

Boletim da FCM

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS • JANEIRO DE 2010 • VOL. 5, N. 7

A operação cesariana na Campinas de meados do século XIX

Devido aos grandes progressos da Medicina, da Cirurgia e da Anes-tesiologia, atualmente a cesariana é um procedimento cirúrgico corriqueiro que desperta, na maior parte das parturientes e familiares, riscos, temores e incertezas infinitamente menores do que os produzidos no século XIX. Naquela época, os partos geralmente aconteciam na presença de “parteira” ou de mulheres leigas, sem a presença do médico. Os riscos da cesárea eram elevadíssimos; os médicos realizavam-na raramente, apenas em situações dramáticas.

Um dos poucos livros obstétricos escritos e publicados no Brasil do Segundo Império, “Arte obstétrica ou tratado completo dos partos”, tem uma curiosa ligação com a Campinas de meados do século XIX.¹ Seu autor, o dinamarquês Theodoro J. H. Langgaard, doutor em Medicina pelas Universidades de Copenhague e de Kiel, residia em Campinas quando prefaciou esta obra.

Seguindo os trâmites necessários para poder exercer a medicina no Brasil de então, o doutor Langgaard fora aprovado com distinção nas provas da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Ele foi membro de várias sociedades científicas internacionais e obteve projeção no Brasil e na Corte pelo exercício da profissão e pela publicação de alguns livros, como o “Dicionário de medicina doméstica e popular”, volumosa obra em três tomos, que teve duas edições em 1865 e 1873.² Recebeu importantes condecorações, como a de Cavaleiro da Imperial Ordem da Rosa e da de Cristo.

No prefácio de a “Arte obstétrica”, datado de **Campinas, janeiro de 1861**, este médico forneceu algumas informações que provavelmente retratam a situação local de

uma cidade que ainda dependia da economia e da população rurais. Decidido, escreveu este livro diante da falta de médicos, de parteiras e de outros profissionais no interior do Brasil.

Movido por razões meramente humanitárias, procurou fornecer o mínimo de conhecimento sobre o parto a todos aqueles que tivessem que socorrer “mulheres infelizes, que no meio de seus sofrimentos se acham desamparadas, sem terem ao pé de si alguém em quem possam confiar; e antes se acham rodeadas de prejuízos e erros, que aumentam o perigo e põe em risco a vida da mãe e do filho, ou os sacrificam à morte certa e prematura, como tenho tido ocasião de observar por muitas vezes durante a minha longa residência neste país”.

Comentou as duas indicações para a operação cesariana naquela época: a) depois da morte da mãe, a fim de salvar a criança; b) na

mulher viva, somente no “caso em que a estreiteza da bacia seja tão pronunciada que o emprego do cefalotribo se torna impossível”.

Nesta última situação, afirma que, embora o seu fim seja conservar a vida da mãe e do feto, o número de mães que escapa da morte é muito limitado. O momento mais propício para a cesariana deveria ser antes da ruptura da bolsa, todavia, o médico, infelizmente, costumava ser chamado muito tardiamente, quando as condições clínicas e obstétricas da parturiente haviam se agravado em demasia.

Prof. Dr. Sérgio Luiz Saboya Arruda
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MÉDICA E PSIQUIATRIA
GRUPO DE ESTUDO HISTÓRIA DA CIÊNCIA DA SAÚDE
FCM, UNICAMP



IMPRESSO ESPECIAL

9.91.21.7687-2 - DR/SP1

FCM / Unicamp

PODE SER ABERTO PELA EBCT



NESTA EDIÇÃO:

**Empatia,
relação médi-
co-paciente e
formação em
Medicina:
Um olhar
qualitativo**

VEJA TAMBÉM:

**Reconstrução
protética da
face do paci-
ente oncológi-
co**

**Aspectos éticos
da legislação
de transplante
e doação de
órgãos no
Brasil:**

**Consentimen-
to Livre e
Eslarecido**

**A Comissão de
Ensino a
Distância da
FCM**

**Yoga e Saúde:
elementos de
uma interface**

**HC zera
mortalidade
após cirurgia
bariátrica**

1. Langgaard, Theodoro J.H. Arte obstétrica ou tratado completo dos partos. Rio de Janeiro: Eduardo & Henrique Laemmert; 1862. 399p.

2. Langgaard, T.J.H. Dicionário de medicina doméstica e popular. Rio de Janeiro: Eduardo & Henrique Laemmert; 1865. 3 tomos.

