

# Boletim da FCM

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS • SETEMBRO DE 2009 - VOL. 5, N. 3



## Breve história das ideias sobre o aborto - parte 1

Por séculos, os meios para a interrupção da gestação consistiam apenas no uso de ervas venenosas e na provocação de traumas como pancadas no abdome, cair de escadas ou montar a cavalo horas a fio. No entanto, já na Antiguidade, o aborto era muito difundido. Nas Sagradas Escrituras o assunto só é indiretamente mencionado, ao estabelecer multa a ser paga ao marido pelo agressor de uma grávida, se ela viesse a abortar; não configurava, portanto, crime grave.

Na Grécia, Aristóteles preconizava esse método para limitar os nascimentos e manter estáveis as populações das cidades gregas. Para Platão, seria obrigatório para as mulheres com mais de 40 anos e por motivos eugênicos, a fim de preservar a pureza da raça dos guerreiros. Sócrates aconselhava às parteiras, profissão de sua mãe, que facilitassem o aborto às mulheres que o desejasse. Entrementes, no juramento, Hipócrates determina que os médicos não devem administrar substâncias abortivas, segundo historiadores, referindo-se à nocividade das drogas.

Entre os gauleses era direito natural do pai, chefe incontestável da família, com livre arbítrio sobre a vida ou a morte de seus filhos. O mesmo ocorria em Roma, onde era prática comum, embora interpretada sob diferentes ópticas: nos primeiros tempos da República, como a natalidade era alta, a prática era bem tolerada. Com o declínio de nascimentos no Império, a legislação tornou-se extremamente severa, caracterizando o ato como delito contra a segurança do Estado.

A Igreja Católica, ao longo da história, oscilou entre a condenação radical ou admiti-lo em certas fases da gravidez. Atrás dessa divergência situa-se a discussão sobre o momento em que o feto pode ser considerado humano. Para Santo Agostinho (séc. IV), só a partir de 40 dias após a fecundação se

pode falar em pessoa, como para São Tomás de Aquino (1225-1274), ao preconizar que, nessa época, é infundida a "alma racional".

Esta posição tornou-se doutrina oficial a partir do Concílio de Trento (séc. XVI), sempre contestada por seguidores de Tertuliano (séc. III), que defendia a hominização já na fecundação. Desde o Concílio de Viena, em 1312, o critério havia sido a forma do feto, se já tinha ou não aspecto humano, o que só acontece ao fim do primeiro trimestre. A discussão encerra-se, oficialmente, com a encíclica *Apostolica Sedis* (1869), na qual o papa Pio IX condena toda e qualquer interrupção voluntária da prenhez.

No século VI, os visigodos adotavam a pena de morte para quem fornecesse drogas para provocar aborto. Igualmente, na França, até a Revolução Francesa, os médicos, os cirurgiões e as parteiras que o praticassem seriam condenados à forca. Após a Revolução de 1789, a pena foi reduzida para vinte anos de cadeia.

Na obra o *Tratado da alma*, Tertuliano (150-225) já havia descrito uma técnica muito parecida com a atual dilatação e curetagem, mas só por volta de 1750 ela se difunde, o que permitiu mais segurança às mulheres. Essa descoberta abrandou a rejeição ao aborto. No Reino Unido, durante o século XIX, expandiu-se entre as classes populares, em função do êxodo rural crescente e da deterioração das condições de vida, o que representava uma ameaça para a produção de mão de obra barata, necessária à expansão industrial. Na classe alta, o controle da natalidade era obtido através de forte repressão sexual e, a interrupção da gravidez, embora comum, era severamente condenada.

Profa. Dra. Clarissa W. M. Nogueira  
DEPARTAMENTO DE TOCOGINECLOGIA  
GRUPO DE ESTUDO HISTÓRIA DA CIÊNCIA DA SAÚDE  
FCM, UNICAMP

NESTA EDIÇÃO:  
**Tese de doutorado do Programa de Pós-Graduação em tocoginecologia recebe prêmio Capes de Teses em 2009**

**VEJA TAMBÉM:**  
**Encefalopatia hepática: introdução, patogênese e diagnóstico**

**Aspectos éticos da legislação de transplante e doação de órgãos no Brasil - parte 1**

**O Curso de Enfermagem em discussão - parte 3**

**O relatório Flexner 100 anos depois**

**Debate sobre autarquia da área da saúde entra em fase de apresentação de proposta**

**A pesquisa, realizada com o objetivo de avaliar aspectos da sexualidade e seus fatores associados em mulheres de meia-idade, foi um estudo de corte transversal de base populacional, com questionário anônimo autorrespondido, no período de maio a setembro de 2005, por 378 mulheres brasileiras residentes em Belo Horizonte, MG, com idade entre 40 e 65 anos e com 11 anos ou mais de escolaridade.**

