

Considerações sobre a história da enfermagem: o passado, o presente e o futuro - parte 1

Na reflexão, buscamos apontar algumas questões da atualidade que são consequências das opções históricas da enfermagem brasileira. Considerar a história como um “processo contínuo de interação entre o historiador e os fatos, um diálogo interminável entre o presente e o passado”, é uma alternativa de visualizar o futuro.¹ Podemos estudar o itinerário da enfermagem sob várias óticas.

Iniciaremos, considerando a influência dos jesuítas, responsáveis pelas fundações das Santas Casas de Misericórdia, onde exerciam várias funções, entre elas, destacamos: atenção social, espiritual e à saúde. Esta situação prolongou-se até meados do século XIX. A enfermagem era exercida sem ênfase na técnica ou na administração. Leigos e fiéis ao catolicismo podiam exercer funções consideradas de enfermagem.

Em 1890, foi criada a “Escola de Enfermagem Alfredo Pinto”, primeira escola de enfermagem do Brasil, sob a influência de grupo de enfermeiras francesas, que exigia somente que o candidato fosse alfabetizado. A partir de 1923 foi introduzido no Brasil o sistema proposto por Florence Nightingale, sendo que o mesmo existia na Inglaterra desde 1860 e, nos Estados Unidos, desde 1873.

Florence, considerada a fundadora da enfermagem moderna, possibilitou uma grande reforma na enfermagem ocidental. A formação dos enfermeiros passou a comportar critérios rigorosos para o ensino de técnicas, metodologias de ensino e de investigação e padrões mínimos de exigências na formação dos candidatos que buscavam os cursos de enfermagem.

Passou a ser considerada competente a escola que obedecia aos padrões de ensino do “Sistema Nightingale”.

No Brasil, a primeira escola a seguir estes padrões foi a Escola de Enfermagem Ana Néri, em 1923, no Rio de Janeiro, posteriormente ligada à Universidade Federal do Rio de Janeiro.^{2,3}

A Escola Ana Néri foi criada sob a influência de Carlos Chagas, sanitarista que identificava a necessidade da enfermeira ter formação adequada, sobretudo sob a perspectiva da prevenção. Salientamos que, neste período, o Brasil era assolado por várias epidemias.

A Fundação Rockefeller, por meio de solicitações de Carlos Chagas, investiu em construções, recursos humanos e propôs formar enfermeiros sob a perspectiva preventiva de saúde. As enfermeiras norteamericanas assessoraram a organização de escolas, exercendo inclusive a direção de algumas.



Prof. Dr. Mauro Antonio Pires Dias da Silva
Profa. Dra. Eliete Maria Silva
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM, GEHCSAÚDE
FCM, UNICAMP



IMPRESSO ESPECIAL
9.91.21.7687-2 - DR/SPI
FCM / Unicamp
PODE SER ABERTO PELA EBCT

NESTA EDIÇÃO:
Programa de Pós-Graduação em Gerontologia

VEJA TAMBÉM:
Otite média aguda: diagnóstico

Ética em cuidados paliativos: parte 2

As teorias sociológicas e o campo da saúde: parte 1

1. Carr, EH. O que é história. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

2. Forjaz, MV. Resumo das origens e desenvolvimento das Escolas de Enfermagem no Brasil, focalizando a interferência do pensamento católico. Rev. Bras. Enf. 1959, 11 (3):315-329.

3. Paixão, W. Páginas da história da Enfermagem. Rio de Janeiro, Oficina Gráfica da Universidade do Brasil, 1951. p. 60:80.

Programa de Pós-Graduação em Gerontologia

A primeira turma, com 14 alunos de mestrado e seis de doutorado, selecionados dentre 97 candidatos, começou a frequentar o curso em abril de 1997. Psicólogos, pedagogos, sociólogos, antropólogos, demógrafos, filósofos, médicos e enfermeiros integravam o corpo docente e interagem com alunos das mais diversas formações.

O Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Unicamp foi instalado em 1997, a partir da iniciativa de um grupo de professores de vários departamentos que estudavam velhice e envelhecimento. Foi aprovado pelo Conselho Universitário em dezembro de 1996 e pela Capes no começo de 1997, sendo que o primeiro exame de seleção aconteceu em março de 1997.

