

Lycurgo de Castro Santos Filho, um destacado historiador da medicina brasileira

Lycurgo de Castro Santos Filho nasceu na cidade do Rio de Janeiro, em 10/6/1910, filho do médico Lycurgo de Castro Santos e de Judith Murtinho de Castro Santos, cresceu no Vale do Paraíba.¹ Diplomou-se, em 17/11/1934, pela Faculdade de Medicina da Universidade do Rio de Janeiro, atual UFRJ. Exerceu a urologia e também se especializou em patologia clínica.

Médico de grande erudição e cultura, Lycurgo foi um profundo estudioso de história do Brasil, literatura e artes e formou um impressionante acervo e biblioteca particular. Foi membro de destaque em diversas sociedades, como: Academia Campinense de Letras, Academia Paulista de Letras, Academia Paulista de História, Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas, Sociedade Paulista de História da Medicina, Sociedade Brasileira de Escritores Médicos, Instituto Histórico e Geográfico de São Paulo. Foi um dos fundadores e presidente de honra da Sociedade Brasileira de História da Medicina.

Após rápida passagem pela cidade de Assis, SP, residiu em Campinas de 1936 até o falecimento, em 1998. Chefou o Serviço de Urologia da Santa Casa de Misericórdia, de 1941 a 1959. Aposentou-se como médico do INSS, em 1967.

De 1951 a 1966, foi professor da cadeira de Urologia na Faculdade de Enfermagem Madre Maria Theodora, agregada da Universidade Católica de Campinas, atual PUC-Campinas. Nesta universidade, também lecionou História da Medicina, História da Cultura e História da Arte. Foi professor convidado de História da Medicina para as primeiras turmas da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp de 1965 a 1967. Infelizmente a situação financeira da universidade não permitiu que ele fosse contratado.

Publicou cerca de 150 obras, dentre as quais: *Uma comunidade rural do Brasil antigo: aspectos da vida patriarcal no sertão da Bahia nos séculos XVIII e XIX* (1956); *Campinas: evolução histórica* (1969); *A febre amarela em Campinas: 1889-1900* (1996,

com José N. Novaes), e o capítulo de medicina colonial da *História geral da civilização brasileira*, organizada por S. Buarque de Holanda. Tornaram-se livros de referência: *História geral da medicina brasileira* (1977/1991) que foi uma ampliação e reforma de *História da medicina no Brasil: do século XVI ao século XIX* (1947), o primeiro no gênero quanto ao conteúdo, já que Álvaro A. de Sousa Reis utilizara este título em obra de 1922.

Digna de menção é a *Pequena história da medicina brasileira* (1966), que comenta os seguintes temas: medicina indígena e jesuítica; físicos e cirurgiões; boticários, barbeiros e curadores; patologia e terapêutica antiga; cirurgia e obstetrícia do passado; assistência hospitalar e sanitária; ensino médico-cirúrgico; Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro; primeiras pesquisas; experimentação e progressos da medicina brasileira.³

Embora seja uma resenha da rara obra de 1947, a *Pequena história da medicina brasileira* parece ter sido o primeiro livro publicado comercialmente que transcreveu parte do saber ministrado em um curso da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) e da Unicamp. Antecedeu em cinco anos outro texto pioneiro: *Anatomia Patológica* (1971), de José Lopes de Faria, primeiro livro da Editora da Unicamp, escrito a partir de aulas ministradas na FCM.

Prof. Dr. Sérgio Luiz Saboya Arruda

DEPTO. DE PSICOLOGIA MÉDICA E PSIQUIATRIA E

PESQUISADOR DO GRUPO DE ESTUDO

HISTÓRIA DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE, FCM, UNICAMP



IMPRESSO ESPECIAL

9.91.21.7687-2 - DR/SPI

FCM / Unicamp

PODE SER ABERTO PELA EBCT

NESTA EDIÇÃO:

**Telemedicina
e telessaúde**

VEJA TAMBÉM:

**Obesidade:
parte 1**

**De ratos e
homens:
má ciência e
a tragédia
da talidomi-
da!**

**O reconheci-
mento da
profissão
farmacêutica**

**O pluralismo
terapêutico e
a coexistên-
cia da dife-
rença**

1. Unicamp. Siarq. Arquivo Central. Contratação de Lycurgo de Castro Santos Filho. Processo 920/1970.

2. Unicamp. Siarq. Relatório - Diagnóstico do acervo do Professor Lycurgo de Castro Santos Filho, 2007. (Relatora Márcia Aparecida Marques Silveira).

3. Santos Filho, Lycurgo. *Pequena história da medicina brasileira*. São Paulo: São Paulo Editora; Editora da USP, 1966.

Telemedicina e telessaúde: assistência, ensino e pesquisa na aldeia global

Com a concretização da telessaúde no contexto da prática profissional, podemos vislumbrar um cenário, nos próximos anos, em que o uso dos recursos de TI permitirá a extensão de cuidados de maior complexidade a pequenas localidades, racionalização de custos, integração de serviços, motivação de profissionais e melhora nos indicadores de qualidade, estendendo benefícios a toda a sociedade.