## Tese de doutorado do Programa de Pós-Graduação em tocoginecologia recebe prêmio Capes de Teses em 2009

A Unicamp teve grande destaque na premiação da Capes de Melhores Teses de 2008. O Grande Prêmio de Teses foi para a Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP), mas a Universidade recebeu, ainda, cinco Prêmios Capes de Teses e sete menções honrosas, entregues em 2009. Dentre essas premiações, o Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp, um dos melhores Programas de Pós-Graduação em ginecologia e obstetrícia do país, foi agraciado com o Prêmio Capes de Melhor Tese, na área de Ciências da Saúde, Medicina III.

A vencedora desta categoria foi a tese de doutorado intitulada “Sexualidade em mulheres entre 40 e 65 anos e com mais de 11 anos de escolaridade: estudo de base populacional”, da aluna Ana Lúcia Ribeiro Valadares Fernandes. A orientação da tese foi do professor Aarão Mendes Pinto Neto, chefe do Departamento de Tocoginecologia da FCM.

A tese foi escolhida entre as 487 inscritas e selecionadas em 2008, em 44 diferentes áreas do conhecimento. O prêmio foi entregue pelo presidente da Capes, Jorge Guimarães, e pelo ministro da Educação, Fernando Haddad. A cerimônia de premiação foi realizada no dia 22 de julho, data comemorativa dos 58 anos da Capes, em novo edifício-sede, em Brasília.

A pesquisa, realizada com o objetivo de avaliar aspectos da sexualidade e seus fatores associados em mulheres de meia-idade, foi um estudo de corte transversal de base populacional, com questionário anônimo autorrespondido, no período de maio a setembro de 2005, por 378 mulheres brasileiras residentes em Belo Horizonte, MG, com idade entre 40 e 65 anos e com 11 anos ou mais de escolaridade. Para seleção das mulheres, utilizou-se o processo de amostragem e o município de Belo Horizonte foi estratificado em nove regiões.

Nas regiões sorteadas, as auxiliares de pesquisa visitavam cada residência e questionavam se no endereço localizado havia mulheres que preenchiam os critérios para inclusão no estudo e, após o consentimento expresso dessas mulheres,

era entregue um questionário para preenchimento. O retorno dos questionários preenchidos deu-se por meio do recolhimento dos envelopes fechados que eram colocados pela própria mulher em uma urna, entregue diretamente à pesquisadora por um portador.

A pesquisadora utilizou o instrumento de avaliação “Short Personal Experiences Questionnaire” (SPEQ). O escore de sexualidade foi calculado por meio da análise de sete componentes: presença de fantasias sexuais, grau de desejo, frequência de atividade sexual, satisfação nas atividades性uais, frequência de excitação, orgasmo e a autoclassificação da vida sexual. Considerou-se escore de sexualidade abaixo da mediana como sexualidade ruim e maior ou igual à mediana como sexualidade boa.

Os resultados da pesquisa mostraram que 219 mulheres relataram ter parceiro sexual. Mulheres com mais idade e que relataram insônia tiveram maior chance de ter sexualidade ruim, enquanto as com parceiro sexual e que se sentiram bem tiveram maior probabilidade de apresentar sexualidade boa. No grupo de mulheres que tinham parceiro sexual, a sexualidade foi negativamente associada ao fato de residir com o parceiro, estar na transição da menopausa ou pós-menopausa e ser hipertensa. A satisfação com o parceiro como amante e ter relações sexuais com penetração diminuíram a probabilidade de apresentar sexualidade baixa.

Os autores enfatizam que este assunto, considerado um tabu, ainda é pouco abordado pelos ginecologistas e destacam que é necessária uma abordagem abrangente, questionando e oferecendo medidas de apoio às mulheres e alertam para o importante papel dos ginecologistas, como médico da mulher, em abordar essas questões.