A primeira turma, com 14 alunos de mestrado e seis de doutorado, selecionados dentre 97 candidatos, começou a frequentar o curso em abril de 1997. Psicólogos, pedagogos, sociólogos, antropólogos, demógrafos, filósofos, médicos e enfermeiros integravam o corpo docente e interagem com alunos das mais diversas formações. Nessa época, havia forte demanda reprimida pela Pós-Graduação em Gerontologia, o que determinou que na primeira turma houvesse um grupo de profissionais maduros, especialmente em Geriatria e em Gerontologia Social.

O mestrado em Gerontologia continuou seu curso e vem se consolidando até os dias de hoje, basicamente com a mesma estrutura implantada em 1997. Na avaliação das atividades do triênio 2001-2003, obteve o conceito 4 e na do triênio 2004-2006, o conceito 5. Somente em 2007 ocorreu a primeira visita ao curso, por um grupo de trabalho constituído pelo Comitê Interdisciplinar, o qual também visitou os cursos de Gerontologia da PUC de São Paulo, da PUC do Rio Grande do Sul e da Universidade Católica de Brasília. Essa medida foi analisada como de fundamental importância pelos quatro cursos, que puderam dar a conhecer suas peculiaridades ao vivo, e não mais apenas nos aplicativos.

O desenvolvimento do curso de mestrado em Gerontologia da Unicamp foi, inicialmente, nucleado pelo raciocínio das Ciências Sociais e da Psicologia. Muitos alunos oriundos da Medicina e de outras profissões do campo da saúde procuraram o curso, que veio beneficiar alunos e professores de todas as formações, ao mesmo tempo em que era enriquecido pela variabilidade de perspectivas que nele se faziam presentes.

As áreas de Medicina, Fisioterapia, Odontologia, Educação Física, Terapia

Ocupacional, Fonoaudiologia, Enfermagem e Psicologia são campos em mudança, graças ao crescimento da população idosa, às novas políticas sociais em seu favor e à implantação de novas práticas no campo da saúde pública, que estão abrindo ou supõe-se que abrirão portas no mercado profissional.

Refletindo essas tendências, ao longo dos anos, aumentou a procura do curso por alunos com formação na área de Saúde, contribuindo para a decisão do Curso de Gerontologia de solicitar transferência da Faculdade de Educação (FE) para a Faculdade de Ciências Médicas (FCM). Isso se efetivou no segundo semestre de 2007, sendo que a instalação do curso nessa nova unidade de ensino e pesquisa ocorreu em janeiro de 2008. Manteve-se intacto o caráter interdisciplinar, refletido na estrutura curricular e nas linhas de pesquisa.

Hoje, dez dos 16 professores do curso estão vinculados à FCM, um à Faculdade de Odontologia, um ao Departamento de Antropologia e três à FE da Unicamp. Uma docente colaboradora é do curso de graduação em Gerontologia da Escola de Ciências, Artes e Humanidades da USP, em Ermelino Matarazzo, São Paulo.

A crescente participação dos alunos do curso em pesquisas clínicas e de levantamento, desenvolvidas no Ambulatório de Geriatria do Hospital de Clínicas da FCM, reflete-se no progressivo aumento das publicações científicas, assim como na criação de seminários interdisciplinares de discussão de casos clínicos. Estes últimos têm contribuído para o fortalecimento da Geriatria dentro da FCM, por meio do raciocínio e das práticas interdisciplinares iniciadas pelo curso, que também tem como objetivos a formação e o aperfeiçoamento de docentes e de pesquisadores para atuar no ensino superior.

Profa. Dra. Maria Elena Guariento

COORDENADORA DA SUBCOMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM GERONTOLOGIA, FCM, UNICAMP

Profa. Dra. Anita Liberalesso Neri

DOCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
GERONTOLOGIA, FCM, UNICAMP

1. Buelow, J. Why nursing research? J. Neurosc. Nurs. 40 (4): 196-7, 2008.

Otite média aguda: diagnóstico

A otite média aguda (OMA) é uma inflamação da cavidade da orelha média, caracterizada pelo aparecimento rápido de sinais e sintomas, como otalgia, febre e irritabilidade.^{1,2(D)} O diagnóstico baseia-se no conjunto de achados à otoscopia associados aos sintomas clínicos. Devem estar presentes um ou mais dos seguintes sintomas: otalgia, febre ou irritabilidade de aparecimento recente. A membrana timpânica (MT) apresenta-se abaulada e opaca, com mobilidade reduzida ou ausente na otoscopia pneumática.^{1,2(D)}