Empatia, relação médico-paciente e formação em Medicina: um olhar qualitativo

Considerando a empatia um elemento enriquecedor da prática e formação médicas, este estudo objetivou abordar, de maneira qualitativa, a empatia e a sua importância na RMP para a formação de novos médicos em uma Universidade pública e discutir sua transmissibilidade e treinamento por meio da ótica de docentes do curso de medicina desta instituição.

A Relação Médico-Paciente (RMP) vai além do encontro situacional entre esses dois personagens, algo maior do que fazer perguntas, exames físicos, receitar medicamentos e prescrever condutas; mesclando competências cognitivas e afetivas.

Empatia, como toda palavra polissêmica, é de difícil conceituação e carregada de ambiguidades.¹ No contexto médico, remete à sensibilização do médico pelas mudanças sentidas e refletidas, momento a momento, pelo paciente. Para muitos é uma forma de transformar positivamente a RMP.² Para outros, as interferências da empatia na RMP são equiparáveis ao “efeito placebo”.³

Considerando a empatia um elemento enriquecedor da prática e formação médicas, este estudo objetivou abordar, de maneira qualitativa, a empatia e a sua importância na RMP para a formação de novos médicos em uma Universidade pública e discutir sua transmissibilidade e treinamento por meio da ótica de docentes do curso de medicina desta instituição.

Foram entrevistados 20 docentes, provenientes das diversas áreas médicas envolvidas com a formação dos alunos de graduação. As entrevistas apontam que a empatia está mais próxima dos aspectos relacionados aos sentimentos do que à cognição, sendo por vezes encarada como sinônimo de simpatia ou preponderando seu aspecto emotivo.

Revisitando a trajetória pessoal para escolha do curso dos docentes entrevistados, mesclaram-se principalmente aspectos afetivos e cognitivos e em menor monta, contextuais. A escolha da especialidade balanceou este três componentes. Já a escolha da docência foi matizada principalmente pelos dois últimos aspectos.

A RMP foi valorizada na maior parte das entrevistas, ora como um meio necessário à obtenção de resultados e integrante da boa técnica profissional, ora como um encontro humano, que utiliza ferramentas não exclusivamente verbais, caracterizado pela possibilidade de auxílio.

A transmissibilidade da empatia na formação de novos médicos foi apontada mais no contexto do modelo oferecido, no papel do “exemplo”, do que algo a ser de fato ensinado e aprendido. Foi apontado que essa transmissibilidade é fortemente influenciada por características de personalidade e biografia. Observou-se que momentos para a ocorrência dessa prática são rarefeitos e fragmentados ao longo do curso médico corrente, com carga de importância “docente-dependente”, fato que se remete, sobretudo, à própria formação dos docentes envolvidos. Reformas curriculares que reforcem positivamente o treinamento de habilidades voltadas à consolidação de práticas e vivência de uma RMP salutar poderiam ter como alicerce a empatia.

Se as pesquisas falam por si, a discussão motivada por este trabalho terminaria como *O Grande Sertão: Veredas* de Guimarães Rosa, com um sinal de infinito.



Fabício Donizete da Costa
Profa. Dra. Renata Cruz Soares de Azevedo

COMISSÃO DE CURSO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MÉDICA E PSIQUIATRIA
FCM, UNICAMP

1. Hojat M. Part 1. Empathy and Human Relations. "In": Hojat M. Empathy in patient care. 2006 Jul. 2-16.

2. Di Blasi Z, Kleijnen J. Context effects: powerful therapies or methodological bias? Eval Health Prof. 2003; 26: 166-179.

3. Larson BE, Yao X. Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship: empathy, emotional labor and acting. JAMA. 2003 Mar; 293 (9): 1100-06.

Titulo do artigo original de Iniciação Científica do aluno do 3º ano em Medicina da FCM, Fabício Donizete da Costa, orientado pela professora Renata Cruz Soares de Azevedo e encaminhado para publicação na Revista Brasileira de Educação Médica Trabalho.

