

Boletim ^{da} FCM

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - ANO 2015 - VOL. 10 N. 3

entre-vista

Antonio Vanderlei Ortenzi

O médico anesthesiologista

+ pesquisa

Osteoporose e quedas em idosos

Associação entre obesidade e osteoartrite de joelho

Em busca da integralidade no atendimento ao idoso

+ ensino

Oportunidades e desafios do envelhecimento

+ história

O equívoco da internação compulsória de hansenianos

entre letras

Ricardo Cordeiro, Coração de Leão

Desafios do envelhecimento

Esta edição do Boletim da FCM aborda o tema envelhecimento. A redução nas taxas de fecundidade e de mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida contribuem para determinar o novo perfil demográfico no Brasil, caracterizado pelo envelhecimento da população. O processo de mudança da estrutura etária populacional, mais acentuado nas últimas décadas, é conhecido como transição demográfica. Estima-se que até 2025 atingiremos a cifra de 32 milhões de idosos.

Entretanto, não basta apenas precisar a magnitude dessa questão. Também é preciso avaliar a relevância dessa mudança, o que supõe reconhecer os efeitos da transição epidemiológica, associada à primeira, e caracterizada por aumento da incidência e prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, que podem comprometer a autonomia e a independência dos idosos, além de requerer tratamentos mais longos e elevar os custos financeiros na área de saúde.

Portanto, se de um lado a maior longevidade representa um ganho social, ela também implica a busca pela preservação da qualidade de vida para o segmento mais idoso da população, cujo atendimento demanda por serviços e profissionais da área da saúde capacitados para responderem adequadamente a essa realidade.

Requer-se, desse tipo de assistência, focar as novas formas de prevenção de agravos e a promoção da saúde, e possibilitar amplo acesso aos serviços públicos, em vista de uma atenção integral, tanto na Rede Básica como no atendimento especializado. Formar profissionais habilitados para oferecer esse tipo de assistência é um dos mais recentes desafios que a Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp tem abraçado com determinação.

Profa. Dra. Maria Elena Guariento
Coordenadora da área de geriatria da FCM, Unicamp

sumário

editorial

Desafios do envelhecimento

entre-vista

O médico anestesiológico Antonio Vanderlei Orteni fala sobre as mudanças em sua área de atuação profissional

+ pesquisa

Osteoporose e quedas em idosos, o preço do envelhecimento

Associação entre obesidade e osteoartrite de joelho aumenta chance de quedas

Em busca da integralidade no atendimento ao idoso

1

+ ensino

Oportunidades e desafios do envelhecimento

3

no campus

Novos alunos. Novos residentes. Novos docentes contratados. Palestras e aula inaugural. Disciplina de Moléstias Vasculares comemora 45 anos

6

+ história

O equívoco da internação compulsória de hansenianos

8

entre letras

Ricardo Cordeiro, Coração de Leão

10

foto-síntese

Árvore dia, por Marcelo Santa Rosa Oliveira

12

14

16

18

20

expediente

Reitor

Prof. Dr. José Tadeu Jorge

Vice Reitor

Prof. Dr. Álvaro Penteado Crosta

Diretor FCM

Prof. Dr. Ivan Felizardo Contrera Toro

Diretor-associado

Prof. Dr. Roberto Teixeira Mendes

Conselho editorial

Prof. Dr. Ivan Felizardo Contrera Toro

Prof. Dr. Emilio Carlos Elias Baracat

Profa. Dra. Christiane M. do Couto

Prof. Dr. Stephen Hyslop

Profa. Dra. Rosana Onocko Campos

Prof. Dr. Francisco Hideo Aoki

Profa. Dra. Maria Luiza Moretti

Prof. Dr. Antonio de A. Barros Filho

Prof. Dr. Everardo D. Nunes

Equipe do Boletim da FCM

Coordenadora

Eliana Cristina Silva Pietrobom

Jornalistas

Edimilson Montalti MTB 12045

Camila Delmondes MTB 58696

Projeto gráfico

Emilton Barbosa Oliveira

Diagramação/Ilustração

Emilton Barbosa Oliveira

Fotografia

Mário Moreira

Pércles Lima

Marcelo Oliveira

Mercedes dos Santos

Rafael Marques da Silva

Departamentos da FCM

Anatomia Patológica

Profa. Dra. Albina M. A. Altemani

Anestesiologia

Prof. Dr. Adilson Roberto Cardoso

Cirurgia

Prof. Dr. Claudio Saddy Rodrigues Coy

Clínica Médica

Profa. Dra. Maria Almerinda V. F. R. Alves

Desenvolvimento Humano e Reabilitação

Profa. Dra. Rita de Cassia Letto Montilha

Farmacologia

Prof. Dr. Stephen Hyslop

Genética Médica

Profa. Dra. Vera Lúcia G. da S. Lopes

Neurologia

Profa. Dra. Marilisa Mantovani Guerreiro

Oftalmo/Otorrino

Prof. Dr. Agrício Nubiato Crespo

Ortopedia

Prof. Dr. Sérgio Rocha Piedade

Patologia Clínica

Profa. Dra. Sílvia de Barros Mazon

Pediatria

Profa. Dra. Maria de Lurdes Zanolli

Psic. Médica e Psiquiatria

Profa. Dra. Eloisa Helena R. V. Celeri

Radiologia

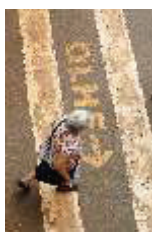
Profa. Dra. Inês Carmelita M. R. Pereira

Saúde Coletiva

Prof. Dr. Edison Bueno

Tocoginecologia

Prof. Dr. Aarão Mendes Pinto Neto



capa: Mário Moreira



UNICAMP



FCM-UNICAMP

Coordenadores de Comissões e Cursos

Graduação Medicina

Prof. Dr. Emilio Carlos Elias Baracat

Graduação Fonoaudiologia

Profa. Dra. Christiane Marques do Couto

Pós-Graduação

Profa. Dra. Rosana Onocko Campos

Extensão e Assuntos Comunitários

Prof. Dr. Francisco Hideo Aoki

Residência Médica

Prof. Dr. Ricardo Mendes Pereira

Residência Multiprofissional

Profa. Dra. Luciana de Leoni Melo

Aprimoramento profissional

Profa. Dra. Maria Inês Rubo de Souza

Comissão de Pesquisa

Profa. Dra. Maria Luiza Moretti

Núcleo de Medicina e Cirurgia

Experimental

Profa. Dra. Maria Luiza Moretti

Comissão do Corpo Docente

Profa. Dra. Eliana Martorano Amaral

Centro de Estudos e Pesquisa em

Reabilitação

Profa. Dra. Angélica Bronzatto de P. e Silva

Centro de Investigação em Pediatria

Prof. Dr. José Dirceu Ribeiro

Centro de Controle de Intoxicações

Prof. Dr. Fábio Bucarechi

Assistente Técnico de Unidade (ATU)