Profa. Dra. Lúcia Costa Paiva

Prof. Dr. Guilherme Cecatti

Prof. Dr. Paulo Cesar Giraldo

SUBCOMISSÃO DO PROGRAMA DE

PÓS-GRADUAÇÃO EM TOCOGINECOLOGIA

FCM, UNICAMP

# Encefalopatia hepática: introdução, patogênese e diagnóstico

A encefalopatia hepática (EH) é uma condição neuropsíquica reversível causada por doença hepática aguda ou crônica, cuja grande complicaçāo é o coma. Ocorre principalmente em pacientes com hipertensão portal e formação de colaterais venosas. Portanto, pelo desvio sanguíneo do fígado, o cérebro é exposto ao aumento dos níveis de amônia, neurotransmissores e seus precursores pela insuficiência de clareamento hepático ou do metabolismo anormal periférico dos cirróticos.<sup>1(D)</sup>

À medida que a encefalopatia progride, as anormalidades neuropsíquicas se tornam mais evidentes, podendo ser graduado em uma escala numérica em:<sup>2(D)</sup>

- **Grau I** falta de concentração, irritabilidade, depressão, tremores, falta de coordenação e apraxia;
- **Grau II** - sonolência, raciocínio lento, inversão do sono, fala lenta, “flapping”
- **Grau III** amnésia, confusão, desorientação, reflexos hipoativos, clonus, nistagmo e rigidez muscular;
- **Grau IV** - estupor, pupilas dilatadas, postura de descerebração, ausência de resposta aos estímulos e coma.

A EH cirrótica pode ser precipitada ou desencadeada por alguns fatores, além da intensidade da insuficiência hepática *per si*. Podemos citar: hemorragias digestivas, constipação intestinal, uso de sedativos, ingestão excessiva de proteínas, distúrbios de eletrólitos (hipocalemia, hiponatremia), infecções e paracenteses total ou evacuadoras.<sup>1(D)</sup>

## Patogênese

Certamente, a patogênese da EH corresponde a um fenômeno multifatorial e suas variáveis devem ser interdependentes. As hipóteses atualmente aceitas são as seguintes: amônia, falsos neurotransmissores, receptores do complexo gaba-benzodiazepílico e do manganês.<sup>2(D)</sup>

## Diagnóstico

**Clínico:** Alterações neuropsíquicas.

**Exames neurofisiológicos:**

a) Eletroencefalograma. Dois tipos principais de ondas podem ser observadas: tipo theta na fase pré-comatoso; tipo delta nas fases avançadas;

b) Potencial evocado: O potencial evocado visual (PEV) e o potencial evocado auditivo (PEA).<sup>1(D)</sup>

**Exames laboratoriais:**

- a) Dosagem da amônia sérica;
- b) Hemograma completo;
- c) Perfil hepático;
- d) Eletrólitos séricos;
- e) Urina I e urocultura;
- f) Raio X de tórax e dos seios da face.

## Diagnóstico diferencial

a) Encefalopatia metabólica: hipoglicemia, distúrbios de eletrólitos, hipóxia, narcose por dióxido de carbono, azotemia, cetoacidose;

b) Encefalopatia tóxica: álcool, drogas psicoativas, salicilatos e intoxicação por metais pesados;

c) Lesões intracranianas: hemorragia subaracnoide, subdural e intracerebral, infarto cerebral, tumor cerebral, abscesso cerebral, meningite, encefalite e epilepsia; Distúrbios neuropsiquiátricos.<sup>2(D)</sup>

### Nível de evidência:

A, estudos experimentais e observacionais de melhor consistência;

B, estudos experimentais e observacionais de menor 'onsistência;

C, relatos ou séries de casos; D, publicações baseadas em consensos ou opiniões de especialistas.

**A encefalopatia hepática cirrótica pode ser precipitada ou desencadeada por alguns fatores, além da intensidade da insuficiência hepática per si. Podemos citar: hemorragias digestivas, constipação intestinal, uso de sedativos, ingestão excessiva de proteínas, distúrbios de eletrólitos (hipocalemia, hiponatremia), infecções e paracenteses total ou evacuadoras.**<sup>1(D)</sup>

Dr. Jazon Romilson de Souza Almeida

MÉDICO-ASSISTENTE NA DISCIPLINA DE

GASTROENTEROLOGIA CLÍNICA DO

DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA

FCM, UNICAMP

1. Stephen M, Riordan, Roger W. Treatment of hepatic encephalopathy. N. Engl. J. Med. 2007;357:473-9.

2. Ferenci P AL, Kevin M, Ralph T, et al. Hepatic encephalopathy: Definition, Nomenclature, Diagnosis, and Quantification: Final Report of the Working Party at the 11th World Congresses of Gastroenterology, Vienna, 1998. Hepatology. 35:716-721, 2002.

