



Higiene, Medicina e Saúde de outros tempos - parte 2

Durante o século XIX, com o avanço do pensamento científico, foi possível gradativamente sentir singelas, mas significativas, mudanças de ordem sanitária. Na Londres de 1854, o médico John Snow conseguiu provar que a poluída água do Tâmesa, usada como fornecimento de água para um determinado bairro, era responsável pelas recorrentes epidemias de cólera de seus moradores. Quando Pasteur e muitos outros finalmente provaram a existência de microorganismos patogênicos, e em que ambientes proliferavam, a preocupação com a higiene tornou-se mais evidente.

Sem saber a causa exata das epidemias que devastavam o Rio de Janeiro, médicos e governantes concordavam que a sujeira, que imperava na então capital brasileira, seria a responsável por repetidas tragédias vivenciadas, entre elas as causadas pela febre amarela. A doença, que vitimava principalmente a população de origem européia, era um dos empecilhos para a entrada de imigrantes no país, mão de obra necessária para as crescentes lavouras de café.

Medidas governamentais urgentes precisaram ser tomadas. Diante de uma coleta de lixo irregular e insatisfatória, na segunda metade do século XIX, Aleixo Gary foi contratado para a limpeza urbana, razão pela qual os varredores de rua são ainda conhecidos pelos cariocas por garis. Engenheiros ingleses foram chamados para a implantação de um sistema de esgotos na capital e em São Paulo, e tiveram que lutar contra as diversidades do solo, do clima e dos regimes pluviais.

Apesar de sua inegável importância, tais mudanças foram tímidas e localizadas. Campinas, por exemplo, teve que sofrer um grave surto de febre amarela para que medidas sanitárias fossem introduzidas na cidade.

Muitos anos tiveram que passar para que a vida média dos brasileiros fosse maior que os 30 a 35 anos vividos durante os tempos de colônia e império.



NESTA EDIÇÃO:

Exercícios e drenagem linfática manual no pós-operatório de câncer de mama

VEJA TAMBÉM:

Diagnóstico de tromboembolismo pulmonar

Crítica ao modelo moderno de consulta médica

Os serviços farmacêuticos como instrumentos na consolidação da integralidade no SUS

A homeopatia na rede pública do Estado de São Paulo: facilitadores e dificultadores

FCM entrega prêmios de incentivo ao ensino de graduação

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, PUCCAMPINAS

Exercícios e drenagem linfática manual no pós-operatório de câncer de mama

A presença de refluxo dérmico e circulação colateral foi semelhante entre os grupos nos dois momentos avaliados. No grupo de exercícios houve aumento significativo da absorção hepática no pós-operatório. A realização de exercícios ativos ou drenagem linfática manual não demonstrou diferença em relação às complicações (...)

Os avanços no diagnóstico precoce e tratamento do câncer de mama resultam em longa sobrevida, acompanhada, muitas vezes, de significativa morbidade. O linfedema de membro superior (MS) ipsilateral à cirurgia apresenta incidência entre 24% e 49% e promove substancial prejuízo funcional e psicológico. Portanto, mais atenção tem sido dada às complicações físicas e ao aprimoramento das técnicas de prevenção e reabilitação.

O objetivo da pesquisa “Comparação dos exercícios ativos e da drenagem linfática manual nas complicações físicas e compensações linfáticas no pós-operatório de câncer de mama” é avaliar o efeito dos exercícios ativos e da drenagem linfática manual (DLM) nas complicações cicatriciais, na amplitude de movimento (ADM) de ombro, na perimetria e compensações linfáticas do MS no pós-operatório de câncer de mama.

Foi realizado ensaio clínico controlado não aleatorizado com 89 mulheres submetidas à cirurgia radical por câncer de mama, pareadas por estadiamento, idade e índice de massa corporal. No pós-operatório, 46 mulheres realizaram exercícios ativos para membro superior e 43 realizaram drenagem linfática manual durante um mês. Avaliações foram realizadas no pré-operatório e 60 dias após a cirurgia e constavam de inspeção, palpação, goniometria, perimetria e realização da linfocintilografia de membro superior.

Neste exame foram analisadas a velocidade de ascensão e intensidade de captação do radiofármaco, além da presença de refluxo dérmico, circulação colateral e absorção hepática.