Os avanços tecnológicos no estabelecimento de redes de comunicação, utilizando recursos de Tecnologia de Informação (TI), viabilizam a conexão de serviços de saúde de diversos níveis de complexidade. Esta conectividade fornece as bases materiais para o desenvolvimento da telessaúde e da telemedicina, que podem ser definidas como o conjunto de práticas de cuidados à saúde envolvendo transmissão de dados a distância. Tais desenvolvimentos estão começando a revolucionar a prática profissional, o ensino e a pesquisa em saúde.

Neste contexto, a telessaúde emerge como área de atuação, congregando profissionais com as mais diversas experiências. Especialidades como Radiologia, Anatomia Patológica, Dermatologia e Medicina de Emergência, historicamente, têm sido pioneiras na utilização dos recursos de TI. Mais recentemente, as diversas áreas clínicas começam também a desenvolver projetos em telessaúde. Desde 2006, o Ministério da Saúde do Brasil definiu a implantação da telessaúde como uma política de saúde pública, merecedora de investimento em recursos materiais e humanos. Destaca-se o potencial desta solução na distribuição para mais regiões do país de valiosos bens sociais, tais como a diminuição dos índices de mortalidade, a prevenção de doenças e a promoção da saúde. Duas iniciativas, em nível nacional, podem ser destacadas:

A Rede Universitária de Telemedicina (RUTE), que permitirá a conexão, em uma primeira etapa, de 19 hospitais universitários (HUs), dentre eles o Hospital de Clínicas da FCM (HC), e de outros sessenta, já está em fase de ampliação. Com recursos da RUTE e da FCM, encontra-se no momento em implantação a Unidade de Telessaúde do HC que irá inaugurar, ainda este ano, em frente ao anfiteatro do 30 andar do HC, uma sala de videoconferência para 30 lugares e duas salas de teleconsulta, que estarão interligadas ao

anfiteatro para atender aos eventos de interesse de um público maior. A Unidade de Telessaúde contará com equipamentos de videoconferência fixos e móveis, permitindo a realização de atividades de atualização profissional, reuniões virtuais, discussão de casos clínicos e transmissão de procedimentos cirúrgicos. Para assessorar a execução deste e de outros projetos, a diretoria da FCM instituiu recentemente a Comissão Permanente do Núcleo de Telessaúde da Área da Saúde da Unicamp.

O Programa Nacional de Telessaúde, inicialmente em fase de implantação em nove Estados, visa utilizar os recursos de TI no apoio à atenção primária, com a interligação de Unidades Básicas de Saúde a centros de referência, para apoio a decisões e educação continuada.

Com a concretização da telessaúde no contexto da prática profissional, podemos vislumbrar um cenário, nos próximos anos, em que o uso dos recursos de TI permitirá a extensão de cuidados de maior complexidade a pequenas localidades, racionalização de custos, integração de serviços, motivação de profissionais e melhora nos indicadores de qualidade, estendendo benefícios a toda a sociedade. Na região de Campinas, os Ambulatórios Médicos de Especialidades (AME) de Bragança Paulista, Rio Claro, Mogi-Guaçu e de São João da Boa Vista deverão ter uma sala de teleconsulta e estarão integrados ao HC. É o início da conexão de serviços de saúde de diversos níveis de complexidade. Um novo e desafiante campo de pesquisa básica e aplicada, essencialmente interdisciplinar, está surgindo, com o potencial de congregiar diferentes grupos de pesquisa na Unicamp.

Prof. Dr. Marcos Tadeu Nolasco da Silva

COORDENADOR DA COMISSÃO PERMANENTE DO
NÚCLEO DE TELESSAÚDE DA ÁREA DA SAÚDE DA UNICAMP

Prof. Dr. Luiz Carlos Zeferino

SUPERINTENDENTE DO HOSPITAL DE CLÍNICAS
FCM, UNICAMP

Eneida Rached Campos

ASSESSORA DO COMITÊ DE MELHORIA DA QUALIDADE DO
HOSPITAL DE CLÍNICAS, FCM, UNICAMP

Obesidade: parte 1

A obesidade atinge milhões de pessoas em todo o mundo; já considerada uma epidemia do novo século, traz consigo comorbidades como a hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus 2, dislipidemias, doenças cardiovasculares e até mesmo certos tipos de câncer encarecendo os custos com a saúde em bilhões de dólares em todo o mundo. A definição de obesidade é a da OMS, mostrada abaixo.

