



A escolha de Margaret - parte 1

James Miranda Barry foi um médico inglês que entrou na Faculdade de Medicina em Edimburgo com a idade de 14 anos. Aos 17, já graduado, foi para Londres, onde treinou cirurgia nos hospitais St. Thomas e Guy. Antes dos 21 anos entrou para o exército britânico, ficando até a aposentadoria aos 65 anos de idade.

Esteve na Cidade do Cabo, onde realizou uma das primeiras cesarianas bem sucedida, em que tanto a mãe quanto a criança sobreviveram (1826). A criança recebeu o nome de James Barry em sua homenagem (James Barry Munnik), e seu neto veio a se tornar primeiro ministro da África do Sul (James Barry M. Hertzog, 1926 - 1939).

No início de sua estada na Cidade do Cabo, ficou hospedado na residência do governador, Lord Somerset, então viúvo. Pouco tempo depois começaram a correr rumores de um relacionamento homossexual entre os dois e que acabou resultando em um processo. Barry desapareceu por uns tempos entre 1819 e 1820 e disse que havia estado nas ilhas Maurício, mas não existe nenhum registro de sua estada nessas ilhas durante esse período.

Quando Barry retornou à Cidade do Cabo, Lord Somerset havia se casado outra vez. Como o escândalo já havia esfriado Barry foi promovido. Na verdade o escândalo do *affair* sexual foi a forma que os charlatães e farmacêuticos inescrupulosos usaram para se livrarem de suas críticas e exigência de maior controle sobre o exercício desses profissionais uma vez que não estavam devidamente preparados e vendiam inclusive medicamentos tóxicos.

Barry teve uma brilhante carreira como médico-cirurgião em todos os locais em que trabalhou: ilhas Maurícios, depois foi para o Caribe, trabalhando na Jamaica, Barbados, Antigua e em Trinidad. Esteve na guerra da Criméia (hoje Ucrânia) onde inclusive se desentendeu com Florence

Nightingale, e no Canadá. Por onde passou arranjou inimigos, por sua tenaz defesa das condições de saúde nos hospitais, nas prisões e nos sanatórios em que serviu. Teve vários processos, inclusive por enfrentar seus superiores. Acabou tendo reputação de gênio como médico. Defendeu a importância da higiene bem antes que a medicina Europeia entendesse sobre doenças infeciosas.

Numa época em que sangrias e esfriamento do paciente eram os tratamentos mais comuns, Barry era um defensor da medicina científica. Numa época em que banhos, respirar ar fresco e consumir alimentos frescos eram considerados prejudiciais à saúde, ele os prescrevia. A taxa de mortalidade caía em pouco tempo nos hospitais em que ele se tornava o responsável.

Morreu em 1865, provavelmente aos 70 anos, durante uma epidemia de disenteria, em Londres. Barry não deixou testamento, mas sempre informava as pessoas próximas que queria ser enterrado da forma em que estivesse vestido, que não mexesse em seu corpo. Aparentemente, a mulher que foi preparar o corpo para o enterro, uma faxineira chamada Sophia Bishop, não sabia dessa determinação.

Qual não foi sua surpresa ao descobrir que aquele médico famoso era na verdade, mulher, e com fortes indícios de inclusive ter levado uma gravidez a termo. No entanto, ela só informou o fato após o enterro, por não ter recebido o pagamento que havia solicitado. A notícia se espalhou e foi explorada pela imprensa por algum tempo, como a mulher que havia ludibriado o serviço militar britânico.

Prof. Dr. Antonio de Azevedo Barros Filho

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

GRUPO DE ESTUDOS EM HISTÓRIA DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE

FCM, UNICAMP

NESTA EDIÇÃO:

*O método
Apóio
Institucional
Paidéia como
instrumento
de mudança
no hospital
público*

VEJA TAMBÉM:

*Aspectos atuais
da terapêutica
neoadjuvante
no carcinoma
epidermóide do
esôfago*

*O cuidado na
prática médica*

*Lean
Healthcare: a
gestão na
saúde baseada
no respeito às
pessoas e na
melhoria
contínua*

*Solar da Fossa.
Um território
da liberdade,
impertinências,
ideias e
ousadias*

*Trabalhadores
sofrem mais de
DORT e trans-
tornos mentais,
aponta ambu-
latório do HC*

O método Apoio Institucional Paidéia como instrumento de mudança no hospital público

Nesta metodologia, os participantes do curso comprometem-se com um projeto de intervenção na realidade hospitalar, a ser construído e implementado coletivamente, aplicando os conteúdos ofertados no curso e expandindo o espaço do processo ensino-aprendizagem para a realidade dos serviços.

Este estudo foi realizado em dois hospitais públicos, o Hospital de Urgências de Sergipe e o Hospital de Clínicas (HC) da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade de Campinas. Ambos passaram por mudanças no modelo de gestão hospitalar, com o objetivo de promover a descentralização do poder institucional, abrangendo a tomada de decisões, a organização do processo de trabalho e a autonomia administrativa.