Os grupos foram semelhantes quanto às características clínicas e de tratamento. Não houve diferença significativa entre os grupos em relação à incidência de complicações cicatriciais (deiscência, infecção e seroma). A comparação entre os grupos em relação à amplitude de movimento de ombro (flexão e abdução) e perimetria do membro superior, no pré e

pós-operatório, não apresentou diferença significativa. Sessenta dias após a cirurgia, 34,8% do grupo exercício e 48,8% da drenagem linfática manual apresentou piora na velocidade de ascensão do radiofármaco, enquanto que somente 19,6% e 18,6%, apresentou melhora da velocidade, respectivamente. Em relação à intensidade de captação, 43,5% do grupo exercício e 55,8% do drenagem linfática manual apresentou piora e 13% e 14%, apresentou melhora, respectivamente.

A presença de refluxo dérmico e circulação colateral foi semelhante entre os grupos nos dois momentos avaliados. No grupo de exercícios houve aumento significativo da absorção hepática no pós-operatório. A realização de exercícios ativos ou drenagem linfática manual não demonstrou diferença em relação às complicações cicatriciais, à amplitude de movimento de ombro e à perimetria de membro superior sugerindo que exercícios e/ou drenagem linfática manual podem ser empregados de acordo com a experiência do profissional e com as queixas ou sintomas de cada mulher.

A avaliação da função linfática pode ser feita em curto prazo, possibilitando a detecção de anomalias antes mesmo da presença de queixa ou do diagnóstico clínico de linfedema. Maior tempo de seguimento é necessário para verificar associação entre os achados da linfocintilografia e o risco de linfedema. Palavras-chave: sistema linfático, drenagem linfática manual, exercícios, linfocintilografia, câncer de mama.

Mariana Maia Freire de Oliveira

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TOCOGINECOLOGIA

Profa. Dra. Maria Salete Costa Gurgel

DEPARTAMENTO DE TOCOGINECOLOGIA

FCM, UNICAMP

Diagnóstico de tromboembolismo pulmonar (TEP)

O tromboembolismo pulmonar (TEP) é a terceira doença cardiovascular aguda mais frequente como causa de morbidade e mortalidade e um dos mais frequentes problemas enfrentados pelo internista.^{1,4(D)} Doenças cardíacas, neoplasias, traumas, cirurgias recentes e doenças sistêmicas são condições clínicas predisponentes importantes.^{1,4(D)}

O diagnóstico, geralmente, é difícil, já que os sintomas são pouco específicos, como dispnéia e taquipnéia, dor torácica, tosse e hemoptise. O paciente pode ainda apresentar sintomas de insuficiência cardíaca direita, como tontura, síncope, desconforto precordial, empachamento, dor no hipocôndrio direito e edema de membros inferiores.

Os principais sinais provêm da insuficiência cardíaca direita de rápida instalação: hipotensão; taquicardia; taquipnéia; cianose; estase jugular; reflexo hepatojugular; desvio do íctus para esquerda; ausculta de insuficiência tricúspide; punho percussão hepática dolorosa; ascite e da hipertensão pulmonar: desdobramento e hiperfonesse de segunda bulha, que se torna palpável; submacicez do segundo espaço intercostal esquerdo.

Ao eletrocardiograma, os sinais mais importantes são: inversão onda T DIII/aVF ou em V1-V4; BRD; onda S DI e aVL > 1,5mm; onda S profunda em DI concomitante a onda Q e inversão de onda T em DIII; onda Q em DIII e aVF, mas não em DII; padrão Qr em V1.

Uma radiografia simples de tórax poderá mostrar: dilatação proximal dos ramos das artérias pulmonares; aumento de VD, visível pela diminuição do espaço retroesternal no perfil; dilatação da veia cava inferior e da veia ázigo; derrame pleural ou pericárdico; dilatação da borda cardíaca direita no AP secundário a aumento de AD.

Ao ecocardiograma, os principais achados indicativos de TEP são:

dilatação/hipertrofia de VD e hipocinesia; movimentação paradoxal do septo; aumento de AD; insuficiência tricúspide/hipertensão pulmonar; derrame pericárdico; perda do colapso inspiratório da veia cava inferior.