Na presença de dor de ouvido, a probabilidade de uma criança ter OMA é de 3 a 7,3 vezes maior que não ter. Quando da suspeita dos pais, a probabilidade é 3,4 vezes maior.^{3,4(B)} O sintoma mais associado à OMA em criança com infecção de vias aéreas superiores (IVAS) é a dor de ouvido. Na presença de dor de ouvido, o risco relativo para OMA em crianças menores que dois anos é 8,5 e nas maiores de dois anos é 47. O índice de falso positivo é 15%.^{3,4(B)}

Na presença de abaulamento da MT, a probabilidade de OMA em crianças é 51 vezes maior que não ter.^{4(B)} Considerando-se o abaulamento da MT, a probabilidade diagnóstica pós-teste para OMA, com prevalência de 20%, é de 94%. Na associação abaulamento-opacidade e abaulamento-imobilidade da MT, a probabilidade é de 100%.^{4(B)}

A timpanometria associada à otoscopia apresenta 14% de falso positivo, para diagnóstico de líquido no ouvido médio.^{5(B)} A timpanometria reduz em 20% a 30% a quantidade de OMA diagnosticada de forma inadequada.^{2(D)} A OMA pode ser causada por vírus e bactérias. Os vírus podem ser identificados em 25% das efusões na orelha média. As

bactérias que causam OMA são iguais em adultos e crianças: *Streptococcus pneumoniae* (40%), *Haemophylus influenzae* (25%) e *Moraxella catharralis* (12%).^{6(D)} O *Streptococcus pyogenes* beta hemolítico do Grupo A (GAS) e o *Staphylococcus aureus* também podem ser causadores de OMA. As bactérias causadoras de OMA em lactentes < 2 meses são as mesmas que causam OMA em crianças mais velhas e adultos.^{6(D)} A presença de miringite bolhosa não define etiologia viral. A etiologia da miringite aguda é semelhante a da OMA, em crianças menores de dois anos.^{3(B)} O abaulamento e a hiperemia da MT foram os sinais mais importantes no diagnóstico diferencial entre otites de etiologia bacteriana daquelas com culturas negativas.^{3(B)} Nos casos de OMA em crianças menores de 2 anos, a contagem de leucócitos total é maior nos casos de *S. pneumoniae* do que nos causados por *H. influenzae* ou com cultura negativa. A probabilidade de etiologia por *S. pneumoniae* na OMA na presença de alterações importante da MT é 5,8 vezes maior. Na presença de conjuntivite purulenta, a etiologia por *H. influenzae* é 9,5 vezes maior.^{3(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.

Prof. Dr. Walter A. Bianchini
Paulo R. C. Porto

DEPARTAMENTO DE
OFTALMOLOGIA/OTORRINOLARINGOLOGIA
FCM, UNICAMP

O sintoma mais associado à otite média aguda (OMA) em criança com infecção de vias aéreas superiores é a dor de ouvido. Na presença de dor de ouvido, o risco relativo para OMA em crianças menores que dois anos é 8,5 e nas maiores de dois anos é 47.

1. Bluestone CD, Gates GA, Klein JO, et al. Chairman: committee report: Terminology and classification of otitis media and its complications and sequelae. In: Lin DJ, Bluestone CD, Casselbrant ML, et al, editors. Seventh International Symposium on Recent Advances in Otitis Media: report of the research conference. Ann Otol Rhinol Laryngol 2002;111(3 Suppl 188, Pt 2):8-18.

2. Campos CH, Oliveira JA, Endo L, et al. Consenso sobre Otites Médias. Rev Bras Otorrinolaringol 1999;65(8 Suppl):5-27.

3. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Otite Média Aguda na infância: diagnóstico. Disponível em URL: <http://www.projeto-diretrizes.org.br/>

4. Rothman R, Owens T, Simel DL. Does this child have acute otitis media? JAMA 2003;290:1633-40.

5. Saeed K, Coglianesse CL, McCormick DP, et al. Otitic and tympanometric findings in acute otitis media yielding dry tap at tympanocentesis. Pediatr Infect Dis J 2004;23:1030-34.

6. Bluestone CD, Casselbrant ML, Dohar JE, et al. Complexo Otite Média. In: Sih T, Chinski A, Eavey R, editors. III Manual de Otorrinolaringologia Pediátrica da IAPPO, 1 ed, Eskenazi indústria gráfica, São Paulo, 2003, pp.202-23.