Classificação de peso^(1D)

Status	Classificação da obesidade	IMC (Kg/m ²)	Risco de doenças
Baixo Peso		<18,5	Elevado
Normal		18,5 - 24,9	Normal
Sobrepeso		25 - 29,9	Aumentado
Obesidade	1	30 - 34,9	Elevado
	2	35 - 39,9	Muito elevado
	3	≥ 40	Extremamente elevado

A obesidade é causada pelo consumo excessivo de calorias por um tempo prolongado, em relação a um gasto reduzido. O trato gastrointestinal tem capacidade de absorver grande quantidade de nutrientes. Elevações importantes da gordura corporal podem ser resultado de pequenas, mas crônicas diferenças entre a ingestão de energia e o gasto de energia.^{2(D)} Em um ano, a ingestão de 5% ou mais de calorias acima do esperado pode promover um ganho aproximado de 5 kg. Em trinta anos, a ingestão de 8 kcal/dia pode levar a um ganho médio de 10 kg.^{2(D)}

A leptina é considerada um dos principais reguladores da ingestão alimentar.^{2,3(D)} Produzida nos adipócitos e secretada na corrente sanguínea, tem efeitos na ingestão de alimentos, regulação neuroendócrino-hipotalâmica, funções reprodutivas e no gasto de energia. Existe uma relação direta do índice de massa corporal (IMC) e gordura corporal com os níveis de leptina, apesar de as concentrações variarem entre os indivíduos com o mesmo IMC. Os níveis de leptina diminuem rapidamente com o jejum/fome e elevam-se com a superalimentação.^{2,3(D)}

Influência do meio ambiente e da genética no ganho de peso

A epidemia de obesidade que registramos nos dias atuais é uma clássica interação gene-meio ambiente. O genótipo humano é susceptível às influências ambientais que afetam o consumo e gasto de energia. Nas últimas décadas, o consumo de alimentos com alto poder energético e baixo poder nutritivo aumentou em escala geométrica, o que, associado ao decréscimo de atividades físicas, compõe a receita ideal para o aumento de peso e obesidade.^{4(A)}

Estudos em populações como as dos índios Pima, no Arizona, EUA, mostram que ao apresentarem comportamentos da vida urbanizada, estes índios desenvolvem obesidade e diabetes mellitus 2 em quase

50% dos indivíduos. Ao contrário, quando tal população mantém seus hábitos rurais observa-se preservação do peso corporal em níveis considerados mais aceitáveis.^{2(D) 5(B)}

Algumas heranças específicas relacionadas à obesidade já foram reconhecidas.

Causas monogênicas da obesidade

Mutação	Local	O que causa
Gene da leptina	Posição 398 - deleção	Hipogonadismo + disfunções do S N simpático
Receptor da leptina	Sítio splice exoni 6	Elevação acentuadas da leptina + hipogonadismo
Gene PCr	Perda da habilidade utocatalítica	Tolerância à glicose alterada + hipogonadismo + cortisol reduzido
Gene POMC	Perda da habilidade sintetizar α MSH e ACTH	Hiperfagia + cabelos vermelhos _ deficiência ACTH
Gene SIM1	Translocações entre cromossoma 1 e 6	Alteração da formação dos núcleos paraventriculares e supra-óptico
Receptor 4 melanocortina	Receptor 4 melanocortina	Obesidade apenas

Infelizmente, a obesidade é mais frequentemente de origem poligênica. Mais de 250 genes marcadores e regiões cromossômicas têm sido ligados à obesidade humana. Embora seja claro que heranças ligadas à herança étnica sejam importantes determinantes do ganho de peso, como mostra a figura 1, pouco ainda se sabe dos mecanismos gênicos envolvidos neste processo.

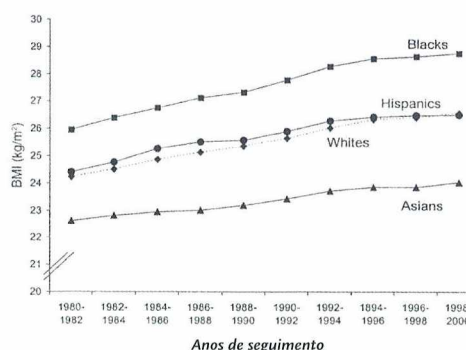


Figura 1. Média de IMC durante 20 anos de seguimento de 78.419 mulheres de acordo com o grupo étnico. Em mulheres brancas, o aumento de 5 unidades no IMC e no peso eleva o risco relativo de desenvolver diabetes em 1,96 e 1,37 respectivamente; em asiáticas em 2,36 e 1,84; em hispânicas em 2,21 e 1,44 e em negras 1,55 e 1,88.^{6(B)}

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.

Dra. Joyce do Rosário Silva
 Profa. Dra. Laura Sterian Ward
 DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA
 FCM, UNICAMP

Nas últimas décadas, o consumo de alimentos com alto poder energético e baixo poder nutritivo aumentou em escala geométrica, o que, associado ao decréscimo de atividades físicas, compõe a receita ideal para o aumento de peso e obesidade.

1. National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute. Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults: the evidence report. *Obes Res* 1998;6(2):51S-209S.