Carmen Sílvia dos Santos

Sugestões e contato

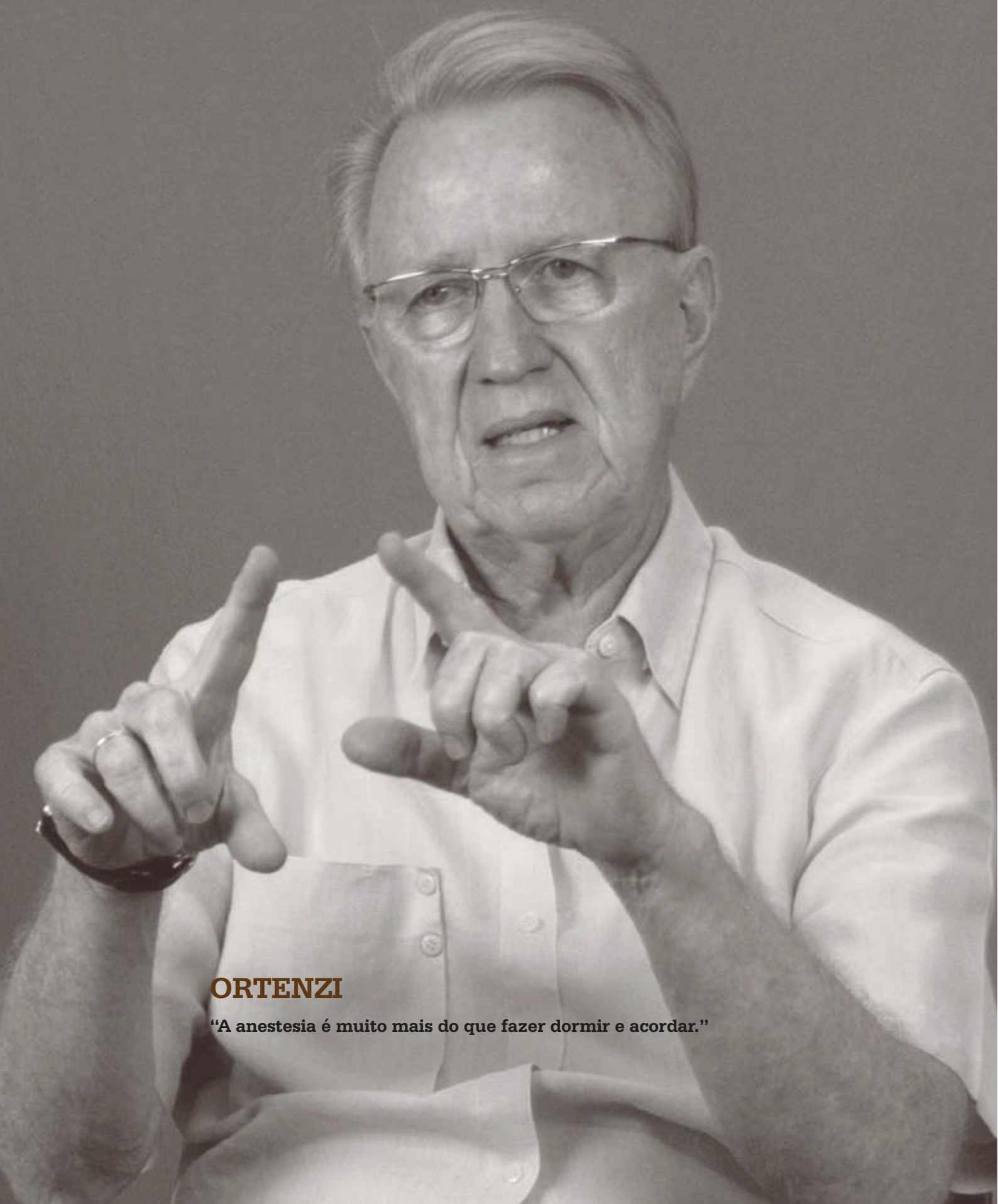
imprensa@fcm.unicamp.br

Telefone: (19) 3521-8968

O Boletim da FCM é uma publicação da Assessoria de Relações Públicas e Imprensa da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)

Tiragem: 1000 exemplares

Edição online: www.fcm.unicamp.br

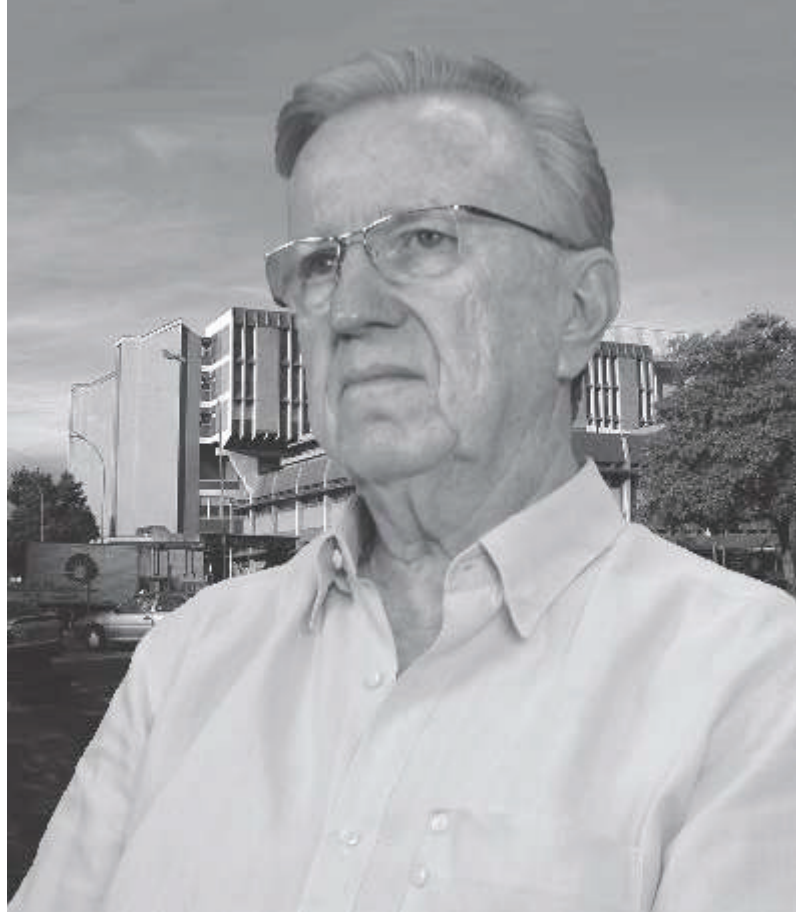


ORTENZI

“A anestesia é muito mais do que fazer dormir e acordar.”

prof. dr. Antonio Vanderlei Orteni

O médico anesthesiologista



O professor Antonio Vanderlei Orteni apaixonou-se por medicina ainda muito jovem, ao acompanhar o dia a dia de trabalho do pai, imigrante italiano. Dono de um hotel modesto em Campinas, ele costumava levar seus hóspedes a médicos e hospitais da cidade, sempre que necessário. Já na década de 1950, Campinas era um grande centro médico que recebia pacientes de muitas outras cidades.

Graduado em Medicina pela Escola Paulista de Medicina (Unifesp), Orteni veio para a Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp em 1970, cursar a residência médica em Anestesiologia, então desenvolvida em três unidades (Hospital Vera Cruz, Instituto Penido Burnier e Santa Casa) e coordenada pelo professor Alberto Affonso Ferreira.

Orteni passou a integrar o corpo médico da Unicamp em 1971. Nessa mesma Universidade, ele também fez o doutorado (1976) e construiu toda a carreira no campo da Anestesiologia, tornando-se especialista referenciado no Brasil nas áreas de Avaliação Pré-anestésica e Via Aérea Difícil, em Congressos e demais eventos científicos. Já aposentado, é um dos incumbidos pela Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo de difundir o dia 16 de outubro como o Dia da Anestesia, quando diversas ações de esclarecimento são realizadas com a população.

Durante a entrevista concedida ao Boletim da FCM, Orteni fez um panorama sobre a área da Anestesiologia. De fala calma e olhar sereno, Orteni é o profissional médico que minimiza a dor das pessoas antes mesmo de iniciado o procedimento cirúrgico. “Uma palavra de conforto, um olhar ou mesmo um toque, do médico para o paciente, costumam funcionar como verdadeiro pré-anestésico”, revela.

FCM Unicamp - Quais mudanças podemos observar no campo da Anestesiologia, do período em que o serviço foi implantado na FCM (meados de 1965) aos dias atuais?

Orteni - A anestesia daquela época é muito diferente da anestesia de hoje. Antigamente, houve um período em que o laringoscópio, utilizado para intubar os pacientes durante a anestesia geral, era o mesmo para diversos pacientes. Tinha que esperar outro colega usar, dar uma lavada e só depois disso levar para sua sala. Não havia monitores, tudo era feito palpando o pulso do paciente ou auscultando o pré-córdio. Os primeiros cardioscópios – utilizados para observar a atividade do coração – só mostravam os traçados do eletrocardiograma e não faziam nem o famoso “bip bip”. Ainda assim, eles só eram utilizados em casos extremamente graves. No final da década de 1980, surgiram os oxímetros e esses equipamentos proporcionaram uma revolução muito grande na anestesia, ao fornecer dados da concentração de oxigênio no sangue dos pacientes. Pouco depois, surgiram os capnógrafos que monitoram a quantidade de gás carbônico exalado pelo paciente. A segurança do paciente melhorou muito.

FCM Unicamp - Quais ganhos o campo da Anestesiologia e a saúde, de maneira geral, obtiveram com o advento dessas tecnologias?

Orteni - Tais mudanças tecnológicas tornaram possível realizar uma série de outras cirurgias que no passado eram impensáveis. Hoje se faz, por exemplo, a anestesia

para cirurgia intrauterina e isso permite operar o bebê antes mesmo do nascimento, ainda dentro do útero materno. Outros exemplos são os grandes transplantes e as cirurgias vasculares. Além disso, hoje em dia falamos muito em metabologia e isso significa compreender que tipos de repercussões fisiopatológicas a anestesia ou a cirurgia podem causar ao paciente.

FCM Unicamp - Qual a responsabilidade do médico anestesiológico?

Ortenzi - A anestesia é muito mais do que fazer dormir e acordar. Ela tem muito de farmacologia, fisiologia, clínica médica e etc. Nós, médicos anestesiológicos, somos intensivistas dentro do centro cirúrgico. Nossa especialidade é muito imediatista, você precisa resolver a situação na hora. Um clínico geral pede um exame, manda voltar, experimenta uma medicação, manda voltar novamente dali a uma semana ou um mês. Nós não temos este tempo.