Reconstrução protética da face do paciente oncológico - parte 2

O implante na região craniofacial é formado por três partes: porção intraóssea, que é um parafuso de 3,75 mm de diâmetro, 3, 4 ou 5 mm de comprimento, com um flange de 5,5 mm de diâmetro; porção percutânea e um pilar cilíndrico de 6,7 mm de comprimento e de 6 a 8 mm de diâmetro e porção retentiva formada por uma barra fundida de diferentes formas e acoplada em magnetos.⁴⁰⁵ **Técnica cirúrgica** - Ocorre em duas etapas e devem ser realizadas no centro cirúrgico ou com anestesia local no ambulatório. Após incisão e sindesmotomia de tecidos moles, as perfurações ósseas são feitas com brocas espirais de diâmetros gradualmente maiores, irrigadas com soro fisiológico. Estas brocas são milimetradas com marcações que servem de referência para instalação dos implantes, com segurança, e os mesmos são rosqueados passivamente ao tecido ósseo, com estabilidade e justaposição, para uma perfeita osseointegração.

No segundo estágio é feita a redução dos tecidos moles subcutâneos, fazendo o assentamento do tecido no pilar de cicatrização e síntese dos tecidos com fio de náilon 6.0, suturando em camadas.

Estudos classificaram as condições da pele ao redor do pilar percutâneo em graus, onde o 1 é irritação; 2 é ligeiro eritema; 3 é eritema e umidade; 4 é tecido de granulação e 5 é extensa reação do tecido mole, sendo a remoção do implante necessária. Evidenciou-se que a higiene adequada é crucial para manter a saúde desses tecidos.^{2(D)}

Na região auricular, as fixações são instaladas no processo mastóideo, a 20 mm do canal auditivo externo. O protocolo especifica três fixações, correspondendo no lado direito a 11, nove e sete horas. Mas podem ser apenas duas, no lado direito, oito e 11 horas e para o esquerdo, uma e quatro horas.^{3(D)}

Para a região orbital será dentro da crista, na área dos ossos frontal, zigomático e maxilar, paralelos ao plano frontal ou levemente angulados para dentro. Na área nasal, será a espinha nasal anterior ou o assoalho do nariz; em indivíduos dentados na maxila, foi considerada a instalação horizontal na parte inferior da abertura piriforme, ou na parede anterior do seio frontal e se, desdentado, pode ser usada uma fixação intrabucal de até 9 mm, instalada do assoalho nasal.^{2(D)}

Radiação

A causa mais comum para a instalação dos implantes é a remoção dos tumores, onde a radiação com cobalto 60 é parte do tratamento; a dose absorvida varia entre 25 e 86 Grays, a maioria dos problemas ocorrendo com mais de 50Gy. A osteorradionecrose é uma exposição de osso irradiado não viável, o qual é incapacitado de cicatrizar sem intervenção. A radiação desenvolve um tecido hipovascular, hipovascular e hipóxico, falência tecidual espontânea ou trauma/ induzida, e a não cicatrização.

Osteoblastos e osteócitos são mais sensíveis que os osteoclastos, levando ao aumento da reabsorção e limitação da regeneração, resultando em osso de qualidade inferior, com lacunas, preenchidas por tecido conjuntivo. A terapia hiperbárica estimula osteogênese e angiogênese, parecendo levar a uma

diminuição do risco de osteorradionecrose e perda dos implantes.^{4(D)}

Recomenda-se vinte ou trinta sessões de câmara hiperbárica antes e dez sessões após o procedimento cirúrgico de instalações dos implantes.^{1,2(D)}

O intervalo de tempo adequado entre o trauma da radiação e a instalação dos implantes é de 36 meses.^{5(A)}

Descrição de confecção de prótese facial em silicone

Moldagem inicial com alginato e gaze gessada; obtenção do modelo de trabalho; ceroplastia do modelo, obtendo áreas retentivas e de alívio; escultura em cera ou modelina da região a ser reconstruída; nas próteses oculo- palpebral: pintura de íris - confecção de prótese ocular, posicionando a prótese ocular na escultura; ajustes e caracterizações finais na face do paciente; adaptação da infraestrutura em acrílico com retentores do implante craniofacial; captura e posicionamento dos magnetos na escultura em cera; muflagem da escultura em gesso especial; remoção da cera; preparo da massa de silicone, dando pigmentação intrínseca com corantes inorgânicos; colocação em seringas e centrifugação para remover bolhas do silicone; inclusão do silicone na mufla preparada; forno a 140°C por 30 minutos; desmuflagem; pigmentação extrínseca com corantes inorgânicos; acabamento do silicone e caracterização com cílios e pelos; instalação da prótese no paciente; orientação de higiene local: gaze e cotonete embebidas de digluconato de clorhexidina a 0,12% e água bicarbonatada morna duas vezes ao dia; orientação de higiene das próteses: lavagem mecânica com sabão neutro e digluconato de clorhexidina a 2%, duas vezes ao dia.

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.

