidas de custo-efetividade é suficiente para justificar estratégias populacionais antes do processo de carcinogênese ser iniciado, ou seja, um grande investimento na prevenção primária e na promoção de saúde.

No Brasil, além de se defender o fortalecimento da prevenção, faz-se necessário otimizar os recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) de forma a garantir estratégias sustentáveis de detecção precoce para melhorar as possibilidades de cura dos pacientes, ao mesmo tempo em que se garanta uma melhor qualidade de vida para os pacientes que ainda serão diagnosticados em estádios avançados. Estes três desafios não são pequenos e implicam em que as autoridades de saúde definam, a médio e longo prazo, prioridades claras para tomada de decisões e distribuição de recursos. Isto exige, em todos os níveis do Sistema Único de Saúde, medidas para aumento do acesso e para qualificação de ações dentro do conceito de linha de cuidado integral. Foi nesta perspectiva que o Ministério da Saúde elegeu, entre as seis prioridades do Pacto pela Vida, a promoção da saúde (incluindo-se aí o controle do tabagismo) e o controle dos cânceres do colo do útero e da mama.

Tomando por base a extensão territorial do país e os níveis diferenciados de desenvolvimento entre suas regiões,

torna-se imprescindível que o planejamento das ações de controle tenha como ponto de partida a caracterização da realidade local. O trabalho de comunicação deve ser construído de forma integrada entre os setores de educação e de saúde, para que a política de prevenção seja de fato efetiva. A integralidade do SUS já vem permitindo que as ações sejam planejadas de forma transversal, com multidisciplinaridade, intersetorialidade e forte participação da sociedade organizada.

A implementação do rastreamento populacional para os cânceres do colo do útero e da mama coloca-se como um grande desafio para os serviços de saúde e requer o monitoramento das ações e a organização de sistemas de referência e contra-referência viáveis. Bons resultados só serão alcançados quando todas as pessoas rastreadas, seguindo as recomendações específicas, possam se beneficiar do diagnóstico precoce e, com isto, alterar sua possibilidade de cura. Precisamos, por isso, evoluir nos sistemas de informação, integrando os registros de câncer aos outros sistemas existentes no SUS, garantindo o monitoramento, a regulação e a avaliação das condições de saúde dos pacientes e aprimorando os resultados alcançados.

A grande questão que se coloca para o Brasil, com o avanço diagnóstico e terapêutico no campo da oncologia, é garantir que isto aconteça de forma a não aumentar as diferenças marcantes que hoje existem no acesso à incorporação de terapias mais eficazes por diferentes setores da população. Torna-se, assim, essencial dar continuidade ao processo, já iniciado, de construção de uma rede ampliada de atenção ao câncer que, além de todos os profissionais de saúde e de outros setores relacionados, inclua as diversas representações da sociedade civil que, de forma conjunta, possam buscar apoio e mobilização para o enfrentamento deste grave problema de saúde pública.

Dra. Gulnar Azevedo e Silva Mendonça

COORDENADORA DE PREVENÇÃO DO
INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, MINISTÉRIO DA SAÚDE

A construção de uma rede de cuidados integrais a pacientes oncológicos

O câncer é um problema relevante de saúde no mundo e, no Brasil, representa a segunda causa de mortes. Sua relevância amplia-se pela repercussão que a experiência da doença e seu tratamento têm no cotidiano de pacientes, familiares e profissionais de saúde. No Brasil, a atenção ao câncer ainda sofre com a grande dificuldade de acesso aos serviços especializados, conformando um quadro de diagnósticos tardios, dificuldades para tratamento e seguimento, comprometendo o prognóstico e a sobrevida dos pacientes.

A política de atenção ao câncer no país centra-se nos serviços especializados das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacons) e dos Centros de Alta Complexidade em Oncologia (Cacons), cuja concentração tecnológica é necessária no tratamento dos casos; porém, a atenção integral e humanizada exige um esforço de cooperação assistencial entre os diferentes serviços de saúde para não deixar de lado parceiros importantes para o alcance da integralidade. É necessário mudar o panorama da doença no país, principalmente por meio do diagnóstico precoce.