Os referenciais utilizados para a reforma institucional foram semelhantes, baseados nos conceitos de gestão compartilhada ou co-gestão e da clínica ampliada, tendo como conteúdos da atenção à saúde o encontro dos saberes multiprofissionais, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção e as necessidades singulares dos sujeitos, buscando maior eficiência e efetividade dos processos assistenciais e de gestão.

As duas experiências contaram com a realização de um curso de Gestão Hospitalar para o corpo de dirigentes, cuja metodologia constou de oferta teórica baseada nos temas da gestão compartilhada e da clínica do sujeito, utilizando o método de Apoio Institucional Paidéia na construção de uma nova prática e para o desenvolvimento institucional e dos sujeitos envolvidos.

Nesta metodologia, os participantes do curso comprometem-se com um projeto de intervenção na realidade hospitalar, a ser construído e implementado coletivamente, aplicando os conteúdos ofertados no curso e expandindo o espaço do processo ensino-aprendizagem para a realidade dos serviços.

As atividades do projeto de intervenção contaram com o suporte de técnicos apoia-dores que acompanharam as atividades de um grupo de participantes dos cursos e contribuíram para a articulação da teoria

com a prática, desenvolvimento de diagnóstico de situação da unidade de produção envolvida e para a elaboração de um plano operativo com objetivos e metas estabelecidos.

No âmbito do método de Apoio Institucional Paidéia, os sujeitos são instados a um processo de revisão de suas práticas profissionais, do núcleo específico do seu saber ao campo de atuação em saúde, assim como a adotar novos paradigmas da gestão, da administração de recursos materiais e financeiros, da construção coletiva e co-gestão do projeto, consideração da subjetividade e funcionamento dos grupos no espaço de trabalho.

Foram entrevistados 20 profissionais dos dois hospitais, dirigentes de diferentes profissões da saúde, pesquisando-se seus valores acerca das diretrizes do modelo de gestão, o grau de implementação das mesmas, impactos sobre a assistência e a inserção do hospital no sistema de saúde.

A análise da contribuição do método de Apoio Institucional Paidéia, por meio do curso de Gestão Hospitalar para incremento do processo de mudança, assim como dos vários conteúdos teóricos e sua operacionalização em dispositivos e arranjos institucionais, como contrato de gestão, gestão colegiada e constituição das unidades de produção, mostrou que o modelo oferece vantagens para a maior eficácia da gestão da clínica, da compreensão do projeto institucional, da satisfação profissional e pessoal.

Márcia Aparecida do Amaral
Prof. Dr. Gastão Wagner de Souza Campos
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
FCM, UNICAMP

Aspectos atuais da terapêutica neoadjuvante no carcinoma epidermoide do esôfago - parte 2

A radioterapia no câncer de esôfago é utilizada há muitos anos, com bons resultados, objetivando o tratamento definitivo (radioterapia exclusiva) como também o tratamento neoadjuvante a fim de melhorar o controle locoregional da doença. Além disso, a radioterapia exclusiva tem como objetivo preservar os órgãos de ressecção, tais como a laringe no câncer do esôfago cervical ou o estômago no câncer do esôfago distal.⁶ Consequentemente, estratégias terapêuticas multidisciplinares empregando princípios adjuvante (tratamento pós-operatório após ressecção completa) e/ou neoadjuvante (pré-operatório) têm recebido a atenção crescente pela comunidade científica.^{10,11}

A terapia neoadjuvante deve ser realizada três a quatro semanas antes da cirurgia e apresenta como vantagens a possível melhora na ressecção completa do tumor e o aumento na sobrevida global e sobrevida livre de doença. A seu favor, existem algumas vantagens clínicas e teóricas, a saber:

a) vasos sanguíneos e linfáticos íntegros, que possibilitam uma concentração de droga efetiva nas áreas peritumorais. Além disso, a oxigenação tumoral e subsequente radiosensibilidade estão preservados;

b) melhor estado clínico (*performance status*) do paciente quando comparado com a sua situação pós-operatória por meio de uma melhora na nutrição (aumento da ingestão no pré-operatório), o que possibilita melhor administração de Qtx combinada, baseada em cisplatina mais agressiva;

c) melhora do estado clínico dos pacientes respondedores à terapia neoadjuvante no período pós-operatório;

d) diminuição do tamanho tumoral e, portanto, aumento da probabilidade de ressecção completa;

e) a terapia pré-operatória poderia desvitalizar células tumorais e minimizar os riscos de contaminação intraoperatória e implantar células tumorais.

Os objetivos primários da modalidade combinada de tratamento (Qtx e Rtx) no período pré-operatório são tanto o aumento do controle local através da intensificação da Rtx com Qtx concomitante (radiossensibilizadora) como também a erradicação de micrometástases clinicamente ocultas através da Qtx sistêmica.^{6,12}

As desvantagens da terapêutica neoadjuvante seriam:

a) retarda a cirurgia;

b) causa edema e fibrose no mediastino podendo dificultar a cirurgia;

c) propicia o acúmulo de secreções pulmonares no pré-operatório e pode deteriorar a ventilação pulmonar;

d) em alguns pacientes, pode causar anemia e leucopenia.

A disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp utiliza a radioterapia e a quimioterapia neoadjuvantes nos pacientes com CEC de esôfago desde 1984,

inicialmente sob orientação do Prof. Dr. Nelson Bandalise e atualmente sob a coordenação do Prof. Dr. Nelson Andreollo. A experiência do grupo da cirurgia em esôfago-estômago-duodeno é muito positiva, tendo sido objeto de uma dissertação de mestrado publicada em 2010. Pode-se observar melhora da sobrevida nos pacientes que respondem a neoadjuvância com remissão tumoral completa comprovado pela ausência de neoplasia no exame anatomo-patológico da peça cirúrgica.¹³

O tratamento radioterápico foi realizado no Centro de Oncologia de Campinas até 1988 e, a partir desta data, foi realizado no Serviço de Radioterapia do Hospital de Clínicas da Unicamp. O método indicado tem sido a teleradioterapia com dose total média de 4.500 cGy.

O tratamento quimioterápico é realizado na Disciplina de Oncologia Clínica da FCM da Unicamp, com a utilização de um a dois ciclos de cisplatina, sendo o segundo ciclo administrado 21 dias após o primeiro ciclo (75 mg/m² entre D1 ou D4) associado ou não a 5-fluorouracil (1000 mg/m² em infusão contínua em D1 a D5) sendo um esquema modificado de Al-Saraf et al.^{14,15}

No presente, a resposta patológica completa não pode ser diagnosticada adequadamente antes da cirurgia. A biópsia endoscópica também não é confiável para este diagnóstico.

No futuro, novas ferramentas diagnósticas tais como o PET-CT ou marcadores moleculares poderão viabilizar um diagnóstico acurado da resposta patológica completa e nortear a escolha de estratégias terapêuticas para pacientes individualmente.^{12,16}

A experiência do grupo da cirurgia em esôfago-estômago-duodeno é muito positiva, tendo sido objeto de uma dissertação de mestrado publicada em 2010.

6. Zacherl J; Sendler A; Stein HJ; Ott K; Feith M; Jakesz R. Current status of neoadjuvant therapy for adenocarcinoma of the distal esophagus. *World J Surg.* 2003;27:167-74.

7. Nakadi IE; Laethem JLV; Houben JJ; Gay F; Closset J; Houtte PV. Squamous cell carcinoma of the esophagus: multimodal therapy in locally advanced disease. *World J Surg.* 2001;26:72-8.

8. Pearson JG. The present status and future potential of radiotherapy in the management of esophageal cancer. *Cancer.* 1977;39:882-90.

9. Kelsen D. Preoperative chemoradiotherapy for esophageal cancer. *J Clin Oncol.* 2001;19(2):283-5.

10. Kelsen DP; Ginsberg R; Pajak TF; Sheahan DG; Gunderson L; Mortimer J. Chemotherapy followed by surgery compared with surgery alone for localized esophageal cancer. *N Engl J Med.* 1998;339:1979-84.

11. Slater MS; Holland J; Faigel DO; Sheppard BC; Devaney CW. Does neoadjuvant chemoradiation downstage esophageal carcinoma? *Am J Surg.* 2001;181(6):440-4.

12. Kleinberg L; Forastiere AA. Chemoradiation in the management of esophageal cancer. *J Clin Oncol.* 2007;25:4410-7.

13. Terciotti Junior V. Estudo retrospectivo do impacto da terapêutica neo-adjuvante do carcinoma de esôfago na sobrevida dos pacientes operados na Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2010.

14. Herskovic A; Martz K; al-Sarraf M; Leichman L; Brindle J; Vaitkevicius V. Combined chemotherapy and radiotherapy compared with radiotherapy alone in patients with cancer of the esophagus. *N Engl J Med.* 1992;326:1593-8.

15. Herskovic A; al-Sarraf M. Combination of 5-fluorouracil and radiation in esophageal cancer. *Semin Radiat Oncol.* 1997;7(4):383-90.

16. Yano M; Inoue M; Shiozaki H. Preoperative concurrent chemotherapy and radiation therapy followed by surgery for esophageal cancer. *Ann Thorac Cardiovasc Surg.* 2002;8:123-30.

Dr. Valdir Terciotti Junior

Dr. João de Souza Coelho Neto

Dr. Eduardo Baldon Pereira

Prof. Dr. Luiz Roberto Lopes

Prof. Dr. José Barreto Campello Canvalheira

Prof. Dr. Nelson Adami Andreollo

DEPARTAMENTOS DE CIRURGIA,
RADIOLOGIA E CLÍNICA MÉDICA

FCM, UNICAMP

A medicina nasceu dessa necessidade do cuidado, assumindo esse mister, desde os tempos imemoriais nas figuras dos xamãs e curandeiros tribais. A prática médica representa, nada mais, nada menos, que a acumulação dos recursos utilizados no cuidado que vão se tornando disponíveis com o passar do tempo.