2. Klein S, Romijn JA. Obesity. In: Williams Textbook of Endocrinology. Pennsylvania, Saunders, 2003;1619-41.

3. Myers MG, Cowley MA, Münzberg H. Mechanisms of leptin action and leptin resistance. *Annu Rev Physiol* 2008;70:537-56.

4. Behavioral Risk Factor Surveillance System. CD-ROM (1984-1995, 1998) and Public Use Data Tape (2004, 2006). National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention, 1997, 2000, 2005, 2007. Disponível em: <http://www.who.int>. Acesso em: 25 mai. 2008.

5. Sahota PK, Knowler WC, Looker HC. Depression, Diabetes, and Glycemic Control in an American Indian Community. *J Clin Psychiatry*. 2008; Mar 18;er-cio. [Epub ahead of print]

Estima-se que em torno de 10 a 15 mil crianças em todo o mundo tenham sido vítimas dos efeitos teratogênicos da talidomida naqueles anos. No Brasil, esse fármaco começou a ser comercializado em 1958 e os primeiros casos de malformações foram relatados em 1960.

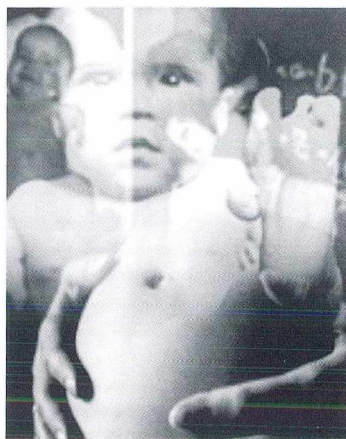
De ratos e homens: má ciência e a tragédia da talidomida!

A talidomida foi introduzida no mercado mundial em 1957 pela companhia alemã Chemie Grunenthal, e passou a ser comercializada em alguns países como droga de ação hipnótico-sedativa. Nos estudos pré-clínicos, a sua aplicação em ratos, coelhos e cobaias mostrou baixa taxa de letalidade, mesmo em doses altas. Esse fato fez com que o medicamento fosse considerado de baixa toxicidade e maior segurança quando comparado aos barbitúricos. Em pouco tempo a talidomida já estava sendo comercializada em 46 países como sedativo e também para o tratamento de enjôo matinal em gestantes.

Para introduzir a talidomida nos Estados Unidos, a companhia farmacêutica Richardson-Merrell, de Cincinnati, submeteu uma documentação ao FDA (Food and Drug Administration) em setembro de 1960, com a intenção de comercializá-la sob o nome de Kevadon.¹ Mesmo sobre forte pressão da indústria, o farmacologista Frances Oldham Kelsey, responsável pelo parecer, não recomendou a sua aprovação, considerando a necessidade de mais estudos sobre a sua toxicidade, absorção, excreção etc, enfatizando que “os relatos clínicos existentes sobre a droga eram mais de natureza testemunhal que baseados em estudos bem desenhados e bem executados”. No entanto, a Richardson-Merrell, nesse ínterim, distribuiu mais de 2,5 milhões de comprimidos de talidomida a mais de mil médicos nos EUA, sob o argumento de se tratar de “uma medicação em investigação”, e esta foi dada para cerca de 20 mil pacientes, centenas dos quais eram mulheres grávidas, e que não foram

devidamente esclarecidos deste “pequeno” detalhe.

A partir de 1959 começaram a surgir os primeiros relatos perturbadores sobre o nascimento de crianças com malformações congênitas, cujas mães tinham utilizado a talidomida durante a gestação. Dentre elas, chamava a atenção a malformação no desenvolvimento de ossos longos dos membros inferiores e superiores, sendo chamada de focomelia, pela semelhança com as focas. Em novembro de 1961, um pediatra alemão, Widukind Lenz, determinou que essas malformações estavam definitivamente associadas ao uso da talidomida. Alertada por Lenz, a medicação foi retirada do mercado pela Chemie Grunenthal ainda em novembro de 1961, e a Richardson-Merrell retirou sua documentação de submissão do medicamento ao FDA em



março de 1962.

Estima-se que em torno de 10 a 15 mil crianças em todo o mundo tenham sido vítimas dos efeitos teratogênicos da talidomida naqueles anos. No Brasil, esse fármaco começou a ser comercializado em 1958 e os primeiros casos de malformações foram relatados em 1960. Apesar de ser banida dos mercados alemão e inglês em 1961, a talidomida continuou sendo comercializada no Brasil até 1965. Mais de mil vítimas da talidomida foram registradas no Brasil, tendo o último caso sido oficialmente registrado em 1995.²

Assim, diante dessa enorme tragédia, cabe-nos questionar: “No que devemos de fato confiar: naquilo que silenciosamente nos ensinam os ratos ou no que estrepitosamente nos afirmam os homens?”