Dr. Marcelo P. A. Sampaio

Dr. Márcio Luis Tomoli

Dra. Laura H. A. A. D'Ottaviano

DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA DO
HOSPITAL DE CLÍNICAS, UNICAMP

A causa mais
comum para a
instalação dos
implantes é a
remoção dos
tumores, onde a
radiação com
cobalto 60 é parte
do tratamento (...)

1. Branemark, PI. Craniofacial Prostheses Anaplastology and osseointegrations. Quintessence Publishing CO, Inc. Carol Stream I, 1997.

2. Holgers P, Roupe G, Tjellström A. Clinical Immunological and Bacteriological Evaluation of Adverse Reactions to Skin-Penetrating Titanium. 1992;27:1-7.

3. Borghetti VI, Wassal t. O uso de implantes osseointegrados na reconstrução craniofacial. Revista Implant News. 2004;14(3):339-46.

4. Tjellstrom, A. Osseo integrated Implants for Replacement of Absent or defective ears. Clinics in plastic surgery. 1990;17(2): 55-66.

5. Johnsson AA, SAWAH T, Jacobsson M et al. Histomorphometric Study of Bone Reactions to Titanium Implants in Irradiated Bone and the Effect of Hyperbaric Oxygen Treatment. International Journal of Oral e Maxillofacial Implants. 1999;14(5):699-706.

Aspectos éticos da legislação de transplante e doação de órgãos no Brasil: Consentimento livre e esclarecido - parte 1

O consentimento livre e esclarecido ou informado é composto por três elementos básicos: competência ou capacidade, informação e consentimento. O indivíduo deve ter a capacidade para entender e decidir, voluntariedade na decisão (...)

Consentimento livre e esclarecido; consentimento esclarecido; consentimento pós-informação ou consentimento após informação são diferentes formas de referir-se ao mesmo processo, no qual um paciente bem informado sobre o assunto, sua doença, consequências, tratamento etc., participa das decisões sobre o tratamento médico. Trata-se da manifestação da essência do princípio da autonomia. O termo autonomia, de acordo com sua origem etimológica grega, significa autogoverno, referindo-se ao poder da pessoa de tomar decisões que afetem sua vida, desde sua integridade físico-química até suas relações sociais.

Comumente, aceita-se a noção de consentimento esclarecido como ato de decisão voluntária, realizado por pessoa competente, embasada em informação adequada e que seja capaz de deliberar, tendo compreendido a informação revelada, aceitando ou recusando propostas de ação que lhe afetem ou poderão afetar. Nesse sentido, o consentimento esclarecido deve ser recolhido anteriormente à realização de todo procedimento de natureza física ou química sobre o organismo humano. Deve ser livre, voluntário, consciente, não comportando vícios e erros. Não pode ser obtido mediante práticas de coação física, psíquica ou moral ou por meio de simulação impeditivas da livre manifestação da vontade pessoal.

O consentimento livre e esclarecido ou informado é composto por três elementos básicos: competência ou capacidade, informação e consentimento. O indivíduo deve ter a capacidade para entender e decidir, voluntariedade na decisão; deve receber informações sobre riscos e benefícios, sobre a alternativa mais adequada para seu caso e o mais importante: precisa compreender tudo o que está sendo explicado. Além disso, deve haver consentimento de fato, isto é, é preciso que tenha sido tomada uma decisão em favor de uma

opção, dentre, no mínimo, duas propostas, a qual deve ser registrada por meio de uma autorização por escrito.

Desse modo, os quatro elementos necessários para que um consentimento informado seja considerado válido são os seguintes: fornecimento de informações, compreensão, voluntariedade e consentimento. Essa informação deve ser feita de acordo com os valores e expectativas psicológicas e sociais de cada paciente, sem se ater a fórmulas padronizadas, para que a informação seja correta e, principalmente, atinja seus objetivos. Por outro lado, o consentimento não pressupõe imutabilidade e permanência, podendo ser revogado a qualquer instante por decisão voluntária, livre, consciente e esclarecida, sem que ao paciente sejam imputadas reprimendas, sanções morais ou legais. Há ainda as ações dos profissionais de saúde em situações de emergência, nas quais os indivíduos não conseguem exprimir suas preferências ou dar seu consentimento, que se fundamentam no princípio da beneficência, assumindo o profissional o papel de protetor natural do paciente por meio de ações positivas em favor da vida e da saúde da pessoa.

