



Higiene, Medicina e Saúde de outros tempos - parte 1

Na atualidade, é consenso que a higiene, a medicina e a saúde pertençam a uma tríade interdependente e inseparável. Contudo, nem sempre esta correlação esteve clara em nossa história. A despeito da preocupação dos antigos romanos em fornecer água potável para seus cidadãos, além de um engenhoso sistema de coleta de esgotos, a Europa da Idade Média testemunhou a perda de importantes noções de saneamento.

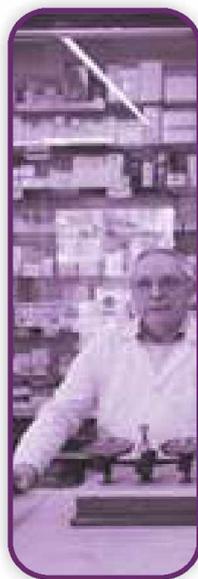
A higiene pessoal era negligenciada, em um mundo que acreditava na existência de poros na superfície corporal que, se abertos, serviriam como via de entrada para as mais diversas doenças. Porque os banhos eram acusados de causar esta dilatação, eles eram raros e tomados com a mais atenciosa cautela. O rei francês Luiz XIV costumava vestir-se magistralmente, mas sua noção de limpeza resumia-se a vestir camisas de linho limpas e perfumadas, sem que ele tivesse se banhado por semanas.

Nas vilas e cidades a sujeira se acumulava nos becos repletos de lixo, e o esgoto corria a céu aberto em valas imundas. Um transeunte menos avisado poderia receber uma carga de excrementos lançados pelas janelas das casas, que não possuíam nenhum saneamento básico. Em Portugal, o governo lisboeta chegou a promulgar uma lei que obrigava os moradores a gritar “água vai!”, no momento em que lançavam o conteúdo de baldes e penicos, para que os pedestres não fossem pegos de surpresa. Paris, por muito tempo, foi considerada a capital mais suja da Europa. Neste ambiente, epidemias recorrentes vitimavam a população.

Assim, não é estranho que as cidades coloniais brasileiras tivessem o mesmo desleixo em relação à higiene. Se é bem verdade que sempre houve aqui uma maior preocupação pelo asseio pessoal, talvez de herança indígena, a sujeira se fazia presente na coletividade. O lixo se acumulava em frente às casas, água se empoçava em cada chuva e

apodrecia com o calor intenso, e animais e escravos mortos eram abandonados inspetos nas praias.

Somente vinte anos após a chegada de dom João, o Rio de Janeiro testemunhou a implantação do primeiro serviço municipal de limpeza urbana. Ainda assim, o esgoto era coletado em valas a céu aberto ou jogado no mar pelos **tigres**, escravos que carregavam os detritos de seus senhores em cestos de palha ou madeira. A acidez dos excrementos que lhes escorria pelas costas tornava a pele dos cativos manchada, característica que lhes conferia sua denominação. A presença nas ruas dos tigres foi uma marca que persistiu durante o século XIX, não apenas na capital do Império. Nos demais espaços urbanos brasileiros, a situação tendia a ser pior e o mau cheiro, a presença de insetos e o acúmulo de lixo era regra.



Profa. Dra. Cristina B. Friedrich Martin Gurgel
GRUPO DE ESTUDOS HISTÓRIA DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE,
FCM, UNICAMP

Camila Pereira Andrade Rosa
Taise Fernandes Carmecini
CURSO DE HISTÓRIA DA MEDICINA, PUCAMPINAS

NESTA EDIÇÃO:

Controle do diabetes e alteração na disfunção erétil

VEJA TAMBÉM:

Unicamp realiza pesquisa para padronização do diagnóstico de fibrose cística

Crítica ao modelo moderno de consulta médica - parte 2

Os serviços farmacêuticos como instrumentos na consolidação da integralidade no SUS - parte 1

A atualidade de Marcel Mauss - Breves notas

Controle do diabetes e alteração na disfunção erétil

(...) o presente trabalho pretende avaliar o efeito do controle glicêmico nas alterações da via NO-cGMP-PDE5 e na via CBS-CSE-H₂S em corpos cavernosos de animais diabéticos. O diabetes foi induzido pela administração de estreptozotocina em camundongos. A duração do diabetes foi de quatro semanas. Para o controle da glicemia, os animais foram tratados com insulina diária, mantendo-se os níveis de glicose dentro dos padrões normais para o camundongo (...)