FCM Unicamp - Como o Brasil está no campo da Anestesiologia em relação a outros países?

Ortenzi - Em termos de medicamentos, nós temos praticamente tudo do que existe por aí a fora. No mundo globalizado em que vivemos, quando é lançada uma nova droga, ela aparece não só no Brasil, mas, praticamente, na maioria dos outros países. O Brasil perde no campo da Anestesiologia quando falamos em termos de qualidade e infraestrutura dos hospitais. Somos um país em desenvolvimento, então nossa capacidade econômica é bem diferente da dos países avançados.

FCM Unicamp - Por que as pessoas costumam ter medo da anestesia?

Ortenzi - Avião não foi feito para cair e dificilmente cai, mas, de vez em quando, isso pode acontecer. Com a anestesia a situação é parecida. Obviamente, hoje a anestesia tornou-se muito mais segura. O risco sempre existe, mas a recomendação é que façamos uma avaliação pré-anestésica de todos os pacientes, pelo menos das cirurgias eletivas, quando não há urgência

ou emergência. Fazendo todos os exames necessários e um preparo adequado é possível minimizar bastante o risco dos pacientes.

FCM Unicamp - O que fazer para diminuir o medo do paciente em relação à anestesia?

Ortenzi - Como regra, o paciente não conhece o seu anestesista. Eu sempre insisto que ao entrar na sala de cirurgia, o anestesiológico deve tirar a sua máscara e dizer um "bom dia" ou uma "boa tarde" ao paciente. Apresente-se, toque o paciente, ele está fragilizado. Isso vale como um pré-anestésico e tem efeito tranquilizante.

FCM Unicamp - Como podemos descrever o campo de atuação da Anestesiologia?

Ortenzi - Já há muitos anos a Anestesiologia é considerada uma especialidade perioperatória. Abrange três momentos: o pré-operatório, o per-operatório e o pós-operatório. No pré-operatório, fazemos a avaliação pré-anestésica com eventual preparo do paciente. O momento per-operatório é aquele durante a cirurgia e envolve o ato anestésico no centro cirúrgico ou em outras unidades como, por exemplo, para a realização de exames sob sedação ou anestesia. No pós-operatório, cuidamos da analgesia e, em alguns serviços, da UTI pós-operatória ou até da UTI geral.

FCM Unicamp - Qual o papel do Serviço de Anestesia após o procedimento cirúrgico?

Ortenzi - A analgesia pós-operatória é muitíssimo importante. A dor, inclusive, é considerada um quinto sinal vital, além da pressão arterial, temperatura corpórea, frequências cardíaca e respiratória. Além do desconforto, a dor envolve uma série de outras questões que podem repercutir de forma negativa no indivíduo. Nesse sentido, é muito importante no pós-operatório avaliar a intensidade e abolir ou minimizar a dor do paciente.

FCM Unicamp - Como o senhor descreve a sensação de poder tirar a dor das pessoas?

Ortenzi - É muito gratificante. Um fato que marca muito a gente é o trabalho de parto. Os anestesistas contrariam a afirmação bíblica "Parirás em dor teus filhos...". Nós fazemos analgesia de parto e tiramos a dor das mulheres durante o parto vaginal. Ao lado da cólica renal, a dor do trabalho de parto é descrita como uma das dores mais intensas que um ser humano pode sentir. Aplicar nessa paciente uma analgesia peridural e perceber a expressão de dor ir se modificando na medida em que a anestesia vai se instalando é realmente muito gratificante. 🏠

Osteoporose e quedas em idosos, o preço do envelhecimento

O aumento da expectativa de vida deu um salto nos últimos 50 anos no Brasil. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população brasileira ultrapassou 200 milhões de pessoas. Saúde, conhecimento, amigos e boas condições financeiras são fatores que melhoraram o tempo de vida do brasileiro. O grupo etário com maior crescimento é o de pessoas na faixa dos 60 anos em diante.

“Até 2050 teremos um aumento de quase quatro vezes da população global. No caso da população com 60 anos ou mais, este aumento será de cerca de 10 vezes. Na faixa dos 80 anos, esse aumento sobe para 26 vezes”, explica o gerontólogo Alexandre Kalache, presidente do Centro Internacional da Longevidade Brasil (ILC-BR).

Entretanto, o aumento da longevidade trouxe mudanças nas enfermidades relacionadas ao envelhecimento. Duas delas são apontadas na tese de doutorado defendida na Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp pela fisioterapeuta Iara Guimarães Rodrigues: a osteoporose e as quedas.

A osteoporose é um distúrbio caracterizado pela diminuição da densidade mineral óssea levando a um maior risco de fraturas. Há a osteoporose pós-menopausa e

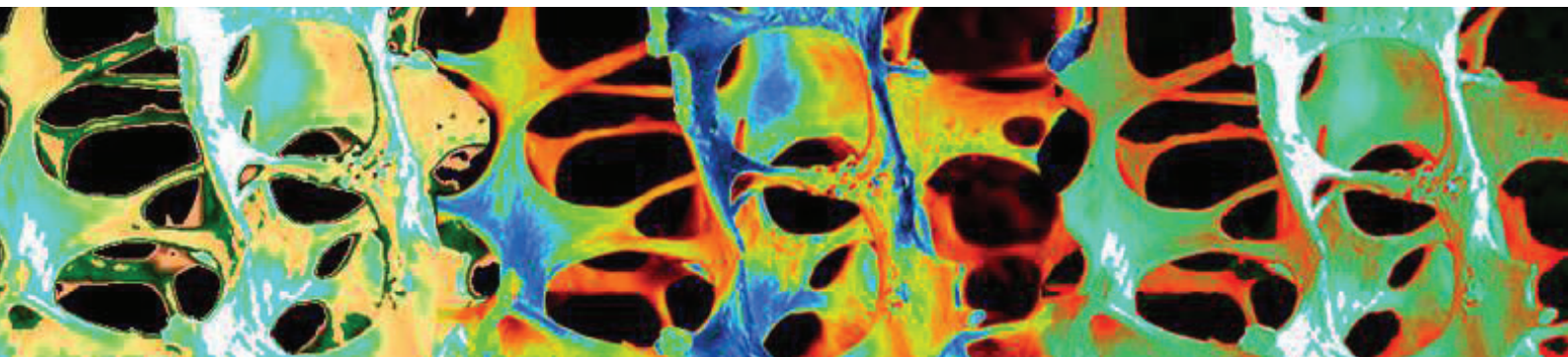
a senil, relacionada ao envelhecimento. No Brasil, a estimativa é de que aproximadamente 10 milhões de brasileiros sofram com osteoporose, de acordo com dados do Ministério da Saúde.

“Com o avanço da idade, declinam-se a flexibilidade, o equilíbrio e a independência de movimentos. A queda é um evento acidental, que se dá em decorrência da perda do equilíbrio postural, podendo estar relacionada à insuficiência súbita dos mecanismos neurais e osteoarticulares. E a osteoporose pode aumentar o risco de ocorrência de quedas”, explica Iara Guimarães Rodrigues.

A pesquisadora obteve os dados a partir do Inquérito Domiciliar de Saúde ISACAMP 2008. No período de fevereiro de 2008 a abril de 2009, entrevistas foram aplicadas em três mil domicílios de Campinas com idosos na faixa etária de 60 anos ou mais. As informações foram coletadas por meio de um questionário estruturado em 14 blocos temáticos por pesquisadores treinados pelo Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde (CCAS), ligado ao Departamento de Saúde Coletiva da FCM da Unicamp.

Duas questões modelaram os dados apontados pela tese: “Qual foi o principal acidente nos últimos 12 meses?” e “Algum médico ou outro profissional da saúde já disse que você tem osteoporose?”

“Analisamos as respostas de mais de 1.400 idosos que participaram da pesquisa. Os resultados foram desmembrados em três artigos, sendo um deles publicado na Revista Brasileira de Epidemiologia e outro no jornal Health”, diz.



Osteoporose

Da população estudada, 14,8% disseram ter o diagnóstico de osteoporose, sendo 22,8% em mulheres e 4,4% em homens. Nos indivíduos com idade igual ou superior a 80 anos, a prevalência de osteoporose foi duas vezes maior que a do segmento de 60 a 69 anos.

A pesquisa apontou também a prevalência de osteoporose em 19,1% dos idosos com menos de sete horas de sono e 17,7% em idosos com sobrepeso.

O reumatismo, a artrite e a artrose aparecem associados à osteoporose em 31,9% dos idosos entrevistados. Em seguida vem a asma, a bronquite, o enfisema e a tendinite para 28,8% dos idosos com osteoporose.