O primeiro e mais importante passo, no diagnóstico de TEP, é a determinação da probabilidade clínica da ocorrência. Esta probabilidade é considerada alta, quando a somatória dos critérios é >6; 2<intermediária <6 e baixa quando <2.^{1,4(D)}

Os critérios mais utilizados para determinar tal probabilidade estão abaixo relacionados:

Critério de Wells

Sinais ou sintomas de TVP	3,0
TEP é principal hipótese (história, exame físico, raio-x, ECG)	3,0
FC > 100 bpm	1,5
Imobilização > três dias ou cirurgia nas últimas quatro semanas	1,5
Antecedente de TEP ou TVP	1,5
Hemoptise	1,0
Neoplasia em tratamento nos últimos seis meses ou paliativo	1,0

Critério de Geneva

Idade		
	60 - 79 anos	1
	> 79 anos	2
Antecedente de TEP ou TVP		
		2
Cirurgia recente (ou Neoplasia)		
		3
FC > 100bpm		
		1
PaCO ₂		
	<36 mmHg	2
	36-39 mmHg	1
PaCO ₂		
	<50 mmHg	4
	50-60 mmHg	3
	61-72 mmHg	2
	73-83 mmHg	1
Raio-X de tórax		
	Atelectasia laminar	1
	Elevação de hemidiafragma	1

De acordo com a probabilidade clínica, preconizam-se os esquemas 1 e 2 de investigação diagnóstica. Ver em:

http://www.fcm.unicamp.br/diretrizes/d_n_c/diagn_tromboembol_pulmonar/diagn_tromboemb_20pulmonar_pag2.html

Brianna Nicoletti
Marco Antônio de Carvalho Filho
Profa. Dra. Laura S. Ward
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA
FCM, UNICAMP

O diagnóstico, geralmente, é difícil, já que os sintomas são pouco específicos, como dispnéia e taquipnéia, dor torácica, tosse e hemoptise. O paciente pode ainda apresentar sintomas de insuficiência cardíaca direita, como tontura, síncope, desconforto precordial, empachamento, dor no hipocôndrio direito e edema de membros inferiores.

1. Piazza G, Goldhaber SZ. Acute pulmonary embolism: part II: treatment and prophylaxis. Circulation. 2006 Jul 18;114 (3):e42-7.

2. Wells PS. Advances in the diagnosis of venous thromboembolism. J Thromb Thrombolysis. 2006 Feb;21 (1):31-40.

3. Wells PS, Owen C, Doucette S, Fergusson D, Tran H. Does this patient have deep vein thrombosis? JAMA. 2006 Jan 11;295(2):199-207.

4. Merli G. Diagnostic assessment of deep vein thrombosis and pulmonary embolism. Am J Med. 2005 Aug;118 Suppl 8A:3S-12S.

Um sólido embasamento técnico-científico juntamente com uma formação humanística e bioética consistente, que permita o entendimento integral da pessoa humana e suas variabilidades, deve ser o objetivo da formação do médico neste início de terceiro milênio.

Crítica ao modelo moderno de consulta médica – conclusões

Normatiza o Código de Ética Médica, Capítulo I, Princípios Fundamentais: Art. 1º - A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza.

Art. 2º - 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.

Muitos se perguntam se ética, e por conseguinte bioética, seria realmente passível de ser ensinada a pessoas adultas. O desempenho ético dos indivíduos seria consequência de sua educação moral nas tenras idades, o que definiria definitivamente o seu caráter, dividindo, assim, a humanidade em um grupo de pessoas boas e outro, de pessoas más. Os autores acreditam, assim como Kottow, Schramm, que não só é possível seu ensino, como este se faz urgente, principalmente na formação médica.¹⁴

Portanto, é necessária a criação de disciplinas com conteúdo substancial, que visem a fornecer subsídios e recursos resolutivos para o enfrentamento de novas situações que se apresentam na prática médica todos os dias.

Um sólido embasamento técnico-científico juntamente com uma formação humanística e bioética consistente, que permita o entendimento integral da pessoa humana e suas variabilidades, deve ser o objetivo da formação do médico neste início de terceiro milênio.^{15,16}

A relação médico-paciente pode ser entendida como um ritual (lat. *ritualis* - relativo a rito, conjunto de regras e cerimônias que se devem observar na prática de uma atividade social ou religiosa) e todo ritual confere graça a quem recebe e poder a quem ministra, tendo seu resultado final garantido pela confiança (fé) entre os envolvidos. Se os objetivos se resumirem ao bem-estar do paciente e aquisição de

poder por parte do médico (leia-se aqui interesses financeiros principalmente), instala-se aí um conflito de interesses, que vai corroendo a confiança e com ela as bases da relação médico-paciente.