**O transplante de órgãos é para muitos pacientes, como os renais crônicos, sinônimo de melhor qualidade de vida e maior sobrevida, para outros, como alguns cardiopatas, a única chance de sobrevivência. No entanto, a nobreza dos objetivos do aumento de captação de órgãos não justifica, por si só, que se utilizem métodos não éticos.**

O rápido desenvolvimento tecnológico na área biomédica tem obrigado a um constante repensar ético. O nascimento, a vida e a morte de seres humanos são processos cada vez mais passíveis da intervenção do próprio homem. Enquanto a ciência traz a possibilidade de poder interferir nestes processos naturais, a ética, em particular a bioética, surge como instrumento definidor da propriedade (ou impropriedade) do *dever* interferir. Tal circunstância não é diferente no que se refere ao transplantes de órgãos. Nas últimas três décadas, a substituição cirúrgica de órgãos insuficientes e definitivamente lesados por outros, anatômica e funcionalmente íntegros, aliada aos avanços da imunossupressão, transformou-se de experimento em opção terapêutica, capaz de prolongar a vida de pacientes, de outra forma terminais.

Mediante isso, uma das questões que suscita as maiores divergências são as estratégias de aumento de captação de órgãos, sejam as já adotadas e algumas apenas propostas, como a recompensa financeira a famílias de doadores. A obtenção de órgãos pode originar-se de doadores vivos, mortos com o coração batendo ou parado e animais de outras espécies, não sendo a última ainda aprovada no país ou incorporada à rotina clínica. Lamentavelmente, essas fontes de órgãos são insuficientes para atender todos os potenciais receptores, sendo a escassez de órgãos para transplante um evento constante, o que estabelece a necessidade de criar programas que propiciem a captação de órgãos naqueles locais onde transplantes são desenvolvidos.

Nos primórdios da era dos transplantes, a noção de morte foi redefinida no intuito

<sup>1</sup>Pessini L, Barchifontaine CP. Segunda chance de vida: transplantes e doação de órgãos. In: Pessini L, Barchifontaine CP. Problemas atuais de bioética. 4<sup>a</sup> ed. São Paulo: Loyola; 1997. p.377-90.

de disponibilizar mais e melhores órgãos para transplante. O conceito de morte encefálica foi adotado, substituindo a aferição regulada pela parada cardiorrespiratória. Apesar disso, o número de pessoas na fila de espera por um órgão se eleva a cada ano, uma vez que isso não depende apenas da existência de um cadáver potencialmente doador, mas de uma série de fatores, que incluem nível educacional, padrões culturais, existência de programas de estímulo, legislação adequada, infraestrutura médica para captação e aproveitamento dos órgãos, etc.<sup>1</sup>

Esses fatores também explicam a discrepância na porcentagem de doações entre diversos países. Mas, o que vale realmente ressaltar é que o ato de doar ultrapassa as formalidades, sendo um grande gesto de altruísmo e solidariedade. Além disso, a partir do momento que os transplantes deixaram de ser experimentais para se tornarem recursos terapêuticos, os problemas ultrapassaram a esfera da ciência, atingindo interesses fundamentalmente sociais. O transplante de órgãos é para muitos pacientes, como os renais crônicos, sinônimo de melhor qualidade de vida e maior sobrevida, para outros, como alguns cardiopatas, a única chance de sobrevivência. No entanto, a nobreza dos objetivos do aumento de captação de órgãos não justifica, por si só, que se utilizem métodos não éticos. Nenhum processo pode ser considerado ético se, durante o seu transcorrer, há atitude incompatível com os princípios que regem o comportamento ético.

Paulo Vitor Portella Silveira, Amanda Ambrósio da Silva, Ana Carolina Souza Oliveira, Anderson José Alves, Camila Renault Quaresmin, Cristiane de Moraes, Flávia Santos de Oliveira, Michelle Juliana Magalhães e Rodrigo Martins Alves

REVISTA BIOÉTICA 2009 17 (1): 61-75

## O Curso de Enfermagem em discussão - parte 3

O atual currículo do Curso de Graduação em Enfermagem originou-se de uma ampla e profunda reforma curricular implementada a partir de 1997. O Projeto Político Pedagógico (PPP) então formulado explicitava os eixos norteadores do ensino de Graduação, fundamentados na compreensão do processo saúde-doença a partir da perspectiva do coletivo para o individual e na identificação das múltiplas condições de produção desse processo. Considerava-se, ainda, o estudo do ser humano ao longo do ciclo vital.

