

Regina Müller:

o relato de uma vida dedicada à luta contra o câncer



Regina Müller (1946 - 2011)

Conheci Regina em 1967, no pensionato do Colégio Progresso, eu chegando de São Paulo para cursar o primeiro ano do curso médico e ela no segundo ano do mesmo curso. Naquela época, a Universidade Estadual de Campinas tinha como sigla “UEC”; não se falava Unicamp. Regina, proveniente de Guariba, fazia parte de um grupo unido e extrovertido constituído por estudantes vindas do interior de São Paulo. Embora naquela época fossemos somente colegas, Regina sempre me chamou a atenção pela sua alegria, sorriso aberto, rosto bonito sem artifícios e emoldurado por longos cabelos muito escuros, quase negros.

Cerca de dez anos mais tarde reencontrei Regina fora do ambiente hospitalar, quando ela e o marido Harald participavam pela primeira vez de uma reunião semanal de casais amigos “Turma do Lanche”. Desde então, deixou de ser colega para se tornar amiga. Foram mais de 30 anos compartilhando alegrias e bons momentos.

Regina teve uma vida profissional rica, dedicou-se plenamente às crianças e às instituições, teve vários embates acadêmi-

cos por ser muito participativa. Trabalhou na Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp, na Faculdade de Medicina de Bragança Paulista e no Centro Infantil Boldrini. Médica competente, docente dedicada, querida pelos seus pacientes e alunos. Seu trabalho junto aos adolescentes com câncer no Boldrini inspirou sua carreira como hebeatra no Departamento de Pediatria da FCM da Unicamp, onde se aposentou.

Tanto envolvimento foi acompanhado de perto pelos filhos Mariana e Gustavo e sempre teve o apoio do Harald, cúmplice incondicional.

Quando foi confirmado o diagnóstico de uma neoplasia na coluna vertebral não desanimou, pelo contrário, fez todos os tratamentos preconizados com muita garra e sem reclamar. Ela queria se tratar para continuar a cuidar da família e prosseguir com seus compromissos profissionais. Nesse período, fez a tese de doutoramento e o concurso para efetivação no cargo de docente. Foram cerca de 15 anos de luta, exemplo ímpar de valorização da vida.

Regina, sempre solidária, comprometida e participativa, deixou uma marca indelével no coração daqueles que com ela conviveram!

Profª. Dra. Miriam Trevisan
DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLÓGICA
FCM, UNICAMP



NESTA EDIÇÃO:
Mortalidade e expectativa de vida: tendências e desigualdades sociais

VEJA TAMBÉM:
Diretrizes, normas e condutas em sarcomas uterinos

Relação médico-paciente: uma nova proposta para o fortalecimento da confiança

Residência Médica da FCM

Henry Mayhew: precursor da pesquisa qualitativa

Projetos da FCM são selecionados para participar do Faimer Brasil

Mortalidade e expectativa de vida: tendências e desigualdades sociais

Os níveis de mortalidade no país apresentam tendência de queda e, em consequência, a expectativa de vida ao nascer se amplia. Todavia, estas mudanças não se manifestam uniformemente em todas as idades, causas de morte e em ambos os sexos. Estudos que analisam as desigualdades sociais indicam ainda que o declínio da mortalidade não atinge todos os segmentos sociais da população com a mesma força e ritmo. Perante estas considerações, o objetivo da tese de doutorado "Mortalidade e expectativa de vida: tendências e desigualdades sociais", defendida no mês de fevereiro no anfiteatro do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp, foi avaliar os efeitos da redução da mortalidade no aumento da expectativa de vida ao nascer, bem como analisar as desigualdades sociais no tempo médio de vida e nos coeficientes de mortalidade no município de Campinas. A orientação foi da professora Marilisa Berti de Azevedo Barros. Os resultados desta tese são apresentados em três capítulos. No primeiro, "Expectativa de vida ao nascer: impacto das variações na mortalidade por idade e causas de morte em Campinas, São Paulo, Brasil", foram analisadas as contribuições de grupos etários e causas de morte no aumento do tempo médio de vida ao nascer entre 1991, 2000 e 2005. Foram construídas tábuas de mortalidade e aplicado o método de Pollard para mensurar os efeitos da variação da mortalidade na evolução da expectativa de vida ao nascer. O crescimento da mortalidade por causas externas, nos anos 90, ocasionou redução de 1,1 ano na expectativa de vida masculina, devido, principalmente, ao aumento da mortalidade entre os jovens. A queda dos níveis de mortalidade por doenças cardiovasculares resultou no acréscimo de 1,4 anos no tempo médio de vida ao nascer de homens e mulheres entre 1991 e 2000. Já, entre 2000 e 2005, a acentuada queda da mortalidade por causas externas, e principalmente por homicídios, contribuiu para um significativo aumento de 2,3 anos no tempo médio de vida dos homens.

A queda dos níveis de mortalidade por doenças cardiovasculares resultou no acréscimo de 1,4 anos no tempo médio de vida ao nascer de homens e mulheres entre 1991 e 2000. Já, entre 2000 e 2005, a acentuada queda da mortalidade por causas externas, e principalmente por homicídios, contribuiu para um significativo aumento de 2,3 anos no tempo médio de vida dos homens.