Resta-nos resgatar a finalidade última dessa relação: a saúde do ser humano e excluir qualquer tipo de conflito de interesses. Ressaltamos que a medicina não está a serviço do ser humano, de suas vontades e caprichos, o que tem levado nos dias de hoje a situações que beiram a “ditadura do paciente”; não, a medicina deve estar à serviço da saúde do ser humano.

Reabilitar a relação médico-paciente, fortalecendo a confiança mútua na relação, é o nosso grande desafio, entendendo que obrigatoriamente esse caminho passa pelo cuidado com o ser humano. Somente por essa via todos nós poderemos tirar o máximo possível de bons resultados dessa milenar relação.



Prof. Dr. Venâncio Pereira Dantas Filho

MÉDICO NEUROCIRURGIÃO 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

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];11(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 ámbitos 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 2

Estas tecnologias são as atividades clínicas desempenhadas pelo farmacêutico no ambiente hospitalar e aquelas de atenção ao usuário, Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica, respectivamente. A Farmácia Clínica é definida pela Associação Americana dos Farmacêuticos Hospitalares como: “Ciência da Saúde, cuja responsabilidade é assegurar, mediante a aplicação de conhecimentos e funções relacionados com o cuidado aos pacientes, que o uso de medicamentos seja seguro e apropriado e que necessita de uma educação especializada e/ou um treinamento estruturado”.⁵ Já a Atenção Farmacêutica é definida como a “provisão responsável do tratamento farmacológico com o objetivo de alcançar resultados satisfatórios na saúde, melhorando a qualidade de vida do paciente”.⁶ Estas atividades pressupõem uma maior inserção deste profissional nas equipes de saúde, bem como uma formação superior orientada para desempenhá-las.

Sabe-se hoje que a Farmácia Clínica e a Atenção Farmacêutica podem colaborar para a diminuição de eventos adversos evitáveis relacionados à prescrição médica e problemas relacionados à terapia medicamentosa, ambos frequentemente responsáveis por prolongamento do período de internação, danos iatrogênicos, aumento de custos para o serviço e fracasso do tratamento.⁷ A prevenção e redução destes eventos são hoje tema de discussão mundial na área de segurança e qualidade em saúde.⁸

São pouquíssimos os serviços de saúde, públicos ou privados, em nosso país que contam com a prática clínica farmacêutica. As causas para tal podem ser as mais variadas, desde o desconhecimento quanto a estas práticas clínicas do farmacêutico por parte dos gestores, passando pela falta de preparo dos profissionais até questões de prioridade de recursos, já que no SUS a garantia do acesso aos medicamentos ainda é um obstáculo a ser vencido.

Nas duas últimas décadas, intensificaram-se as pesquisas científicas investigando os benefícios clínicos, econômicos e humanísticos das práticas farmacêuticas. No Brasil, até o ano de 2007, havia pouco mais de 40 publicações indexadas, um número ainda pequeno, compartilhado por todos os países da América Latina. Os Estados Unidos, um dos precursores da Farmácia Clínica, estão no topo deste

“ranking”, com quase oito mil artigos publicados com o tema.⁹ Apesar de discreta, a pesquisa brasileira pode indicar que caminhamos para a consolidação das práticas clínicas farmacêuticas e, também por meio da pesquisa, a população pode se beneficiar dos serviços prestados.

No Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo (Caism) da Unicamp estão sendo desenvolvidas iniciativas nesta área, junto a pacientes na Unidade de Terapia Intensiva e pacientes com câncer de mama usuárias de hormonioterapia. Cerca de 200 pacientes já foram incluídas nos estudos e estão sendo acompanhadas por farmacêutico clínico. Os estudos investigam o impacto dos serviços farmacêuticos na melhoria da segurança das pacientes, de sua qualidade de vida e adesão ao tratamento. Os profissionais farmacêuticos envolvidos na pesquisa foram bem recebidos pela equipe de profissionais e pelas voluntárias atendidas.



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

Nas duas últimas décadas, intensificaram-se as pesquisas científicas investigando os benefícios clínicos, econômicos e humanísticos das práticas farmacêuticas. No Brasil, até o ano de 2007, havia pouco mais de 40 publicações indexadas, um número ainda pequeno, compartilhado por todos os países da América Latina.

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 (1992): 533-543.

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.

A homeopatia na rede pública do Estado de São Paulo: facilitadores e dificultadores – parte 1

Atendendo às recomendações da OMS, no Brasil, em maio de 2006, foi publicada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), que refere à implementação dessas práticas no Sistema Único de Saúde (SUS), dentre elas a homeopatia.