Quedas em idosos

No Brasil, mais de um terço dos idosos com 65 anos ou mais é vítima de queda, anualmente. Essa proporção aumenta para 32% a 42% entre aqueles com mais de 70 anos, atingindo 50% nas pessoas com idade igual ou maior que 80 anos. Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2011, foram registradas 10.788 mortes

decorrentes das quedas, sendo 7.116 com pessoas na faixa dos 60 anos ou mais. Estima-se que o Sistema Único de Saúde (SUS) tenha gasto, aproximadamente, R\$ 57,61 milhões com internações decorrentes das quedas em 2009.


Os dados de 1.520 idosos foram analisados. Da população estudada, 59,5% eram do sexo feminino e tinham idade média de 69,9 anos. A queda como o principal acidente sofrido nos últimos 12 meses foi relatada por 6,5% dos entrevistados.

O local mais frequente da queda foi o próprio domicílio do idoso para 64% dos entrevistados. O segundo lugar foi a rua, para 26%. Entre os idosos que sofreram quedas nos últimos 12 meses, 56,7% tiveram suas atividades habituais limitadas, dos quais 57,4% por três dias ou mais; 58,6% ficaram acamados e 71,2% receberam assistência médica em decorrência da queda.

A ocorrência de quedas mostrou-se crescente com o aumento da idade. De acordo com os dados da pesquisa, a queda foi 2,5 vezes mais frequente nos idosos com 80 anos, se comparado aos idosos entre 60 a 69 anos. A tontura foi o problema de saúde associado à ocorrência de quedas por 14,1% dos idosos. Sofrer de insônia também foi identificado como fator associado à ocorrência de quedas para 10,7% dos entrevistados. Outro fator apontado pela pesquisa associado às quedas foi o transtorno mental comum, relatado por 11,1% dos idosos.

Em relação aos medicamentos, verificou-se que quanto maior o número de medicamentos utilizados, maior a prevalência de quedas. Outro dado que

aparece na pesquisa é sobre a associação entre a utilização de bengala ou andador e a ocorrência de quedas nos idosos entrevistados.

“Este resultado é atribuído às perdas progressivas de equilíbrio e de alterações na massa muscular e óssea, que ocorrem com o processo de envelhecimento. Os resultados apresentados podem contribuir para o planejamento de políticas públicas e programas de saúde voltados para o controle da osteoporose e da ocorrência de quedas, bem como a promoção do envelhecimento saudável e com qualidade de vida”, reforça Iara. 

Tese: Osteoporose, quedas e qualidade de vida em idosos: estudo de base populacional no município de Campinas-SP

Autora: Iara Guimarães Rodrigues

Orientadora: Marilisa Berti de Azevedo Barros

Área de concentração em Saúde Coletiva

Texto: Edimilson Montalti

Associação entre obesidade e osteoartrite de joelho aumenta chance de quedas

A alta incidência de quedas entre os idosos vem estimulando pesquisas a investigarem as alterações do equilíbrio associadas ao avanço da idade. A osteoartrite de joelho e a obesidade são alvos de uma pesquisa conduzida na Faculdade de Ciências Médicas (FCM) pela fisioterapeuta Caroline Coutinho de Barcelos.

Osteoartrite é uma doença musculoesquelética caracterizada pelo acometimento da cartilagem. Cerca de 5% da população brasileira possui osteoartrite. Estudos apontam que, em 2015, esse percentual poderá atingir 12,3 milhões de pessoas, sendo o joelho a articulação mais acometida, seguido do quadril e coluna lombar. A frequência da osteoartrite gira em torno de 5% em indivíduos com menos de 30 anos e atinge entre 70% a 80% de pessoas com mais de 65 anos.

Nos membros inferiores, a osteoartrite tem grande impacto nas articulações de joelhos e quadris. Essa alteração resulta em grande incapacidade para a marcha, transposição de obstáculos (como escadas) e cuidados domésticos. A osteoartrite de joelho, além de estar relacionada com os sintomas de dor e rigidez articular, também está associada com fraqueza muscular, estabilidade articular e degradação da cartilagem.

“É notório que a osteoartrite não é uma consequência natural do envelhecimento. Apesar da incidência ser maior em indivíduos com mais de 60 anos, pode-se dizer que a idade dificulta a reparação de tecidos. Quando outros fatores de risco estão presentes, como a

obesidade, por exemplo, essa dificuldade aumenta”, explica Caroline.

De acordo com a graduanda em Medicina pela São Leopoldo Mandic, a obesidade vem ganhando destaque como fator de risco para o desenvolvimento da osteoartrite, pois o tecido adiposo pode liberar proteínas pró-inflamatórias na circulação sanguínea, que podem ter ação catabólica sobre a cartilagem. Essas proteínas usam a cartilagem como fonte de energia, destruindo-as.

Acredita-se que idosos com osteoartrite de joelho tenham maior dificuldade em manter o equilíbrio estático e em realizar algumas atividades de vida diária. Se outras comorbidades estiverem presentes como a obesidade, a hipertensão arterial e o diabetes, essa dificuldade tende a ser maior.

“Apesar de diversas pesquisas sobre osteoartrite de joelho, pouco se conhece sobre a sua associação com a obesidade e o impacto sobre o equilíbrio das pessoas idosas. Por isso, neste estudo, procuramos investigar se pacientes com osteoartrite e com maior índice de massa corpórea apresentavam maior comprometimento do equilíbrio”, diz Caroline.

Estudo

Para a realização da pesquisa, a fisioterapeuta recrutou 93 idosas, com idade acima de 60 anos. A coleta de dados foi realizada no Centro de Referência à Saúde do Idoso (CRI) do município de Campinas, localizado no conjunto hospitalar da Santa Casa de Misericórdia.

Os dados foram obtidos por meio de medição do peso e da altura e cálculo do índice de massa corpórea (IMC), seguindo a classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS): baixo peso (IMC < 18,5 kg/m²), peso normal

($IMC \geq 18,5 \text{ kg/m}^2$ e $< 25 \text{ kg/m}^2$), sobrepeso ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ e $< 30 \text{ kg/m}^2$) e obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$).

A dor no joelho foi graduada de 0 (sem dor) à 10 (dor máxima) por meio da Escala Visual Analógica (VAS), levando em consideração a restrição de atividade e dor na semana anterior e gravidade da dor experimentada durante os testes. As pacientes foram orientadas a não tomar analgésicos ou anti-inflamatórios três dias antes dos testes.


A mobilidade funcional foi avaliada por meio dos testes “Timed Up and Go Test” (TUGT) e “Escala de Berg” (BBS) em caminhada cronometrada utilizando-se o calçado já acostumado pela idosa. Foram feitas radiografias dos joelhos e as imagens foram analisadas sobre o quadro clínico e densitométrico. As alterações compatíveis com a osteoartrite foram classificadas segundo critérios da “Sociedade Internacional de Pesquisa sobre Osteoartrite”, (ORSI, em inglês).

Entre as idosas avaliadas, 52,11% tinham osteoartrite nos joelhos em uma ou em ambas as articulações. O IMC médio foi de $28,63 \text{ kg/m}^2$, variando entre $16,01 \text{ kg/m}^2$ e $57,89 \text{ kg/m}^2$. De acordo com a pesquisa, 65,95% das pacientes apresentavam sobrepeso ou obesidade; 78% tinham o membro inferior direito dominante e algumas comorbidades por autorrelato, como pressão alta (78,72%) e reumatismo (65,93%).

Ao serem submetidas ao teste “Timed Up and Go”, 25,8% das idosas realizaram o teste entre 5 a 10 segundos; 62,36%

realizaram o teste entre de 10 a 19 segundos e 11,7% demoraram mais de 19 segundos para realizar o teste. A osteoartrite de joelhos esteve presente em 52,11% das idosas, sendo que 19,14% apresentaram alterações de grau I, 11,7% de grau II e 21,27% de grau III.

A pesquisa mostrou ainda que as idosas com osteoartrite de joelho foram mais lentas do que as que não tinham osteoartrite. As idosas com osteoartrite no joelho apresentavam maior massa muscular nos membros superiores. As pacientes que apresentavam maior concentração de massa gorda na perna, também apresentaram pior grau de osteoartrite.

“O idoso deve ser avaliado criteriosamente para que sejam identificados os principais fatores de risco para ocorrência das quedas. O equilíbrio corporal merece destaque, pois, quando há a combinação de potenciais causas para quedas somadas a algum tipo de perturbação – tropeço, escorregamento, obstáculo súbito, entre outras – é o equilíbrio que atuará como responsável pela recuperação da estabilidade”, alerta. 

