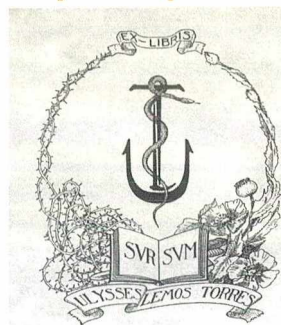




IMPRESSO ESPECIAL
8.74.02.0314-8 - DR/SPI
FCM / Unicamp

PODE SER ABERTO PELA EBCT

As principais insígnias da Medicina e seus significados



Serpente circunda bastão desenhado com as iniciais do médico proprietário do livro

Duas são as principais divisas associadas à Medicina, ambas relacionadas com a mitologia greco-romana: a) o símbolo do deus da Medicina, Asclépio (Esculápio, para os romanos), que consiste em um bastão tosco na vertical, circundado por uma serpente; b) o caduceu, símbolo de Hermes (Mercúrio), deus mensageiro do comércio e dos viajantes, representado por um bastão de ouro na vertical, com duas serpentes dispostas em espirais ascendentes, simétricas e opostas, vara que é coroada por duas asas.¹

“Caduceu”, em latim, é a tradução do grego *kherykeion*, vara insígnia de Hermes, bastão dos mensageiros. Foi um presente de Apolo a Hermes, que servia de salvo-conduto àqueles em missão de paz.^{1,2}

Diferentemente dos emblemas contemporâneos, quase sempre criados com intuitos mercadológicos, as insígnias antigas, assim como os brasões de famílias nobres, costumavam seguir convenções, utilizando objetos com significados específicos. Deve-se pensar não tanto no objeto desenhado, mas no que o mesmo representa.

Há vários significados para o bastão: árvore da vida, com o seu ciclo da morte e do renascimento; símbolo do poder, associado a reis e bispos; símbolo de magia, como a vara de Moisés; apoio para as caminhadas, como o cajado dos pastores.¹ Heraldicamente, é a divisa de dignidade, poder, comando, distintivo de honra e comando, insígnia da onipotência. Por isto pode estar associado a várias outras funções:

marechal, pastor, peregrino, vara de justiça, etc.³

A cobra pode simbolizar a prudência, a ciência e a astúcia, seu principal significado na heráldica.³ Pode representar o bem e o mal, portanto, a saúde e a doença.² Simboliza a prudência do médico, já que se diz que a serpente, por trocar de pele, pode ser comparada ao doente, o qual pela influência dos medicamentos recobra a saúde.³

O símbolo da Medicina deveria ser o de Asclépio, o pai da Medicina. Alguns fatos históricos concorreram para que o caduceu, símbolo de Hermes, também fosse, equivocadamente, associado à Medicina. Por exemplo, o bastão de Asclépio passou a ser denominado caduceu médico, em oposição ao caduceu comercial de Hermes.

O mais importante fato parece ter sido a adoção do caduceu, pelo exército norteamericano, como insígnia do seu departamento médico, desde 1818. Durante as ações de guerra entre 1851 e 1887, este emblema indicava a condição de não combatente, fato que foi perpetuado internacionalmente com a sua exploração em grande número de filmes de guerra durante o século XX.¹

É importante lembrar que Hermes é considerado um deus desonesto, trapaceiro e mentiroso, protetor dos ladrões, associado ao lucro próprio do comércio, representações que não condizem com os nobres ideais da medicina.

Histórica e simbolicamente só há uma insígnia aceitável, a de Asclépio, a qual, felizmente, é o símbolo utilizado pela maioria das instituições médicas brasileiras.

Prof. Dr. Sérgio Luiz Saboya Arruda

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MÉDICA E PSIQUIATRIA,
FCM, UNICAMP

NESTA EDIÇÃO:

*O feminino na ciência:
a trajetória das mulheres na FCM*

VEJA TAMBÉM:

*Doença pulmonar obstrutiva crônica:
avaliação e tratamento*

Armazenamento de materiais biológicos

*Projeto Rondon:
muito além dos muros*

*Os desafios das políticas de Saúde:
permanecer e mudar*

1. Soares, CDRS et al. História do símbolo da medicina. In: Lybio Jr. História da medicina: curiosidades & fatos. Itajubá: s.n., 2004. p.111-5.