A história da medicina mostra as influências da cultura, da economia, da epidemiologia e da política na construção do saber-fazer do cuidado em saúde. Da “arte de curar” observa-se a passagem pelo desenvolvimento anatomopatológico e pelo crescimento do uso da tecnologia, à perda do cuidado com a saúde. A medicina contemporânea prioriza a tecnificação dos atos diagnóstico e terapêutico, a superespecialização e o hospitalocentrismo.^{1,3}

Em decorrência de tal cenário, desvalorizou-se o cuidado médico, desconsiderou-se a humanização; perdeu-se a concepção totalizante do homem como corpo, espírito, relações afetivas e condições de vida e trabalho.^{3,4}

Em 1978, ocorreu a Conferência Mundial de Ministros da Saúde de Alma-Ata; ao final dos trabalhos concluiu-se pelas práticas integradoras e programas intersectoriais que intensificassem as ações nos cuidados primários da saúde e auxiliassem a enfrentar o aumento progressivo do custeio da biomedicina. A Organização Mundial da Saúde (OMS) discutiu a necessidade de uma prática integral no cuidado à saúde; as nações economicamente mais desenvolvidas reorientaram seus sistemas nacionais de saúde e adotaram estratégias para seguir as orientações e investiram na Medicina de Família e Comunitária.⁵

No mesmo sentido da atenção integral à saúde, a OMS propôs em 2002 que os Estados – membros incluíssem até 2005 a Medicina Tradicional e as Medicinas Alternativas e Complementares em seus serviços de saúde pública.⁶

Atendendo às recomendações da OMS, no Brasil, em maio de 2006, foi publicada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), que refere à implementação dessas práticas no Sistema Único de Saúde (SUS), dentre elas a homeopatia. Em pesquisa realizada sobre a atenção em homeopatia no Brasil, Salles identificou que 109 municípios e sete unidades da federação registraram consultas médicas homeopáticas de 2000

a 2005 no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS, o que tornou evidente a pequena oferta da homeopatia aos usuários do Sistema Público de Saúde brasileiro.¹⁰

Até agora, pouco se sabe sobre a atenção em homeopatia na rede pública dos municípios do Estado de São Paulo. Este Estado possui a maior população, o maior parque industrial e a maior produção econômica do Brasil, é reconhecido como fundamental para a vida socioeconômica e cultural do País, e ainda, estão nele concentrados os maiores núcleos formadores e produtores de tecnologia biomédica. No entanto, não se encontram aí as experiências mais inovadoras e bem-sucedidas do SUS. Até 2009 não havia sido elaborada uma Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares e as experiências existentes nos municípios consistiam em práticas isoladas de profissionais ou de gestores da saúde.¹¹⁻¹³

Este artigo objetiva analisar os fatores facilitadores e dificultadores, para a implantação e implementação da homeopatia no SUS, dos municípios de São Paulo no período de 2000 a 2007.

O método qualitativo na área da saúde permite a exploração do campo onde uma prática está inserida e a compreensão das forças culturais e sociais envolvidas na trajetória da implementação das práticas de saúde.^{14,15} Desse modo, os depoimentos dos gestores, correspondentes às causas dos acontecimentos tornam o estudo explicativo quanto às diversas variáveis relacionadas à oferta ou não da homeopatia. Os dados das entrevistas foram tratados por análise de conteúdo a fim de identificar nos discursos as atitudes, as escolhas e as resoluções dos sujeitos às demandas que se apresentaram.^{16,17}

Wania Maria Papile Galhardi
Ana Cláudia Moraes Barros Leite-Mor
Prof. Dr. Nelson Filice de Barros
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA,
FCM, UNICAMP

1. Luz MT. Racionalidades médicas e terapêuticas Alternativas. In: Camargo Junior KR. Racionalidades médicas: a medicina ocidental contemporânea. Rio de Janeiro: UERJ/Instituto de Medicina Social; 1993. p. 01-32. Série Estudos em Saúde Coletiva.

2. Ibáñez N, Marsiglia R. Medicina e Saúde: um enfoque histórico. In: Canesqui AM. Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 49-74.

3. Barros NF. A construção de novos paradigmas na medicina: a medicina alternativa e a medicina complementar. In: Canesqui AM. Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 201-216.