No segundo capítulo, "Redução da desigualdade social na expectativa de vida ao nascer em município do Sudeste brasileiro", avaliou-se a tendência das desigualdades sociais no tempo médio de vida entre 2000 e 2005. Utilizando-se abordagem ecológica, as áreas de abrangência dos Centros de Saúde foram agrupadas em três estratos socioeconômicos, definidos a partir de variáveis censitárias de renda e escolaridade. Tábuas de mortalidade foram construídas para cada estrato. Verificou-se que as desigualdades sociais na expectativa de vida ao nascer reduziram entre 2000 e 2005. Em 2000, um recém-nascido da área de pior nível socioeconômico viveria, em média, 6,5 anos a menos comparado a aquele das áreas de melhores condições de vida. Já em 2005, esta diferença diminuiu para apenas 4,2 anos. Esse dado é extremamente importante, uma vez que em vários países desenvolvidos, como Estados Unidos e Dinamarca, foi registrado ampliação das desigualdades na expectativa de vida ao nascer ao longo do tempo. Em Campinas, a redução das desigualdades sociais neste indicador foi alcançada graças ao maior incremento de anos de vida obtido pelas áreas correspondentes ao estrato de baixo nível socioeconômico. Outro importante achado do estudo é que os homens experimentaram os maiores ganhos de anos de vida entre 2000 e 2005, diminuindo as distâncias na expectativa de vida entre os sexos.

O terceiro capítulo, "Desigualdade social na mortalidade: diferenças de gênero e nível socioeconômico em município brasileiro", analisou a magnitude das desigualdades sociais na mortalidade no período de 2004 a 2008. Empregando a estratificação social das áreas de saúde, foram calculados coeficientes de mortalidade por grupos etários, sexo e causas de morte para cada estrato, e estimados intervalos de confiança de 95% para as razões entre taxas. Registrou-se gradiente social na mortalida-

de entre os estratos na maioria dos grupos etários, com risco de morte aumentando do estrato Alto para o Baixo. As desigualdades sociais foram significativas em todos os grupos de causas de morte. Entre os homens, as maiores desigualdades no risco de morte ocorreram nos homicídios: a mortalidade por esta causa foi 2,4 vezes maior no estrato de piores condições de vida em comparação ao estrato Alto. Na população feminina, os riscos de morte por doenças crônicas de vias áreas inferiores e doenças cerebrovasculares foram 2,2 vezes maior no estrato Baixo em comparação ao de alto nível socioeconômico. Apenas a neoplasia de mama feminina apresentou gradiente social invertido, com riscos de morte mais elevados nas áreas de melhores condições de vida.

A primeira conclusão desta tese é que a identificação dos grupos etários e do conjunto de causas de morte que menos contribuíram ou mesmo que provocaram a perda de anos de vida pode auxiliar na orientação de programas e políticas públicas de saúde na prevenção e no controle das doenças e agravos que mais atingem cada sexo e faixa de idade, visando reduzir a mortalidade e prolongar o tempo médio de vida.

Quanto às desigualdades sociais na mortalidade, os dados sugerem que, para combater as graves carências e a deterioração das condições de vida, as políticas públicas devem gravitar prioritariamente em torno da equidade social. Intervenções voltadas para os determinantes sociais da saúde melhorão os indicadores de saúde e promoverão maior satisfação das necessidades humanas.

Ana Paula Belon

DOUTORANDA DO PROGRAMA DE
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
FCM, UNICAMP

Diretrizes, normas e condutas em sarcomas uterinos - parte 3

O estadiamento dos sarcomas uterinos é cirúrgico e segue a mesma classificação utilizada para os adenocarcinomas endometriais, sendo a da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetria (FIGO), a mais comumente usada (quadro 1), portanto, nas pacientes que não apresentam contra-indicação a cirurgia, o estadiamento cirúrgico deve ser realizado e consiste em: coleta de lavado peritoneal para citologia oncológica, inspeção de toda a cavidade abdominal com biópsia de qualquer lesão suspeita, histerectomia total abdominal extrofascicular, salpingooforectomia bilateral, linfadenectomia pélvica e biópsia seletiva de linfonodos paraaórticos.^{5(A)}

Uma vez definido o estágio clinicopatológico, o mesmo não deve ser modificado, mesmo se houver recidiva da doença ou surgimento de metástases. Nos casos de contra-indicação clínica para realizar o estadiamento cirúrgico, ou suspeita de doença irresssecável, pode-se lançar mão do estadiamento clínico.

Para o estadiamento clínico, realiza-se o exame clínico com palpação sistemática das cadeias linfonodais superficiais, como as inguinais e supra-claviculares, exame ginecológico vaginal e toque retal. Solicita-se a radiografia de tórax, a ultra-sonografia abdominal e vaginal e se presença de sintomas, podem ser solicitados enema baritado, urografia excretora, outros.