Classificação radiográfica da osteoartrite de acordo com a Sociedade Internacional de Pesquisa sobre Osteoartrite

Grau 0 – articulação normal;

Grau I – articulação com uma lesão discreta, com pequena redução do espaço articular e osteófito quase imperceptível;

Grau II – articulação com uma lesão moderada, com diminuição do espaço articular, bem como a presença de esclerose marginal e o aumento do osteófito;

Grau III – constitui-se em uma lesão grave, onde a fenda articular praticamente desaparece ou mesmo funde-se, os cistos se tornam visíveis e os osteófitos exuberantes.

Tese: Relação entre osteoartrite de joelho e equilíbrio em idosas da comunidade

Autora: Caroline Coutinho de Barcelos

Orientador: Ibsen Bellini Coimbra

Área de concentração em Clínica Médica

Texto: Edimilson Montalti

Em busca da integralidade no atendimento ao idoso

O processo de envelhecimento fez o Ministério da Saúde (MS) criar, em 2003, o Estatuto do Idoso e, em 2006, o Pacto pela Vida, sendo a saúde da pessoa idosa uma das prioridades. Entretanto, mesmo com toda legislação existente, o envelhecimento da população traz consigo alguns desafios, entre eles o atendimento integral do idoso pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades típicas de países com alta expectativa de vida, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas que perduram por anos, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos.

A busca por um modelo humanizado de atenção à saúde do idoso que proporcione ações de educação e prevenção, reabilitação física e mental, diagnóstico e tratamento de doenças crônicas em diferentes níveis de intervenção é uma das metas a ser perseguida por gestores e equipes de saúde em diferentes níveis.

A médica Fabíola Maria Stolses Bergamo Machado atua há nove

anos como coordenadora do Departamento de Atenção Básica do SUS e há seis anos na assistência e coordenação do serviço especializado em saúde do idoso (NASI), ambos de Piracicaba, SP.

Com o objetivo de viabilizar formas interativas de contato entre o NASI e as equipes de Saúde da Família que compõem a Atenção Básica, Fabíola desenvolveu uma pesquisa-intervenção no contexto da rede SUS de Piracicaba, para estimular a implantação do Apoio Matricial no município como um todo.

O Apoio Matricial é uma metodologia para gestão do trabalho em saúde que objetiva ampliar as possibilidades de clínica e integração dialógica entre os profissionais, além de oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico pedagógico às equipes de referência. Essa metodologia foge dos mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação já previstos em sistemas hierarquizados de saúde.

“O SUS ainda conta com número insuficiente de equipes multiprofissionais com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa, e com Unidades Básicas de Saúde que reproduzem um atendimento assistencialista, focado na queixa do indivíduo e na sua medicalização, sem dimensionar os diversos fatores que compõem a integralidade do idoso”, diz Fabíola na dissertação de mestrado *Análise sobre uma experiência de Apoio Matricial especializado em saúde do idoso a uma equipe de Saúde da Família do município de Piracicaba – SP* defendida no programa de

pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp.

Na sua formatação, a equipe de Apoio Matricial é composta por um ou mais profissionais de saúde, detentores de certo saber específico, que apoia uma ou mais equipes de referência. Já a equipe de referência é aquela que tem a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário. Normalmente, é centrada na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Assim, quando uma equipe ou profissional de Apoio Matricial se encontra com uma equipe de referência, o que se pretende é que este apoio auxilie a equipe de referência na formulação ou reformulação e execução de um projeto terapêutico singular, para um sujeito individual ou

coletivo, que necessita uma intervenção em saúde, à qual a equipe de referência, também a princípio, teve dificuldades.

“Ao invés de uma linha de cuidado fragmentada pela qual o usuário percorre, esta formatação permite a integralidade da atenção às suas necessidades. Uma equipe de referência se responsabiliza pela atenção contínua ao usuário, sendo, para isso, apoiada por equipes de apoio matricial até o limite já ampliado de suas possibilidades técnicas e estruturais”, explica.

A metodologia escolhida foi a discussão de casos clínicos trazidos pelos profissionais da ESF complementada com um referencial teórico sobre os temas trazido pela pesquisadora. A equipe do NASI participou dessas discussões trazendo a experiência de casos similares ao exposto pela equipe. Alguns dos casos escolhidos eram de pacientes usuários dos dois serviços. Os temas escolhidos foram: interação familiar nos cuidados ao idoso; quedas; abordagem das doenças mais comuns no idoso, sexualidade e nutrição.


De acordo com a pesquisa, a utilização do Apoio Matricial possibilitou a articulação de diferentes profissionais e o aumento do vínculo entre a equipe de referência e a equipe especializada em relação à saúde do idoso. O contato, anteriormente, era feito pela forma tradicional de referência e contrarreferência, sem que os profissionais conversassem, discutissem o caso ou compartilhassem soluções por meio da elaboração de um projeto terapêutico em conjunto.

“Encaminhava-se o idoso ao NASI, criando a frustração da demora no atendimento e a responsabilidade da falta de resolutividade era transferida apenas ao serviço especializado”, comenta a pesquisadora.

Fabiola explica que a realização de encontros semanais proporcionou a aproximação e a identificação entre os profissionais, como se houvesse apenas um grupo com a mesma finalidade – a de melhorar o cuidado ao idoso. Respeitado as limitações e dificuldades de cada serviço, o telefone passou a ser usado, as dúvidas passaram a ser esclarecidas e o fluxo passou a ter um caminho menos tortuoso.

“Observamos a troca de conhecimentos entre os profissionais, em que o saber de um pode complementar o saber do outro, sendo capaz de impactar em mudanças significativas no fluxo dos pacientes nos diversos níveis de atenção à saúde”, diz.

Entretanto, reconhece a médica, a implantação do Apoio Matricial não é fácil de ser realizada. É necessário o apoio do gestor, na criação de espaços destinados à reflexão e à análise crítica sobre o próprio trabalho, além do investimento em formação permanente.

“Optar por utilizar o Apoio Matricial no serviço de saúde implica desconstruir práticas tradicionais onde a segmentação dos níveis de atenção à saúde e à falta de vínculo entre os profissionais faz-se presente; é estar disposto em compartilhar conhecimento, respeitar a experiência de cada profissional e construir modelo inovador na forma de se gerenciar a saúde”, conclui. 

Dissertação: Análise sobre uma experiência de Apoio Matricial especializado em saúde do idoso a uma equipe de Saúde da Família do município de Piracicaba – SP

Autora: Fabiola Maria Stolses Bergamo Machado

Orientadora: Mariana Dorsa Figueiredo

Área de concentração em Política, Gestão e Planejamento em Saúde Coletiva

Texto: Edimilson Montalti

Oportunidades e desafios do envelhecimento

O envelhecimento das populações é, hoje, um fato incontestável em praticamente todo o mundo. Pela primeira vez na História, o ser humano convive com o envelhecimento como uma experiência coletiva e não mais como vivência rara e solitária, fruto da sorte, de uma boa genética ou do cultivo da moderação. Caracterizado por um lado pelo aumento da longevidade e, por outro, pela diminuição das taxas de natalidade, o envelhecimento populacional atual resulta de um processo acumulativo e gradual de avanços científicos e tecnológicos.

Em tempos recentes, a melhoria dos modos de vida nas cidades e no estilo de vida de homens e de mulheres, o aperfeiçoamento da saúde materno-infantil, a universalização do uso de antibióticos e vacinas, os avanços nos métodos diagnósticos e de reabilitação e o surgimento de novas instituições e práticas sociais talhadas para o atendimento das necessidades da crescente população idosa são os principais marcadores socioculturais do envelhecimento populacional.

No entanto, há limites à eficácia da cultura para promover o desenvolvimento e a reabilitação das perdas e do declínio associados à velhice: os mais velhos são menos responsivos aos recursos culturais, uma vez que sua plasticidade comportamental e sua resiliência biológica declinam com a idade. Dessa forma, em todo o mundo, o envelhecimento populacional está exigindo

investimentos cada vez mais pesados em soluções sociais no âmbito do cuidado, da vida familiar, dos sistemas de previdência e saúde, da qualidade do ambiente construído, das tecnologias de informação e de saúde e na cura e na prevenção de doenças atualmente incuráveis ou de difícil reabilitação.

Essas questões são universais, é certo, mas são extremamente sensíveis às condições contextuais que compõem o cenário do envelhecimento populacional em cada país. Consideremos o caso do Brasil, onde o envelhecimento da população está ocorrendo em prazo relativamente curto, em comparação com o observado em países europeus. Mais que isso, aqui ele ocorre num contexto de forte desigualdade social, que impregna a vida social e política dos cidadãos e impõe sacrifícios adicionais aos seus membros mais vulneráveis, entre os quais figuram os idosos. A grande maioria deles são pobres, com baixo nível educacional, escasso capital e *status* social, baixo poder político e grande vulnerabilidade a doenças crônicas e a várias incapacidades. Na medida em que a relativa exclusão de boa parcela dos idosos da participação social faz pouca diferença para os que detém o poder, poucos se importam, de fato, com suas necessidades.