Não me parece que sejamos formados para lidar com a inevitabilidade da morte, de tal modo que me interrogo se, em algumas reanimações, em vez de se lutar pela vida o combate não é, simplesmente, contra a morte.

Ética em cuidados paliativos: parte 2

Interrogo-me se o empenhamento terapêutico excessivo não refletirá também a dificuldade de aceitar a morte como fato natural da vida e, talvez, tanto ou mais, a dificuldade em aceitar as limitações da intervenção dos médicos e da ciência. A maior parte de nós, cidadãos e profissionais de saúde, fomos educados tendo a morte como tabu e tornamo-nos profissionais de saúde para ajudar a curar, debelar a doença, vencer a morte, reanimar com sucesso.

Não me parece que sejamos formados para lidar com a inevitabilidade da morte, de tal modo que me interrogo se, em algumas reanimações, em vez de se lutar pela vida o combate não é, simplesmente, contra a morte. Também parece que nos hospitais os cuidados correm o risco de diminuir à medida que a necessidade desses doentes aumenta. Ademais, a medicalização da morte é fácil, caracterizando-se pela relação impessoal com o doente, estudos diagnósticos excessivos e agressivos, terapêuticas de alta tecnologia ineficazes, hospitalização desnecessária e morte institucional. Essas estratégias afastam a reflexão sobre a morte e sua inevitável proximidade. Ao contrário, quando se orientam as intervenções para o alívio do sofrimento se está mais preocupado com a pessoa doente do que com a doença da pessoa.

Na perspectiva ética, não basta a linha cultural, o desenvolvimento econômico ou o ambiente social para determinar a qualidade de vida: o homem ético é o profundamente humano, fiel a si próprio. E a qualidade de vida poderá consistir principalmente na capacidade de integração e de aceitação dos desafios, desembocando numa sabedoria pessoal e num estilo de vida. Mas, sobretudo, cabe ao profissional assumir sua ignorância em relação ao que é qualidade de vida para o paciente. E que o conceito e a vivência da qualidade de vida é verdadeiramente subjetivo, pertence a cada um.

Os portadores de doenças incuráveis e crônico-degenerativas ou os doentes

terminais atravessam uma *trajetória de sobrevivência* e a falência de qualquer dos sistemas de apoio (desde a família aos profissionais) pode levá-los a uma penosa vivência de sua trajetória pela doença. Do ponto de vista da concepção dos cuidados paliativos, o dever de quem cuida é agir de modo a respeitar a autonomia desse doente.

O que significa que esse é um *limite* muito relevante...

No eixo do compromisso de lutar pela vida sem maximizar as intervenções e de humanizar os cuidados, emerge o respeito pela decisão do doente capaz e competente. E existem *limites aos cuidados*, porque os cuidados têm de fazer *sentido* para quem os presta e para aquele a quem são prestados. Há que orientar o sentido, a razão de ser, a oportunidade desses cuidados. Os cuidados só ganham sentido e têm valor se tiverem em conta a pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade, clarificando o que tem sentido ou contribui para dar sentido à sua vida.

O sentido ético da morte está presente, quando cada um de nós toma consciência de que temos os dias contados, o que nos impele a avançar na construção de nosso projeto de vida. Os cuidados paliativos podem assegurar uma assistência, a mais completa possível, ao ser humano que se encontra na última etapa da vida, considerando a morte como um processo normal, que os médicos não podem nem devem retardar ou acelerar. O objetivo é prover a melhor qualidade de vida possível para o doente em fase terminal e sua família, até o momento da chegada da morte, de modo verdadeiramente humano, respeitando os limites advenientes da dignidade da pessoa.

Lucília Nunes

PROFESSORA COORDENADORA DA ÁREA DISCIPLINAR DE ENFERMAGEM DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL, PORTUGAL;

INVESTIGADORA DA UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO EM ENFERMAGEM E PRESIDENTE DO CONSELHO JURISDICCIONAL DA ORDEM DOS

ENFERMEIROS DE LISBOA

1. Extraído de "Ética em cuidados paliativos: limites ao investimento curativo", Lucília Nunes, Revista Bioética 2008; 16 (1): 41-50.

Triagem auditiva neonatal

A audição é de fundamental importância no desenvolvimento de uma criança, sendo responsável por uma melhor integração do indivíduo em uma sociedade cuja comunicação oral é predominante. Perdas auditivas podem acarretar alterações na linguagem e no desenvolvimento cognitivo, intelectual, cultural e social.