A disfunção erétil é definida como a incapacidade de alcançar ou manter ereção peniana adequada para a satisfação sexual. O diabetes mellitus é uma condição associada a inúmeros distúrbios sistêmicos que podem contribuir direta ou indiretamente para o desenvolvimento de disfunção erétil, como aterosclerose de grandes vasos, doença arterial microvascular, neuropatia autonômica, dislipidemia, hipertensão arterial e disfunção endotelial. É evidente que a hiperglicemia é um fator principal que inicia e promove complicações diabéticas.

Diante disto, o presente trabalho pretende avaliar o efeito do controle glicêmico nas alterações da via NO-cGMP-PDE5 e na via CBS-CSE-H₂S em corpos cavernosos de animais diabéticos. O diabetes foi induzido pela administração de estreptozotocina em camundongos. A duração do diabetes foi de quatro semanas. Para o controle da glicemia, os animais foram tratados com insulina diária, mantendo-se os níveis de glicose dentro dos padrões normais para o camundongo (glicemia < 11mM). A função erétil foi avaliada *in vitro*, comparando-os com os animais diabéticos não tratados (glicemia 19 a 25mM) e *in vivo* pela pressão intracavernosa.

Alterações morfológicas no pênis dos diferentes grupos também foram avaliadas. Os dados mostraram que o tratamento com insulina diária ampliou a resposta relaxante mediada pelo nitroprussiato de sódio (SNP), tadalafil e estimulação elétrica (EFS), sem alterar a resposta a acetilcolina (Ach). A resposta ao inibidor da Rho-quinase Y não se mostrou alterada nos diferentes grupos. A alteração na pressão intracavernosa do animal diabético também foi prevenida com o tratamento da insulina. A resposta contrátil em resposta à fenilefrina (PE) não se mostrou alterada nos diferentes grupos, ao contrário da contração ao EFS, que embora aumentada no animal diabético, pode ser prevenida pelo tratamento com insulina.

O relaxamento ao BAY 41-2272 e Bay 60-2770 não apresentaram diferenças

entre os grupos. Os dados mostraram que o ativador da GCs BAY 60-2770 pôde promover relaxamento do corpo cavernoso, mesmo em animais hiperglicêmicos, tratados ou não com insulina. Esta resposta se mostrou aumentada quando a NOS foi inibida ou quando a guanilato ciclase (GCs) foi oxidada, diferentemente do Bay 41-2272, que tem sua resposta reduzida nestas condições. Com relação a via CBS-CSE-H₂S, o tratamento com insulina preveniu o menor relaxamento observado com a L-cisteína, bem como DMSO e DMSO₂.

A análise morfológica mostrou que o diabetes levou a uma atrofia do corpo cavernoso do animal diabético em relação ao controle e o tratamento com insulina conseguiu reverter esta alteração. Também foi observada uma hiperplasia de camada muscular da artéria cavernosa nos animais diabéticos, não sendo observado o mesmo efeito nas artérias dorsais. Não foram verificadas alterações no nervo dorsal. O controle da glicemia, através do tratamento com insulina diária, conseguiu restaurar a capacidade de resposta da musculatura lisa do corpo cavernoso do animal diabético, mas não conseguiu prevenir o comprometimento do endotélio presente na patologia do diabetes.