Prof. Dr. Sebastião Araújo
DEPARTAMENTO DE CIRURGIA
FCM, UNICAMP

1. FDA Consumer Magazine - March-April 2001

2. www.funed.mg.gov.br (acesso em: 19 jun., 2007)

O reconhecimento da profissão farmacêutica

A separação da ciência farmacêutica como integrante da ciência médica é historicamente confusa e de difícil definição, pois ambas se desenvolveram juntas e com objetivos comuns: a cura das doenças e a busca da integridade física. Porém, um fato inegável é que elas possuem uma relação mutualística, que obrigatoriamente deve-se complementar na prática de cada uma dessas escolas. A complexidade científica que existe nessas profissões, juntamente com a necessidade de efetivar o combate às moléstias, foram os principais fatores para o reconhecimento e a inserção do farmacêutico na área da saúde. Considera-se, historicamente, que o pai da farmácia é Claudius Galeno, um médico nascido em Pérgamo, entre 131 ou 138 d.C. na época do Império Romano. Seus estudos tinham grande ênfase à manipulação de medicamentos, elaborando os primeiros postulados científicos sobre o desenvolvimento de fármacos e posologia: a Farmácia Galênica.

Os ensinamentos de Galeno perduraram sem contestação na Idade Média européia (476 d.C.), apoiados pela Igreja Católica, mesmo após as fundações das primeiras grandes universidades na Baixa Idade Média. Porém, no Império do Oriente, de domínio árabe, a farmácia continuou sendo desenvolvida e atingiu níveis acadêmicos com a fundação de escolas de medicina em diversas regiões (Bagdá, Alexandria, Córdoba, Toledo, Granada...) onde as práticas farmacêuticas eram partes integrantes do estudo.

No período do Renascimento Cultural (séculos XV e XVI) houve um grande avanço da ciência movido pelo cientificismo e questionamento do que até então acreditava ser irrevogável. Na Idade Moderna, os estudos farmacêuticos ganharam um novo impulso, principalmente após o século XVIII, quando os princípios ativos das drogas começaram a ser estudados e conhecidos.

Oficialmente, a primeira separação da farmácia da prática médica ocorreu em 1223, pelo imperador Frederico II, da Sicília, que regulamentou a profissão farmacêutica e desenvolveu um código de ética profissional a fim de impedir que os médicos continuassem a exercer o comércio de remédios e obterem lucro com a venda. Dessa forma surgiram três classes profissionais: os médicos, os cirurgiões e os boticários.

No Brasil, com a colonização, ocorreu um intercâmbio de drogas e medicamentos dos grandes centros europeus, trazidos pelos jesuítas, e das plantas medicinais herdadas da cultura indígena. As primeiras boticas do país foram fundadas com os primeiros colégios da Companhia de Jesus, na Bahia, no Recife, no Maranhão, no Rio de Janeiro e em São Paulo.

A partir de 1640, as boticas foram licenciadas pelo Governo Geral como estabelecimentos comerciais e se multiplicaram pelo país. Os boticários obtinham com extrema facilidade o direito de profissionalização, o que ocasionou a formação de uma profissão empírica (profissionais sem nenhuma formação e com conhecimentos superficiais).

Somente em 1808, com a vinda da família real para o Brasil, é que o país adquiriu direitos de acompanhar os movimentos científicos e culturais do mundo, até então proibidos pela Coroa Portuguesa. O primeiro curso de Farmácia foi implantado na criação da Faculdade de Medicina, em 1832 na Bahia. Tal regularização elevou a classe farmacêutica à hierarquia científica, colocando-a em igualdade aos demais ramos das ciências médicas, por decreto imperial. A primeira escola fundada, exclusivamente para o ensino da farmácia, foi em Ouro Preto, MG, no ano de 1838.

É importante observar que a criação dos cursos superiores no Brasil decorreu de imposições imediatas, não acompanhando as exigências da sociedade brasileira, o que acarretou na negligência da pesquisa científica durante todo o Império, vindo a desenvolver-se timidamente apenas no começo do século XX.

A classe farmacêutica vem elevando progressivamente sua atuação profissional no decorrer da história. Atualmente, com o desenvolvimento de indústrias farmacêuticas, o crescimento dos laboratórios e a demanda cada vez maior do mercado criaram a necessidade de aumentar os serviços comerciais, ampliando o leque de produtos com o desenvolvimento da indústria de cosméticos e higiene pessoal. A exigência do público acompanha esse mercado, inferindo melhores inovações e qualidade nos produtos, que por sua vez é responsável pela maior qualificação e importância do farmacêutico em nossa sociedade.

Os avanços das técnicas de biologia molecular utilizadas como auxílio no diagnóstico laboratorial, a farmacogenoma e o estudo das nanopartículas de cosméticos e medicamentos serão relatados em um boletim posterior.

Na Idade Moderna, os estudos farmacêuticos ganharam um novo impulso, principalmente após o século XVIII, quando os princípios ativos das drogas começaram a ser estudados e conhecidos.