Outros exames específicos podem ser realizados tais como as biópsias vaginais e cervicais na presença de lesões suspeitas. Na suspeita de doença avançada e/ou na presença de sintomas que sugerem a invasão vesical ou retal, indica-se a cistoscopia e retossigmoidoscopia com biópsia.

A tomografia computadorizada e a ressonância magnética não fazem parte do estadiamento, porém podem ser realizadas a critério clínico para um planejamento cirúrgico mais adequado.

Prognóstico

Os principais fatores determinantes do prognóstico em pacientes com sarcoma uterino são: tipo histológico, grau histológico e estágio da doença. Os sarcomas de baixo grau, como o sarcoma do estroma, apresentam história natural indolente e após ressecção cirúrgica permitem sobrevida global longa. Por outro lado, os carcinossarcomas, os leiomiossarcomas e os sarcomas indiferenciados de alto grau se comportam de uma maneira mais agressiva. O intervalo entre a instalação dos sintomas e o diagnóstico da doença em estágios iniciais varia de dois a cinco meses. Pacientes que apresentam doença em estágios iniciais confinadas ao útero apresentam sobrevida global de dois a cinco anos de 50%, com altas taxas de recorrência.^{5(A)} A sobrevida média para pacientes com carcinossarcoma metastático

co é menor que um ano. Pacientes com leiomiossarcoma com doença extra-uterina, sem condições de ressecção raramente apresentam sobrevida longa, a menos que a neoplasia seja de muito baixo grau.^{5(A)}

Quadro 1
Estadiamento cirúrgico dos sarcomas uterinos

Estádio	Achados patológicos pós-operatórios
O	Carcinoma in situ (Carcinoma pré-invasivo)
I	Tumor confinado ao corpo uterino
IA	Tumor limitado ao endométrio
IB	Tumor com profundidade de invasão miometrial de 50% ou menos
IC	Tumor com profundidade de invasão miometrial maior que 50% sem atingir serosa
II	Tumor invadindo colo uterino, sem doença extra-uterina
IIA	Tumor invadindo glândulas endocervicais
IIB	Tumor invadindo estroma cervical
III	Tumor local e/ou regionalmente avançado
IIIA	Tumor invadindo serosa e/ou anexos (extensão direta ou metástase) e/ou células neoplásicas presentes em ascite ou lavado peritoneal
IIIB	Tumor invadindo vagina (extensão direta ou metástase)
IIIC	Metástases para linfonodos pélvicos e/ou para-aórticos (inclui envolvimento dos paramétrios)
IV	Tumor invadindo mucosa vesical e/ou retal ou metástases à distância
IVA	Tumor invadindo mucosa vesical e/ou retal
IVB	Metástase à distância

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. Caio Augusto Hartman
Profa. Dra. Áurea Akemi Abe Cairo
DEPARTAMENTO DE TOC GINECOLOGIA
FCM, UNICAMP

Profa. Dra. Liliana A. L. De Angelo Andrade
DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLÓGICA
FCM, UNICAMP

Dr. Luis Fernando Andrade
HOSPITAL DA MULHER (CAISM)
PROF. DR. JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI, UNICAMP

Os sarcomas de baixo grau, como o sarcoma do estroma, apresentam história natural indolente e após ressecção cirúrgica permitem sobrevida global longa.

1. Ihnen M, Mahner S, Jänicke F, Schwarz J. Current treatment options in uterine endometrial stromal sarcoma: report of a case and review of the literature. *Int. J. Gynecol. Cancer* 2007.

2. Livi L, et al. Uterine sarcoma: twenty-seven years of experience. *Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys.* 2003;57:1366-73.

3. O'Meara AT. Uterine sarcomas: have we made any progress? *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 2004;16:14.

4. NCI National Cancer Institute Uterine Sarcoma. <http://www.cancer.gov/cancertopics/types/uterinesarcoma>, acessado em 13 de julho de 2007.

5. Kanjeekal S, Chambers A et al.: Systemic therapy for advanced uterine sarcoma: A systematic review of the literature. *Gynecologic Oncology* 2005;97:624-637.

6. Rojas H, Wang J, Chase D. A 46-Year-Old Woman With 1-Day History of Abdominal Pain and Intestinal Obstruction. *Arch Pathol Lab Med* 2005;129:e44-e46.

7. Clement P, Oliva E. Mesenchymal lesions of the uterus. *Histopathology* 2002;41 (Suppl. 2),1231.

8. Hornback N, Omura G, Major F. Observations on the use of the adjuvant radiation therapy in patients with stage I and II uterine sarcoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1986;12:2127-2130.

9. NCCN National Comprehensive Cancer Network Practice Guidelines in Oncology Uterine Neoplasms v.1.2007. http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/uterine.pdf.

10. Homesley H et al. Phase III Trial of Ifosfamide With or Without Paclitaxel in Advanced Uterine Carcinosarcoma: A Gynecologic Oncology Group Study. *J Clin Oncol.* 2007;25 (5):526-531.