Nas situações de emergência, aceita-se a noção da existência de consentimento presumido ou implícito, o qual supõe que se a pessoa estivesse de posse de sua autonomia e capacidade, seria favorável à intervenção na tentativa de resolver causas ou consequências de suas condições de saúde. Para finalizar, é necessário discutir a questão da competência dos indivíduos em decidir. No âmbito legal, presume-se que um adulto é competente até que a justiça o considere incompetente e restrinja seus direitos civis.

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

REVISTA BIOÉTICA 2009 17 (1): 61 75

A Comissão de Ensino a Distância da FCM

A Comissão de Ensino a Distância (CEAD), vinculada à Faculdade de Ciências Médicas (FCM), da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), UNICAMP, tem como objetivos estimular, assessorar e oferecer recursos técnicos e humanos para o desenvolvimento de projetos de Ensino a Distância institucional e extramuros, além de colaborar com a educação assistida por meios interativos, nas modalidades semipresencial e a à distância que envolvam a comunidade FCM.

Desde seu início, em agosto de 2006, as ações de Ensino a Distância, na FCM, vêm contemplando vários cursos e atividades de ensino em nível de graduação, pós-graduação (extensão, especialização *lato sensu* e *estricto sensu*), educação continuada, aprimoramento profissional, residência médica, capacitações profissionais envolvidos com a Área da Saúde, em modalidades totalmente a distância, semipresenciais e/ou por meio de videoconferências. Destacam-se os cursos de extensão que, cada vez mais, utilizam os recursos providos pela internet e pelos diversos sistemas de apoio ao ensino, como a plataforma Teleduc.

O Núcleo de Telessaúde da FCM e do Hospital de Clínicas (HC), que teve suas instalações inauguradas em julho de 2009, no âmbito da Rede Universitária de Telemedicina (RUTE), também desenvolve atividades em parceria com a CEAD.

Dentre as atividades, envolvendo cursos de Graduação, Especialização, Pós-Graduação e/ou outras modalidades acadêmicas ou capacitações profissionais, foram desenvolvidos, até o momento, em parceria com a CEAD, 152 eventos com a ferramenta de Ensino a Distância.

A videoconferência é um dos mais interessantes instrumentos tecnológicos e dos que tem se mostrado efetivo no apoio a projetos e/ou eventos de ensino, pesquisa e extensão à distância.

Graças à abrangência de suas possibilidades, com contatos remotos locais, nacionais e internacionais, mais de 60 sessões já foram realizadas, incluindo defesas de tese, com participação de membros de banca de outros países.

Em 2008, a comunidade da FCM foi contemplada com uma cartilha contendo esclarecimentos para os usuários. Esta cartilha, assim como toda equipe da CEAD, estão à disposição aos interessados em utilizar os recursos oferecidos pela Faculdade de Ciências Médicas para enriquecimento e apoio a qualquer atividade de ensino.

A CEAD espera, além de continuar com as iniciativas desenvolvidas ou em desenvolvimento, ampliar seus projetos de participação e colaboração acadêmica junto aos docentes e pesquisadores, envolvendo a comunidade acadêmica e assistencial da FCM. Particularmente, são bem-vindas as atividades *in silico* de apoio pedagógico com suplementação de material e discussão de casos on-line, beneficiando os cursos de Graduação e Pós-Graduação da faculdade.

A videoconferência é um dos mais interessantes instrumentos tecnológicos e dos que tem se mostrado efetivo no apoio a projetos e/ou eventos de ensino, pesquisa e extensão à distância



Profa. Dra. Laura Sterian Ward
Prof. Dr. Marcos Tadeu Nolasco da Silva
Anita Zimmermann

COMISSÃO DE ENSINO A DISTÂNCIA
FCM, UNICAMP

Yoga e Saúde: elementos de uma interface

Elizabeth De Michelis, diretora do Dharam Hinduja Institute of Indic Research, da Faculty of Divinity da Universidade de Cambridge, é uma das mais importantes estudiosas do Yoga na atualidade. Recentemente, teve publicada a terceira edição de seu livro *A History of Modern Yoga. Patanjali and Western Esotericism*, o que deixa perceber o crescente interesse acadêmico sobre o tema.¹

Embora a autora crie uma tipologia útil, não menciona a racionalidade que o inclui, isto é, a medicina ayurvédica, para a qual o Yoga é uma técnica terapêutica. Contudo, a autora vai além da tipologia, estabelecendo, por um lado, as fases do Yoga Moderno no ocidente (...)