Colaboração:

Gabriela Chaves Höehr

Dra. Profa. Nelci Fenalti Höehr

COORDENADORA DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA

FCM, UNICAMP

<http://www.ufpe.br/farmacia>
<http://www.cienciafarmaceutica.com.br>
<http://www.farmacautocovirtual.com.br>

O pluralismo terapêutico e a coexistência da diferença

A noção de pluralismo foi originalmente desenvolvida nas ciências sociais, com o fim de defender o princípio de que cidadãos socialmente iguais, em direitos e deveres, podem ser diferentes, em percepções e necessidades. O movimento que deu suporte à coexistência da diferença foi baseado na filosofia dualista e promoveu uma reação contra a doutrina filosófica monista, que defende a redução de todas as coisas à unidade, sendo a diferença não reconhecida como outra possibilidade de existir socialmente. Ainda, atualmente, vários profissionais operam com os princípios do monismo para defender o ponto de vista de que a medicina é uma só, não reconhecendo o conjunto de elementos socioculturais que compõem as práticas no campo da saúde. É preciso esclarecer que este é um equívoco sociológico, pois: é certo que existe um fim único para as práticas de cuidado e cura que constituem a medicina, de forma que independente da cultura busca-se o restabelecimento das pessoas por meio dela; no entanto existem diferentes comunidades fundadas em valores, símbolos e normas próprias, o que garante meios absolutamente diferentes para os fins do cuidado. Assim, é um erro ou uma enunciação monista e reducionista afirmar que "a medicina é uma só".

Ainda,
atualmente,
vários
profissionais
operam com os
princípios do
monismo para
defender o
ponto de vista
de que a
medicina é uma
só, não
reconhecendo o
conjunto de
elementos
socioculturais
que compõem
as práticas no
campo da
saúde.

Tomar como princípio a noção de "iguais, mas diferentes" é fundamental para o trabalho no campo da saúde, pelo fato de que a clínica não é uma ciência exata e baseia-se em princípios imponderáveis. Contra esta noção foi construído o movimento das práticas baseadas em evidência, que teve início como medicina baseada em evidência, ficando claro mais um reducionismo e o desejo de estendê-lo para o trabalho de todas as categorias profissionais da área da saúde. No entanto, o crescimento em números absolutos de usuários e praticantes das práticas alternativas e complementares tenciona na direção contrária, tirando do segundo plano os diferentes sistemas ou racionalidades de cuidado e cura, além de questionar o que significa evidência e como elas são produzidas.

De acordo com Cant, os antropólogos foram os primeiros a utilizar o conceito de pluralismo médico, para descrever as diferentes práticas de cura, como parte de seus estudos sobre cultura.¹ Posteriormente, na década de 1990, os sociólogos adotaram o conceito para analisar o movimento das medicinas alternativas e complementares nas diferentes sociedades ocidentais. Todavia, estes profissionais têm sido enfáticos em afirmar que distintas possibilidades de cuidado e cura sempre existiram, também no Ocidente, de acordo com as percepções de saúde, doença e atenção dos grupos sociais.

Várias questões se colocam a partir do conceito de pluralismo terapêutico, entre elas destacam-se três, a saber: o potencial de identificar a dominação de uma prática sobre as outras, denunciando atos de violência simbólica contra pacientes e profissionais que acreditam e adotam formas diferentes das preconizadas pelos protocolos. Indo mais além, Santos chama este tipo de violência de "epistemicídio", ou o assassinato de "epistêmes", que são formas de gerar e operar com o conhecimento.² Um dos exemplos que cita é o da ocupação das Américas pelos europeus, que aqui chegaram como colonizadores das leis, dos reis e dos deuses; não apenas "menos-prezando" os valores dos povos locais, como criando artifícios para justificar a violência física, além da simbólica.

A segunda questão que tem tomado vulto, a partir dos estudos com o conceito de pluralismo terapêutico, é sobre a forma como a biomedicina tornou-se a prática oficial dos diferentes países e como o Estado Nacional, que é uma instituição moderna, poderá operar com a lógica inclusiva do pluralismo na pós-modernidade. Grande parte dos debates sobre as práticas alternativas e complementares atualmente é sobre a necessidade de políticas específicas, que regulamentem estas práticas nos sistemas nacionais de saúde. Existem várias experiências em curso, como: a brasileira, com a *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares*; a mexicana, com a *Política de Interculturalidade*; a cubana, com a *Política de Medicina Natural e Tradicional*; a boliviana, com a *Política de Saúde Familiar Comunitária e Intercultural*; entre outras. No entanto, trata-se de um debate em aberto e com a necessidade de muito maior aprofundamento, para, por exemplo, inserir diferentes tipos de práticas e praticantes com distintos graus de conhecimento e evidências, no rol das possibilidades de cuidado em saúde.