11. Wolfson A, et al. A Gynecologic Oncology Group randomized trial of whole abdominal irradiation (WAI) vs cisplatin-ifosfamide-mesna (CIM) in optimally debulked stage I-IV carcinosarcoma (CS) of the uterus. *J Clin Oncol.* 2006; ASCO Annual Meeting Proceedings (24), No. 18S (June 20 Supplement):5001.

Relação médico-paciente: uma nova proposta para o fortalecimento da confiança

Quando qualquer um de nós procura o serviço de um médico, marcamos uma "consulta médica". Consultar, do latim *consultare*, significa pedir parecer, opinião, conselho. Qualquer consulta profissional, principalmente a consulta médica, segue um ritual mais ou menos estabelecido e aceito pela sociedade (do latim *ritualis*, relativo a rito, conjunto de regras e cerimônias que se devem observar na prática de uma atividade ou religião). O pressuposto básico para que esse ritual se estabeleça é a confiança do consulente na capacidade profissional do consultado. Ritual pode ser definido como o fenômeno que confere algum tipo de "graça" a quem recebe devido à crença no poder de quem ministra. O antropólogo Claude Lévi-Strauss denominou esse fenômeno de "complexo xamânico": a sociedade legítima o poder do xamã que ministra o feitiço de cura sobre o paciente que, por sua vez, faz parte da sociedade e acredita nesse sistema. Tendo em mente esse conceito, pensemos honestamente: como seria o entendimento hegemônico da relação médico-paciente em nossos dias atuais? Notamos na atividade médica atual uma forte influência utilitarista, fundamentada principalmente pela proposição de uma bioética conhecida como "mínima e procedimental". De inspiração estadunidense, essa proposta, de cunho eminentemente pragmático, baseia-se nos princípios da beneficência (fazer o bem ao paciente) e autonomia (princípio da permissão). Dentro desta lógica o médico, tendo em vista o bem do paciente, participa da relação com a sua competência profissional (de acordo também com a grande glamorização dos aspectos técnico-científicos da profissão em nossos dias), enquanto ao paciente fica garantido o direito de decidir livremente se aceita ou não os tratamentos propostos.

Consultar, do latim *consultare*, significa pedir parecer, opinião, conselho. Qualquer consulta profissional, principalmente a consulta médica, segue um ritual mais ou menos estabelecido e aceito pela sociedade. (...) O pressuposto básico para que esse ritual se estabeleça é a confiança do consulente na capacidade profissional do consultado.

Por essa perspectiva a relação médico-paciente tende a se reduzir a um contrato que, por um lado garantiria da competência técnica do médico e, por outro, o respeito à autorização para o tratamento. Desse compromisso contratual espera-se que nasça a confiança necessária para que se estabeleça a relação médico-paciente.

Esse ambiente propicia o aparecimento cada vez maior do uso dos termos de consentimento esclarecido que, ao invés de representarem a proteção ao paciente, garantindo-lhe o esclarecimento adequado para um consentimento realmente autônomo, funcionam muito mais como uma tentativa de se criar um "termo de isenção de responsabilidade" para o médico, visando sua proteção no caso de eventuais processos jurídicos. Cria-se, assim, a ilusão de que alguma atividade médica possa ser isenta de responsabilidade.

Dessas atitudes certamente não vem a necessária confiança que deveria ser o pressuposto fundamental da relação médico-paciente. O contratualismo que se estabelece na relação médico-paciente acaba favorecendo a chamada "medicina defensiva" por um lado, e a "ditadura do paciente" por outro, onde o paciente, ao assinar o "termo de isenção de responsabilidade", consegue que o médico realize os procedimentos que satisfaçam seus mais diversos desejos, que nem sempre são no interesse estrito da sua saúde (principalmente se pagar por esse "tratamento").

O contratualismo na relação médico-paciente favorece também que as causas médicas sejam julgadas segundo as normas do Código de Defesa do Consumidor, reduzindo tudo a simples consumo de produto de saúde, passando a atividade médica a ser encarada como "de fim" e não "de meio". Este é o sonho de advogados inescrupulosos, sedentos de indenizações.

Frente a essa realidade preocupante, os autores sugerem uma nova proposta para que a relação médico-paciente seja realmente alicerçada na confiança.

Trata-se da promoção da atitude dos três "C"s:

I. **Compaixão**: muito mais que "dó" do paciente, essa atitude orienta ao

reconhecimento e respeito, na pessoa do paciente, da condição humana partilhada por todos, inclusive pelo médico. Esta atitude é a base para o fortalecimento da confiança;

2. **Comunicação**: Atitude que promove o compartilhamento, mais do que apenas de informações, mas também de sentimentos e verdades, numa aproximação que favorece a simpatia e empatia. Essa atitude, tão carente na atividade médica nos dias de hoje, deve ser reforçada também entre os próprios médicos, e entre os médicos e demais profissionais da saúde. Quanto mais comunicação, maior o nível de confiança nas relações;

3. **Concordância de interesses**: atitude que depura a relação e favorece ainda mais a confiança. Nos dias de hoje, quando muitos outros interesses se interpõem e conflitam na relação médico-paciente, nossos esforços devem se voltar para o honesto resgate dos fundamentos da prática médica:

Código de Ética Médica (Res. CFM 1.931/2009), Capítulo I, Princípios Fundamentais:

I. A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza.

II. O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

Certamente, são essas as bases de confiança que todos nós buscamos nos médicos, quando marcamos a tradicional "consulta médica".