Desde então, o currículo sofreu duas reformulações expressivas (implementadas em 2004 e 2006), de forma a adequar-se às Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Enfermagem e às mudanças na legislação pertinente aos cursos de formação de professores. A lógica do percurso que orienta a formação foi mantida, e a participação no Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), a partir do início de 2006, veio reforçar o nosso compromisso com a formação do enfermeiro voltado para as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

Entretanto, como apontado nos dois artigos anteriores, a discussão sobre o ensino tem sido um processo contínuo em nosso curso, e nesse processo identificou-se a necessidade de revisão do atual PPP. Ademais, quando foi elaborado o Planejamento Estratégico do Departamento de Enfermagem da FCM, ao final de 2006, a construção coletiva do PPP foi inserida como um dos seis objetivos entendidos como prioritários. Um grupo de professores encarregou-se de conduzir as discussões a esse respeito e, no segundo semestre de 2008, foram agendadas reuniões mensais, visando articular essa construção.

Ao organizar a sua agenda de trabalho, os membros do grupo definiram o primeiro passo para a construção do PPP: a reflexão sobre o perfil do profissional que se deseja formar, ou seja, quais são, atualmente, os propósitos explícitos e os

desejados da formação do enfermeiro, a partir dos quais se pretende divisar, com maior clareza, os melhores caminhos para atingir esses objetivos.

Visando compreender os anseios dos professores e estudantes quanto ao perfil de profissional almejado, o grupo elaborou uma pergunta: *Quais as qualidades que compõem um modelo de enfermeiro?* As respostas obtidas de 76% dos estudantes e 61% dos professores apontaram para um perfil congruente com o que consta do nosso atual PPP que, por sua vez, está de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Enfermagem, promulgadas, em 2001.

Dentre as qualidades apontadas com maior frequência, destacam-se: competência técnica e científica; capacidade de estudar após a formação acadêmica; conhecimento amplo, humano e geral; habilidades de comunicação, de observação, de trabalho em equipe, de liderança, e interpessoal; visão holística do paciente; humanismo, paciência, integridade, ética e senso de justiça. Esses resultados foram apresentados à comunidade na avaliação do Curso de Graduação em Enfermagem, no dia 13 de maio passado.

Atualmente, o grupo responsável pela condução das discussões trabalha na construção de uma proposta de perfil, com base nas informações obtidas e na literatura pertinente. A proposta será apresentada aos professores e estudantes na reunião de avaliação do Curso de Graduação, em 15 de outubro, para ampla discussão e sugestões. Enfatizamos que esse é um dos primeiros passos da construção do novo PPP, que é de responsabilidade de todos e deverá ser fruto do trabalho coletivo. Contamos com a participação e o empenho de todos os que se consideram integrados no processo de formação do nosso profissional enfermeiro.

**Entretanto, como apontado nos dois artigos anteriores, a discussão sobre o ensino tem sido um processo contínuo em nosso curso, e nesse processo identificou-se a necessidade de revisão do atual PPP. (...) Um grupo de professores encarregou-se de conduzir as discussões a esse respeito e, no segundo semestre de 2008, foram agendadas reuniões mensais, visando articular essa construção.**

*Profa. Dra. Maria Filomena Ceolim*  
COORDENADORA - ASSOCIADA DO  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
FCM, UNICAMP

**As observações desta apresentação são apenas alguns pontos que, espero, sejam estendidos e discutidos, no próximo ano, em maio, quando a Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp realizará um seminário com a presença da nossa comunidade de professores, alunos e convidados para uma ampla discussão da educação/ensino médico.**

## O relatório Flexner 100 anos depois

No próximo ano, a educação médica comemora um centenário importante do Relatório Flexner, elaborado por Abraham Flexner, em 1910, e que se tornou a referência mundial para a reforma e formulação de diretrizes educacionais no campo da medicina.<sup>1</sup> Flexner tinha 44 anos, quando o relatório foi publicado. Nascido em 1866, graduou-se pela Johns Hopkins University, voltou para a sua cidade natal, Louisville (Kentucky), criou uma escola particular para testar suas ideias educacionais (classe pequena, atenção personalizada, trabalhos práticos) e, em 1906, obteve o M.A. pela Harvard University e foi estudar, logo em seguida, em Berlim. As críticas feitas às universidades americanas, em livro publicado em 1908, atraiu a atenção do presidente da Carnegie Foundation, que o convidou a realizar uma pesquisa sobre a educação médica nos Estados Unidos e Canadá. A pesquisa seria publicada dois anos depois. Entre 1912 e 1927, Flexner fez parte do General Education Board, fundado em 1902 por John D. Rockefeller. Seu irmão, Simon Flexner (1863-1946), médico patologista e pesquisador, estudioso da poliomielite e meningite, já fazia parte da Fundação Rockefeller, onde trabalhou como diretor do Rockefeller Institute for Medical Research (1901-1935). A atuação da Fundação estender-se-ia por muitos países além dos Estados Unidos, influenciando os campos do ensino, pesquisa biomédica e campanhas sanitárias. Abraham Flexner faleceu em 1959.