2. Heckler, Evaldo; Back, Sebald; Massing, Egon. Dicionário morfológico da língua portuguesa. São Leopoldo: s.n., 1984. vol. 5.

3. Moya, Salvador de. Simbologia heráldica. Biblioteca Genealógica Latina. Suplemento 1961.

O feminino na ciência: a trajetória das mulheres na FCM

Para a maioria das mulheres, o sucesso teve um alto preço. Os conflitos emocionais, por estarem assumindo papéis de vanguarda, e a falta de estrutura institucional para acolher essas "mulheres-cientistas" induziram o sentimento de culpa por não preencherem os papéis socialmente designados, como os de mãe, de esposa e mulher.

Impossível negar o importante papel das mulheres na ciência; muito mais não perceber sua presença. Elas passaram a ocupar cada vez mais os espaços nobres do mundo acadêmico, outrora reservados aos homens.

Em Harvard, pela primeira vez uma mulher, Drew Faust, historiadora, assumiu o cargo de reitora, depois da desastrosa fase de Lawrence H. Summers.

No nosso caso, a professora Lílian Costallat foi a primeira mulher eleita diretora da Faculdade de Ciências Médicas (FCM), no período de 2002 a 2006.

Seguindo uma tendência mundial, procurei nas pesquisas e estudos franceses, uma inspiração para dar visibilidade às mulheres da FCM. Em minha dissertação, privilegiei o grupo de 84 professoras plenas da Pós-Graduação, entrevistando 17 delas, interessada que estava em compreender como se tornaram pesquisadoras, inserindo-se no campo acadêmico e como suas práticas alteraram esse espaço.¹

Enfatizei também o modo como essas mulheres conseguiram articular, concomitantemente, as práticas de pesquisa, as suas atividades de ensino, administração e extensão universitária e as suas vidas familiares.

Conflitos das "mulheres-cientistas"

Esse processo não foi tranquilo, e as histórias obtidas refletiram a emoção da memória revivida. Para a maioria das mulheres, o sucesso teve um alto preço. Os conflitos emocionais, por estarem assumindo papéis de vanguarda, e a falta de estrutura institucional para acolher essas "mulheres-cientistas" induziram o sentimento de culpa por não preenche-

rem os papéis socialmente designados, como os de mãe, de esposa e mulher.

Dentre outras, uma das constatações da pesquisa é que o trabalho dessas mulheres pode ser dividido teoricamente em três períodos: presencial, familiar e complementar.

As professoras corroboraram a existência desses três momentos: declararam que durante o dia estavam na instituição, atuando profissionalmente; ao fim do expediente, gerenciavam suas casas e cuidavam da família; por fim, após a dupla jornada, dedicavam-se às atividades de pesquisa, como leitura e preparação de artigos e revisão de teses de seus alunos.

Com esta pesquisa, espero ter contribuído para valorizar e destacar o trabalho destas profissionais de altíssima competência e reconhecimento tanto nacional como internacional e, mais ainda, ressaltar suas contribuições para o saber científico.

A minha proposta futura é que a história da FCM, comemorada há pouco, também seja narrada na perspectiva feminina, analisando as trajetórias das mulheres e suas memórias.



Obra de Louis Lejeune, Nymphes de sources miraculeuses.

1. Montagner, Maria Inez. Mulheres e trajetórias na Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp: vozes singulares e imagens coletivas. Dissertação de mestrado. Campinas. Departamento de Medicina Preventiva e Social, FCM. 2007.