Prof. Dr. Venâncio Pereira Dantas Filho
MÉDICO NEUROCIRURGIÃO DO
HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP
PROFESSOR DO MÓDULO DE BIOÉTICA E ÉTICA MÉDICA
FCM, UNICAMP

Prof. Dr. Flávio César de Sá
MÉDICO INFECTOLOGISTA DO DEPARTAMENTO DE
MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
COORDENADOR DO MÓDULO DE BIOÉTICA E ÉTICA MÉDICA
FCM, UNICAMP

1. Strauss CL. O feiticeiro e sua magia. In: Antropologia estrutural. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1975.

2. Pegoraro O. Ética e Bioética: da subsistência à existência. Vozes, 2002.

Residência Médica da FCM - parte 1

"Residência médica é um "estado" de vida profissional. Não é etapa inicial. É etapa intermediária. Não é etapa terminal. Não é profissionalizante. Não é mecanismo de pressão política. Não é trabalho no sentido social da palavra. Não é curricular (treinamento teórico-prático). Não é classe terminal. Não é suplemento ou reparo de curso de graduação. É um estado transitório de vida."

O programa de especialização médica, que teve início nos Estados Unidos da América no século XIX com o famoso cirurgião Halsted (1869), que criou o primeiro treinamento em cirurgia para a especialização daqueles que queriam aprender a arte da cirurgia com ele, rapidamente demonstrou ser o melhor método de aprendizado intensivo a que qualquer médico recém-formado poderia cursar para seu desenvolvimento.

A prática do treinamento em serviço com o médico residente ficando todo o tempo à disposição do paciente trouxe o aprendizado de acompanhar todas as intercorrências possíveis que poderiam acontecer no pós-operatório das cirurgias nas quais os médicos entravam para aprender a operar.

Rapidamente as outras áreas da medicina passaram a criar os seus programas de treinamento em serviço que foi conhecido como residência médica.

A residência médica é definida como: trabalho intensivo; trabalho descontraindo, apesar de às vezes cansativo; trabalho desinteressado economicamente; trabalho humanizado pelo contato entre paciente e médico, muito estreito e prolongado; trabalho consciente onde os fatos são analisados e explicados com tempo suficiente para amadurecimento clínico; trabalho com estudo onde o residente se dedica mais ao estudo dos pacientes, que lhe possibilita aprender mais; trabalho supervisionado por pessoa mais experiente e trabalho sistemático.

Residente é do latim *residere*, pois o médico morava, literalmente, no hospital para dar plena assistência aos pacientes.

No Brasil o primeiro programa de residência médica foi criado no Hospital das Clínicas de São Paulo em 1945. Com o sucesso do resultado deste tipo de treinamento, outras instituições e faculdades de medicina também criaram seus programas.

O Brasil, hoje com 167 faculdades de medicina, não tem à disposição dos mais de 15 mil formandos a cada ano, vagas suficientes para absorver a todos os que querem fazer uma especialização na forma de treinamento em serviço. Apenas 50% dos formandos têm acesso a uma vaga de residência médica credenciada pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC).

Os seus objetivos são: aperfeiçoar o médico no exercício da profissão; dedicação exclusiva; melhor meio para a formação do especialista; melhor padrão de assistência onde tem residente; programas devem ser intensivos e concentrados; aprimora, valoriza e facilita o ensino na graduação; contribui para a melhoria da saúde da comunidade.

A residência médica é regulamentada pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), órgão do MEC que faz as leis, resoluções e pareceres, além de criar os programas, verificar o cumprimento adequado de cada um deles e garantir sua qualidade.

O Decreto nº 80.281, de 05 de setembro de 1977, instituiu a residência médica e a Lei nº 6.932, de 07 de julho de 1981, dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências e, a partir dessa lei, houve grandes avanços na regulamentação da atividade de especialização.

A residência médica é considerada um curso de especialização ao nível de pós-graduação *lato sensu*, pela grande carga horária dispensada para a sua conclusão.

Prof. Dr. Luiz Roberto Lopes

PROFESSOR LIVRE-DOCENTE DO DEPTO. DE CIRURGIA E
PRESIDENTE DA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
(COREME) FCM, UNICAMP

Neusa de Fátima Zanutto do Carmo

ASSISTENTE TÉCNICO DE DIREÇÃO DA COREME
FCM, UNICAMP

Residente é do latim *residere*, pois o médico morava, literalmente, no hospital para dar plena assistência aos pacientes. No Brasil o primeiro programa de residência médica foi criado no Hospital das Clínicas de São Paulo em 1945. Com o sucesso do resultado deste tipo de treinamento, outras instituições e faculdades de medicina também criaram seus programas. Na Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp a residência médica teve início em 1966 com um programa de ginecologia.