A incidência de perda auditiva bilateral significativa em neonatos saudáveis é estimada entre 1 a 3 neonatos em cada mil nascimentos e em cerca de 2 % a 4% nos provenientes de Unidades de Terapia Intensiva

Dessa forma, a detecção precoce da perda auditiva é de essencial importância para prevenir ou diminuir possíveis riscos e desvios que possam surgir no desenvolvimento global da criança. Assim, durante as últimas décadas, a detecção precoce da perda auditiva tem sido um desafio para o sistema de proteção à saúde em todo o mundo.

Os programas de triagem auditiva neonatal têm sido fundamentais para atingir este objetivo. Comitês nacionais e internacionais preconizam que a triagem auditiva seja universal, aplicada em todos os recém-nascidos, independente das condições de nascimento, antes da alta hospitalar e realizada por meio de testes objetivos.

No âmbito da Unicamp, a triagem auditiva neonatal é desenvolvida por uma equipe multidisciplinar constituída por docentes do Curso de Fonoaudiologia do Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel Porto" (Cepre) em parceria com profissionais do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Caism).

Os procedimentos de triagem auditiva e reteste utilizados, atualmente, incluem o Teste de Emissões Otoacústicas Evocadas Transientes (EOAT), medida fisiológica

que avalia o funcionamento das células ciliadas externas da cóclea, estrutura sensorial da orelha interna.

Os recém-nascidos que passam na triagem auditiva, mas que apresentam em seu histórico indicadores para perda auditiva progressiva e/ou tardia, são encaminhados ao programa de monitoramento audiológico, que acompanhará o desenvolvimento auditivo e de linguagem do lactente. No entanto, os recém-nascidos que falham na triagem auditiva e/ou no reteste são encaminhados para o diagnóstico audiológico e, caso a perda auditiva seja confirmada, seguirá para avaliação otorrinolaringológica e posterior habilitação e reabilitação fonoaudiológica. Portanto, o atendimento em um programa de saúde auditiva envolve uma equipe multi e interdisciplinar, formada por profissionais fonoaudiólogos, assistentes sociais, médicos otorrinolaringologistas, neonatologistas.

No Curso de Fonoaudiologia, o conteúdo teórico relacionado à triagem auditiva neonatal e diagnóstico audiológico é ministrado nas disciplinas de audiologia, ao longo do curso, e a prática clínica, assim como o atendimento multiprofissional e interdisciplinar, são vivenciados nos estágios de audiologia, principalmente nos 7º e 8º semestres.

Desta forma, os futuros profissionais, oriundos do Curso de Fonoaudiologia da FCM da Unicamp, terão formação para desenvolver ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, melhorando as condições da saúde auditiva da população.

Profª. Dra. Maria Francisca Colella dos Santos
DOCENTE E COORDENADORA DE
GRADUAÇÃO EM FONOAUDIOLOGIA, CEPRE, IEL
FCM, UNICAMP

No Curso de Fonoaudiologia, o conteúdo teórico relacionado à triagem auditiva neonatal e diagnóstico audiológico é ministrado nas disciplinas de audiologia, ao longo do curso, e a prática clínica, assim como o atendimento multiprofissional e interdisciplinar (...)

As teorias sociológicas e o campo da saúde: parte 1

Quando trabalhamos as questões teóricas no campo da saúde, podemos nos prender a uma teoria sociológica, estrito senso, ou ampliar para a busca de entendimento dentro de uma teoria social, que, no caso da medicina/saúde/doença, pode envolver abordagens procedentes de campos distintos das ciências sociais e humanas.

A teorização sociológica nasceu com a própria sociologia e carregou consigo os dilemas e as polêmicas de suas relações, ora com as ciências naturais, ora com as ciências biológicas, ora com as ciências históricas. Se, em suas origens, viu-se atrelada a esses eixos, a sociologia, em seu desenvolvimento, acrescentou uma multiplicidade de orientações teóricas advindas dos desdobramentos das duas grandes vertentes: a macrossociologia (Marx, Engels, Durkheim) e a microssociologia (Weber).

Esquemáticamente, como Liedke apresenta, a macrossociologia é constituída pelas seguintes correntes: marxismo historicista (Lukács, Gramsci, Mannheim); escola de Frankfurt (Adorno, Horkheimer, Marcuse); marxismo estruturalista (Althusser, Poulantzas); culturalismo (Kardiner, M. Mead, Lynd); estrutural-funcionalismo (Parsons); funcionalismo de médio-alcance (Merton); estruturalismo (Lévi-Strauss).