4. Queiroz MS. O sentido do conceito de medicina alternativa e movimento vitalista: uma perspectiva teórica introdutória. In: Nascimento MC. As duas faces da montanha estudos sobre medicina chinesa e acupuntura. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 19-39.

5. Rodrigues DR, Anderson MIP. Saúde da Família: uma estratégia necessária. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2011; 6(18): 21-24. Rev bras med fam comunidade. Florianópolis, 2012 Jan.-Mar.; 7(22) Galhardi WMP, Barros NF, Leite-Mor ACMB

6. World Health Organization. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Geneva; 2002.

Ver demais referências em: Rev bras med fam comunidade. Florianópolis, 2012 Jan.-Mar.; 7(22)

FCM entrega prêmios de incentivo ao ensino de graduação

As professoras Maria Helena Baena de Moraes Lopes, Rita de Cássia Ietto Montilha e Maria de Lurdes Zanolli receberam os prêmios Irma de Oliveira, Gabriel de Oliveira Porto e Miguel Ignácio Tobar Acosta, respectivamente, de incentivo ao ensino de graduação.

Os prêmios são concedidos anualmente pela Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp. A cerimônia da entrega dos prêmios aconteceu no dia 30 de novembro, no Salão Nobre da faculdade e faz parte das comemorações dos 50 anos da FCM.

“Esta cerimônia é a mais importante que a faculdade realiza e a FCM foi pioneira na entrega desses prêmios”, disse o diretor da FCM, Mario José Abdalla Saad dando o tom do evento que contou com a presença dos coordenadores dos cursos de Enfermagem, Luciana de Lione Melo; Fonoaudiologia, Maria Francisca Colella dos Santos e Medicina, Wilson Nadruz Jr., além de autoridades, docentes, funcionários e alunos.

A diretora-associada da FCM, Rosa Inês Costa Pereira, disse que, fazendo parte da administração da faculdade, é uma oportunidade muito gostosa participar dessa entrega de prêmios. Dentro de uma administração complexa como da FCM, ressaltou Rosa, cabe a quem ocupa o cargo de diretor-associado uma participação mais próxima das atividades de ensino de graduação.

“Nesse período, pude conviver com pessoas que se dedicam de corpo e alma ao ensino e levam para casa, nos fins de semana, trabalhos que precisam ser resolvidos, priorizando as atividades de ensino. Além disso, neste ano, há um fator pessoal, pois uma das premiadas foi minha colega de turma”, disse Rosa Inês.

Cada uma das premiadas falou da emoção em receber o prêmio. Maria Helena Baena disse que se morre professor. Seus pais eram professores e sua filha está fazendo Enfermagem na Unicamp. “É uma profissão desafiante”, disse.

Rita de Cássia agradeceu os professores do curso de Fonoaudiologia e do

Cepre que deram a ela, uma terapeuta ocupacional, a oportunidade de dividir o trabalho, de forma interdisciplinar.

Maria de Lurdes, conhecida carinhosamente como Lurdinha, entrevistou o professor Tobar para sua tese de doutorado e destacou uma de suas falas: “Para ser médico, dizia Tobar, precisamos entender os fenômenos da interação social e as pessoas como são e, a partir daí, ter paciência para interpretar os modos de viver e adoecer”, disse Lurdinha, colega de turma de Rosa Inês.

“Professor universitário é a liderança intelectual do País. Na área da saúde, ter professor competente é muito importante, mas ter professor com ética é fundamental. O exemplo é importante. Aqui, nós temos três professoras em que os alunos irão se espelhar e isso é muito importante para o futuro profissional”, disse Saad.

Participaram também da cerimônia a chefe do Departamento de Enfermagem, Silvana Denofre Carvalho e Dora Kassisse, assessora da Pró-Reitoria de Graduação da Unicamp.

“Esta cerimônia é a mais importante que a faculdade realiza e a FCM foi pioneira na entrega desses prêmios”, disse o diretor da FCM, Mario José Abdalla Saad.



Edimilson Montalti

ASSESSORIA DE RELAÇÕES PÚBLICAS E IMPRENSA
FCM, UNICAMP

NOTAS

*A médica e gastroenterologista Elza Cotrim Soares foi homenageada nesta quinta-feira (6) por conta de sua aposentadoria efetivada no final de outubro. A cerimônia aconteceu no anfiteatro do Gastrocentro da Unicamp e contou a presença de docentes, médicos-residentes, funcionários, alunos, amigos e familiares. Foram várias as homenagens à primeira mulher a ser chefe do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp e propor e promover, no início da década de 1980, a discussão pela reforma do ensino médico.