Porém, como alcançar isso sem a participação do nível local? Que papel pode desempenhar o nível microrregional de saúde na atenção oncológica? Consideramos que cabem a esses níveis ações estratégicas de suspeição e diagnóstico precoce das neoplasias prevalentes, de apoio durante o tratamento, atendendo intercorrências associadas a ele e na oferta de cuidado multiprofissional. A rede básica e os hospitais gerais podem, ainda, assumir cuidados paliativos, apoiando cuidadores e articulando organizações comunitárias e religiosas para uma assistência mais próxima do domicílio.

Construir uma rede de atenção aos pacientes oncológicos que envolva os serviços de saúde das microrregiões num trabalho solidário e qualificado de cooperação com os serviços especializados, tendo como foco as necessidades dos pacientes, é a proposta do Projeto OncoRede. Esse trabalho, em rede, objetiva o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação e tem se estruturado para apoiar, sustentar e colocar em comunicação

profissionais de saúde, gestores, pacientes, famílias e organizações da sociedade civil.

Um eixo importante de atuação da OncoRede tem sido, com o empenho da Faculdade de Ciências Médicas (FCM), do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Caism) e do Hospital de Clínicas (HC) da Unicamp, o apoio aos profissionais de saúde das redes básicas e hospitais gerais por meio de atividades de Educação Permanente, ampliando a capacidade técnica, visando a formulação de soluções para os problemas locais e de facilitação dos canais de comunicação com os serviços especializados.

Experiência concreta de organização da atenção e gestão do cuidado tem sido desenvolvida na região de São João da Boa Vista - com 20 municípios, 800 mil habitantes e sem nenhum Cacon - e envolve a discussão com gestores e organizações comunitárias, de forma a se criar condições técnicas e políticas adequadas para o trabalho em rede. Nos últimos dois anos, duas questões chamaram atenção: a considerável estrutura de saúde existente nas microrregiões e a dificuldade de comunicação entre os diferentes níveis, com relativo isolamento dos serviços especializados.

Nesse sentido, além da implantação das equipes de gestão da integralidade do cuidado aos pacientes com câncer nos municípios, a OncoRede tem trabalhado para implementar a comunicação com os Cacons, discutindo as necessidades dos doentes em acompanhamento e facilitando a sua trajetória nas linhas de cuidado. As diferentes capacitações em curso, que valorizam o trabalhador da saúde e a aproximação de profissionais de distintos serviços, desenvolvendo vínculos solidários, têm sido um dos resultados dessa articulação, permitindo que se projete a possibilidade de significativos reflexos no cuidado integral dos pacientes com câncer da região.

Construir uma rede de atenção aos pacientes oncológicos que envolva os serviços de saúde das microrregiões num trabalho solidário e qualificado de cooperação com os serviços especializados, tendo como foco as necessidades dos pacientes, é a proposta do Projeto OncoRede.

Profa. Dra. Silvia Maria Santiago

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL,
FCM, UNICAMP

Retaguarda necessária para reduzir a mortalidade por câncer em nossa região

Segundo o Ministério da Saúde, há um déficit de procedimentos de cirurgia oncológica da ordem de 35% e de radioterapia de 50%, além de problemas estruturais e funcionais nos estabelecimentos especializados

Um dos maiores desafios atuais do Sistema Único de Saúde (SUS) é garantir atenção integral para os seus usuários. Nesses 16 anos de história do SUS, houve avanços importantes na ampliação do acesso à atenção básica, aos medicamentos de uso contínuo, aos serviços substitutivos aos manicômios, às consultas especializadas, aos partos hospitalares e a vários tratamentos de alta complexidade. Conseguimos, de algum modo, garantir o princípio da universalidade do acesso, previsto na Constituição Federal e nas leis orgânicas da saúde. No entanto, a insuficiência de recursos financeiros, associada à falta de decisão política, têm retardado a concretização do princípio da integralidade, à medida que não se investe na organização de redes de saúde regionais, com capacidade para complementar as ações básicas e de média complexidade realizadas na maioria dos municípios.