A microssociologia se desdobra em: sociologia fenomenológica (Schutz. Strauss); interacionismo simbólico (Mead, Blumer); ecologia humana (Park, Burgess. Wirth); etnometodologia (Garfinkel); teoria da troca (Homans) e dramaturgia social (Goffman). Dependendo dos conceitos que embasam as formulações sobre as relações sociedade-indivíduo-sociedade, as variações contemporâneas sobre o campo teórico multiplicam-se em inúmeras denominações. Lembremos algumas: sociologia do poder simbólico (Bourdieu); teoria da ação comunicativa (Habermas); teoria da sociedade em rede (Castells); sociologia do biopoder (Foucault); teoria da sociedade do risco (Beck) e muitas outras sociologias.

Distinguimos teorias sociológicas de teorias sociais, entendo que estas últimas são construções interdisciplinares

formadas por conhecimentos procedentes de diferentes campos como a sociologia, antropologia, política, filosofia, psicologia, etc.

Quando trabalhamos as questões teóricas no campo da saúde, podemos nos prender a uma teoria sociológica, estrito senso, ou ampliar para a busca de entendimento dentro de uma teoria social, que, no caso da medicina/saúde/doença, pode envolver abordagens procedentes de campos distintos das ciências sociais e humanas. Quando nos restringimos às teorias sociológicas, torna-se evidente que a maior ou menor aderência a algumas das correntes citadas depende, em grande parte, do tema/objeto da pesquisa.

Para Liedke as teorias auxiliam: 1) a estruturar o pensamento sobre a realidade, dando-lhe significado, sentido aos dados coletados em uma pesquisa; 2) a destacar aspectos e variáveis que fazem parte daqueles conteúdos pertencentes às teorias em foco; 3) a apreender como se formulam as problemáticas e os horizontes de perspectivas referidos pelo quadro teórico: ideológicos-políticos; interpretativos; metodológicos. Certamente, não existe diferença da aplicação teórica para o campo da saúde e outros campos ou problemas sociais (educação, urbanismo, movimentos sociais, etc.), o que devemos ter em mente é a reciprocidade entre a teoria e a pesquisa empírica dos dados.

Nesse sentido, destacamos a importância da revista *Social Theory & Health*, cujos objetivos e artigos revelam a abertura para um debate sobre a saúde vista de forma ampliada, uma possibilidade de reflexão teórica e “um meio de engajamento com assuntos de interesse prático que afetam o cotidiano de indivíduos, grupos e populações”.

Prof. Dr. Everardo Duarte Nunes

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
FCM, UNICAMP

1. Liedke, ER. Breves indicações para o ensino de teoria sociológica hoje. *Sociologias* 9(17):266-278, 2007

NOTAS

*Um trabalho desenvolvido por alunos do segundo ano do curso de medicina da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp com adolescentes grávidas, atendidas no Centro de Saúde do bairro São Quirino, em Campinas, foi selecionado para participar do 12º Congresso Mundial de Saúde Pública que aconteceu nos meses de abril e maio em Istambul, na Turquia. O projeto faz parte da disciplina “Ações em Saúde Pública” e foi orientado pela professora e pesquisadora convidada do Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM, Ana Maria Girotti Sperandio. De acordo com a orientadora, o objetivo era organizar um grupo de acompanhamento de gestantes envolvendo a equipe profissional do Centro de Saúde para garantir a sua sustentabilidade. O projeto foi desenvolvido no ano passado, quando os alunos estavam no primeiro ano do curso de medicina. “A ideia também era sensibilizar e mobilizar os alunos para o aprendizado e a prática de ações de promoção da saúde, valorizando a importância dos processos desenvolvidos para a formação médica”, explicou Ana Maria, que participou também da mesa-redonda “Sustentabilidade, desenvolvimento social e políticas públicas no Brasil” durante o Congresso. A pesquisadora falou sobre a sua experiência na “Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis” e expõe os resultados obtidos como coordenadora do projeto “Ações Intersetoriais em Promoção da Saúde” (AIPS). Esse projeto faz parte do convênio firmado em 2007 entre a Unicamp e *Canadian Public Health Association*, por meio da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e Associação Brasileira de