Os dados com os animais diabéticos também mostraram que a GCs não estava oxidada e que a via de sinalização RhoA/Rho-quinase no corpo cavernoso do animal diabético se encontrava dentro dos padrões de normalidade. Os dados mostraram um comprometimento da via CBS-CSE-H₂S no animal diabético, o que foi prevenido pelo controle da glicemia. Por fim, o controle glicêmico conseguiu prevenir alterações morfológicas compatíveis com o quadro de diabetes.

Fernanda Del Grossi Ferraz Carvalho
PÓS-GRADUANDA DO PROGRAMA DE FARMACOLOGIA,
FCM, UNICAMP

Prof. Dr. Gilberto de Nucci, orientador
DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGIA, FCM, UNICAMP

Unicamp realiza pesquisa para padronização do diagnóstico de fibrose cística

O Laboratório de Fibrose Cística (Lafic) da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp reuniu em outubro, no anfiteatro do Centro de Investigação em Pediatria (Ciped), especialistas, biomédicos, pesquisadores, enfermeiros, técnicos de laboratório e representantes dos Centros de Referência de diagnóstico de fibrose cística de São Paulo, Ribeirão Preto, São José do Rio Preto, Marília, Botucatu, Campinas e Presidente Prudente para discutir e apresentar o projeto “Teste do Suor”. O evento contou com a presença de Carmela Maggiuzzo Grindler, coordenadora estadual do Programa Nacional de Triagem Neonatal.

Há três anos o Estado de São Paulo incorporou o exame de fibrose cística ao teste do pezinho em crianças recém-nascidas. O objetivo do projeto é pesquisar sobre os procedimentos do teste do suor realizados atualmente no Estado de São Paulo, padronizá-los e produzir diretrizes brasileiras para o diagnóstico da fibrose cística. A coordenação do projeto está a cargo da gastropediatra Maria de Fátima Correa Pimenta Servidoni e da fisioterapeuta Carla Cristina Souza Gomez. A supervisão é do pediatra Antonio Fernando Ribeiro.

“O teste do suor é o padrão ouro para o diagnóstico da fibrose cística. Sabemos que há laboratórios que embrulham a criança com plástico, colocam no sol e colhem o suor com tubo de ensaio. Há equipamentos para estimular o suor que podem queimar a pele do bebê. O grande problema é vir um falso diagnóstico”, explicou Maria de Fátima.

De acordo com a fisioterapeuta Carla Gomez, o projeto deve levar uns dois anos para ser concluído. Entretanto, ao passo que os dados forem tabulados, novas reuniões serão feitas com os representantes dos Centros de Referência. A ideia é que o projeto se estenda para todo o Brasil.

“Aqui no Brasil, tem muitos locais particulares que não sabemos como fazem o teste. Cada um faz do jeito que quer ou pode. Queremos normatizar o exame para melhorar o prognóstico dos pacientes”, disse Carla.

A fibrose cística é uma doença hereditária. Os sinais clínicos que caracterizam a fibrose cística são a doença pulmonar crônica e progressiva e a

insuficiência pancreática. Ela afeta os aparelhos digestivo e respiratório e as glândulas sudoríparas. Vinte por cento da população mundial são portadores assintomáticos de mutações no gene associado à fibrose cística.

As crianças são mais afetadas. Ao nascimento, as crianças com fibrose cística apresentam pulmões estruturalmente normais. Com o tempo, as sucessivas infecções e inflamações, culminam com hipertensão pulmonar e insuficiência respiratória crônica. Problemas no sistema respiratório ocorrem em mais de 90% dos indivíduos com a doença, de forma progressiva e de intensidade variável. Esta intensidade de acometimento é o que determina o desenvolvimento da doença.

“Nas décadas de 1940 e 1950 a sobrevida médica que era de cinco anos para crianças diagnosticadas com fibrose cística. Hoje, tem indivíduos com a doença que chegam aos 60 anos ou mais. O diagnóstico precoce melhorou o tratamento, que evoluiu ao longo dos anos. Os medicamentos são disponibilizados gratuitamente na rede pública de saúde para quem adere ao tratamento”, disse o médico Antonio Fernando Ribeiro.