É marcante nos dias de hoje um grande movimento para a mudança e para a renovação. Nesses tempos de crise, uma das fortes tendências da nossa cultura é buscar voltar às origens de muitas práticas e tradições. Essa busca e reavivamento das práticas primeiras dá-nos uma sensação de “pureza” bastante gratificante. No campo da prática médica, essa abordagem pode também auxiliar em uma ampla reavaliação dos seus métodos atuais, uma revisão dos fundamentos que ajude a direcionar seus novos rumos.¹

Apesar da evolução e avanço dos conhecimentos atuais, certamente a medicina não pode ser considerada uma ciência exclusivamente exata (mesmo que alguns queiram isso), tampouco uma ciência eminentemente biológica. Por lidar diretamente com pessoas, a medicina passa também obrigatoriamente pelas ciências humanas.

Nessa encruzilhada de saberes, instala-se a prática médica, um acervo milenar de recursos, que nasceu primeiramente para cuidar do ser humano. Cuidar, vem do latim *cogitare* - pensar, dar atenção, levar em consideração.^{2,3}

Todos nós, seres humanos, sabemos, ou deveríamos saber, o quanto vulneráveis somos, o quanto frágil é a nossa existência e o quanto necessário é o cuidado para com cada um de nós. Portanto, essa necessidade de cuidar e ser cuidado nasce juntamente com o humano: “De médico e de louco, todo mundo tem um pouco...”, já diz há muito tempo a sabedoria popular. A medicina nasceu dessa necessidade do cuidado, assumindo esse mister, desde os tempos imemoriais nas figuras dos xamãs e curandeiros tribais. A prática médica representa, nada mais, nada menos, que a acumulação dos recursos utilizados no cuidado que vão se tornando disponíveis com o passar do tempo.

Por muitas razões, todos temos consciência que, lamentavelmente, a medicina moderna acabou por afastar-se dessa sua missão fundamental, mas notamos, tam-

bém, que a sociedade atual tem cobrado cada vez mais dos médicos uma postura mais humana, um retorno do cuidar às suas origens, a volta do humano na sua prática diária.

A medicina sempre foi definida na tradição hipocrática, desde os seus primórdios, como a “arte e ciência” da cura.⁴ Arte (lat. *ars, artis*) pode ser conceituada como o conjunto de preceitos necessários para a execução de alguma atividade, engenhosidade, ganhando *status* de ofício quando relacionada a algumas habilidades específicas. O conceito amplo de ciência (lat. *scientia*) faz referência ao conjunto de conhecimentos obtidos e acumulados a partir da observação e experiência.

Assim, podemos entender que a ciência médica é o conjunto de saberes acumulados durante milênios, que deve dar fundamento ao melhor desempenho possível da atividade do cuidado como arte.

Podemos entender, ainda, ciência como tudo aquilo que assinamos “nós”, tudo aquilo que é construção de certa forma padronizada e realizada por inúmeros autores. Já arte, se refere àquilo que assinamos “eu”, significando o nosso desempenho particular e pessoal de todo um conhecimento acumulado ao longo do tempo.

Desse modo, ciência é um conceito mais próximo do “tratar”, enquanto arte se relaciona mais diretamente com “cuidar”. Parece claro que, nos dias de hoje, a ênfase científica exacerbada no âmbito da medicina, a busca desenfreada pela cura, desequilibra bastante essa relação e aumenta sobremaneira a necessidade de um resgate do cuidado na prática clínica e de um revigoramento do seu desempenho como arte.

1. Kemp K. *Corpo modificado, corpo livre?* São Paulo: Paulus; 2005. [Coleção Questões Fundamentais].

2. Cunha AG. *Dicionário etimológico da língua portuguesa.* 2^a ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986.

3. Ferreira ABH. *Dicionário da Língua Portuguesa.* 3^{ff} ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1993.

4. Salem J. *Hipócrates: conhecer, cuidar, amar, o juramento e outros textos.* São Paulo: Landy; 2002.

Prof. Dr. Venâncio Pereira Dantas Filho

MÉDICO NEUROCIRURGÃO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP E PROFESSOR DO MÓDULO DE BIOÉTICA E ÉTICA

MÉDICA DA FCM, UNICAMP

Prof. Dr. Flávio César de Sá

MÉDICO INFECTOLOGISTA DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE

COLETIVA E COORDENADOR DO MÓDULO DE BIOÉTICA E

ÉTICA MÉDICA DA FCM, UNICAMP

Lean Healthcare: a gestão na saúde baseada no respeito às pessoas e na melhoria contínua

O serviço de saúde deveria ser: seguro, eficaz, centrado no paciente, oportuno, eficiente e equitativo.¹ Convidamos você a analisar o *status quo* do seu próprio serviço. É possível que você faça parte dos milhões de trabalhadores dedicados da área da saúde, que junto com os esforços do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda não conseguiram chegar perto destas metas há muito conhecidas. Hoje, com controle das endemias e doenças parasitárias, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são os principais desafios da saúde pública.