Na parte primeira do livro, *The Prehistory of Modern Yoga*, a autora circunscreve os elementos da pré-história do Yoga Moderno, contextualizando o que chama de “esotericismo” ocidental e o surgimento da religião New Age dos anos de 1970. Além disso, a autora identifica as influências ocidentais recebidas por Swami Vivekananda, quando divulga o Yoga no Parlamento das Religiões, em Chicago, no ano 1893: o mesmerismo, o hipnotismo, o vitalismo, a psicologia de William James, as crenças metafísicas e o “esotericismo” da Sociedade Teosófica. Também, De Michelis detecta o surgimento do Prototyoga Moderno, por volta de 1750, quando o Ocidente demonstra um interesse agudo pelo Oriente.

Em seguida, ela se concentra em delimitar os contornos do Yoga Moderno, originados de quatro pedras angulares, três encontradas no Bhagavad-Gita: o *karmayoga* (o Yoga da ação ritual); o *jñanayoga* (o Yoga do conhecimento, compreendido como gnose metafísica); o *bhaktiyoga*, o Yoga da devoção (direcionada a uma deidade ou ao guru); e o quarto pilar do Yoga, o Tantra.²

O capítulo *Twentieth-century developments of Modern Yoga* é de especial interesse para a área das práticas integrativas e complementares em saúde. Nele é discutido o momento em que os vários estilos especializados do Yoga físicos e mentais e suas combinações começam a surgir, detalhando como o Yoga Moderno passa a atuar como uma forma interiorizada de religião, que caminha em consonância com as formas emergentes de práticas alternativas na saúde. Discute, ainda, como nos anos de 1960 o contato com o transcendental aconteceu na própria interioridade do ser, com base no “trabalho espiritual”, o que acabou gerando um vínculo entre a cura e o crescimento pessoal.

De Michelis fornece, em seguida, uma tipologia das formas do Yoga Moderno, analisando as escolas de Yoga situadas em países de língua inglesa: 1) **Yoga Psicosomático Moderno**: abrange diversas

escolas dedicadas ao treinamento corporalmente-espírito, com muita ênfase na prática, poucas restrições doutrinárias e com características de culto; 2) **Yoga Postural Moderno**: focado nas posturas e respiração yóguicas (*ásanas* e *pranayama*); 3) **Yoga Meditativo Moderno**: enfatiza as práticas mentais, técnicas de concentração e meditação; 4) **Yoga Denominacional Moderno**: teria surgido nos anos de 1960 com a presença de gurus e grupos que incorporaram o Yoga Moderno, mas com tendências sectárias. 5) **Neo-Hinduismo**: suas raízes estão presentes no final do século XIX, receptivamente influenciada pelas artes marciais e ginástica, tanto autóctones como ocidentais.

Embora a autora crie uma tipologia útil, não menciona a racionalidade que o inclui, isto é, a medicina ayurvédica, para a qual o Yoga é uma técnica terapêutica.³ Contudo, a autora vai além da tipologia, estabelecendo, por um lado, as fases do Yoga Moderno no ocidente: *Popularização* (1950 até meados de 1970); *Consolidação* (meados de 1970 ao final de 1980) e *Aculturação* (final dos anos de 1980 até o presente). Por outro lado, identifica o movimento progressivo de secularização do Yoga, com a sua adaptação à lógica ocidental associada à esfera conceitual da medicina alternativa e as técnicas de *fitness*.

Sumariamente, a autora se apoia no arcabouço antropológico das teorias dos rituais para apresentar o Yoga Moderno como um ritual de cura secular, em razão da diversidade de suas teorias, práticas e identidade com sociedades multiculturais e inter-religiosas. Por isso, cremos que se trata de um livro fundamental para os estudos do Yoga e da saúde, na interface dos campos da saúde e religião, pois permite identificar os grupos de atores e observar novos brotos da árvore do Yoga, os quais arriscamos afirmar, já pertencem ao período do Yoga Pós-Moderno.

Pamela Siegel

Prof. Dr. Nelson Filice de Barros

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
FCM, UNICAMP

1. De Michelis, E. *A History of Modern Yoga. Patanjali and Western Esotericism*. London: Continuum, 2005, reeditado em 2006 e 2008.

2. De Michelis, E. *Modern Yoga. History and Forms*. In: Singleton, M. Byrne, J. *Yoga in the Modern World. Contemporary Perspectives*. London: Routledge, 2008.