No relatório, Flexner faz uma avaliação do ensino médico e conclui que, de 155 escolas de medicina existentes, apenas 31 tinham condições de funcionar. Apontava que os alunos admitidos não tinham preparo prévio, não existia laboratório, não havia relação entre a formação científica e o trabalho clínico, os professores não tinham controle sobre os hospitais universitários, currículo não padronizado e ensino comercializado. Em consequência, a proposta era de:

1. Definição dos padrões de entrada e ampliação, para quatro anos, nos cursos médicos; 2. introdução do ensino laboratorial; 3. estímulo à docência em tempo integral; 4. expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais; 5. vinculação das escolas médicas às universidades; 6. ênfase na pesquisa biológica como forma de superar a era empírica do ensino médico; 7. vinculação da pesquisa ao ensino; 8. controle do exercício profissional pela profissão organizada.

Além desses aspectos, como analisam Plagliosa e Da Ros, a transformação do ensino foi drástica e no período de 1910-1922, o número de escolas médicas nos EUA passou de 131 para 81; foram fechadas 16 escolas médicas homeopáticas entre 1910-1920, transformando-se em escolas biomédicas; das sete escolas médicas para negros, 5 foram fechadas. Aponta-se, ainda, em consequência às mudanças flexnerianas, a elitização da escola médica, agora frequentada pela classe média alta.<sup>2</sup>

O espaço não permite avançar os inúmeros aspectos deste relatório, inclusive as suas repercussões para o ensino brasileiro, mas seu lado positivo foi apontado pelos autores citados como sendo o da “busca da excelência” na formação dos médicos, com a introdução

da racionalidade científica e o lado negativo foi que ele

“desconsiderou - para o mal outros fatores que afetam profundamente os impactos da educação médica na prática profissional e na organização dos serviços de saúde. Ele assume implicitamente que a boa educação médica determina tanto a qualidade da prática médica como a distribuição da força de trabalho, o desempenho dos serviços de saúde e, eventualmente, o estado de saúde das pessoas. Esta visão ainda pode ser facilmente encontrada hoje. As necessidades de saúde são tomadas como o ponto de chegada e não como ponto de partida da educação médica”.<sup>3</sup>

As observações desta apresentação são apenas alguns pontos que, espero, sejam estendidos e discutidos, no próximo ano, em maio, quando a FCM da Unicamp realizará um seminário com a presença da nossa comunidade de professores, alunos e convidados para uma ampla discussão da educação/ensino médico. Sem dúvida, um momento oportuno para a nossa Faculdade rever e avaliar as suas tarefas educacionais na marca do centenário do Relatório que criou um determinado paradigma para a educação médica mundial e que continua sendo alvo das análises e críticas dos especialistas tanto em medicina como em educação.



Abraham Flexner (Edward Klauber, circa 1890-1910)

Prof. Dr. Everardo Duarte Nunes

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL  
FCM, UNICAMP

1. Flexner A. Medical Education in the United States and Canada: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; Bulletin No. 4. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 1910

2. Pagliosa, FL e Da Ros, MA. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. Rev. Bras. Educ. Médica, 32(4): 492-499, 2008.

## Debate sobre autarquia da área da saúde entra em fase de apresentação de proposta

A Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp promoveu, no dia 9 de setembro, em seu auditório, uma nova reunião para discutir a transformação da área da saúde em uma autarquia da Secretaria de Saúde de São Paulo. O debate iniciou-se com a participação do superintendente do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto, Milton Roberto Laprega e do procurador da Fundação da Faculdade de Medicina da USP de São Paulo, Arcênio Rodrigues da Silva. O mediador do debate foi o superintendente do Hospital de Clínicas (HC) da Unicamp, Luis Carlos Zeferino.