Prevê-se que, nos anos 2030, a população brasileira acima de 60 anos será mais numerosa do que a de 0 a 19 anos, e que, nos anos subsequentes, o desequilíbrio numérico entre elas tenderá a aumentar. É curioso observar que as Universidades e as profissões parecem não atentar para como, num futuro bem próximo, as mudanças já em curso na estrutura da população poderão influenciar as carreiras e as ocupações no campo da saúde.



A sociedade vai precisar de menos creches e pré-escolas e mais moradias especializadas para idosos; de menos pedagogos e professores de ensino fundamental e mais cuidadores de idosos; de menos psicólogos infantis e mais psicólogos de família e neuropsicólogos especializados em velhice; de menos professores de educação física especializados em *fitness* e beleza para jovens e mais de profissionais capazes de promover a manutenção e a melhoria das capacidades físicas dos adultos e dos idosos; de menos pediatras e mais geriatras. A ideia não é de inversão, mas de mudança na proporção dos profissionais, dependendo das diferentes necessidades.

Se os profissionais que cuidam dos idosos não se deixassem afugentar pelo baixo *status* dos idosos e, quem sabe, pelo medo de lidar com a grande incógnita que é o fim da vida, e se não mais generalizassem o baixo prestígio dos velhos, é bem provável que os cursos de formação preparariam mais pessoas para as profissões que, num futuro próximo, serão mais necessárias para atender as pessoas que envelhecem, dentro de um sistema de saúde desejavelmente público, de boa qualidade, voltado primeiro para a atenção básica e depois para as especialidades.

Ao contrário disso, o que se vê é a extrema indigência da maior parte dos currículos acadêmicos em oferecer oportunidades para a aquisição de informações e de habilidades profissionais para atender os mais velhos.

Uma minoria de Universidades brasileiras tem tradição de oferta de estágios, internatos e residências, não só em

Geriatria como também nas outras profissões da saúde. Os serviços públicos e privados de saúde engatinham na abertura de vagas para os profissionais do envelhecimento.

A população não está informada sobre o que eles fazem e oferecem. Os próprios estudantes universitários parecem não se dar conta de que a evolução de sua carreira ocorrerá nos 40 anos vindouros, quando a realidade será diversa daquela em que seus professores atuam. Não fosse a sucumbência ao conhecido e, em certa medida, ao ilusório, os jovens poderiam ser mais críticos e mais exigentes com relação ao que diz respeito ao seu futuro.

Enquanto esses devaneios se concretizam ou não se concretizam em medidas práticas, é útil lembrar que os demógrafos encarecem a necessidade de o Brasil aproveitar a “janela demográfica”, aberta até cerca dos anos 2050, período em que ainda teremos uma população jovem mais numerosa do que a idosa. Por mais paradoxal que possa parecer, o recurso por excelência para aproveitar essa janela de oportunidade será ofertar às crianças e aos jovens uma educação fundamental de boa qualidade. O segredo é que, no futuro, se eficaz, ela poderá funcionar como elemento propulsor de riqueza e produtividade, que garantirão o sustento dos idosos.

Numa população com múltiplas necessidades, acompanhar o progresso do envelhecimento populacional envolve assumir metas e tarefas de curto, médio e longo prazo nos domínios da saúde, da educação permanente, da criação de ambientes físico e socialmente amigáveis, da adoção de políticas justas de proteção social, da promoção da igualdade social e do respeito às liberdades individuais, com base no mote da Organização Mundial da Saúde, segundo a qual “*Uma sociedade boa para os idosos é boa para todas as idades*”.

no campus

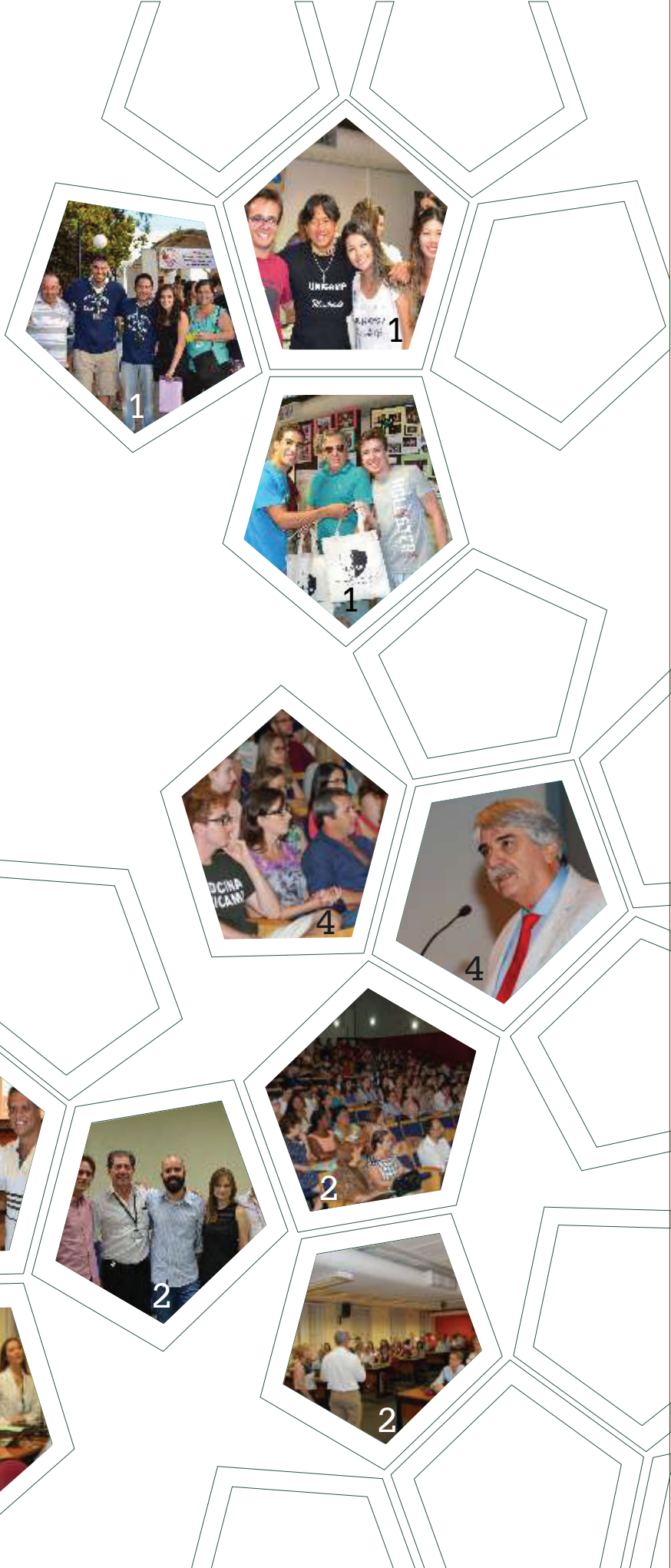
1 Os meses de fevereiro e março foram repletos de atividades de acolhimento para os novos ingressantes dos cursos de Medicina, Fonoaudiologia, Enfermagem e Farmácia.

2 Os novos médicos-residentes, docentes contratados e formandos dos cursos de Aprimoramento e Residência

Multiprofissional também celebraram o início e término de cada turma – alguns com apresentação de Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC).

3 Diversos palestrantes – entre eles o psiquiatra Paulo Amarante e o médico e ex-aluno da segunda turma do curso de Medicina da faculdade, (4) João Luiz de Carvalho Pinto e Silva – foram especialmente convidados para ministrarem palestra e aula magna.

5 A disciplina de moléstias vasculares completou 45 anos. No mês de fevereiro foi descerrada uma placa comemorativa no Hospital de Clínicas (HC) e realizado um encontro entre docentes, autoridades e ex-residentes em Campinas. A organização foi conduzida pela médica Ana Terezinha Guilhaumon.





QUE TAL VIVENCIAR UMA NOVA
EXPERIÊNCIA?

A Unicred é diferente do mercado. Somos uma instituição financeira cooperativa sólida que tem como principal objetivo a saúde econômica e o bem-estar dos nossos cooperados, com relacionamento próximo e assessoria financeira adequada a cada perfil.

Além disso, aqui você é o dono do negócio e tem participação nos resultados.