Nas cidades pequenas, não há como garantir acesso aos serviços de alta complexidade no próprio município, pois não dispõem de equipamentos e profissionais capacitados a realizar ações de alta complexidade. Além disso, essas ações não se justificam em municípios de pequeno e médio porte, pois sua alta densidade tecnológica e alto custo exigem escala para serem viáveis financeiramente. No caso do câncer, não existe em São Paulo, Estado mais rico e com a maior concentração tecnológica do país, uma rede de serviços especializados em quantidade e com qualidade para garantir atendimento aos pacientes.

Há situações de desassistência, com mortes decorrentes da demora em procedimentos diagnósticos ou à espera de tratamento. Tanto os gestores municipais como os trabalhadores da saúde dos municípios pequenos e médios convivem com situações dramáticas, em função da ausência ou insuficiência de retaguarda para os casos de pacientes com câncer, atendidos nos serviços municipais e que não têm para onde serem encaminhados. Segundo o Ministério da

Saúde, há um déficit de procedimentos de cirurgia oncológica da ordem de 35% e de radioterapia de 50%, além de problemas estruturais e funcionais nos estabelecimentos especializados. A Portaria 2.439, de 8/12/2005, que instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica a ser implantada nas unidades federadas, após mais de um ano não saiu do papel.

É fundamental que o Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo destinem recursos financeiros para construir uma rede de atenção oncológica; que os Hospitais de Ensino e os Centros de Alta Complexidade em Oncologia (Cacons) trabalhem na lógica da atenção integral ao paciente com câncer, ampliando o acesso ao diagnóstico, tratamento e reabilitação; que os municípios trabalhem de maneira articulada com os serviços de alta complexidade, inclusive capacitando seus profissionais para construir conjuntamente a linha do cuidado, com atenção básica resolutiva, diagnóstico precoce, apoio ao tratamento e seguimento clínico dos pacientes e cuidados paliativos. Ainda, a Comissão Intergestores Bipartite do Estado de São Paulo deve desenhar a rede de Oncologia para as várias regiões e buscar que sua implantação ocorra no menor tempo possível.

A organização de uma rede de atenção ao paciente com câncer envolve muitos atores e instituições, recursos financeiros e tecnológicos, e depende de um minucioso trabalho de articulação e pactuação. Acredito que o Hospital de Clínicas (HC) da Unicamp pode assumir um papel decisivo na construção da rede, organizando um Cacon resolutivo, humanizado e efetivamente integrado com os sistemas de saúde dos municípios da macrorregião de Campinas, contribuindo para prevenir os óbitos precoces por câncer. É um desafio para uma instituição de ensino e assistência do porte do HC, que poderá servir de exemplo para o Estado de São Paulo e para o país.

Dra. Aparecida Linhares Pimenta
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE AMPARO
PRESIDENTE DO CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS
DE SAÚDE, COSEMS, SÃO PAULO

Atividades da OncoRede na região de São João da Boa Vista

A rede de cuidados integrais a pacientes oncológicos visa a que as diversas estações cuidadoras - rede básica, hospitais gerais e Centros de Alta Complexidade em Oncologia (Cacons) - articulem-se para efetivar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, matriciando a assistência com as atividades de formação de pessoal, gestão e pesquisa.

No que concerne à capacitação dos profissionais de saúde, a OncoRede trabalha na linha da Educação Permanente, partindo da realidade das equipes de saúde locais para construir processos de aprendizagem significativa. Nessa perspectiva, em 2005 e 2006, discutiu-se com os gestores da saúde nos órgãos colegiados, como a Comissão Intergestora Regional, quando se pactuou o empenho dos municípios nas atividades de capacitação. Da mesma forma, profissionais das várias áreas do Cacon/Unicamp têm mostrado disposição para entrar em contato, capacitar e trocar experiências com as equipes dos municípios, particularmente a equipe multiprofissional da Oncologia do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Caism), a Oncologia Clínica e a Anestesiologia do Hospital de Clínicas (HC).

No ano de 2006, realizaram-se várias capacitações na região de São João da Boa Vista, SP, financiadas pelo Ministério da Saúde, por meio do Pólo de Educação Permanente em Saúde - Leste Paulista. A experiência piloto foi realizada em Espírito Santo do Pinhal, envolvendo 48 profissionais e objetivou principalmente o diagnóstico precoce e o manejo de intercorrências clínicas durante o tratamento.