De acordo com Arcênio Rodrigues da Silva, uma autarquia é uma pessoa jurídica criada, normalmente, pelo poder Executivo, que encaminha um projeto de lei para a aprovação pelo poder Legislativo. Uma autarquia tem, por força de lei, autonomia financeira, administrativa e patrimonial, além de direitos, deveres e obrigações. O que determina o seu campo de atuação é o estatuto. Caso o HC da Unicamp se torne uma autarquia, ele passará a ter uma personalidade jurídica e poderá firmar convênios com entidades públicas ou privadas e parcerias para o ensino e pesquisa, mas mantendo o seu objetivo principal, que é a assistência. “O hospital continuará vinculado à Faculdade, porém terá autonomia para gerir seu orçamento e quadro de pessoal. A Secretaria de Saúde não poderá interferir na administração, apenas verificar e acompanhar se a atuação do hospital está dentro dos limites estabelecidos pelo estatuto”, explicou o advogado.

Para Milton Laprega, que administra o Hospital de Clínicas da USP de Ribeirão Preto desde 2003, o sistema de autarquia tem se mostrado eficaz e extremamente positivo quanto à integração entre ensino e pesquisa, com o crescimento de disserta-

ções de mestrado e teses de doutorado nas áreas de medicina e enfermagem. A única ressalva levantada pelo superintendente é a ocupação dos leitos do hospital. Há departamentos e disciplinas que chegam a ocupar até 50% da capacidade do hospital enquanto que outros precisam de mais leitos. “Essa divisão é meio feudal. Quando vocês estudarem a transição da administração do hospital para o sistema de autarquia, vocês deverão encontrar um meio termo para negociar a questão dos leitos. O leito não é de uma ou outra disciplina, ele é do hospital. É preciso flexibilidade para não atrapalhar a internação dos pacientes”, comentou Laprega.

O diretor da FCM, José Antonio Rocha Gontijo, enfatizou que essa discussão refere-se ao novo modelo de gestão e que o estatuto será discutido por todos. Outro aspecto importante enfatizado por Gontijo é que a área da saúde permanecerá vinculada à Unicamp e ao Sistema Único de Saúde, sem quebra do contrato vigente, com relação aos servidores ou terceirização de serviços. “A ênfase nessa discussão está na dificuldade que a área da saúde tem de investimento e recursos para, por exemplo, aumentar mais 100 leitos no HC ou melhorar a estrutura física e de recursos humanos. Há anos não há uma retomada plena do crescimento da área da saúde. A autarquia pode ser uma boa opção”, concluiu o diretor da FCM.

Na parte da tarde, o economista Antonio Félix Duarte, da Assessoria Econômica de Planejamento (Aeplan) da Unicamp, que integra um dos grupos de trabalho, apresentou os dados para o custeio, recursos humanos e utilidade pública da área da Saúde da Unicamp, na modalidade autarquia. O relatório conclusivo será entregue até o final do mês de setembro.

**Caso o HC da Unicamp se torne uma autarquia, ele passará a ter uma personalidade jurídica e poderá firmar convênios com entidades públicas ou privadas e parcerias para o ensino e pesquisa, mas mantendo o seu objetivo principal, que é a assistência.**

*Edimilson Montalti*

ASSESSORIA DE RELAÇÕES PÚBLICAS, FCM, UNICAMP

**EVENTOS DE SETEMBRO****De 2 a 4**

**\*II Conferência Latino Americana e Caribenha de Segurança Alimentar e Nutricional**

**Horário:** das 9 às 17 horas

**Local:** Auditório da FCM

**Org.:** Núcleo de Estudos e Pesquisas em Alimentação (Nepa), Instituto de Economia (IE) e FCM

em Análise de Situação de Saúde (CCAS) do Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM

**Inscrições:** [www.extecamp.unicamp.br](http://www.extecamp.unicamp.br)

**Organização:** Centro de Controle de Intoxicação (CCI)

**Dia 9**

**\*Reunião sobre a área da Saúde da Unicamp como uma autarquia da Secretaria de Saúde de São Paulo**

**Local:** Auditório da FCM

**Horário:** das 9 às 17 horas

**Org.:** Diretoria da FCM  
Entrada franca

**De 21 a 25**

**\*VII Semana de Fonoaudiologia da Unicamp**

**Local:** Auditório da FCM

**Horário e programação:**

[http://www.fcm.unicamp.br/semanafono/crbst\\_o.html](http://www.fcm.unicamp.br/semanafono/crbst_o.html)

**Org.:** alunos do curso de graduação em fonoaudiologia da FCM da Unicamp

**De 2 a 28**

**\*Exposição:** “A trajetória de Octavio Frias de Oliveira”

**Local:** Espaço das Artes da FCM

**Horário:** das 8h30 às 17h30

Mostra de 12 painéis com 43 fotografias que reconstituí a trajetória de Octavio Frias de Oliveira, publisher do jornal Folha de S.Paulo, falecido em 2007, aos 94 anos.