Elza Cotrim influenciou e formou gerações de médicos, além de ser pioneira na publicação de uma pesquisa brasileira sobre gastrina, um hormônio que estimula a secreção de suco gástrico no estômago, na revista *Gastroenterology*. Expressões como “guerreira”, “generosa”, “assombrosa competência” e “ídala” não faltaram nos discursos emocionados que se seguiram às homenagens.

“Quem conhece a Elza sabe que ela poderia ter ficado em Maceió. Mas ela era uma mulher consciente. Decidiu largar tudo. Abraçou a solidariedade e decidiu lutar pela Universidade de nossos sonhos. Do ponto de vista intelectual, sua vida não vai encerrar aqui. Apesar da aposentadoria compulsória, você

vai continuar sonhando”, disse o médico José Murilo Zeitune, chefe da área de gastroenterologia do Departamento de Clínica Médica da FCM.

De acordo com o diretor da FCM, Mario José Abdalla Saad, a aposentadoria compulsória remonta às normas do funcionalismo público da década de 1930 e precisa ser revista. Saad, disse que por causa da aposentadoria compulsória a faculdade está perdendo professores em plena lucidez, com motivação e experiência para continuar lecionando e desenvolvendo pesquisas. Ainda segundo Saad, Elza representa uma geração de professores que se formaram numa época em que a profissão médica tinha o status da “arte de curar”.

“Perdemos e deixamos de transmitir isso aos nossos alunos de maneira adequada. Uma das características de Elza é a sua capacidade de se indignar. São poucos os professores que passam por uma escola médica e deixam exemplos a serem seguidos. Elza, com certeza, é um exemplo marcante para as futuras gerações”, disse Saad.

EVENTOS DE DEZEMBRO

Dias 1 e 11

*Prova prática de Residência Médica

Horário: das 6h30 às 14h e das 7h30 às 11h

Local: Auditório da FCM

Dia 4

*Colação de grau do curso de Medicina

Horário: das 12 às 16 horas

Local: Auditório da FCM

Dia 5

*Intel Software Day

Horário: das 8h30 às 17h30

Local: Auditório, Anfiteatro 1 e sala da aula da Legolândia

Dias 6 e 7

*Corpus

Coreografia de Teresa Ranieri

Horário: 12h30, 19h e 20h

Local: Auditório da FCM

Dias 8 e 9

*Festival de dança da academia

Viva Vida

Horário: 8h30

Local: Auditório da FCM

Dia 10

*Formatura dos alunos da escola Sérgio Porto

Horário: das 9 às 12 horas

Local: Auditório da FCM

Dias 11 e 12

*Exposição trabalhos Fazeres Espelhados

Horário: das 9 às 12 horas

Local: Espaço das Artes 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. Dra. Angélica de Fátima de Assunção Braga

Cirurgia

Prof. Dr. Joaquim M. Bustorff Silva

Clínica Médica

Prof. Dr. Ibsen Bellini Coimbra

Enfermagem

Prof. Dra. Silvana Denofre Carvalho

Farmacologia

Prof. Dr. Gilberto De Nucci

Genética Médica

Prof. Dra. Iscia Lopes Cendes

Saúde Coletiva

Prof. Dr. Edison Bueno

Neurologia

Oftalmo/Otorrino

Prof. Dr. Reinaldo Jordão Gusmão

Ortopedia

Prof. Dr. Mauricio Etchebehere

Patologia Clínica

Prof. Dra. Célia Regina Garlipp

Pediatria

Prof. Dr. Gabriel Hessel

Psic. Médica e Psiquiatria

Prof. Dr. Paulo Dalgalarondo

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

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

Prof. 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

Prof. Dra. Lillian Tereza Lavras Costallat

Coord. do Centro Estudos Pesquisa em

Reabilitação (CEPRE)

Prof. Dra. Ivani Rodrigues Silva

Coord. do Centro de Investigação em Pediatria

(CIPEP)

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

Prof. Dra. Maria Francisca C. dos Santos

Prof. Dra. Luciana de Lione Melo

Prof. Dra. Nelci Fenalti Hoehr

Saúde e Sociedade

Prof. Dr. Nelson Filice de Barros

Prof. Dr. Everardo D. Nunes

Responsável Eliana Pietrobom

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)