A solicitação de credenciamento de uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) em São José do Rio Pardo e a motivação dos gestores municipais definiu que a capacitação seguinte fosse organizada nesta microrregião, com oito municípios e 217 mil habitantes. Nela, há serviços de atenção básica e hospitais gerais com boa estrutura, um hospital regional (Divinolândia) onde a Unicamp desenvolve atividades docente-assistenciais, profissionais de saúde que já atendem pacientes oncológicos, além da ONG Renascer, de apoio a pacientes com câncer de mama e ginecológico.

De setembro a novembro de 2006 ocorreram capacitações estruturadas em sete módulos, geral e específicos, para 78 profissionais da rede básica e hospitais, sendo 29 médicos, 20 enfermeiros, 5 fisioterapeutas, 4 nutricionistas e 21 da área de saúde mental, entre outros. A avaliação das atividades realizadas mostrou a importância do estabelecimento de relações que valorizam tanto os profissionais da universidade, como os de nível local.

As capacitações também abriram a possibilidade da identificação das equipes locais que farão a gestão da integralidade do cuidado aos pacientes oncológicos em cada município, contando com o apoio dos Cacons. Ao longo de 2007, pretende-se manter o acompanhamento do trabalho das equipes locais, abordando novos temas, assim como ampliar as capacitações para novas categorias profissionais e para outras microrregiões.

Profa. Dra. Maria da Graça Garcia Andrade
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL,
FCM, UNICAMP

(...)
profissionais das
várias áreas do
Cacon/Unicamp
têm mostrado
disposição para
entrar em
contato,
capacitar e
trocar
experiências
com as equipes
dos municípios
(...)

A visão da gestão regional de saúde sobre os custos da Oncologia

Apesar de ser considerada uma região com razoável oferta de serviços nesta área, faz-se necessária uma reorganização da assistência aos pacientes oncológicos no nosso território.

O Departamento Regional de Saúde de Piracicaba (DRS-X) da Secretaria de Estado da Saúde compreende 26 municípios, com uma população de 1.405.864 habitantes, segundo dados do IBGE de 2006. A região possui quatro serviços de câncer contratados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), localizados no Hospital dos Fornecedoros de Cana de Piracicaba e nas Santas Casas de Piracicaba, Limeira e Araras.

O número de internações por câncer de pessoas residentes na região, em 2006, foi de 3.927. Nesse mesmo ano, foram autorizados 14.101 procedimentos ambulatoriais de quimioterapia e 70.131 de radioterapia, num custo total superior a R\$ 8 milhões.

Estudo realizado pela Fundação Oncocentro de São Paulo, sobre a tendência temporal da mortalidade por câncer nas regiões de saúde, no período de 1987 a 2003, concluiu que, apesar do aumento contínuo da mortalidade proporcional, constituindo-se na segunda causa de morte na região, os valores de coeficientes padronizados da DRS-X são inferiores aos encontrados para o Estado como um todo, quer para o sexo masculino, quer para o feminino.

Apesar de ser considerada uma região com razoável oferta de serviços nesta área, faz-se necessária uma reorganização da assistência aos pacientes oncológicos no nosso território. A falta de integração dos serviços de diagnóstico e tratamento nos diferentes níveis de complexidade e a inexistência de um sistema de vigilância epidemiológica dificultam o monitora-

mento da situação, o que impede a detecção precoce dos casos de cânceres, a agilização do tratamento e a garantia de uma assistência integral ao paciente.

É possível estabelecer um Sistema de Vigilância Oncológica Regional, envolvendo os municípios e serviços, que teriam a responsabilidade da notificação dos casos. Nele, a porta de entrada seria a rede básica, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS),

do Programa de Saúde da Família, do Programa de Saúde da Mulher, de laboratórios, ambulatorios e outros serviços, favorecendo um diagnóstico o mais precoce possível, garantindo o acesso dos pacientes a formas de tratamento menos agressivas e melhorando o prognóstico dos

casos.