**De 15 a 17**

**\*VI Curso de Medicina Esportiva**

**Local:** Auditório da FCM

**Horário:** das 18 às 23 horas

**Informações e programação:**

<http://www.aaaal.com.br>

**Org.:** Associação Atlética Adolfo Lutz (Aaaal)

**Dia 25**

**\*Debate:** “Desdobramento da Política Nacional de Práticas Integrativas em Saúde no Brasil e em São Paulo”

**Local:** Anfiteatro do Departamento de Medicina Preventiva e Social

**Horário:** 12 às 14 horas

**Informações:** [www.fcm.unicamp.br/laboratorios/lapacis/index.php](http://www.fcm.unicamp.br/laboratorios/lapacis/index.php)

**Inscrições gratuitas:** [lapacis@fcm.unicamp.br](mailto:lapacis@fcm.unicamp.br)

**Org.:** Laboratório de Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas em Saúde (Lapacis) do Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM

**Dias 18 e 19**

**\*Jornada de Toxicologia e Toxinologia Clínica**

**Local:** Auditório da FCM

**Horário:** dia 18, das 18 às 22 horas e dia 19, das 8 às 18 horas

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

Confira a programação completa no site [www.fcm.unicamp.br](http://www.fcm.unicamp.br)

**Dia 3**

**\*Lançamento do “Boletim de Mortalidade nº 43 Acidentes de trânsito: ocorrência e mortalidade de Campinas”**

**Local:** Auditório da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas

**Horário:** 8h30

**Org.:** Centro de Colaborador

**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. Dr. Luciano de Souza Queiroz

**Anestesiologia**

Prof. Dr. Franklin S. Silva Braga

**Cirurgia**

Prof. Dr. Nelson Adami Andreollo

**Clinica Médica**

Prof. Dr. Otávio Rizzi Coelho

**Enfermagem**

Profa. Dra. Maria Isabel P. de Freitas

**Farmacologia**

Prof. Dr. Gilberto De Nucci

**Genética Médica**

Profa. Dra. Carmem Bertuzzo

**Medicina Prev. Social**

Prof. Dr. Gastão Wagner de S. Campos

**Neurologia**

Prof. Dr. Anamarli Nucci

**Oftalmo/Otorrino**

Profa. 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. Paulo Dalgalarondo

**Radiologia**

Prof. Dr. Nelson Márcio G. Caserta

**Tocoginecologia**

Prof. Dr. Aarão Mendes Pinto-Neto

**Coord. Comissão de Pós-Graduação**

Profa. 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**

Profa. Dra. Angélica M. B. Zefirino

**Coord. do Curso de Graduação em Fonoaudiologia**

Profa. Dra. Maria Francisca Coletta 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**

Profa. Dra. Carmem Bertuzzo

**Coord. Câmara de Pesquisa**

Profa. Dra. Sara Teresinha Olalla Saad

**Coord. Núcleo de Medicina e Cirurgia Experimental**

Profa. Dra. Sara Teresinha Olalla Saad

**Presidente da Comissão do Corpo Docente**

Profa. Dra. Andreia Trevas Maciel Guerra

**Coord. do Centro Estudos Pesquisa em Reabilitação (CEPRE)**

Profa. Dra. Zilda Maria G. O. da Paz

**Coord. do Centro de Investigação em Pediatria (CIPED)**

Profa. Dra. Maria Marluce dos S. Vilela

**Coord. do Centro de Controle de Intoxicações (CCI)**

Prof. Dr. Fábio Bucarelli

**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

**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)

**Bioética e Legislação**

Profa. Dra. Carmem Bertuzzo

Prof. Dr. Sebastião Araújo

**Diretrizes e Condutas**

Profa. Dra. Laura Sterian Ward

**Ensino e Saúde**

Profa. Dra. Angélica M. B. Zefirino

Profa. Dra. Maria Francisca C. dos Santos

Prof. Dr. José Luiz Tatagiba Lamas

Profa. Dra. Nelci Fenalti Hoehr

**Saúde e Sociedade**

Prof. Dr. Nelson Filipe de Barros

Prof. Dr. Everardo D. Nunes

**Responsável**

Renata Seixas B. Maia

**Jornalista**

Edimilson Montalvão 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)