Maria Inez Montagner

DOUTORANDA DO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL,
FCM, UNICAMP

Doença pulmonar obstrutiva crônica: avaliação e tratamento

Para o diagnóstico e avaliação da gravidade da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), a espirometria é o padrão-ouro, por ser a forma mais reprodutível, padronizada e objetiva de se medir a limitação do fluxo aéreo. O $VEF_1/CVF < 70\%$ e o $VEF_1 < 80\%$ do previsto, após o uso de broncodilatador, confirmam a presença de limitação do fluxo aéreo que não é totalmente reversível. A avaliação não invasiva (oximetria de pulso) da saturação de hemoglobina com oxigênio ($SatO_2$) deve ser feita rotineiramente para a detecção precoce da presença de hipoxemia. A gasometria arterial deve ser levada em consideração em todos os pacientes com $VEF_1 < 40\%$ do previsto ou com sinais clínicos sugestivos de insuficiência respiratória ou falência ventricular direita. O raio X de tórax deve ser feito para evidenciar ou descartar outras doenças (câncer de pulmão, enfisema bolhoso). As alterações esperadas (hiperinsuflação pulmonar, espessamento peribronquico) são tardias na evolução da DPOC e têm pouca sensibilidade para o diagnóstico. Outros exames úteis: hemograma, função renal, eletrocardiograma, dosagem de alfa-1 antitripsina (em pacientes com < 45 anos). A tomografia de alta resolução deve ser realizada somente em casos selecionados para avaliar a presença, a distribuição e a gravidade do enfisema.^{1,4(D)}

A cessação do tabagismo é a medida mais efetiva - e com melhor relação entre custo e efetividade - para reduzir o risco de DPOC e/ou retardar sua progressão.^{5(D)} Mesmo um período breve de três minutos de aconselhamento numa consulta médica, incentivando a cessação do fumo, pode ser efetivo e isso deveria ser feito com todos os fumantes a cada visita. Abordagens mais amplas, que incluem orientações comportamentais associadas a drogas, aumentam a probabilidade de um abandono sustentável. Devem ser incentivadas políticas públicas e programas abrangentes de controle do tabaco; é fundamental a participação da sociedade e do governo para a aprovação de legislação antitabagista e para instituição de ambientes livres do fumo.^{6(D)} O diagnóstico precoce é fundamental para evitar/minimizar as complicações e os efeitos sistêmicos da DPOC. Para tanto, é importante a divulgação junto à população dos sintomas mais comuns, e orientação de como proceder para buscar o diagnóstico.^{1,5(D)}

Conduta terapêutica:^{6(D)}

Avaliação da gravidade é baseada nos sintomas do paciente, no grau de alteração espirométrica e na presença de complicações, como insuficiência respiratória e falência ventricular direita. Para todos os níveis de gravidade estão indicadas a cessação de tabagismo e vacinação antigripal. Tratamento farmacológico: pode melhorar e prevenir os sintomas, reduzir a frequência e a gravidade das exacerbações, melhorar a condição de saúde e aumentar a tolerância aos exercícios. É guiado pela presença, intensidade e frequência da sintomatologia.

Medicações:^{1(D)}

Broncodilatadores (BD): devem ser usados, se necessário, para sintomas intermitentes ou que se agravam e, de modo regular, para prevenir ou reduzir os sintomas persistentes. A escolha entre beta-2 agonistas (B_2), anticolinérgicos (AC), metilxantinas (MX) ou uma terapia de combinação, depende da disponibilidade dos medicamentos, da possibilidade de aquisição dos mesmos, dos efeitos colaterais e da resposta individual de cada paciente. O tratamento regular com BD de curta ação (B_2 - fenoterol, salbutamol; AC - ipratrópio) é mais barato, mas menos conveniente que o tratamento com BD de ação prolongada (B_2 - salmeterol, formoterol; AC - tiotrópio). As MX (teofilina, aminofilina e

bamifilina) são efetivas na DPOC, mas devido à sua toxicidade potencial, os BD inalados são preferidos, quando disponíveis.

O uso regular de *corticóides inalatórios* (CI beclometasona, budenosida e fluticasona) é apropriado para pacientes com melhora sintomática/ou resposta espirométrica documentada aos CI em pacientes $VEF_1 < 50\%$ do previsto e exacerbações repetidas, que requerem tratamento com antibióticos ou corticosteróides orais. O uso sistêmico de corticosteróides está indicado apenas nas exacerbações.

A *oxigenoterapia domiciliar* está indicada em doentes que, mesmo quando estáveis, mantenham $PaO_2 < 55$ mmHg ou $SatO_2 < 89\%$ em ar ambiente, ou naqueles portadores de *cor pulmonale* e/ou policitemia e PaO_2 entre 56 e 59 mmHg ou $SatO_2 < 90\%$.