3. Luz, MT. *Natural, Racional, Social, razão médica e racionalidade científica*. São Paulo: Hucitec, 2004.

HC zero mortalidade após cirurgia bariátrica

Nos últimos seis anos, a equipe responsável pelas cirurgias bariátricas realizadas no Hospital de Clínicas (HC) da Unicamp não registrou um único caso de morte após as intervenções. O dado foi apresentado no dia 16 de dezembro de 2009 pelo gastrocirurgião Elinton Adami Chaim, durante evento em comemoração aos 11 anos da adoção do procedimento pelo HC. Segundo Chaim, quando o HC começou a fazer as cirurgias bariátricas, em 1998, o índice de mortalidade relacionado ao período pós-operatório girava em torno de 4%. Ele explicou que o número foi zerado graças, entre outras medidas, à adoção de um programa inédito, cujo principal objetivo é conscientizar e preparar os pacientes para a operação. Dividido em etapas e realizado por uma equipe multiprofissional, formada por médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos etc., o trabalho possibilita que o obeso chegue em condições mais favoráveis à sala de cirurgia, o que contribui para a redução de eventuais complicações.

Embora considere a cirurgia bariátrica uma “intervenção muito agressiva”, Chaim assinalou que ela continua sendo a melhor alternativa para os casos em que outros métodos terapêuticos para a perda de peso não se mostram eficazes. “O procedimento contribui para a redução significativa das comorbidades. Nos estudos que realizamos com nossos pacientes, nós identificamos que problemas como diabetes, hipertensão arterial e apnéia do sono são reduzidos entre 60% e 80% dos casos”, afirmou. Além disso, prosseguiu o gastrocirurgião, pesquisas também indicam que a taxa de mortalidade entre os obesos submetidos à cirurgia bariátrica é de quatro a cinco vezes menor do que entre aqueles que não lançam mão dessa alternativa.

Ainda que os resultados alcançados pelo grupo de cirurgia bariátrica do HC, ao longo dos últimos 11 anos sejam considerados altamente significativos, Chaim fez questão de assinalar que há a necessidade de avançar em relação ao tratamento dos obesos mórbidos, notadamente no que toca à ampliação do número de operações. Atualmente, a unidade hospitalar realiza entre 16 e 20 procedimentos por mês. Aguardam neste momento, na fila, 1.346 pacientes. “Infelizmente, é possível que alguns deles morram antes de serem chamados para a cirurgia. Nós não temos condições de ampliar o número de procedimentos porque nos faltam recursos humanos e infraestrutura para isso”, lamentou.

Conforme o também gastrocirurgião José Carlos Pareja, que introduziu a cirurgia bariátrica no HC, mesmo enfrentando limitações, a unidade hospitalar é uma das que mais realiza esse tipo de intervenção no país. Ele chamou a atenção para a necessidade de as autoridades

darem mais atenção a programas de controle e tratamento da obesidade. “Nos dias de hoje, a epidemia de obesidade é responsável por cerca de 30% de todo o gasto com saúde pública no mundo, em razão dos problemas que causa. Ou seja, se combatermos a obesidade, certamente estaremos economizando dinheiro e oferecendo maior qualidade de vida à população”, considerou.

O Brasil, continuou Pareja, soma algo como 3,8 milhões de obesos mórbidos. Entretanto, apenas 30 mil pacientes são operados anualmente, o que corresponde a menos de 1% da fila de espera. “O Sistema Único de Saúde, que deveria responder por 60% das operações no Estado de São Paulo, na verdade arca com apenas 20%. Isso mostra que as autoridades públicas ainda não perceberam a gravidade da situação”, lamentou.

Uma das alternativas encontradas pela Unicamp para atender a um número maior de pacientes é a definição de parcerias com municípios. Uma experiência que vem dando resultados muito positivos nesse sentido conta com a colaboração da cidade de Pedreira, nas imediações de Campinas. O modelo estabelece que os candidatos à cirurgia sejam orientados e preparados no próprio município, com o suporte de uma equipe profissional. “Todos os procedimentos necessários, como exames, são feitos no município e pagos pela prefeitura. As pessoas chegam ao HC prontas para a cirurgia. Além de reduzir os custos do hospital, esse programa facilita a vida dos pacientes e confere um ganho ao tratamento como um todo. Nós estamos abertos a novas cooperações desse tipo”, afirmou Chaim.

Manuel Alves Filho
ASCOM, UNICAMP

O Brasil soma algo como 3,8 milhões de obesos mórbidos. Entretanto, apenas 30 mil pacientes são operados anualmente, o que corresponde a menos de 1% da fila de espera.