A longo prazo, juntamente com atual estilo de vida, o aumento da longevidade e o envelhecimento da população, essas cifras de DCNT aumentarão. Paralelamente, com o aumento do arsenal terapêutico e com o aporte de novas tecnologias na saúde, a resultante é um incremento nos investimentos na saúde. Infelizmente, os investimentos atuais já não atendem as demandas dos modelos de gestão dos serviços públicos para atingir estas metas. Nesta lógica, certamente com o mesmo modelo de gestão vigente, não as alcançaremos no futuro.

Lean Thinking, traduzido como Pensamento Enxuto, é a dinâmica baseada no conhecimento e o processo focado no cliente, por meio do qual todas as pessoas, em uma definida empresa, eliminam continuamente os desperdícios com o objetivo de criar valor.² O termo valor sob a ótica da sabedoria convencional pode ser definido como algo que: o usuário está disposto a pagar pela atividade; trata-se de uma atividade que é transformadora, chegando próximo do resultado desejado pelo usuário; e a atividade é feita de maneira correta da primeira vez.

Esse conhecimento vem do Womack and Jones e das pesquisas desenvolvidas pelo *Lean Advancement Initiative* no *Massachusetts Institute of Technology* (MIT) sobre os processos de desenvolvimento de produtos, mas que são diretamente aplicáveis à saúde.³ Estes três pontos podem ser influenciados por outros processos. Por exemplo, o fato de um diagnóstico não ser correto na primeira vez, pode ser devido às complexidades inerentes de algumas doenças. Mas, é aceitável se forem utilizados testes planejados ou observações para melhorá-lo. Porém, se for seguido de ações desconexas e aleatórias, torna-se um problema sério.

Os sucessos do *Lean* na produção repetitiva levaram a uma crença popular que o *Lean* só era aplicável à produção. A verdade é que *Lean Thinking* tem ido além da

“manufatura”, sendo aplicado em diversos ambientes de trabalho. No Brasil, temos inúmeros casos do uso em desenvolvimento de produtos, em engenharia, em gerenciamento da cadeia de suprimentos, em gestão empresarial e agora, começamos a observar a aplicação do *Lean* na gestão em saúde, conhecida com *Lean Healthcare* ou Gestão de Saúde Enxuta.

Outras crenças errôneas incluem desempregar o trabalhador ou fazê-lo trabalhar mais, quando na verdade é a eliminação de atividades improdutivas, com a criação de trabalho padronizado sustentável, que é seguro e menos cansativo ao trabalhador.

O *Lean Thinking* não fala sobre influenciar o conteúdo daqueles momentos em que pacientes e profissionais de saúde estão em contato. Trata-se de dar mais tempo para estes momentos, tornando-os mais fáceis de executar e menos propensos a erros, simplificando sequências, fazendo o que tem de ser feito mais transparente, eliminando reduplicação das atividades e etapas desnecessárias, e tornando o que é de execução difícil, em processos mais fáceis de serem executados⁴.

A abordagem *Lean Healthcare* é uma alternativa de gestão para o SUS, já utilizada em hospitais de vários países e o sucesso se comprova através dos resultados qualitativos e quantitativos. Lembrando que o Pensamento Enxuto é orientado por princípios, com aplicação de um conjunto de boas práticas e *performances*, respeitando a realidade e necessidade de cada segmento de saúde. Ao adotar o *Lean* significa que você estará iniciando uma jornada sob os preceitos de convivência respeitosa entre as pessoas e uma busca a melhoria contínua para alcance dos objetivos e metas.

**A abordagem
Lean Healthcare
é uma alternativa
de gestão para o
SUS, já utilizada
em hospitais de
vários países e o
sucesso se comprova
através dos resultados
qualitativos e
quantitativos.**

**(...) Ao adotar o
Lean significa
que você estará
iniciando uma
jornada sob os
preceitos de
convivência
respeitosa entre
as pessoas e
uma busca a
melhoria
contínua para
alcance dos
objetivos e
metas.**

Prof. Dr. Li Li Min

DEPARTAMENTO DE NEUROLOGIA E COORDENADOR
EDUCACIONAL NA FCM, UNICAMP PELO EDNET-MIT

MEMBRO DO LEAN HEALTHCARE NETWORK

Paula T. Fernandes

MEMBRO DO LEAN HEALTHCARE NETWORK

Robisom Calado

PROFESSOR DE ADMINISTRAÇÃO DA CEA-PUCCAMP

PESQUISADOR DO CTI RENATO ARCHER

COORDENADOR DO LEAN HEALTHCARE NETWORK

Earll Murman

PROFESSOR EMÉRITO DO MIT FORD ENGINEERING E

DIRETOR DO LEAN ADVANCEMENT INITIATIVE

EDUCATIONAL NETWORK AT MIT

¹. Committee on Quality of Health Care in America of the Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. National Academy Press, Washington, D.C., 2001.

². Murman E. Lean enterprise value insights from MIT's Lean Aerospace Initiative. Palgrave, New York, 2002.

³. Womack J and Jones D. Lean Thinking. Simon & Shuster, New York, 1996.