Outras medidas a serem aplicadas incluem a fisioterapia respiratória e programas de reabilitação pulmonar.

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.

Profa. Dra. Ilma Paschoal

DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA;

DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA,

FCM, UNICAMP

Devem ser
incentivadas
políticas
públicas e
programas
abrangentes de
controle do
tabaco; é
fundamental a
participação da
sociedade e do
governo (...)

1. National Heart, Lung, and Blood Institute. Morbidity & mortality: chartbook on cardiovascular, lung, and blood diseases. Bethesda, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health; 1998. Disponível em: URL: www.nhlbi.nih.gov/nhlbi/sei/other/chartbook/htm.

2. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Consenso Brasileiro de DPOC: J Pneumologia 2000; 26:Supl. 1.

3. Site da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia: www.sbpt.org.br.

4. Site do G.O.L.D. (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease): www.goldpoc.com.br

5. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. JAMA 2000; 283:344-54.

6. American Thoracic Society. Standards for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med 1995; 152:777-121

O material biológico será armazenado sob a responsabilidade de instituição depositária, a qual deverá ter norma ou regulamento aprovado pelo CEP dessa instituição(...)

Armazenamento de materiais biológicos

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp, frente às necessidades que tem percebido nos projetos de pesquisa que envolvem o armazenamento de materiais biológicos humanos para investigações futuras, apresenta, nesta edição do Boletim, os pontos principais da Resolução nº. 347/2005, que discorre sobre esse assunto, além dos pontos previstos na Resolução CNS nº 196/96.

Portanto, cabe aos pesquisadores apresentar ao CEP, quando estiver previsto, no projeto de pesquisa, material biológico humano:

1. *Justificativa quanto à necessidade e oportunidade para usos futuros;*
2. *Consentimento dos sujeitos da pesquisa doadores do material biológico, autorizando a guarda do material (lembrando que deve existir a alternativa de participação no projeto e não autorização para armazenamento);*
3. *Declaração de que toda nova pesquisa a ser feita com o material será submetida para aprovação do CEP da instituição e, quando for o caso, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep);*
4. *Norma ou regulamento elaborado pela instituição depositária para armazenamento de materiais biológicos humanos.*

Armazenamento e uso de amostras

O material biológico será armazenado sob a responsabilidade de instituição depositária, a qual deverá ter norma ou regulamento aprovado pelo CEP dessa instituição, que deverá incluir:

1. *Definição dos responsáveis pela guarda e pela autorização de uso do material;*
2. *Mecanismos que garantam sigilo e respeito à confidencialidade (codificação);*
3. *Mecanismos que assegurem a possibilidade de contato com os doadores para fornecimento de informação de seu interesse (por exemplo, resultados de*

exames para acompanhamento clínico ou aconselhamento genético) ou para a obtenção de consentimento específico para uso em novo projeto de pesquisa.

O armazenamento poderá ser autorizado pelo período de cinco anos, quando houver aprovação do projeto pelo CEP e, quando for o caso, pela Conep, podendo haver renovação mediante solicitação da instituição depositária, acompanhada de justificativa e relatório das atividades de pesquisa desenvolvidas com o material.

No caso de pesquisa, envolvendo mais de uma instituição, deve haver acordo entre as instituições participantes, contemplando formas de operacionalização e de utilização do material armazenado.

No caso de armazenamento e/ou formação do banco de material biológico no exterior, deve ser obedecida a legislação vigente para remessa de material para o exterior e ser apresentado o regulamento para análise do CEP quanto ao atendimento dos requisitos do item II.

O pesquisador e instituição brasileiros deverão ser considerados como cotistas do banco, com direito de acesso ao mesmo para futuras pesquisas. Dessa forma, o material armazenado não poderá ser considerado como propriedade exclusiva de país ou instituição depositária.