A fibrose cística acomete os bebês principalmente no verão, pois perdem sal. A doença, às vezes, é confundida com desidratação. Para cada 14 mil bebês nascidos no Estado de São Paulo, estima-se que um seja portador de fibrose cística. Baixo ganho de peso, cansaço ou catarro espesso são sinais que merecem a atenção dos pais, segundo Maria de Fátima. Atualmente, o ambulatório de pediatria do Hospital de Clínicas (HC) da Unicamp recebe oito crianças por semana com suspeita de fibrose cística.

“A consulta é rápida. Basta ligar para (19) 3521-7646 e pedir para falar com o médico da área de fibrose cística ou com o residente das áreas de pneumologia ou gastroenterologia que agendamos o atendimento na mesma semana”, explicou Maria de Fátima.

Há três anos o Estado de São Paulo incorporou o exame de fibrose cística ao teste do pezinho em crianças recém-nascidas. O objetivo do projeto é pesquisar sobre os procedimentos do teste do suor realizados atualmente no Estado de São Paulo, padronizá-los e produzir diretrizes brasileiras para o diagnóstico da fibrose cística.

Edimilson Montalti

ASSESSORIA DE RELAÇÕES PÚBLICAS E IMPRENSA
FCM, UNICAMP

Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade e da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo

Crítica ao modelo moderno de consulta médica - parte 2

As diretrizes curriculares do curso de Medicina, publicadas pelo Conselho Nacional de Educação⁹ em novembro de 2001, trazem, em seu artigo 3º - “O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano”.

Ainda, no artigo 4º, que descreve as competências profissionais: “Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo”.

Nas definições de conteúdo: “Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina. Devem contemplar:

II - compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença”.

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO traz, em seu artigo 23 Informação, Formação e Educação em Bioética:¹⁰ “De modo a promover os princípios estabelecidos na

presente Declaração e alcançar uma melhor compreensão das implicações éticas dos avanços científicos e tecnológicos, em especial para os jovens, os Estados devem envidar esforços para promover a formação e educação em bioética em todos os níveis, bem como estimular programas de disseminação de informação e conhecimento sobre bioética.”

Praticamente todas as propostas de reforma curricular em andamento hoje no país incluem uma ampliação da formação dos futuros médicos nos aspectos éticos e humanísticos da profissão.

A reforma curricular do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp, iniciada em 1989, teve como um dos eixos centrais os aspectos éticos e humanísticos da formação do médico.^{11,12,13}



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

Prof. Dr. Flávio César de Sá
MÉDICO INFECTOLOGISTA DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA E COORDENADOR DO MÓDULO DE BIOÉTIKA E ÉTIKA MÉDICA DA FCM, UNICAMP

10. UNESCO. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos; 2005.

11. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Código de Ética Médica e textos legais sobre ética, direitos e deveres dos médicos e pacientes. São Paulo: CREMESP; 2001.

12. Sá FC. O ensino de bioética e ética médica na FCM. Boletim da FCM 2005 [citado 16 Maio 2009];1(6):6. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/>

13. Dantas Filho VP, Sá FC. Ensino médico e espiritualidade. Mundo Saúde. 2007;31(2): 273-80.

14. Kottow M, Schramm FR. Desarrollo moral en bioética: etapas, esquemas o ambitos morales? Rev Bras Educ Méd. 2001;25(2):25-31.