Saúde Coletiva (Abrasco). (Ver matéria <http://www.unicamp.br/unica mp/divulgacao/2009/03/26/conferencia-sobre-politicas-publicas-saudaveis-reune-representantes-do-brasil->). Além da mesa-redonda, Ana Maria e os alunos da FCM apresentaram o painel “Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis: um caminho de conduta nas políticas públicas e produção de saúde”. Os alunos que acompanharam a professora foram: Carla Celestrino, Fernanda Camilo, Heloísa Bisinotto, Isabela Alvarez, Ítalo Fernandes, Lívia Passos, Luiza Oliveira, Maria Clara Moraes, Mariana Pampanelli, Mariana Toro, Mariana Furukawa, Mário Silva, Mayara Kunii, Silvia Costa.

*A III Caminhada da Saúde, organizada pela Associação Atlética Acadêmica Adolfo Lutz (Aaaal), da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp, reuniu na manhã do dia 24 de maio (domingo), em frente ao prédio da faculdade, cerca de 300 pessoas entre alunos, ex-alunos, funcionários, docentes, familiares e comunidade de Campinas. Foram cinco quilômetros de percurso pela Unicamp, com direito a camiseta, alongamento e sorteio de brindes. Catarina Myaki Shibata, estagiária no laboratório de microbiologia do Departamento de Patologia Clínica da FCM, trouxe o filho Lucas, de sete anos para a caminhada. O mesmo fez Thais Helena F. da Silva, funcionária da farmácia do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Caism), que trouxe os filhos Clara e Matheus. Mara Alice Pereira da Silva veio acompanhando a turma do Gastrocentro, “que compareceu em massa”. De acordo com o diretor-associado da FCM, Gil Guerra Jr., a Caminhada da Saúde já é uma tradição no calendário da faculdade e, a cada ano que

passa, o número de pessoas que participa do evento é maior, principalmente da comunidade externa da Unicamp. “Esperamos poder fazer, inclusive, mais de uma Caminhada por ano”, falou Guerra Jr., que participa desde a primeira edição, realizada em 2007. Os dados da comissão organizadora do evento reforçam essa constatação. De acordo com Silvia Renata Chagas Costa, representante da Atlética, isso só foi possível graças ao apoio da diretoria da FCM, do Hospital de Clínicas (HC), do Gastrocentro, do Hemocentro, do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Caism), da Prefeitura do Campus, do GGBS, da Sanasa, da Emdec e do Supermercados Oba. “Arrecadamos aproximadamente 300 quilos de alimentos, que serão doados para as creches Casa de Maria de Nazaré e Lar Criança Feliz, de Campinas. Um número bem maior que do ano passado”, concluiu Silvia.

*A Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp encerrou a “III Semana de Pesquisa da FCM”, no mês de maio, com a premiação das cinco melhores pesquisas apresentadas durante a III Semana de Pesquisa. No total, 14 trabalhos foram selecionados dos 221 inscritos. Os demais foram apresentados em forma de pôster. “Foi difícil julgar os trabalhos, pois todos eram muito bons. Mas acho que a comissão julgadora conseguiu chegar a um consenso”, disse a coordenadora da “III Semana de Pesquisa da FCM”, Sara Teresinha Olalla Saad, durante a entrega do prêmio. Os trabalhos vencedores foram: “Aumento da resistência à insulina e diminuição da inflamação em tecido muscular, adiposo, hepático e

hipotalâmico de camundongos *knockout* para *toll-like receptor 2 (TLR2)*” de Andrea Moro Caricilli, Paty Karoll Picardi, Lélis de Abreu, Bruno de Melo Carvalho, Mirian Ueno, Eduardo Rochete Ropelle e Alexandre Gabarra de Oliveira. Os orientadores foram os professores Lício Augusto Velloso, José Barreto Carvalheira e Mario José Abdalla Saad.