Sobre o uso de amostras armazenadas:

1. *Amostras armazenadas podem ser usadas em novas pesquisas aprovadas pelo CEP e, quando for o caso, pela Conep;*
2. *Os protocolos de pesquisa que pretendam utilizar material armazenado devem incluir justificativa do uso do material, bem como autorização do responsável pelo banco.*

Qualquer dúvida, favor entrar em contato com o CEP/FCM por meio do e-mail cep@fcm.unicamp.br

Profª. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo
DEPARTAMENTO DE GENÉTICA MÉDICA;
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA
FCM, UNICAMP

Projeto Rondon: muito além dos muros

Quando Marechal Rondon embrenhou-se pela Amazônia para instalar as linhas telegráficas, a fim de estabelecer a comunicação e desbravar a Região Norte do Brasil, iniciou-se aí um movimento de integração e troca de conhecimentos entre as Regiões Sul e Sudeste com as Regiões Norte e Nordeste.

Hoje, 100 anos depois, ainda há muito que se conhecer deste outro Brasil, uma realidade inimaginável, quando estamos deste lado do mapa.

O lema do Projeto Rondon dos tempos atuais é o “desenvolvimento para todos”, mas, acima disto, considero que esta é a oportunidade do conhecimento. Conhecimento este que jovens do Brasil inteiro têm a oportunidade de levar para dentro da sala de aula, para dentro de suas casas, no convívio com suas famílias e amigos e, sobretudo, para a vida.

É a busca desse conhecimento que nós, professores, devemos incentivar em nossos alunos, pois “não basta olhar o mapa do Brasil aberto sobre a mesa de trabalho... é necessário andar sobre ele para sentir de perto as angústias do povo...”¹

Desde 2005, quando o Projeto foi reativado graças à insistência dos próprios alunos e outras entidades, a cada operação promovida pelo Ministério da Defesa, o número de projetos enviados, alunos e professores inscritos aumenta. Isso é reflexo de que realmente alunos e professores estão mobilizando-se para aumentar os limites de atuação do profissional, em formação, seja ele de qualquer área do conhecimento, de qualquer lugar deste país de dimensões continentais.

É fato que alunos e professores que participam de um Projeto Rondon têm suas vidas marcadas para sempre. Quer seja pela oportunidade de estar em um lugar distante da nossa “civilização”, quer seja por entrar em contato com a dura realidade de cidadãos que têm os mesmos direitos constitucionais que nós, porém estão à margem dessa mesma constituição.

Alunos tão jovens, muitas vezes

inexperientes, têm suas crenças, visões e valores postos à prova quando se deparam com crianças em situações de risco, idosos sem qualquer assistência, adultos sem trabalho ou, por outro lado, sendo explorados por seus patrões. Chocam-se ao ver a maldade humana, a irresponsabilidade de nossos governantes, a miséria em sua forma mais agressiva.

Mas tudo isso vale a pena. Porque só assim teremos a oportunidade de melhorar o lugar que escolhemos para viver, o país que adoramos, a nossa “Pátria amada”. São eles as sementes do futuro melhor que nós professores temos que plantar, que é a esperança daqueles que estão à margem de tudo. São estes alunos “os filhos que não fogem à luta”. Serão eles a “clava forte” de um povo extremamente sofrido e, algumas vezes, já cansado de lutar.

Hoje, rondonistas. Amanhã, profissionais que trabalharão em prol desta população.

Não deixemos que a chama da vontade de trabalhar para o bem comum se apague. Apoiemos nossos alunos em suas empreitadas e seremos nós a colher os doces frutos dessa plantação.

Dedico este texto aos alunos que hoje podem entender o que realmente significa a palavra solidariedade. E também aos que ainda querem aprender seu significado.



Equipe da Unicamp em visita a tribo dos índios Gaviões em Bom Jesus do Tocantins

Marisa Lopes Correia Gomes da Silva

MESTRE EM ENFERMAGEM;

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM, FCM, UNICAMP

É fato que alunos e professores que participam de um Projeto Rondon têm suas vidas marcadas para sempre. Quer seja pela oportunidade de estar em um lugar distante da nossa “civilização”, quer seja por entrar em contato com a dura realidade de cidadãos que têm os mesmos direitos constitucionais que nós, porém estão à margem dessa mesma constituição.