15. Siqueira JE. Ensino de bioética. In: Segre M, editor. A questão ética e a saúde humana. São Paulo: Atheneu; 2006.

16. Siqueira JE. Educação médica em bioética. Rev Brasil Bioética. 2007;3(3):301-27.

Os serviços farmacêuticos como instrumentos na consolidação da integralidade no SUS - parte 1

A integralidade do cuidado é uma das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal em 1988. Em 1990, no artigo 7º da Lei 8.080, a integralidade é definida como: "um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema".¹

Neste contexto, a integralidade pode ser entendida de diferentes maneiras, dependendo do referencial adotado: acesso aos diferentes níveis de atenção, incorporação de ações de prevenção e promoção da saúde conjuntamente com as práticas curativas e de reabilitação e, por fim, num sentido mais amplo, a integralidade pode ser entendida como a necessidade do estabelecimento de políticas especificamente desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde ou aos problemas de saúde que afligem um determinado grupo populacional, sempre objetivando melhor qualidade de vida para esta população.²

Considera-se hoje um verdadeiro desafio a implementação plena e consistente do princípio constitucional da integralidade. Muitas são as dificuldades diárias para tal, mas um passo importante para que seja alcançada é a colaboração de diferentes profissionais compartilhando conhecimentos, experiências e habilidades em prol de uma melhor atenção ao paciente. Assim, a chamada **colaboração profissional** vai ao encontro das necessidades de uma população mais envelhecida, com problemas de saúde cada vez mais complexos.³

A colaboração do profissional farmacêutico nas equipes de saúde é hoje uma realidade que vem sendo construída lentamente e com muito esforço, pois este vive hoje uma transformação no seu âmbito profissional. Desde 1988, quando foram definidas a Assistência Farmacêutica e a Política Nacional de Medicamentos como instrumentos estratégicos na formulação das políticas de saúde brasileiras, o farmacêutico foi incumbido

de participar de maneira efetiva da saúde pública e também de desenvolver formas específicas de tecnologia, envolvendo os medicamentos e seus desdobramentos na prestação de serviços de saúde.³ No entanto, sabemos hoje que a implementação destas tecnologias ainda é incipiente no SUS e também no sistema privado, hospitalar e comercial (farmácias e drogarias).

Os esforços para a consolidação de um cuidado centrado no paciente passam pela mudança de desempenho de atividades farmacêuticas exclusivamente administrativas e logísticas, focadas no medicamento, para o exercício de atividades clínicas, além da integração e colaboração com os membros da equipe de saúde, cuidando diretamente do paciente.⁴



Aline Cruz

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS
FCM, UNICAMP

Roberta Paro de Carvalho

DIRETORA DO SERVIÇO DE FARMÁCIA DO HOSPITAL DA
MULHER PROF. DR. JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI
CAISM, UNICAMP

Profa. Dra. Patricia Moriel
Profa. Dra. Priscila Gava Mazzola

DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA CLÍNICA
FCM, UNICAMP

Considera-se hoje um verdadeiro desafio a implementação plena e consistente do princípio constitucional da integralidade. Muitas são as dificuldades diárias para tal, mas um passo importante para que seja alcançada é a colaboração de diferentes profissionais (...).

1. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

2. BOSIO, RS. Multidisciplinaridade e Interdisciplinaridade: Uma análise da prática de atividades multi e interdisciplinares na visão dos profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde no Município de Petrópolis RJ, 2009. 105 p. Dissertação (Mestrado) Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa da Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro.

3. MARIN, N (org.) et al. Assistência farmacêutica para gerentes municipais de saúde. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. 373 p.

4. PERETTA, MD; CICCIA, GN. Reingeniería de la Práctica Farmacéutica. Buenos Aires: Editora Médica Panamericana, 1998. 226 p.

5. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). The role of the pharmacist in the health care system. Geneva: OMS, 1994. 60 p.

6. HEPLER, CD; STRAND LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. American Journal of Hospital Pharmacy 47 (1990): 535-43.

7. LEAPE, LL et al. Pharmacist participation on physician rounds and adverse drug events in the intensive care unit. JAMA 282 (1999): 267-270.

8. CASSIANI, SHB; UETA, J (org.). A segurança de pacientes na utilização da medicação. São Paulo: Artes Médicas, 2004. 150 p.