A terceira questão é de cunho mais técnico da pesquisa, trazendo reflexões sobre a necessidade de desenvolvimento de metodologias de investigação diferentes das tradicionais. Na medida em que as práticas não biomédicas têm seu principal fundamento nos sujeitos e não nas suas doenças, consideram em profundidade as suas biografias e narrativas individuais, de forma a construir raciocínios diagnósticos e terapêuticos absolutamente distintos, para sujeitos com a mesma doença. Dessa forma, as categorias constantes no processo de investigação devem mudar assim como aquilo que se constitui como "padrão ouro" entre as evidências.

Por último, destaca-se que o conceito de pluralismo terapêutico refere-se à coexistência na sociedade de diferentes tradições, alicerçadas em diferentes princípios ou baseada em visões de mundo diferentes, e que o seu desenvolvimento conceitual e empírico no campo da saúde pode auxiliar nos processos de prevenção e promoção da saúde, além de garantir a ética e humanização do cuidado.

Prof. Dr. Nelson Filice de Barros

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
FCM, UNICAMP

1. Cant, S. Medical Pluralism. In: Gabe J, Bury M, Elston MA (eds). *Key Concepts in Medical Sociology*. London: Sage, 2004.

2. Santos, BS. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. São Paulo: Cortez, 2000.

NOTAS

*Imagine fazer um curso de inglês no Brasil conversando com professores norte-americanos ou ingleses. Ou então, implantar um chip no cérebro e saber tudo sobre medicina. Ficção científica ou evolução das tecnologias de ensino? A equipe da Comissão de Ensino a Distância (CEaD) da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp esteve em Brasília, no auditório Nereu Ramos da Câmara dos Deputados, no último dia 16 de junho, participando do “2º Ciclo de Seminários Internacionais Educação no Século XXI: modelos de sucesso sobre ensino a distância”. Lá, eles puderam trocar experiências com especialistas brasileiros e estrangeiros em ensino a distância, como Paul Bacsich, do Reino Unido; François Marchessou, da Universidade de Poitiers, da França; Eva Kampits, da New England Association of Schools and Colleges, dos Estados Unidos; João Vianney, da Unisul de Santa Catarina; Anna Beatriz Waehneltdt, do Senac e Fredic Michael Litto, da Associação Brasileira de Educação a Distância (Abed). De acordo com a pedagoga que compõe a equipe do CEaD da FCM, Anita Zimmermann, não existe ainda um “know-how” no mundo sobre ensino a distância. Todos estão experimentando formas de melhorar a estrutura pedagógica e a qualificação da equipe que trabalha com o ensino a distância. “As dificuldades e os sonhos são os mesmos em qualquer lugar. Todos estão experimentando uma nova ferramenta de ensino que tende a crescer nos próximos anos, mudando nossos paradigmas sobre educação”, comentou Anita. Dentre as tecnologias apresentadas pelos palestrantes, destaque para a TV digital e o uso de palm-tops e celulares, em que o aluno poderá assistir

às aulas. A experiência da Universidade de Santa Catarina (Unisul) comprava isso. No exame do Enad, os alunos dos cursos a distância tiveram melhores notas que os de ensino presencial. “Na Unisul, não existe diferença entre o aluno que faz o curso a distância ou em sala de aula. Inclusive, ele pode mudar de um sistema para o outro quando quiser”, disse João Vianney, que falou sobre o cenário do ensino a distância no Brasil. Exemplo similar tem o Senac, que já desenvolveu uma plataforma para o ensino médio a distância. Na opinião de José Maria Otávio, da CEaD da FCM, o ensino a distância não substituirá o ensino presencial, mas servirá como um elemento a mais para a difusão do conhecimento e atualização, tanto para profissionais já formados ou no ensino superior, dando mais qualidade ao ensino. “Outro ponto forte é o valor do curso, bem mais em conta que os cursos acadêmicos”, comentou José Maria. O objetivo da CEaD da FCM é coordenar e promover as atividades de ensino, pesquisa e extensão a distância, empregando tecnologia de informação e comunicação, além de assessorar os docentes na criação e divulgação dos cursos a distância da área da saúde. “Aqui na FCM usamos a plataforma TelEduc, contamos com o apoio do Núcleo de Tecnologia da Informação da Comissão de Apoio Didático, Científico e Computacional da FCM para as aulas por videoconferência, editoração de imagens, atualização do site e outras ferramentas de ensino”, explicou Marli A. de Lima e Silva, secretária da equipe. Para Anita, José Otávio e Marli, o seminário mostrou que o ensino a distância é um caminho sem volta, fruto da

globalização, em que cada um decidirá o tempo e onde quer estudar. Entretanto, todos alertaram que a disciplina é do aluno, a tecnologia é da ciência e o conteúdo dos professores, que buscam a harmonização entre a proposta educacional e a satisfação do usuário.