Para a imensa maioria dos pacientes, a porta de entrada no SUS é a dos serviços de quimioterapia e radioterapia, e o que se tem, atualmente, como único objeto de preocupação do SUS é a Autorização para Procedimento de Alta Complexidade (Apac) e a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que são instrumentos utilizados para fins de faturamento. Sem deixar de lado a prevenção, uma reorganização da assistência em oncologia é fundamental para que o faturamento dessa condição possa ter um custo menor, especialmente para os pacientes.

Dra. Marizete Medeiros da Costa Ferreira
DIRETORA TÉCNICA DO DEPARTAMENTO REGIONAL DE
SAÚDE DE PIRACICABA



Um novo olhar sobre o cuidar: dor e sofrimento psíquico do profissional de saúde

“Se as coisas são inatingíveis ora! isso não é motivo para não querê-las”.

Mário Quintana

Muito se diz que a clínica está desaparecendo, que a técnica e a supremacia do protocolo fazem cada vez mais do clínico um funcionário de regras anônimas. Clinicar significa “saber fazer”, logo saber. Como a saúde é um bem maior, aquele que possui o saber de mantê-la ou restituí-la torna-se detentor de um considerável poder. Paralelamente, nestes últimos anos, nós psicanalistas temos sido chamados a contribuir na escuta do sofrimento do médico e dos profissionais da saúde, seja no hospital ou nos demais serviços de saúde. Como o *setting* analítico é um espaço virtual, e comporta uma escuta dentro do vértice que lhe é próprio, passei a reunir-me quinzenalmente com o grupo da OncoRede, que há dois anos atrás me procurou.

De início, observei o alto nível de estresse a que estão submetidos os médicos e profissionais da saúde. Constatei não apenas problemas próprios a estas atividades, mas também dor e sofrimento psíquico intensos. Dentre as primeiras questões encontram-se as situações que remetem o profissional a oscilações emocionais extremas: lidar diariamente com o embate entre vida e morte, necessitando conter simultaneamente tanto sua angústia e expectativas quanto as dos seus pacientes e colegas de trabalho.

O sofrimento advindo da báscula entre onipotência e impotência destaca-se, revelando ser a onipotência um mecanismo de defesa em relação à impotência, face aos grandes desafios da condição vulnerável, finita e transitória do ser humano. Quando o profissional de saúde experimenta sua impotência, muitas vezes vulnerabiliza-se, de forma a sentir-se também paralisado em sua angústia de morte. Freud lembra-nos que

nós, seres humanos, não temos a representação da própria morte; só adquirimos esta percepção quando experimentamos a dor da perda de um ser amado.

As tradições médicas na Antiga Grécia tinham na expressão *pharmakon* o significado ao mesmo tempo de veneno e remédio. Assim sendo, se não tratada, a dolorosa experiência de sentir-se destituído do poder de agir, pode ser o veneno que adoece; no entanto, quando ouvida e transformada, pode converter-se em valioso remédio, fonte de desenvolvimento. A sabedoria do povo grego trouxe também a noção de *pathei mathos* isto é, um sofrimento que contém dentro de si um ensinamento.

Os grupos têm procurado favorecer a aquisição de um espaço para o pensamento e a palavra. As mudanças de vértice permitem-lhes a aquisição de novas lentes e ferramentas para lidar consigo mesmos e com o paciente. A maior sensibilidade para com os fenômenos relacionais e a ressignificação de fenômenos emocionais têm permitido a diminuição de preconceitos e a expansão dos recursos psíquicos do grupo.

Como decorrência, observamos uma nova forma de aprendizagem: a experiência emocional compartilhada, possibilitando uma maior integração e criatividade entre os membros da equipe.

Profª. Sonia Novaes de Rezende

PSICANALISTA E PROFESSORA APOSENTADA DO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MÉDICA E PSIQUIATRIA,
FCM, UNICAMP

A sabedoria do povo grego trouxe também a noção de pathei mathos isto é, um sofrimento que contém dentro de si um ensinamento.