1. Equipe da USP - Projeto Rondon, 1979.

Os desafios das políticas de Saúde: permanecer e mudar

Um conjunto de avanços comprova a adequação dos princípios e diretrizes constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro e, a sua construção, é um processo positivo de permanência e reforma em andamento. Criado a partir de um conjunto de fatores, como: índices de saúde péssimos, assistência caótica, governos autoritários e necessidade de ações de inclusão social de grupos vulneráveis e de uma política de saúde de Estado, neste ano, o SUS completa 20 anos, enquanto uma das suas referências, o Serviço Nacional de Saúde (NHS) britânico, faz 60 anos.

O NHS foi formalmente criado no dia 5 de julho de 1948, para garantir atenção à saúde da população, após a Segunda Guerra Mundial. De acordo com os relatos históricos, o Serviço já passou por várias mudanças ou fases. O período entre 1948/57 foi de introdução de sua lógica de funcionamento, com os serviços baseados nas comunidades (community health centers), com os médicos desenvolvendo uma prática geral (general practitioner) e funcionando como porta de entrada do sistema. A segunda fase, entre 1958/67, marcou a consolidação do Serviço; contudo, com muitas dificuldades em relação aos médicos, que se queixavam dos salários e da relação com as autoridades locais de saúde e administração dos hospitais. Esse período foi marcado, também, pela busca de novas ferramentas de avaliação e gerenciamento dos serviços.

O terceiro período, de 1968/77, foi marcado por certo descontentamento e otimismo, pois a ciência médica teve um progresso estrondoso nestes anos, com novas drogas e procedimentos; no plano social, formas inovadoras de gerenciamento foram encorajadas, propondo que médicos generalistas formassem equipes de atenção primária nos centros de saúde comunitários e compartilhassem seu trabalho com o setor de serviços sociais. No período de 1978/87, o Serviço identificou seu limite, baseado no custo da implantação de novas tecnologias de diagnóstico e tratamentos.

Houve insatisfação generalizada de pacientes e profissionais, tendo os primeiros que esperar em filas crescentes para o atendimento e os segundos que reorientar suas práticas mais para a comunidade e atenção primária, logo, menos para os hospitais.

A quinta fase do Serviço, entre os anos 1988/97, foi marcada por ações do governo com orientações opostas: até 1996, o governo do Partido Conservador, com proposta neoliberal, tomou medidas privatistas do Serviço e, em 1997, sob a liderança do Partido Trabalhista, as medidas foram revistas, buscando revalorizar o NHS como propriedade nacional.

Na primeira etapa, foi adotada a política de incentivo à criação de clínicas e hospitais privados, com gerenciamento próprio e orientados para a disputa de mercado, e, na segunda etapa, houve a reversão de parte desta política, sobretudo após denúncias de que os serviços privados

garantiam atendimento mais rápido em relação ao público, ferindo os princípios do Serviço.

O último período, de 1998 até a atualidade tem a marca da introdução de diferentes tecnologias de informação, com o fim de agilizar o acesso, atendimento e gerenciamento das necessidades do paciente. O programa *Information for health* pretende que: cada pessoa no país disponha de um relatório eletrônico de saúde; todos os serviços do sistema tenham acesso on-line aos dados de cada paciente; os profissionais tenham acesso a informações atualizadas sobre as pesquisas clínicas e a melhor prática na *National Library for Health*; médicos locais, serviços comunitários e hospitais garantam cuidado integrado com informações partilhadas eletronicamente; qualquer cidadão tenha acesso rápido e conveniente a informações e conselhos pelos serviços telefônicos (NHS Direct) e eletrônicos (NHS Direct on-line).

Esta breve historiografia deixa ver como o NHS adaptou-se a este contexto de profundas mudanças sociopolíticas, de início e fim da Guerra Fria, da passagem da modernidade à pós-modernidade e de alargamento das fronteiras nacionais. Entretanto, permite identificar, sobretudo, que políticas de saúde como o NHS e o SUS nascem para ser permanentes e viver em constantes reformas.