“Células *Natural Killer (NK)* apresentam atividade citotóxica direta contra leveduras de *P. brasiliensis* e contra monócitos infectados pelo fungo” de Larissa Nara Alegrini Longui, Maria Heloísa Souza Lima Blotta e Ronei Luciano Mamoni. “Determinante genético de refratariedade ao tratamento medicamentoso na epilepsia de lobo temporal mesial”, de Mariana Saragiotto Silva, Elisabeth Bilevicius e Rodrigo Secolin também foi premiado. A orientação foi dos professores Fernando Cendes e Iscia Lopes-Cendes. “*DNA array analysis for red blood cell antigens facilitates the transfusion support with antigen-matched blood in sickle cell disease patients*” de Karina A. R. Ribeiro, Débora C. Credido, Mara Heloísa

Guarnieri, Daiane C. Costa, Dapnhe R. Amaral e Lilian Castilho. “Papel da *PTP1B* hipotalâmica durante a anorexia induzida pelo câncer” de Eduardo R Ropelle, Guilherme Z. Rocha, Dennys E. Cintra e Paty K. Picardi. A orientação foi dos professores Lício Augusto Velloso, Mario José Abdalla Saad e José Barreto Carvalheira.

Durante quatro dias, pesquisadores, professores e alunos participaram de palestras, visitaram a exposição de pôsteres e fizeram apresentações orais. Um dos destaques do encerramento foi a palestra “*Sickle Cell Vasculopathy: Unexpected Parallels to Atherosclerosis*”, proferida pelo professor Gregory J. Kato, do National Heart, Lung and Blood Institute, de Bethesda, Estados Unidos. A Semana de Pesquisa é um evento anual, organizado pela Câmara de Pesquisa da FCM. O foco da edição de 2009 foi a inter-relação da pesquisa na FCM com outros institutos da Unicamp.

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

EVENTOS DE JUNHO

Dia 18

* Programa de treinamento da FCM

Palestra: *Ética e cidadania*

Palestrante: Fátima Alonso

Local: Salão Nobre da FCM

Horário: 14h30

Inscrições: www.fcm.unicamp.br

Org.: ARP e CADCC

Dia 23

* Entrega do Prêmio de Incentivo ao Ensino de Graduação Prof.

Dr. Miguel Ignácio Tobar Acosta

Local: Anfiteatro 1 da FCM

Horário: 18 horas

Org.: Câmara de Graduação

Informações: camaraeg@fcm.unicamp.br ou (19) 3521-8883

Dia 26

* Seminário e lançamento do livro

“Arouca, meu irmão uma trajetória a favor da saúde coletiva”

Autores: Guilherme Franco Netto e Regina Abreu

Local: Salão Nobre e Espaço das Artes FCM

Horário: 14 horas

Coordenação: Prof. Dr. Everardo Duarte Nunes

Dias 26 e 27

* Curso osso temporal: correlações clínico-radiológicas

Local: Anfiteatro 1

Horário: das 9h às 17h30

Coordenação: Disciplina de Otorrinolaringologia

EXPEDIENTE

Reitor

Prof. Dr. Fernando Ferreira Costa

Vice Reitor

Prof. Dr. Edgar Salvadori de Decca

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. Dr. Franklin S. Silva Braga

Cirurgia

Prof. Dr. Nelson Adami Andreollo

Clínica Médica

Prof. Dra. Sandra C. B. Costa

Enfermagem

Prof. Dra. Maria Isabel P. de Freitas

Farmacologia

Prof. Dr. Gilberto De Nucci

Genética Médica

Prof. Dra. Carmem Bertuzzo

Medicina Prev. Social

Prof. Dr. Gastão Wagner de S. Campos

Neurologia

Prof. Dr. Anamarli Nucci

Oftalmo/Otorrino

Prof. Dra. Keila Monteiro de Carvalho

Ortopedia

Prof. Dr. Mauricio Etchebehere

Patologia Clínica

Prof. Dr. Roger Frigério Castilho

Pediatria

Prof. Dr. Gabriel Hessel

Psic. Médica e Psiquiatria

Prof. Dr. Wolgrand A. Vilela

Radiologia

Prof. Dr. Nelson Márcio G. Caserta

Tocoginecologia

Prof. Dr. Aarão Mendes Pinto-Neto

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. Dr. Stephen Hyslop

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. Zilda Maria G. O. da Paz

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 Hoehrer

Saúde e Sociedade

Prof. Dr. Nelson Filice de Barros

Prof. Dr. Everardo D. Nunes

Responsável

Renata Seixas B. Maia

Jornalista

Edimilson Montalti MTB 12045

Equipe

Claudia Ap. Reis da Silva, Edson Luis Vertu, Maria de Fátima do Espírito Santo, Marilza

Coelho Borges, Marcelo Henrique Fonseca

Projeto gráfico

Ana Basaglia

Diagramação / Ilustração

Emilton B. Oliveira

Revisão

Maria Rita B. Frezzarin

2.000 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)