⁴. Ben-Tovim D et al. Lean thinking across a hospital, redesigning care at the Flinders Medical Centre. Australian Health Rev. 2007;31(1):10-15.

O Solar foi a comunidade alternativa da contracultura brasileira comparável ao “Exploding Galaxy”, de Londres, onde o principal mandamento era estabelecer uma revolução nos costumes.

Suas portas foram definitivamente lacradas pela polícia militar, no início de 1971, cumprindo ordem judicial de despejo. Isto pôs fim ao transse cultural para aquela juventude de que se despedia dos Beatles, assistia os ataques dos napalms do Vietnã e experimentava os “anos de chumbo”, com a intensa repressão política e social no Brasil.

Vaz, Toninho. Solar da Fossa: um território de liberdade, impertinências, ideias e ousadias. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2011.

Solar da Fossa. Um território da liberdade, impertinências, ideias e ousadias

O século XX foi povoado de movimentos de vanguarda nas artes, como o expressionismo, cubismo, surrealismo, e de contracultura nos valores, com os beatniks, existencialistas, *hippies* e outros. No entanto, ainda hoje, vanguarda e contracultura constituem boas questões sociológicas, pois pouco se sabe sobre como se constituem, reproduzem e dissipam.¹

Tenho uma amiga que vivenciou intensamente diferentes eventos da contracultura dos anos de 1960 no Brasil e me deu de presente o livro de Toninho Vaz, chamado “*Solar da Fossa - Um território de liberdade, impertinências, ideias e ousadias*”, publicado pela editora Casa da Palavra, em 2011, sobre uma experiência de vanguarda no Rio de Janeiro.²

O livro conta que em 1702 uma área próxima à cidade do Rio de Janeiro foi dividida em três partes pela Coroa Portuguesa e doada a diferentes senhores. Uma das partes foi a Chácara do Vigário Geral e logo os engenheiros que planejavam a cidade descobriram que naquelas terras estava a melhor passagem para as praias paradisíacas ao sul do centro da cidade. O último proprietário da área, agora com um enorme solar, substantivo preciso para nomear o casarão “em forma de P invertido e em cujo centro tinha um jardim ornamentado com plantas tropicais e árvores frutíferas”, foi cônego Dr. Antônio Rodrigues Miranda. A área foi deixada para sua sobrinha, que a doou em 1838 para a Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro.

Logo que a Santa Casa assumiu a área, utilizou-a como lavanderia e depois como anexo ao Hospital dos Alienados, chamado “Asylo Santa Maria”. Então, a cidade cresceu e foram feitos túneis para ligar o centro à zona sul, de forma que o casarão da Chácara do Vigário Geral ficou ao lado do túnel da passagem.

Em 1961, a administração da Santa Casa entregou o solar a uma empresa para que negociasse sua venda, mas o casarão acabou arrendado e sublocado para se tornar a pensão Santa Teresinha, em 1964. O Solar era feito de muitos quartos, inclusive pequenos apartamentos comple-

tos, em duas alas e dois andares, em um terreno bastante amplo, e ali “não se sabe como nem por que várias pessoas interessantes resolveram morar”. Foi o precursor de apartamentos-hóteis, com todos os serviços de manutenção incluídos, a um preço bastante acessível para jovens pouco passados dos vinte anos de idade.

Uma expressão de vanguarda foi batizá-lo em 1967 de “Solar da Fossa”, que segundo Ruy Castro, naquele tempo morador e agora autor do prefácio do livro, fossa queria dizer “um vago e ocasional tédio, meio sem explicação, rapidamente sufocado pela urgência dos livros, canções, peças, filmes e novelas que eles [os jovens que ali habitavam] sonhavam em escrever, compor, encenar, dirigir ou estrelar”.

O Solar foi a comunidade alternativa da contracultura brasileira comparável ao *Exploding Galaxy*, de Londres, onde o principal mandamento era estabelecer uma revolução nos costumes. Suas portas foram definitivamente lacradas pela polícia militar, no início de 1971, cumprindo ordem judicial de despejo. Isto pôs fim ao transse cultural para aquela juventude que se despedia dos Beatles, assistia os ataques dos napalms do Vietnã e experimentava os “anos de chumbo”, com a intensa repressão política e social no Brasil.

No Solar da Fossa, cariocas como Paulinho da Viola, curitibanos como Paulo Leminsky, baianos como Caetano Veloso, entre muitos outros, revelaram suas letras e definiram o perfil de uma vanguarda que se consagrou no cenário artístico brasileiro nas décadas seguintes. Além disso, deixaram um desafio sociológico de compreender a relação entre as vanguardas científicas e artísticas; como se formam e dissolvem; e que influência o contexto em que operam exerce sobre eles.

¹Mais, Domenico De. A Emoção é a Regra: os grupos criativos na Europa de 1850 a 1950. Rio de Janeiro: José Olympio, 1999.

²Vaz, Toninho. Solar da Fossa: um território de liberdade, impertinências, ideias e ousadias. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2011.