Prof. Dr. Nelson Filice de Barros

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL,
FCM, UNICAMP

NOTAS

*Em março de 2007, o curso de Pós-Graduação em Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) atingiu a marca de 250 teses defendidas. O curso teve início em 1988, após desmembrar-se do curso de Pós-Graduação em Medicina, com áreas de mestrado e doutorado em Cirurgia. A primeira tese foi defendida em 1989. A partir de 1999, foi autorizada pelo Capes, além da Área de Concentração em Cirurgia, a Área de Pesquisa Experimental, que recebe profissionais de saúde não cirurgiões, tais como biólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, dentistas, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas e outros. Nesses quase 20 anos, o curso de Pós-Graduação em Cirurgia já titulou docentes e médicos assistentes do Departamento, além de titular cirurgiões e não cirurgiões de várias instituições de ensino em todo o nosso país que vêm a Campinas a procura de Pós-Graduação na área Cirúrgica. No ano de 2006 foram defendidas 27 teses, sendo 19 de mestrado e 8 de doutorado. No início de março de 2007, as avaliações foram preenchidas pelos coordenadores do curso, os professores Nelson Andreollo e Joaquim Bustorff e encaminhadas a Capes para obter a pontuação condizente com a produção científica e número de teses.

*Adolescentes que permanecem muito tempo em frente ao computador à noite apresentam má qualidade do sono e sonolência diurna, sendo mais suscetíveis a alterações no humor, entre outras consequências. As constatações estão na pesquisa de mestrado da psicóloga Gema Galgani de Mesquita Duarte, recém-apresentada na Faculdade de Ciências Médicas (FCM). Para fundamentar seu trabalho, a pesquisadora ouviu 160 adolescentes entre 15 e 18 anos.

O estudo, primeiro do gênero no Brasil, traz à tona a discussão de um problema enfrentado por grande parte das famílias: o uso noturno do computador pelos adolescentes. “A experiência doméstica me levou a querer entender as consequências desta prática que já se tornou freqüente entre os jovens”, salienta a psicóloga. Pelo estudo, 66,25% dos adolescentes foram classificados como “maus dormidores”, e o horário de maior freqüência em frente à máquina ocorre no período entre 17 horas e 3 horas da madrugada, durante a semana. Nos finais de semana, a situação fica ainda mais grave a maioria fica entre as 18 horas e 6 horas da manhã. Na opinião da psicóloga, os pais deveriam ter mais controle em relação ao problema, antes que o hábito se torne algo incontrolável. A pesquisa, orientada pelo professor Rubens Reimão, um dos maiores especialistas na área do país, também relacionou a qualidade do sono ao nível de estresse entre os adolescentes e ao aproveitamento escolar. Observou-se uma redução drástica no período de sono e, conseqüentemente, maior freqüência de cochilo e elevado índice de estresse em alunos que estudam no período matutino. O ideal é que os adolescentes tenham de nove a dez horas de sono diário.

*Um dos primeiros estudos feitos em populações miscigenadas, como é o caso do Brasil, sobre a associação dos polimorfismos mutações dos genes relacionados à asma revelou que a causa da doença pode estar associada a uma predisposição genética do organismo. A pesquisa feita na Faculdade de Ciências Médicas (FCM) pela farmacêutica Ana Carolina Zimiani de Paiva

identificou no polimorfismo Arg16 (arginina) mutação presente na maioria dos asmáticos brasileiros. A mutação pode estar relacionada com a causa da doença, e não com a gravidade, como apontam outros estudos realizados anteriormente. Desta forma, a pesquisa contribui para melhor conhecimento da enfermidade e, conseqüentemente, abre caminho para alternativas de controle e terapias. A asma é uma doença com incidência grande na população infantil, tem natureza complexa e atinge as vias respiratórias, tornando-as hipersensíveis e hiperirritáveis. Segundo Ana Carolina, os estudos sobre a doença são cada vez mais freqüentes. “Sabe-se que a asma está relacionada com diversos fatores externos como alergias, poluição do ar, infecções respiratórias e fatores emocionais. Até mesmo com obesidade já se encontrou relação”, explica. Neste sentido, a farmacêutica recorreu à genômica para entender os aspectos referentes à classificação da doença que consistem em intermitente, persistente leve, persistente moderada e persistente grave. A pesquisadora investigou as classificações com a associação dos polimorfismos Gln27, o Glu 27, do Arg 16, e do Gly 16 do gene ADRB2R. Orientada pela professora Carmen Silvia Bertuzzo, Ana Carolina comparou o genótipo de 87 pacientes asmáticos com o de 141 pessoas do grupo-controle. Os voluntários pertencem ao Ambulatório de Pneumologia e Pediatria. Buscou também doadores de sangue do Hemocentro, já que eles são maiores de 18 anos; segundo estudos, até os 20

anos existe a chance de se desenvolver a doença. O que a farmacêutica não esperava era encontrar a associação do polimorfismo Arg16 com a causa da doença. "Num primeiro momento, imaginei que os polimorfismos tivessem relação com as classificações e não esperava encontrar maior prevalência nos pacientes asmáticos", revela.