Henry Mayhew: precursor da pesquisa qualitativa



No dia 24 de setembro de 1849, Mayhew publicou no *Morning Chronicle* um artigo intitulado *A visit to the cholera districts of Bermondsey, no qual descreve de forma detalhada o ambiente e as condições das pessoas expostas às péssimas condições sanitárias e habitacionais, entrevistando moradores e relatando, com suas próprias palavras, como os moradores vivenciavam essa situação.*

No momento em que a pesquisa qualitativa e a etnografia retomam a sua importância no campo das ciências sociais e humanas, deve-se lembrar que um dos precursores dessas pesquisas foi o jornalista e investigador social Henry Mayhew. Mayhew nasceu em Londres em 1812 e faleceu em 1887. Iniciou a sua vida literária escrevendo peças e sátiras, fundando revistas humorísticas, como *Punch*; viajou para a Índia quando tinha 15 anos, depois de ter fugido da *Westminster School*, voltou para a Inglaterra, mas após rápida experiência no escritório de advocacia do seu pai resolveu enveredar pelo jornalismo; morou na França e Alemanha durante alguns períodos de sua vida e fez parte dos “primeiros boêmios ingleses” que no século 19 foram viver em Paris. Alcançou alguma segurança econômica por volta de 1842; casou com Jane Jerrold, em 1844, filha do seu amigo e colaborador Douglas Jerrold, com quem romperia mais tarde.

Pode-se dizer que o divisor de águas de suas atividades foi o ano de 1849, quando escreveu um artigo para o *Morning Chronicle* sobre o surto de cólera que assolou a Inglaterra e Gales provocando 53 mil mortes e em Londres 12 mil e 500 mortes. No dia 24 de setembro de 1849, Mayhew publicou no *Morning Chronicle* um artigo intitulado *A visit to the cholera districts of Bermondsey*, no qual descreve de forma detalhada o ambiente e as condições das pessoas expostas às péssimas condições sanitárias e habitacionais, entrevistando moradores e relatando, com suas próprias palavras, como os moradores vivenciavam essa situação.

A partir desse artigo iniciaria uma série de trabalhos sobre as condições de vida dos trabalhadores de rua e dos marginais da cidade de Londres e que posteriormente fariam parte da sua obra maior, *London Labour and the London Poor*. Nesta volumosa obra (quatro volumes, publicados em 1861/62 e republicados em

1968) Mayhew antecipa práticas metodológicas que seriam a base de estudos sociológicos e antropológicos posteriores, notadamente a observação direta e participante, a entrevista, a história oral, o uso de documentação visual (daguerreótipos transformados em gravuras); mapas, aliadas a uma rica informação quantitativa.¹ O trabalho etnográfico de Mayhew pertence ao período anterior àquele caracterizado por Denzin e Lincoln como “momento tradicional” da etnografia clássica, realista de 1900, quase cinquenta anos depois que o trabalho de Mayhew foi publicado pela primeira vez”.^{2,3}

Esquecido durante muitos anos, Mayhew, a partir de 1970, passou a receber a atenção de etnógrafos, cientistas sociais, historiadores que ressaltaram a importância dos seus trabalhos, não somente para melhor conhecimento da história inglesa e da cidade de Londres que apresentava aspectos contrastantes de grande expansão econômica e cultural (a Era Vitoriana 1838-1901), e áreas de concentração populacional e extrema pobreza, mas de relevantes contribuições metodológicas.

Destaco esses pontos no trabalho apresentado no Congresso Internacional de Pesquisa Qualitativa, ocorrido em Fortaleza, Ceará, em novembro de 2010 e que, resumidamente, referem-se a:

1. ter dado voz às pessoas do povo;
2. revelado a realidade da pobreza;
3. usado entrevistas e traçado narrativas carregadas de conteúdos objetivos e subjetivos;
4. documentado com riqueza de detalhes o cotidiano da maior metrópole do século 19. Isto somente foi possível caminhando pelas ruas da cidade não como um simples *flâneur*, mas observando e interagindo com as pessoas, como também vendo a sua Londres do alto da St. Paul's Cathedral ou sobrevoando a cidade de balão para melhor conhecê-la e documentá-la.

Prof. Dr. Everardo Duarte Nunes

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
FCM, UNICAMP

1. Mayhew, Henry. *London Labor and the London Poor*. New York: Dover Publications, Inc., 1968 [1861-1862].

2. Denzin, Norman K. e LINCOLN, Yvonna S. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage, 1994.

3. Green, Bryan S. *Learning from Henry Mayhew: the role of the Impartial Spectator in Mayhew's London Labour and the London Poor*. *Journal of Contemporary Ethnography*, 31, p.99-134.