Prof. Dr. Nelson Filice de Barros

DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

FCM, UNICAMP

Trabalhadores sofrem mais de DORT e transtornos mentais, aponta ambulatório do HC

Fortes dores de cabeça, tonturas, tremores, falta de ar, oscilações de humor, distúrbios do sono, dificuldade de concentração, problemas digestivos e depressão são alguns dos sintomas de uma doença invisível chamada de síndrome do esgotamento profissional ou síndrome de burnout (SB) - do inglês *burn out*, que significa queimar-se por completo.

Enquanto nas décadas de 1970 os problemas de saúde do trabalhador mais relevantes eram as doenças profissionais, tais como silicose ou intoxicação por chumbo e na de 1980 eram as lesões por esforços repetitivos (LER) e doenças osseomusculares relacionadas ao trabalho (DORT), de 1990 em diante os casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho e as doenças como depressão e SB não pararam de crescer.

De acordo com Sérgio Roberto de Lucca, professor e coordenador da área de saúde do trabalhador do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp, os casos de DORT e transtornos mentais associadas à síndrome do esgotamento mental são uma tendência demonstrada pelas estatísticas da Previdência Social e pelos pacientes atendidos no ambulatório de medicina do trabalho do Hospital de Clínicas (HC) da Unicamp. Dos 858 casos de DORT atendidos no ambulatório nos últimos anos, 280 destes casos apresentam como comorbidade algum tipo de transtorno mental.

“O novo desafio da medicina do trabalho é a de preservar a sanidade mental dos trabalhadores. Passamos do risco tecnológico, possível de controlar, para o risco invisível, difícil de controlar. Na história clínica há relatos de assédio moral e alguns pacientes apresentam sintomas que podem caracterizar-se como síndrome de burnout. O medo de perder emprego e os fatores da organização do trabalho são invisíveis e muito mais complexos de lidar. Este problema é mundial”, disse de Lucca.

Segundo de Lucca, esse problema foi agravado com o advento das novas tecnologias e da globalização que impuseram uma reestruturação produtiva. A precarização do trabalho se dá por meio da terceirização, flexibilização das atividades e instabilidade dos postos de trabalho. E o Brasil está numa posição reservada.

“As exigências das empresas são tamanhas que o indivíduo precisa de uma qualificação cada vez mais exigente. A maioria dos trabalhadores, hoje, não tem essa qualificação. Eles ficarão na periferia do sistema, em subempregos ou desempregados”, disse.

Milésima reunião clínica

A área de saúde ocupacional começou em 1978, com o ambulatório de medicina do trabalho, na Liga das Senhoras Católicas de Campinas. O fundador foi o professor René Mendes, do então Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM. Desde 1987, após o ambulatório mudar-se do centro de Campinas para o recém construído Hospital de Clínicas (HC) da Unicamp, alunos do quinto ano de graduação em medicina, médicos residentes e professores passaram a se reunir regularmente às quartas-feiras nas reuniões clínicas de discussão dos casos de pacientes atendidos no ambulatório de medicina do trabalho. Em 34 anos, mais de três mil pacientes foram atendidos, constituindo-se em casos clínicos e fontes de pesquisa.

No dia 7 de março, a área de saúde do trabalhador do Departamento de Saúde Coletiva da FCM realizou a sua milésima reunião clínica. Para comemorar esta marca, aconteceu uma sessão solene no anfiteatro 1 do conjunto de salas de aula da FCM, com a palestra “A importância do ensino e formação na atenção à saúde do trabalhador”, proferida por René Mendes, hoje consultor e professor aposentado da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Mendes foi quem instituiu as reuniões clínicas semanais da área.

René Mendes participou da evolução histórica da medicina do trabalho. Seu livro mais conhecido é *Patologias do trabalho*.

No dia 7 de março, a área de saúde do trabalhador do Departamento de Saúde Coletiva da FCM realizou a sua milésima reunião clínica. Para comemorar esta marca, aconteceu uma sessão solene no anfiteatro 1 do conjunto de salas de aula da FCM, com a palestra “A importância do ensino e formação na atenção à saúde do trabalhador”, proferida por René Mendes.

Edimilson Montalti

ASSESSORIA DE RELAÇÕES PÚBLICAS E IMPRENSA
FCM, UNICAMP

NOTAS

*O médico sanitário Gastão Wagner de Souza Campos lança o romance *Espírito de Época*, um livro que vem escrevendo desde 2004. O lançamento do livro celebra também os 60 anos do professor do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp que teve participação fundamental na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e outras políticas públicas de saúde. *Espírito de Época* é uma obra de ficção. A realidade serviu apenas como estímulo para a criação do enredo; personagens e acontecimentos foram distorcidos pela memória imaginativa do autor. Trata-se de uma transliteração subjetiva dos anos 50, 60 e 70, uma caricatura lírica de uma época e das gerações que a coproduziram. O romance foi escrito a quatro mãos: um autor tímido em peleja com o poderoso espírito de sua época. Trata-se de uma história sobre jovens que experimentaram viver segundo seus desejos e ideais. O escritor explora a face-ta cômica e poética desse esforço heróico. O patético misturando ao trágico e ao épico. Comédia, aventura ou drama, como classificar esse romance?