**VENHA CONHECER O NOSSO POSTO DE ATENDIMENTO NO
TILLI CENTER - BARÃO GERALDO**

UNICRED CAMPINAS

www.unicred.com.br/campinas

SEDE CAMPINAS: Av. Barão de Itapura, 950 – Guanabara – (19) 3731-2724

POSTO BARÃO GERALDO: Av. Albino José Barbosa Oliveira, 1600

Shopping Tilli Center, loja 113 - (19) 3289-2449

UNICRED 

INSTITUIÇÃO FINANCEIRA COOPERATIVA

O equívoco da internação compulsória de **hansenianos**

Desde que começaram a ser autorizadas pelo Governo Federal, em 2007, mais de 8.800 pensões vitalícias foram pagas aos ex-pacientes de hanseníase internados até os anos 1980 em hospitais-colônia de todo o Brasil. Desse total, o Estado de São Paulo é o que concentra a maior parte dos pagamentos, 22% das pensões, seguido por Minas Gerais, com 18%. Essa concentração reflete a política de saúde pública paulista adotada para combater a doença ao longo da maior parte do século XX. Quando o país se deparou com o crescimento da endemia de hanseníase – conhecida na época como lepra – nas primeiras décadas do século passado, o rico Estado paulista tomou a frente na campanha profilática e iniciou a construção de leprosários em várias partes de seu território.

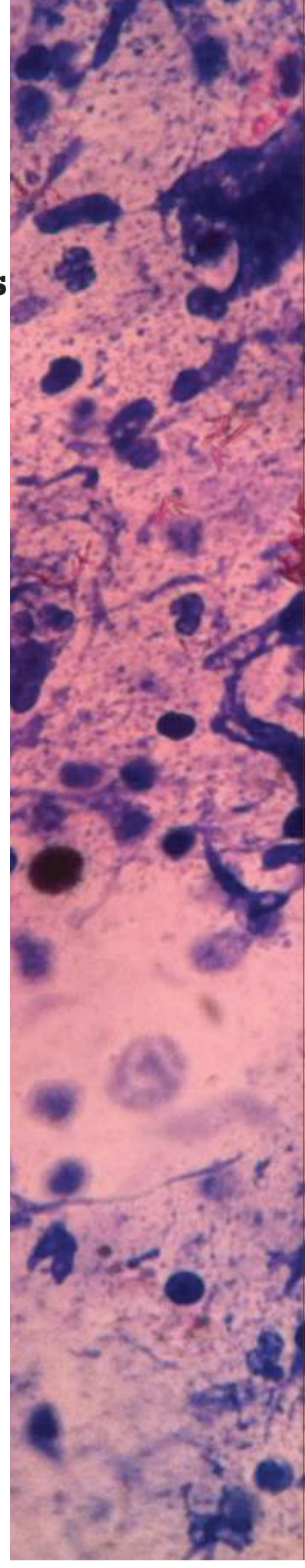
O objetivo da iniciativa foi internar o maior número possível de pessoas contaminadas com o bacilo *Mycobacterium leprae*, em um eficiente sistema de busca de doentes e comunicantes que resultou no fichamento de cerca de 100 mil pessoas entre as décadas de 1920 e 1980. Em 1938, uma década depois que o primeiro dos cinco leprosários foi inaugurado – o Asilo-Colônia Santo Ângelo, em Mogi das Cruzes –, o Departamento de Profilaxia da Lepra (DPL) já reunia mais de 15 mil prontuários em seu organizado cadastro.

A segregação de hansenianos, desde a Idade Média, originou um processo de estigmatização dos pacientes de uma forma tão consistente e duradoura que chegaria até o século XX. Na São Paulo dos anos 1930, esse modelo, inspirado naquele implantado na Noruega em 1885, ganharia contornos ainda mais dramáticos do ponto de vista humanitário. A ótica higienista que permeava o paulistanismo em voga acabaria fazendo da polícia sanitária a ponta de lança da campanha contra a lepra. Esse modelo profilático baseava-se na ideia de que, em prol do saneamento da população bandeirante, era necessário isolar toda e qualquer forma da doença, incluindo as não contagiosas, mesmo que isso custasse a usurpação de direitos humanos básicos de milhares de pessoas.

Dessa maneira, o Executivo destinou uma enorme quantidade de recursos para o combate à hanseníase e garantiu ao governo a exclusividade no atendimento aos pacientes, ficando vedada aos médicos particulares qualquer ação que não fosse o encaminhamento imediato dos doentes para os dispensários. O resultado foi o completo apartamento das vozes científicas discordantes do debate sobre o mal de Hansen.

Essa estratégia governamental deliberadamente se refletiria na opinião pública por meio da imprensa. Nas décadas de 1930 e 1940, os principais jornais paulistas apoiaram claramente em suas páginas a política de isolamento compulsório, o que gradativamente mudaria a partir das décadas seguintes.

Médicos e cientistas brasileiros apenas começariam a reconhecer o equívoco dessa opção para a contenção da endemia no final da década de 1950.





A internação obrigatória se revelaria como uma resposta desproporcional à ameaça representada pela lepra. A tuberculose, por exemplo, mais contagiosa e letal, recebeu 24 vezes menos recursos que a hanseníase em São Paulo, em 1936. Dois anos depois, os dispêndios diários do governo paulista com a lepra representavam o mesmo que o gasto mensal contra a tuberculose.

A descoberta da eficiência das sulfonas no combate ao *M. leprae* seria um ponto de guinada na história da hanseníase. Em 1946, a 2ª Conferência Pan-Americana de Lepra, no Rio de Janeiro, apresentou resultados positivos das sulfonas pela primeira vez, marcando uma nova etapa no combate à doença a partir dos estudos do médico norte-americano Guy Faget (1891-1947). Cientistas de São Paulo ligados ao DPL, como Lauro de Souza Lima (1903-1973), estariam entre os pioneiros que se dedicaram às pesquisas sobre a droga nos leprosários.

A ação profilática do degredo acabaria por se mostrar ineficiente no controle da doença, que se ampliou com mais força ao longo das décadas em razão do ocultamento de novos casos. O modelo paulista, baseado em uma ação extremamente rígida, não foi hegemônico, já que outros Estados adotaram o isolamento de uma maneira mais seletiva. O equívoco de São Paulo persistiu mesmo quando o Governo Federal decidiu extinguir o degredo, em 1962, o que ocorreria, paulatinamente, até a década de 1980.

Depois que a 7ª Conferência Internacional de Lepra, em Tóquio, classificou o isola-

mento como “obsoleto” e “anacrônico”, em 1958, a pressão por mudanças começou a crescer. Apesar disso, São Paulo cederia apenas em 1967, com mais de cinco anos de atraso em relação ao decreto federal.

O tema lepra motivou discussões intensas nas décadas de 1920, 1930 e 1940, inclusive com a defesa de propostas eugenistas, tanto na imprensa quanto em revistas científicas. Nelas discutiam-se a necessidade de medidas restritivas, como a esterilização de casais, a realização de exames pré-nupciais e a proibição do casamento, ideias que desapareceriam do debate público com o ocaso do nazismo.

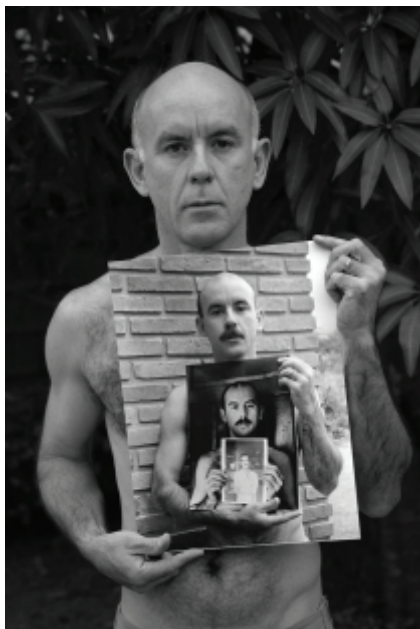
A imprensa paulista aderiu sem questionar à estratégica profilática, mesmo recebendo denúncias da situação desumana vivenciada pelos pacientes nos asilos-colônia, que muitas vezes se constituíam em campos de concentração custeados pelo Estado. A insatisfação dos pacientes com as condições precárias culminariam, em junho de 1945, na eclosão de uma revolta generalizada nos cinco leprosários paulistas, que reuniam 9.600 internos, mas quase nada viria à tona na imprensa da época.