Projetos da FCM são selecionados para participar do Faimer Brasil

Os projetos "O ensino das ciências sociais na medicina" do professor Nelson Filipe de Barros, do Departamento de Medicina Preventiva e Social e "Suporte básico de vida: desenvolvendo competências nos estudantes de medicina com extensão para a comunidade" do professor Gustavo Fraga, do Departamento de Cirurgia, ambos da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp, foram dois dos 26 projetos selecionados dentre os 75 inscritos para participar do programa da Foundation for Advancement of International Medical Education and Research (Faimer) Brasil de 2011, organização sem fins lucrativos da Educational Commission for Foreign Medical Graduates (ECFMG).

O Faimer Brasil tem o apoio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde. A especialização é coordenada pelo professor e vice-reitor da UFC, Henry Campos, e pela professora Eliana Amaral, docente do Departamento de Tocoginecologia da FCM e vice-coordenadora do programa. O programa consiste em duas sessões presenciais e duas sessões à distância de 11 meses cada. As sessões presenciais são realizadas de forma intensiva em imersão durante 10 dias.

O projeto "O ensino das ciências sociais na medicina" segue a temática da formação mais humanizada do médico e surgiu das mudanças promovidas pela reforma curricular da FCM da Unicamp ocorrida no início do ano 2000. Essa reforma promoveu uma mudança curricular que extinguiu o curso de "Ciências Sociais Aplicadas à Medicina", iniciado em 1965 no segundo ano do curso médico e criou, no seu lugar, o "Módulo de Saúde e Sociedade". Essa ação trouxe benefícios como o ensino baseado em problema centrado na comunidade. No entanto, trouxe dificuldades como a perda de oportunidades de desenvolver competências e habilidades das Ciências Sociais e encadeamento com outras disciplinas.

"Com este projeto, pretendemos reorientar e resgatar o ensino das Ciências Sociais no curso de medicina. Ele é relevante e estratégico para a construção de colaborações internas às áreas do Departamento Medicina Preventiva e Social e cooperações externas com outros departamentos da FCM", explicou Barros.

Com o projeto "Suporte básico de vida: desenvolvendo competências nos estudantes de medicina com extensão para a comunidade" pretende-se mudanças no curso Laboratório de Habilidades I, Suporte Básico de Vida. Este curso é ministrado no primeiro semestre. De acordo com o projeto, as aulas passarão a

acontecer no Laboratório de Habilidades, um prédio recém-inaugurado que tem quatro arenas para atividades práticas e uma sala de emergência. A maioria das aulas contará, simultaneamente, com quatro professores do corpo clínico da disciplina de Cirurgia do Trauma ou das concessionárias de rodovias Renovias e Rota das Bandeiras, um para cada equipe da arena.

Dessa maneira, os alunos passarão por diversas atividades práticas simuladas, sendo capacitados para situações reais. Oficinas serão realizadas para desenvolver nos alunos e instrutores as competências de planejamento, trabalho em grupo e liderança apreciativa. No final do curso, os alunos serão avaliados em rodízios em estações, de maneira que cada um dos aprovados esteja apto para atuar como instrutor de primeiros socorros. "A avaliação final de cada aluno será por meio do monitoramento da equipe em que eles serão os instrutores para alunos do ensino médio. Os avaliadores serão os professores do curso. Também será realizada uma prova objetiva para comparar com os resultados do ano anterior", explicou Fraga.

As atividades desses dois projetos iniciaram-se na FCM da Unicamp no mês passado com a presença do professor Flávio César de Sá, gestor da disciplina de Bioética. A comunidade Faimer global tem mais de 500 participantes de mais de 200 escolas em 40 países. No Brasil, selecionou sua primeira turma em 2007. Até o momento, 101 indivíduos de 45 instituições participaram deste programa.

A comunidade Faimer global tem mais de 500 participantes de mais de 200 escolas em 40 países. No Brasil, selecionou sua primeira turma em 2007.

Prof. Dr. Gustavo P. Fraga
DEPARTAMENTO DE CIRURGIA
FCM, UNICAMP

Edimilson Montalti
ARP, FCM, UNICAMP

NOTAS

*A Escola de Extensão da Unicamp (Extecamp) abre inscrições para cursos de especialização e extensão, modalidade extensão universitária, para toda a área médica. Leia mais em: www.extecamp.unicamp.br

*As médicas Angélica Maria Bicudo Zeferino, Elizabeth Maria Aparecida Barasnevicius Quagliato, Ilka de Fatima Santana Ferreira Boin e Lilian Tereza Lavras Costallat da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp foram homenageadas no dia 18 de março de 2011 pelo Dia Internacional da Mulher. A homenagem foi na sede da Associação Paulista de Medicina (APM), em São Paulo. Anualmente, a APM realiza esta comemoração em que são homenageadas mulheres médicas do Estado de São Paulo que se destacaram no exercício da profissão. São homenageadas também mulheres que tiveram represen-

tatividade e reconhecimento público pela criação e implantação de um projeto social em benefício da comunidade. Além das médicas da Unicamp, outras 18 profissionais da área da saúde foram homenageadas.