★ Os professores Cláudio Leonardo Lucchesi, emérito do Instituto de Computação (IC); Wilson Suzigan, do Instituto de Geociências; e Mário José Abdalla Saad, da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) foram indicados para a Ordem Nacional do Mérito Científico, na classe de comendador. De acordo com decreto assinado pelo presidente da república, Luiz Inácio Lula da Silva, em 16 de fevereiro, os professores estão entre 40 pesquisadores brasileiros que prestaram colaborações à ciência e tecnologia. Mário José Abdalla Saad também é detentor do Prêmio Zeferino Vaz, instituído pela

Unicamp. Indicado pela Ordem do Mérito Científico entre pesquisadores da área de Ciências Biológicas, tem como linha de pesquisa "mecanismos moleculares de resistência à insulina", que investiga alterações fisiopatológicas em doenças com alta prevalência na população como diabetes, hipertensão arterial e obesidade. O cientista já publicou mais de 150 trabalhos em periódicos indexados, de circulação internacional, que receberam um pouco mais de 2.300 citações, orientou 42 iniciações científicas, dez mestrados, 15 doutorados e mais de 50 projetos de iniciação científica.

EVENTOS DE JUNHO

EXPOSIÇÃO

★ Pintura a óleo

ARTISTA: Carminha Daros Barbosa

PERÍODO: 13/6 a 29/6/2007

HORÁRIO: das 8h30 às 17h

LOCAL: Espaço das Artes da FCM

ORGANIZAÇÃO: ARP e CADCC

PROGRAMA DE TREINAMENTO

★ Informática não é bicho-de-sete-cabeças

PALESTRANTE: Wagner José da Silva

DIA: 21/6/2007

HORÁRIO: 14h30

LOCAL: Salão Nobre da FCM

ORGANIZAÇÃO: ARP e CADCC

ENCONTRO

★ Tardes da saúde coletiva

DIA: 22/6/2007

HORÁRIO: das 14h30 às 17h30

LOCAL: Salão Nobre da FCM

ORGANIZAÇÃO: Departamento de Medicina Preventiva e Social

SIMPÓSIO

★ Simpósio continuado de atualização em aparelho digestivo

DIA: 23/6/2007

HORÁRIO: das 8h30 às 17h30

LOCAL: Auditório da FCM

ORGANIZAÇÃO: Prof. Dr. Nelson Andreollo e Prof. Dr. Luiz

Roberto Lopes

INFORMAÇÕES: www.gastrocentro.unicamp.br/endo/curso ou

(19) 3521-8565

CURSO

★ Reciclando dermatologia

DIA: 26/6/2007

HORÁRIO: das 8 às 12 horas

LOCAL: Auditório da FCM

ORGANIZAÇÃO: Prof. Dr. Paulo Velho

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 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. Carmem Bertuzzo

MEDICINA PREV. SOCIAL

Prof. Dr. Gastão Wagner de S. Campos

NEUROLOGIA

Prof. Dr. Benito P. Damasceno

OFTALMO/OTORRINO

Prof. Dr. Newton Kara José

ORTOPEDIA

Prof. Dr. João Batista de Miranda

PATOLOGIA CLÍNICA

Prof. Dra. Eliana Cotta de Faria

PEDIATRIA

Prof. Dr. José Dirceu Ribeiro

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. 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 Bucarety

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. Dra. Sara Teresinha Olalla Saad

Prof. Dra. Iscia T. Lopes Cendes

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 Silvia Motta CONRERP 237

EQUIPE Claudia Ap. Reis da Silva, Edmilson

Montali, Edson Luis Verdu, 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) 3521-8049

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)