9. PEREIRA, LRL; FREITAS, O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences 44 (2008): 601-612.

Nesse artigo passa em revista seis trabalhos de sua autoria sobre Durkheim e seu sobrinho Marcel Mauss, a fim de discutir o estatuto da biografia nas ciências sociais, e esclarece o leitor que há, sim, coisas novas para dizer sobre os dois sociólogos.

A atualidade de Marcel Mauss - Breves notas

Em 1994, Marcel Fournier publicou a magistral biografia de Marcel Mauss (1872-1950); antes ele já havia escrito sobre o etnólogo e sociólogo francês, tornando-se um especialista na vida e na obra desse pensador. Fournier esteve no Brasil, na ANPOCS (2002), quando proferiu a conferência “Para reescrever a biografia de Marcel Mauss”. Em um dos últimos trabalhos Fournier (2012), de forma provocativa pergunta: *Is there anything new to say about Émile Durkheim and Marcel Mauss?*¹ Nesse artigo passa em revista seis trabalhos de sua autoria sobre Durkheim e seu sobrinho Marcel Mauss, a fim de discutir o estatuto da biografia nas ciências sociais, e esclarece o leitor que há, sim, coisas novas para dizer sobre os dois sociólogos.

Não vamos recuperar todo o conteúdo desse artigo, mas motivado pela indagação, lembrar da importância de Mauss para o campo das ciências sociais em saúde. Assim, se Durkheim tornou-se famoso por definir o que é “fato social”, Mauss, da mesma forma, por ter conceituado o que é “fato social total”; se o primeiro assentou a “solidariedade social” como principal elo que une os indivíduos uns aos outros, o segundo redefiniu o conceito de sistema de trocas as três obrigações: dar, receber, retribuir no clássico estudo sobre a “dádiva”.²

No Brasil a obra de Mauss é bastante conhecida entre os cientistas sociais e dentre os estudiosos citamos Martins (2005) para quem “**Uma das contribuições centrais de Mauss para a sociologia foi demonstrar que o valor das coisas não pode ser superior ao valor da relação e que o simbolismo é fundamental para a vida social**” e, também, que não se deve confundir a dádiva maussiana com caridade ou benção da tradição católica.³

Na área da saúde, a obra de Mauss tem sido extensamente utilizada. Provavelmente, a primeira pesquisa que trabalhou com o conceito de dádiva foi a de Richard Titmuss (1907-1973), pesquisador social e criador da disciplina *Social Policy* da London School of Economics, quando escreveu *The gift relationship* em 1970,

sobre a doação de sangue.⁴ Castro-Santos, Moraes e Coelho (1993) que pesquisaram profundamente a “questão do sangue” no Brasil, revisam o trabalho de Titmuss, creditando-lhe a sua grande importância como um clássico e apresentando as críticas que foram feitas ao sociólogo inglês quando este defende a doação altruísta, não-remunerada, como uma salvaguarda contra a hepatite pós-transfusional e analisando a dádiva como um instrumento de expansão do comportamento altruísta e dos laços comunitários em qualquer sociedade.⁵ Outro trabalho etnográfico é a pesquisa de Pereira que tensiona as dimensões terror-dádiva, realizada junto a internos de uma instituição que trata de adictivos em Brasília. Além do trabalho etnográfico o autor faz detalhada revisão sobre a dádiva, lembrando que Godelier salientou que para Mauss o “enigma do dom” é a retribuição.⁶

Outros dois temas maussianos as técnicas corporais e a pessoa também têm sido alvo de inúmeras leituras no campo da antropologia médica e da saúde e da educação física. Para Mauss o corpo é necessariamente uma construção social e simbólica.⁷ Embora esse trabalho seja dos anos 30, foi somente nos anos 70 que a antropologia do corpo surgiu como campo específico de estudos e posteriormente como disciplina em cursos universitários. Em relação à pessoa, a utilização desse conceito, no estudo sobre a experiência com a doença pode ser encontrada em Duarte.⁸

Os trabalhos citados são poucos, mas ilustram como as teorias de Mauss têm sido usadas, e mostram como a teoria da dádiva, “vem sendo resgatada como um modelo interpretativo de grande atualidade para se pensar os fundamentos da solidariedade e da aliança nas sociedades contemporâneas”, inclusive balizando o denominado MAUSS - Movimento Antiutilitarista nas Ciências Sociais.