EVENTOS DE MARÇO

Dias 2 e 3

*Acolhimento alunos Pró-Saúde

Horário: das 9 às 12 horas

Local: Auditório-5 da FCM

Org.: Câmara de Graduação

Dia 11

*Colação de grau da turma de Direito da Metrocamp

Horário: das 9 às 23 horas

Local: Auditório-5 da FCM

Org.: SGC Eventos e Formaturas

Dia 14

*Abertura das novas turmas do PDG

Horário: das 9 às 17 horas

Local: Auditório-5 da FCM

Org.: AFPU - Unicamp

Dia 18

*III Encontro de Estomaterapia e I Encontro de ex-alunos do curso de Estomaterapia

Horário: das 8h30 às 18h30

Local: Auditório-5 da FCM

Org.: Depto. de Enfermagem da FCM - Unicamp

Dias 18 e 19

*Curso de dermatoscopia para médicos-residentes

Horário: das 7h30 às 17h30

Local: Anfiteatro 1

Org.: Disciplina de Dermatologia da FCM

Dias 22 e 23

*Curso internacional de resposta médica avançada em desastres

Horário: das 18 às 22 horas

Local: Auditório da FCM

Org.: Ligas de Cirurgia do Trauma

Dia 25

*Colação de grau da turma de Economia da Unicamp

Horário: das 18 às 23 horas

Local: Auditório-5 da FCM

Org.: B2 Formaturas

Dias 31/3 e 1 e 2 de abril

*VI Jornada de Pediatria e III Encontro de ex-residentes do Departamento de Pediatria

Horário: dia 31 das 18 às 23 horas e dias 1 e 2 das 8h30 às 19h30

Local: Anfiteatro 1 e Auditório-5

Org.: Departamento de Pediatria

Confira a programação completa dos eventos que ocorrem na FCM pelo 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. Mario José Abdalla Saad

Diretora-associada

Profa. Dra. Rosa Inês Costa Pereira

Anatomia Patológica

Profa. Dra. Patrícia Sabino de Matos

Anestesiologia

Prof. Dr. Franklin S. Silva Braga

Cirurgia

Prof. Dr. Joaquim M. Bustorff Silva

Clinica Médica

Prof. Dr. Ibsen Bellini Coimbra

Enfermagem

Profa. Dra. Maria Isabel P. de Freitas

Farmacologia

Prof. Dr. Gilberto De Nucci

Genética Médica

Profa. Dra. Iscia Lopes Cendes

Medicina Prev. Social

Profa. Dra. Marilisa Berti de Barros

Neurologia

Prof. Dr. Fernando Cendes

Oftalmo/Otorrino

Prof. Dr. Reinaldo Jordão Gusmão

Ortopedia

Prof. Dr. Mauricio Etchebehere

Patologia Clínica

Profa. Dra. Helena V. Wolf Grotto

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. Dr. José Barreto C. Carvalho

Coord. Comissão Extensão e Ass. Comunitários

Prof. Dr. Otávio Rizzi Coelho

Coord. Comissão Ens. Residência Médica

Prof. Dr. Luiz Roberto Lopes

Coord. Comissão Ens. Graduação Medicina

Prof. Dr. Wilson Nadruz

Coord. do Curso de Graduação em Fonoaudiologia

Profa. Dra. Maria Francisca C. dos Santos

Coord. do Curso de Graduação em Enfermagem

Profa. Dra. Luciana de Lione Melo

Coord. do Curso de Graduação em Farmácia

Prof. Dr. Stephen Hyslop

Coord. Comissão de Aprimoramento

Profa. Dra. Maria Cecília M.P. Lima

Coord. Comissão de Ensino a Distância

Prof. Dr. Luis Otávio Zanatta Sarian

Coord. Câmara de Pesquisa

Prof. Dr. Fernando Cendes

Coord. Núcleo de Medicina e Cirurgia Experimental

Prof. Dr. Fernando Cendes

Presidente da Comissão do Corpo Docente

Profa. Dra. Lilian Tereza Lavras Costallat

Coord. do Centro Estudos Pesquisa em Reabilitação (CEPRE)

Profa. Dra. Lucia Helena Reily

Coord. do Centro de Investigação em Pediatria (CIPED)

Prof. Dr. Gil Guerra Junior

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. Mario José Abdalla Saad

História e Saúde

Prof. Dr. Antonio de A. Barros Filho

Prof. Dr. Sérgio Luiz Saboya Arruda

Tema do mês

Prof. Dr. José Barreto C. Carvalho e subcomissões de Pós-Graduação

Bioética e Legislação

Profa. Dra. Carmem Bertuzzo

Prof. Dr. Flávio Cesar de Sá

Prof. Dr. Sebastião Araújo

Diretrizes e Condutas

Profa. Dra. Laura Sterian Ward

Ensino e Saúde

Prof. Dr. Wilson Nadruz

Profa. Dra. Maria Francisca C. dos Santos

Profa. Dra. Luciana de Lione Melo

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 Montalti MTB 12045

Equipe

Edson Luis Vertu, Maria de Fátima do Espírito Santo, Rafael Gonzales, Sara Araújo Fedre.

Projeto gráfico

Ana Basaglia

Diagramação/Ilustração

Emilton B. Oliveira,

Revisão:

Anita Zimmermann

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