*O médico urologista da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp, Nelson Rodrigues Netto Jr, acaba de ser indicado para membro honorário do Comitê Internacional da Sociedade Americana de Urologia (AUA). A indicação, inédita, feita pela maior e mais antiga associação de urologia do mundo, contempla apenas pesquisadores e docentes estrangeiros. Rodrigues Netto irá estreitar a relação entre AUA e a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), promovendo indicações de trabalhos brasileiros para serem apresentados nos Estados Unidos, incentivando o intercâmbio entre residentes e ex-residentes e viabilizando a realização de simpósios internacionais no Brasil. “Essa é uma boa abertura que nos é oferecida. É necessário, portanto, incentivar as pérolas da Unicamp a participar de tudo, pois nós ocupamos uma posição de destaque no cenário internacional”, comentou o professor aposentado da Disciplina de Urologia do Departamento de Cirurgia da FCM. O urologista disse que a Unicamp tem trabalhos de vanguarda e que a seriedade dos pesquisadores brasileiros é elogiada e respeitada no exterior. Como exemplo, citou o tratamento da incontinência urinária por meio da injeção de determinadas substâncias. “Somos pequenos perto da

AUA, porém temos muita criatividade e sensibilidade no trato com os pacientes". O professor revela que há 30 anos participa do Congresso Americano de Urologia, e talvez, isso tenha sido um dos fatores que contribuíram para a sua aclamação para o cargo criado há três anos pela AUA. Outro fator importante que pesou na decisão, conforme disse Rodrigues Netto, foram os 700 trabalhos publicados ao longo de sua vida como pesquisador.

"Aproximadamente um terço desses trabalhos foi publicado em periódicos internacionais. Isso, talvez, tenha influenciado na minha indicação", disse o urologista que mantém sua rotina acadêmica como orientador da pós-graduação e sempre presente nas reuniões da Disciplina de Urologia que acontecem todas as quartas-feiras na FCM.

Um pouco de história -

Nelson Rodrigues Netto Jr. é professor livre-docente da Faculdade de Medicina da USP desde 1976. Assumiu a Disciplina de Urologia da

FCM da Unicamp 1981 e tornou-se o primeiro professor titular, por concurso, em 1986. Pioneiro da cirurgia endourológica no Brasil, foi responsável pela implementação de um pólo de pesquisa clínica e experimental nessa área. Realizou o primeiro transplante renal, juntamente com a Disciplina de Nefrologia, que hoje superam 1.500. Sua filosofia de ensino atraiu muitos adeptos e fez seguidores, inspirando novas gerações de urologistas. Foi responsável pelo desenvolvimento da cirurgia urológica experimental e crescimento da produção científica. Criou diversos grupos de trabalho e de pesquisa nessa área que transformaram a FCM da Unicamp em referência nacional e internacional. Foi presidente da Sociedade Brasileira de Urologia de 1993 a 1994. É autor de 23 livros, dentre eles "Urologia prática", já na sua 5ª edição. Nestes 25 anos de Unicamp, sua história está ligada à Disciplina de Urologia da FCM. A sua aposentadoria, em 2006, culminou com a criação de três novas áreas no Departamento de Cirurgia:

urologia feminina, uro-oncologia e uroneurologia.

EVENTOS DE JULHO

De 16/7 a 4/8

* **Exposição fotográfica** - fotografos - área da saúde

Expositores: Joaquim Bustorff, Lívio Nanni, Elaine Zerlin, Adilson Piazza, Maria Elizabeti Costa, Péricles Lima, Mário Moreira e Mercedes Santos

Abertura: 16/7 às 11 horas

Horário: das 8h30 às 17h30

Local: espaço das artes

Entrada franca

De 29/7 a 1/8

* **Jornada de Inverno da FCM**
Capacitação continuada para profissionais médicos

Local: Conjunto das salas de aula, anfiteatros e auditório da FCM

Horário: das 9 às 17 horas

Programação e inscrições:

www.fcm.unicamp.br e

www.extecamp.unicamp.br

Informações: (19) 3521-8852

Até o fechamento desse *Boletim*, novas teses, dissertações, palestras e eventos poderão ocorrer.

Confira a programação completa no site www.fcm.unicamp.br

EXPEDIENTE

Reitor

Prof. Dr. José Tadeu Jorge

Vice Reitor

Prof. Dr. Fernando Ferreira Costa

Departamentos FCM

Diretor

Prof. Dr. José A. R. Gontijo

Diretor-associado

Prof. Dr. Gil Guerra Júnior

Anatomia Patológica

Prof. Dra. Maria Leticia Cintra

Anestesiologia

Prof. Dr. Franklin S. Silva Braga

Cirurgia

Prof. Dr. Nelson Adami Andreollo

Clínica Médica

Prof. Dra. Sandra C. B. Costa

Enfermagem

Prof. Dra. Izilda Esmênia M. Araújo

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. Dra. Keila Monteiro de Carvalho

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

Tocoginecologia

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 Höhr

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 (CIPEP)

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. Zilda Maria G. O. da Paz

Coord. do Centro de Controle de Intoxicação (CCI)

Prof. Dr. Fábio Bucarechi

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 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 337

Equipe Claudia Ap. Reis da Silva, Edmilson Montalti, Edson Luis Vertu, Fátima Segantin, Maria de 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)