Prof. Dr. Everardo Duarte Nunes
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
FCM, UNICAMP

1. Fournier, Marcel. Is there anything new to say about Émile Durkheim and Marcel Mauss? *International Sociology*, 27(2): 170-178, 2012.

2. Mauss, M. [1923-24]. Ensaio sobre a dádiva. Forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. In: _____. *Sociologia e Antropologia*. v. II. São Paulo: Edusp, 1974.

3. Martins, PH. A sociologia de Marcel Mauss: dádiva, simbolismo e associação. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 73: 45-66, 2005.

4. Titmuss, RM. *The Gift Relationship: From Human Blood to Social Policy*. Londres, George Allen & Unwin e Nova Iorque. Pantheon Books, 1971.

5. Castro-Santos, IA; Moraes, C.; Coelho, VSP. A politização do sangue no primeiro mundo, *Physis*, 3(2), 1993.

6. Pereira, PPG. O terror e a dádiva. Goiânia: Editora Vieira; Cãnone Editorial, 2004.

7. Mauss, M. Técnicas corporais. In: _____. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: EPU/EDUSP [1934] 1974, v.2.

8. Duarte, LFD. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. *Ciência, saúde coletiva*, 8(1), 2003.

NOTAS

*Já estão abertas as inscrições para o curso Principles and Practical of Clinical Research (PPCR) de 2013, transmitido pela Harvard University para alunos da Unicamp. As inscrições se encerram em 30 de dezembro. Anualmente, são oferecidas 30 vagas. O custo, ainda com valor promocional para a Unicamp, é de USD\$ 2.825,00, por cartão internacional. O custo inclui o curso mais o software STATA, de estatística. Neste valor não estão incluídos possíveis gastos relacionados com o workshop de 2013, que é opcional. O curso terá início em fevereiro de 2013 e término previsto para o final de outubro do mesmo ano. As aulas obrigatórias são transmitidas por videoconferência as quintas-feiras, das 17 às 20 horas, na Sala da Congregação da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp, com alterações pequenas nos horários de verão do Brasil e EUA. A presença do aluno é certificada diretamente por Harvard. Há temas semanais que são colocados em discussão, o que exige, em média, de quatro a seis horas semanais de estudo. As propostas de inscrições, bem como eventuais dúvidas, devem ser inicialmente direcionadas ao e-mail hmoreno@uol.com.br com breve currículo de no máximo duas páginas. Após este encaminhamento inicial e a confirmação local de vaga, os

procedimentos de inscrição formal e pagamento do curso são realizados diretamente no site www.clinicalresearchlearning.org. “No dia 18 de outubro ocorreu a prova final do curso de 2012. Após o término do curso, cerca de 30% de nossos alunos participaram, por quatro dias, de um simpósio intensivo sobre estatística e redação de trabalhos científicos ocorrido na Bahia, com alunos do curso do mundo todo e a equipe de Harvard. O professor Felipe Fregni, de Harvard, qualificou a participação dos alunos da Unicamp como excelente”, disse Heitor Moreno Jr, professor da FCM e coordenador do PPCR na Unicamp.

*Pesquisadores do Brasil e do Canadá participam na Unicamp de um workshop realizado em parceria com a McGill University, uma das principais universidades canadenses, sobre as causas e os tratamentos da neurodegeneração, processo que consiste na perda progressiva da estrutura ou da função dos neurônios. As duas instituições assinaram um convênio de cooperação no último mês de abril, durante a visita à Unicamp do governador geral do Canadá e de 30 reitores de universidades canadenses. O professor Alan Hazell, responsável pela organização do workshop ao lado do professor Fernando Cendes, da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp, e do professor Claudio Cuello, da McGill, também deu as boas-vindas aos participantes do encontro.