NOTAS

* Administrado pela Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp, o Ambulatório Médico de Especialidades (AME) de Rio Claro foi inaugurado na tarde no início de janeiro pelo governador José Serra, pelo reitor da Unicamp, Fernando Ferreira Costa; pelo prefeito de Rio Claro, Du Altimari Filho e o secretário de Estado da Saúde, Luiz Roberto Barradas. Em funcionamento desde o dia 14 de dezembro, o AME, do tipo clínico, oferecerá 28 especialidades e 30 tipos de exames para uma população estimada em 500 mil habitantes de Rio Claro e região. Este é o terceiro AME gerenciado pela Universidade. O reitor da Unicamp Fernando Ferreira Costa destacou a importância dos AMEs, que têm a função de reorganizar a atenção à saúde, otimizando o atendimento nos hospitais de referência na alta complexidade, como é o caso do Hospital de Clínicas (HC) da Unicamp. De acordo com Edison Bueno, diretor do AME de Rio Claro e docente da FCM, a nova unidade, atende, por enquanto, cerca de três mil consultas/mês, mas sua capacidade pode chegar a 14 mil quando estiver em pleno

funcionamento. A unidade deve contar com 170 profissionais de saúde, das áreas de fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia e terapia ocupacional, além de assistentes sociais e uma ouvidoria.

Durante a cerimônia de inauguração também estiveram presentes, o diretor da FCM, José Antonio Rocha Gontijo; o superintendente em exercício do Hospital de Clínicas (HC) da Unicamp, Manoel Barros Bértolo e o diretor-superintendente do Hospital Estadual de Sumaré (HES), Lair Zambon.

* A Câmara de Pesquisa abre as inscrições para a submissão de trabalhos para a IV Semana de Pesquisa da FCM, que acontece de 10 a 13 de maio de 2010. No ano anterior, o foco dos trabalhos foi a inter-relação da FCM com outros institutos da Unicamp. Neste ano, o tema será as novas linhas de pesquisa em implantação na FCM. Na IV Semana de Pesquisa, os resumos serão enviados online e selecionados para apresentação por comitê composto por membros indicados pelos Departamentos e pela Câmara de Pesquisa. A data limite para submissão dos trabalhos é 14 de março de 2010. Informações pelos telefones

3521-8942 ou 3521-8917 na Câmara de Pesquisa da FCM.

EVENTOS DE JANEIRO**Dia 15**

* *Colação de grau da XLII turma do curso de medicina*

Horário: 20 horas

Local: Expo América

Org.: Comissão de formatura

Dia 15

* *Culto ecumênico*

Local: Auditório da FCM

Horário: 9 horas

Org.: Comissão de formatura do curso de medicina

Dia 21

* *Colação de grau da XXIX turma do curso de enfermagem*

Local: Auditório da FCM

Horário: 20 horas

Org.: Comissão de formatura do curso de enfermagem

Dia 21

* *Colação de grau da V turma do curso de fonoaudiologia*

Local: Auditório da FCM

Horário: 19h30

Org.: Comissão de formatura do curso de fonoaudiologia

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. 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

Clínica Médica

Prof. Dr. Otávio Rizzi Coelho

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. Paulo Dalgallarrondo

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. 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 Investigação em Pediatria (CIPED)

Prof. Dra. Maria Marluce dos S. Vilela

Coord. do Centro de Controle de Intoxicações (CCI)

Prof. Dr. Fábio Bucarechi

Assistente Técnico de Unidade (ATU)

Carmen Silvia dos Santos

Conselho Editorial

Prof. Dr. José A. R. Gontijo

História e Saúde

Prof. Dr. Antonio de A. Barros Filho

Prof. Dr. Sérgio Luiz Saboya Arruda

Tema do mês

Prof. Dra. Sara Teresinha Olalla Saad

Prof. Dra. Iscia T. Lopes Cendes

Prof. Dr. José Dirceu Ribeiro

Bioética e Legislação

Prof. Dra. Carmem Bertuzzo

Prof. Dr. Sebastião Araújo

Diretrizes e Condutas

Prof. Dra. Laura Sterian Ward

Ensino e Saúde

Prof. Dra. Angélica M. B. Zeferino

Prof. Dra. Maria Francisca C. dos Santos

Prof. Dr. José Luiz Tatagiba Lamas

Prof. Dra. Nelci Fenalti Hoehr

Saúde e Sociedade

Prof. Dr. Nelson Filipe 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

Coeelho 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)