No livro tudo está misturado como, em geral, acontece na

vida concreta dos inconformados, dos reformadores ou daqueles que, simplesmente, não renunciam à busca da felicidade.

EVENTOS DE MARÇO**Dia 7**

**Abertura da exposição “À flor da pele II”*

Horário: 11 horas

Local: Espaço das Artes da FCM

Org.: ARP e CADCC da FCM

Dia 8

**Formatura festiva da VII turma de Fonoaudiologia*

Horário: das 19 às 22 horas

Local: Auditório da FCM

Org.: Comissão organizadora da VII turma de Fonoaudiologia

Dia 9

**Formatura festival da XXX turma de Enfermagem*

Horário: das 18 às 23 horas

Local: Auditório da FCM

Org.: Comissão organizadora da XXX turma de Enfermagem

Dias 13 e 14

**II Workshop Inovação para o Estabelecimento do Setor de Energia Solar Fotovoltaica no Brasil*

Horário: das 8 às 17 horas

Local: Auditório da FCM

Org.: INOVA - Unicamp

Dia 14

**Simpósio: Morte encefálica -*

doação de órgãos

Horário: das 9 às 11 horas

Local: Anfiteatro do Hospital de Clínicas (HC) da Unicamp

Org.: Diretoria Clínica da HC

Dia 23

**Colação de Grau do curso de Administração e Direito da UNIP*

Horário: das 20 às 22 horas

Local: Auditório da FCM

Dia 27

**Protocolos Clínicos Linha de Cuidado da Gestante*

Horário: das 9 às 16 horas

Local: Auditório da FCM

Org.: PRDU e NEPP da Unicamp

Dias 27 e 28

**II Curso Introdutório de Práticas Integrativas*

Horário: das 18h15 às 20h30

Local: Salão Nobre da FCM

Org.: Centro Acadêmico Adolfo Lutz e Ligas de Homeopatia e Acupuntura

Dia 29

**Simpósio Lean Enterprise e Lean Healthcare*

Horário: das 9 às 17 horas

Local: Auditório da FCM

Org.: Lepedic e Departamento de Neurologia da FCM

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

Prof. Dra. Rosa Inês Costa Pereira

Anatomia Patológica

Prof. Dra. Patrícia Sabino de Matos

Anestesiologia

Prof. Dr. Franklin S. Silva Braga

Cirurgia

Prof. Dr. Joaquim M. Bustorff Silva

Clínica Médica

Prof. Dr. Ibsen Bellini Coimbra

Enfermagem

Prof. Dra. Maria Isabel P. de Freitas

Farmacologia

Prof. Dr. Gilberto De Nucci

Genética Médica

Prof. Dra. Iscia Lopes Cendes

Medicina Prev. Social

Prof. Dra. Marilisa Berti de Barros

Neurologia

Prof. Dr. Fernando Cendes

Oftálmico/Otorrino

Prof. Dr. Reinaldo Jordão Gusmão

Ortopedia

Prof. Dr. Mauricio Etchebehere

Patologia Clínica

Prof. Dra. Helena V. Wolf Grotto

Pediatria

Prof. Dr. Gabriel Hessel

Psic. Médica e Psiquiatria

Prof. Dr. Paulo Dalgalarrondo

Radiologia

Prof. Dr. Nelson Márcio G. Caserta

Tocoginecologia

Prof. Dr. Araújo Mendes Pinto-Neto

Coord. Comissão de Pós-Graduação

Prof. Dr. José Barreto C. Carvalheira

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

Prof. Dra. Maria Francisca C. dos Santos

Coord. do Curso de Graduação em Enfermagem

Prof. 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. Luís 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 Terezinha Lavras Costallat

Coord. do Centro Estudos Pesquisa em Reabilitação (CEPRE)

Profa. Dra. Ivani Rodrigues Silva

Coord. do Centro de Investigação em Pediatria (CIPED)

Prof. Dr. Gil Guerra Junior

Coord. do Centro de Controle de Intoxicações (CCI)

Prof. Dr. Eduardo Mello De Capitani

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. Carvalheira e subcomissões de Pós- Graduação

Bioética e Legislação

Prof. Dr. Carlos Steiner

Prof. Dr. Flávio Cesar de Sá

Prof. Dr. Sebastião Araújo

Diretrizes e Condutas

Prof. Dr. Luiz Roberto Lopes

Prof. Dr. Marco Antonio de C. Filho

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 Filice de Barros

Prof. Dr. Everardo D. Nunes

Responsável Eliana Pietrobom

Jornalista Edimilson Montalvi MTB 12045

Equipe Edson Luis Vertu, Felipe Diniz Barbosa

Projeto gráfico Ana Basaglia

Diagramação/Illustração Emilton B. Oliveira, Thamara G. Vialta

Revisão: Anita Zimmermann

Boletim Digital: Cláudio Moreira Alves

Sugestões boletim@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)