Hazell foi um dos primeiros a ingressar no Programa Professor Visitante do Exterior da Unicamp, por meio do qual especialistas de diversas áreas com sólida experiência internacional podem exercer atividades de ensino e pesquisa na Universidade por até dois anos.

Ele chegou à FCM em março de 2011, proveniente da Universidade de Montreal, outra renomada instituição canadense.

EVENTOS DE NOVEMBRO

Dia 1

*Professor Emérito da Unicamp
Homenageado: Adil Samara e Anibal Faúndes
Horário: 10 horas
Local: Salão Nobre da FCM

Dias 5, 6, 7 e 10

*XXI Congresso Médico Acadêmico da Unicamp
Horário: das 18 às 22 horas
Local: Anfiteatro 1 da FCM

Dia 6

*Bate-papo sobre o Sistema de Saúde na Inglaterra
Convidado: Professor William J. Jeffcoate, da Universidade de Nottingham
Horário: 18 horas
Local: Anfiteatro 3 das salas de aula da FCM

Dia 7

*Exposição Rupturas Finas
Artista: Alzira Ballestero e Odair Demarchi
Horário: 11 horas
Local: Espaço das Artes da FCM

Dia 8

***Forum Permanente Modelos de**

Dia 30

***II Course on Cryopreservation of Mouse Germplasm | Colloquium on Animal Genetic Models Cryopreserved Repository**
 Horário: das 8h30 às 17h30
 Local: Auditório da FCM

***Entrega prêmios professor Irma de Oliveira, Gabriel de Oliveira Porto e Miguel Inácio**
 Horário: 15 horas
 Local: Salão Nobre

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
 Profa. Dra. Angélica de Fátima de Assunção Braga
 Cirurgia
 Prof. Dr. Joaquim M. Bustorff Silva
 Clínica Médica
 Prof. Dr. Ibsen Bellini Coimbra
 Enfermagem
 Profa. Dra. Silvana Denofre Carvalho
 Farmacologia
 Prof. Dr. Gilberto De Nucci
 Genética Médica
 Profa. Dra. Iscia Lopes Cendes
 Saúde de Coletiva
 Prof. Dr. Edison Bueno
 Neurologia
 Prof. Dr. Fernando Cendes

Oftalmo/Otorrino
 Prof. Dr. Reinaldo Jordão Gusmão
 Ortopedia
 Prof. Dr. Mauricio Etchebehere
 Patologia Clínica
 Profa. Dra. Célia Regina Garlipp
 Pediatria
 Prof. Dr. Gabriel Hessel
 Psic. Médica e Psiquiatria
 Prof. Dr. Paulo Dalgalarrodo
 Radiologia
 Prof. Dr. Nelson Márcio G. Caserta
 Tocoginecologia
 Prof. Dr. Luiz Carlos Zeferino
 Coord. Comissão de Pós-Graduação
 Prof. Dr. Lício Augusto Velloso
 Coord. Comissão Extensão e Ass. Comunitários
 Prof. Dr. Otávio Rizzi Coelho
 Coord. Comissão Ens. Residência Médica
 Prof. Dr. Marco Antonio de Carvalho Filho
 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. Lillian Tereza 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. Lício Augusto Velloso 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 Pirotobom
 Jornalista Edmilson Montalti MTB 12045
 Equipe Edson Luis Vertu, Daniela de Mello R. Machado
 Projeto gráfico Ana Basaglia
 Diagramação/Ilustração Emilton B. Oliveira, Thamara G. Vialta
 Revisão: Anita Zimmermann
 Boletim Digital: Cláudio Moreira Alves
 Sugestões boletim@fcm.unicamp.br
 Telefone (19) 3521-8968
 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)