EVENTOS DE MAIO

SIMPÓSIO

* *Simpósio de cirurgia em cabeça e pescoço*

DIAS: 4 e 5/5/2007
HORÁRIO: das 8h30 às 17h30
LOCAL: Anfiteatro I e Salão Nobre da FCM
INFORMAÇÕES: (19) 3521-9298

* *VII Simpósio médico acadêmico de homeopatia da Unicamp*

DIAS: 15 e 16/5/2007
HORÁRIO: a partir das 18h
LOCAL: Anfiteatro I da FCM
INSCR.: www.homeo2007.tk

* *Simpósio continuado de atualização em aparelho digestivo*

Esôfago, estômago e duodeno
DIA: 19/5/2007
HORÁRIO: das 8h30 às 17h30
LOCAL: Auditório da FCM

JORNADA

* *III Jornada de neuroreabilitação na infância e adolescência*

DIA: 5/5/2007
HORÁRIO: das 7h30 às 19h
LOCAL: Auditório da FCM
INFORMAÇÕES: (19) 3521-9298

PESQUISA

* *I Semana de pesquisa da FCM*

PERÍODO: de 7 a 10/5/2007
HORÁRIO: das 8h30 às 17h
LOCAL: Auditório da FCM
PROGRAMAÇÃO E INFORMAÇÕES:
www.fcm.unicamp.br/spesquisa1/

PALESTRA E PREMIAÇÃO

* *Palestra do Prof. Dr. Luiz S. Leonardi e entrega do prêmio*

Miguel Tobar Acosta

TEMA: A experiência inserida na história da FCM

DIA: 10/5/2007
HORÁRIO: 18h
LOCAL: Auditório da FCM
Encerramento da *I Semana de pesquisa da FCM* e apresentação do Coral da FCM

CONGRESSO

* *II Congresso Brasileiro de Comunicação Alternativa - ISAAC Brasil*

PERÍODO: de 15/5 a 19/5/2007
HORÁRIO: das 9h às 17h
LOCAL: Centro de Convenções
INSCRIÇÃO: www.fee.unicamp.br/isaacBrasil2007

EXPOSIÇÃO

* *Exposição histórica da FCM*

PERÍODO: de 16/5 a 8/6/2007
HORÁRIO: das 8h30 às 17h30
LOCAL: Espaço das Artes da FCM

CAMINHADA

* *Caminhada da Saúde*

DIA: 20/5/2007
HORÁRIO: 8h30
LOCAL: Saída do prédio-sede da FCM
INSCR.: www.aaaal.com.br

PALESTRA

* *Doença de Machado-Joseph como um modelo de doença causada por polibrutamina: controle de qualidade protéica e suas implicações na doença*

PALESTRANTE: Prof. Henry Paulson,

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

da Universidade de Iowa, EUA

DIA: 21/5/2007
HORÁRIO: 10h
LOCAL: Salão Nobre da FCM

TEMAS DE BIOÉTICA

* *Aspectos jurídicos do tratamento do paciente terminal*

PALESTRANTE: José Henrique Rodrigues Torres
DIA: 28/5/2007
HORÁRIO: 19h30
LOCAL: Salão Nobre da FCM
INSCR.: www.fcm.unicamp.br/cen-tros/cib

CURSO

* *Reciclando dermatologia*

DIA: 29/5/2007
HORÁRIO: das 8h às 12h
LOCAL: Auditório da FCM

LANÇAMENTO

* *Diretrizes, normas e condutas da área da saúde*

DIA: 30/5/2007
HORÁRIO: 10h30
LOCAL: Sala da Congregação/FCM

INAUGURAÇÃO

* *Painel da Santa Casa de Campinas*

DIA: 31/5/2007
HORÁRIO: 14h30
LOCAL: Auditório da FCM
Apresentação da orquestra da Unicamp

PROGRAMA DE TREINAMENTO

* *A criança terceirizada*

PALESTRANTE: Prof. Dr. José Martins Filho
DIA: 31/5/2007
HORÁRIO: das 14h30 às 17h
LOCAL: Auditório da FCM

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

OTOLINGUISTICA
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
TOCOCINECOLOGIA
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. Carmem Bertuzzo
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 Bucaretti
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 CONRRP 237
EQUIPE Claudia Ap. Reis da Silva, Edimilson Montalti, Edson Luis Vertu, Fátima Segantin, Felipe Reis da Silva, M. Fátima do Espírito Santo, 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)