Em pleno século XXI, de uma forma mais sutil, ainda se reproduz o preconceito com os hansenianos quando se ouve nas ruas expressões pejorativas como “morfético” ou “lazarento”. O Brasil ainda é um dos países que registra maior número de casos novos de hanseníase, atrás apenas da Índia, apesar da facilidade de acesso aos medicamentos gratuitos que curam a doença em poucos meses. Esse pouco conhecido capítulo da internação compulsória de vítimas do mal de Hansen deve servir de alerta para que novos erros sejam evitados na constituição de políticas de saúde pública. ■

Guilherme Gorgulho

Mestre em Divulgação Científica e Cultural pela Unicamp, autor da dissertação “Isolamento compulsório de hansenianos: o papel dos jornais paulistas na manutenção do degredo (1933-1967)” e jornalista do Fórum Pensamento Estratégico (PENSES)

Ricardo Cordeiro, Coração de Leão



Ricardo Carlos Cordeiro é médico epidemiologista da FCM da Unicamp, fotógrafo e explorador do continente americano. Já viajou 20 mil quilômetros do bairro Barão Geraldo, em Campinas, até o *Grand Canyon*, no estado do Arizona, Estados Unidos. Foram 60 dias a bordo de uma camionete amarela percorrendo 13 países da América. Ainda esse ano, pretende escalar o vulcão "Ojos del Salado", que fica na região de Puna, na América do Sul. Ricardo escreve contos desde a juventude. É um passa-tempo. Quando o texto fica interessante, divulga para os amigos.



O último engarrafamento

Eram 18 horas de um dia chuvoso. Como um contorcionista, Maurício saiu do carro. Seu corpo magrelo passou por uma fresta de 20 centímetros que, por milagre, havia entre seu Uno Mile e uma van no Viaduto do Chá. O viaduto estava parado. As pistas tomadas por veículos justapostos, imóveis. Até as calçadas, em ambos os lados, estavam abarrotadas de automóveis. Ensopado, Maurício subiu na capota de seu Uno. Olhou para um lado, olhou para o outro. Olhos arregalados, não acreditava no cenário desconcertante à sua frente. O Vale do Anhangabaú estava tomado por centenas de milhares de carros, motos, ônibus, caminhões grudados uns aos outros, imóveis. O som da chuva batendo no teto dos carros se misturava ao ruído dos motores e ao barulho das buzinas ensandecidas.

Doze horas antes, Maurício partira de casa para o trabalho, como sempre fazia. Não estava só. Todos os dias, milhões de paulistanos tiram seus carros da garagem para ir trabalhar. Mas aquele era um dia especial. Amanheceu chovendo. Era véspera de feriado. Aparte os que normalmente saem de carro toda manhã, mais os que ficaram com medo da chuva, muita

gente tirou seus veículos da garagem para emendar o feriado no final do expediente. Não era esse o plano de Maurício. Bastavam as três, quatro horas que perdia, diariamente, em congestionamentos que se formavam cada vez mais cedo e terminavam cada vez mais tarde pela cidade. Emendar o feriado era emendar mais dois engarrafamentos, um para sair, outro para entrar em São Paulo. Tudo o que ele queria era fechar o escritório e ir direto para casa.

O Natal estava próximo. Aparte os que normalmente saem de carro toda manhã, mais os que ficaram com medo da chuva, mais os que emendariam o feriado, muita gente tirou seus veículos das garagens para passar em algum shopping e comprar os presentes que ainda faltavam. Maurício estava livre dessa diversão paulistana. Filho único criado em apartamento, solteiro, tímido e solitário. Os poucos presentes há muito estavam comprados e embalados.

E para completar o cenário, naquela manhã, os metroviários entraram em greve. Aparte os que normalmente saem de carro toda manhã, mais os que ficaram com medo da chuva, mais os que passariam no shopping, muita gente que normalmente utilizava o transporte público, naquela manhã tirou seus carros da garagem porque sabia que, além e por causa da falta de metrô, trens e ônibus



estariam quase inacessíveis. Maurício, que normalmente chegava às oito no escritório no Viaduto do Chá, naquela manhã tão complicada passou quatro horas dentro de seu Uno Mile até chegar ao trabalho. Saiu da Casa Verde, pegou a Avenida Braz Leme, Avenida Rudge, Largo do Paissandu e pronto, Viaduto do Chá. Um trajeto de apenas sete quilômetros. A pé demoraria uma hora e meia. Mas, tinha um problema. Havia mais carros do que ruas naquela manhã.

Setenta quilômetros de lentidão no trânsito de São Paulo. Já era perto da hora do almoço quando Maurício, finalmente, conseguiu chegar ao trabalho. Noventa quilômetros de lentidão em São Paulo. A chuva continua. Cento e trinta quilômetros de lentidão em São Paulo. Metroviários em protesto bloqueiam a Avenida Paulista. Cento e setenta quilômetros de lentidão em São Paulo. Pontos de alagamento começaram a pipocar, aqui e ali. Duzentos e dez quilômetros de lentidão em São Paulo. O rio Tietê começa a inundar as pistas expressas da Marginal na altura da Ponte do Limão. Duzentos e cinquenta quilômetros de lentidão. A Marginal Tietê parou. Trezentos e vinte quilômetros de lentidão. A Marginal Pinheiros parou. As regiões Oeste, Norte e Leste da cidade perdem a conexão entre si. O Secretário Municipal de Transportes responsabiliza os grevistas pelos problemas no trânsito e ameaça cortar o ponto dos metroviários que não retornarem ao trabalho, imediatamente. Trezentos e cinquenta quilômetros de lentidão em São Paulo. O colapso das marginais bloqueia as saídas da cidade pelas rodovias Regis Bittencourt, Castelo Branco, Anhanguera, Bandeirantes, Fernão Dias, Dutra e Airton Senna. A CET já não sabe mais como estimar os quilômetros de

lentidão na cidade. Estado de alerta. Nas rádios, o prefeito responsabiliza a chuva pelo caos instalado e conclama a população a não sair de casa.

Foi inócua a orientação do prefeito. Ninguém mais conseguia sair de casa. Ninguém mais conseguia voltar para casa. Das marginais, o congestionamento se propagou para Santana, Campos Elísios, Freguesia do Ó, Vila Guilherme, Mooca, Vila Prudente, Centro, Pinheiros, Interlagos, toda a periferia.

Às 17 horas, fim de expediente, Maurício desce para a garagem, entra em seu Uno Mile e sai. O Viaduto do Chá estava tomado de carros e ônibus, quase parados. Alguns motoristas, em desespero, começam a transitar pelas calçadas, seguidos de outros, e outros. Havia carros apontados para todos os lados. Perdera-se a noção de mão e contra-mão.

E, num momento em que nenhuma regra de trânsito prevalecia, tornou-se impossível transitar pela cidade. Travou! De Norte a Sul, São Paulo estava coberta de automóveis grudados uns aos outros. Ocupavam não apenas as ruas, mas também praças, parques e calçadas. Não havia seis metros quadrados de área contínua livre na superfície da cidade. Qualquer espaço igual ou maior que isso estava ocupado por um veículo.

Maurício era um rapaz simples. Do alto da capota de seu carro pensava consigo mesmo – só queria ir para casa descansar. Não percebeu que presenciava uma violenta ruptura na história de São Paulo. Não existia mais casa. Não existia mais trabalho. Não existia mais nada. A cidade foi tragada por seu último engarrafamento. Aos poucos, com dificuldade, os milhões de motoristas saíam de seus automóveis, andando em procissão sobre as capotas molhadas. Partiram para refundar a cidade em outro lugar. Deixaram sobre o Planalto de Piratininga, como legado, uma cobertura de milhões de toneladas de blocos de metal justapostos. Escultura coletiva. Um monumento à imbecilidade humana. 🏛️

Se você escreve, mande seus poemas, contos ou crônicas para imprensa@fcm.unicamp.br

foto-síntese



MARCELO SANTA ROSA OLIVEIRA

Título: *Árvore dia*

Local: Praça Chico Xavier - Campinas

Ano: 2015

Marcelo Santa Rosa Oliveira, na primeira vez em que se viu numa fotografia, foi no Carnaval da década de 1970: ele de "soldadinho inglês" ao lado da irmã, de "odalisca". Ficou fascinado ao ver as fotografias de uma viagem de seu pai pela Rodovia Transamazônica. Ao final do ensino médio, empolgado com recentes experiências com câmera-lata, *pin hole* das aulas de física, decidiu ser fotógrafo. Fez Comunicação Social e frequentava mais as aulas de fotografia do que as outras aulas da faculdade. Trabalhou como prestador de serviço em agência de publicidade, laboratorista fotográfico em produtora de audiovisual, fotógrafo *freelancer* em jornais e revistas e como monitor das oficinas de audiovisual do Serviço de Saúde Cândido Ferreira, em Campinas. A rotina do dia a dia na área de Suporte Didático da FCM toma quase por completo o seu tempo, mas Marcelo continua a construção de sua identidade como fotógrafo. "Sempre vou fotografar... a vida é mais interessante assim", revela.