



Boletim ^{da} FCM

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - ANO 2015 - VOL. 10 N. 5

entre-vista

José Carlos Ramos de Oliveira

Uma carreira voltada à Gestão da Saúde

+ pesquisa

Campinas e a implementação do SUS a partir da década de 1970

Vanguarda e mazelas do SUS em Campinas nos últimos dez anos

Reabilitação precisa avançar para além da concepção biológica do indivíduo

+ ensino

Diretório Científico Adolfo Lutz renova participação dos alunos na pesquisa e extensão

+ história

O início da medicina termal no Brasil

entre letras

Gastão Wagner de Souza Campos,
Histórias além de sua cidade natal

Luzes acima dos rumos do SUS

O modelo de Atenção à Saúde na Constituição de 1988 é respaldado no modelo Europeu de sistemas públicos de saúde que incorpora o Canadá, Japão e outros países. Entretanto, em nosso país, a parcela federal no financiamento público da saúde mantém retração em relação à parcela municipal e estadual: caiu de 75% em 1980 para 46% em 2012, obrigando a elevação de 25% para 54% pelos municípios e Estados. O gasto público brasileiro com saúde representa 3,9% do PIB e 44% do gasto total, enquanto os 15 países com sistemas públicos de saúde mais responsáveis no mundo apresentam, respectivamente, a média de 8% e 75%.

O drástico subfinanciamento federal barra a implementação das diretrizes constitucionais e de novo modelo de atenção à saúde. Como se não bastasse, desde os anos 1990 até hoje, crescem subvenções públicas federais ao mercado na saúde: somente a renúncia fiscal no IRPJ e IRPF correspondia a quase 23% do gasto do Ministério da Saúde em 2012, ou 158% do lucro líquido declarado do conjunto de todas as empresas de planos privados de saúde.

Hoje, 30% a 35% da população são consumidores de planos privados de saúde e pagam mensalidades entre R\$ 80 a R\$ 8 mil reais. O restante da população tem acesso à atenção básica apenas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que tem pela frente o desafio da construção do acesso, da Equidade, Integralidade e Qualidade, impedida pelo modelo de atenção à saúde, hoje hegemônico.

Qual a lógica e a dinâmica da relação dos interesses, forças e estratégias dentro do Estado brasileiro, que mantém essa hegemonia? O que se passa no seio da sociedade e seus segmentos na sua relação com o Estado? Tentamos e ousamos refletir sobre essas questões resgatando a história do SUS em Campinas nessa edição do Boletim da FCM. Boa leitura!

Prof. Dr. Nelson Rodrigues dos Santos
Professor colaborador do Departamento de Saúde Coletiva da FCM e presidente do Instituto de Direito Sanitário Aplicado

sumário

editorial

Luzes acima dos rumos do SUS

1

entre-vista

Com larga experiência em planejamento estratégico de sistemas públicos de saúde, o médico José Carlos Ramos de Oliveira participou da 8ª Conferência Nacional da Saúde, em 1986, evento considerado marco histórico do Sistema Único de Saúde (SUS)

3

+ pesquisa

Campinas e a implementação do SUS a partir da década de 1970

6

Vanguarda e mazelas do SUS em Campinas nos últimos dez anos

8

Serviços Especializados em Reabilitação precisam avançar para além da concepção biológica do indivíduo

10

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

Prof. Dra. Christiane M. do Couto

Prof. Dr. Stephen Hyslop

Prof. Dra. Rosana Onocko Campos

Prof. Dr. Francisco Hideo Aoki

Prof. 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

Mario Moreira

Pérciles Lima

Marcelo Oliveira

Mercedes dos Santos

Rafael Marques da Silva

Departamentos da FCM

Anatomia Patológica

Prof. Dra. Albina M. A. Altemani

Anestesiologia

Prof. Dr. Adilson Roberto Cardoso

Cirurgia

Prof. Dr. Claudio Saddy Rodrigues Coy

Clínica Médica

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

Desenvolvimento Humano e Reabilitação

Prof. Dra. Rita de Cassia Letto Montilha

Farmacologia

Prof. Dr. Stephen Hyslop

Genética Médica

Prof. Dra. Vera Lúcia G. da S. Lopes

Neurologia

Prof. Dra. Marilisa Mantovani Guerreiro

Oftalmologia/Otorrino

Prof. Dr. Agrício Nubiato Crespo

Ortopedia

Prof. Dr. Sérgio Rocha Piedade

Patologia Clínica

Prof. Dra. Sílvia de Barros Mazon

Pediatria

Prof. Dra. Maria de Lurdes Zanolli

Psic. Médica e Psiquiatria

Prof. Dra. Eloisa Helena R. V. Celeri

Radiologia

Prof. Dra. Inês Carmelita M. R. Pereira

Saúde Coletiva

Prof. Dr. Edison Bueno

Tocoginecologia

Prof. Dr. Aarão Mendes Pinto Neto

+ ensino

Criado em 2012, Diretório Científico Adolfo Lutz renova participação dos alunos na pesquisa e extensão

12

no campus

Veja o que aconteceu nos últimos meses na FCM e área da saúde da Unicamp

14

+ história

O início da medicina termal no Brasil e a política do SUS

16

entre letras

O autoritarismo que nos constitui, por Gastão Wagner de Souza Campos

18

foto-síntese

Excluído, por Adilson Abilio Piazza

20



capa: Marcelo Santa Rosa



UNICAMP



FCM-UNICAMP

Coordenadores de Comissões e Cursos

Graduação Medicina

Prof. Dr. Emilio Carlos Elias Baracat

Graduação Fonoaudiologia

Prof. Dra. Christiane Marques do Couto

Pós-Graduação

Prof. Dra. Rosana Onocko Campos

Extensão e Assuntos Comunitários

Prof. Dr. Francisco Hideo Aoki

Residência Médica

Prof. Dr. Ricardo Mendes Pereira

Residência Multiprofissional

Prof. Dra. Luciana de Leoni Melo

Aprimoramento Profissional

Prof. Dra. Maria Inês Rubo de Souza

Comissão de Pesquisa

Prof. Dra. Maria Luiza Moretti

Núcleo de Medicina e Cirurgia

Experimental

Prof. Dra. Maria Luiza Moretti

Comissão do Corpo Docente

Prof. Dra. Eliana Martorano Amaral

Centro de Estudos e Pesquisa em

Reabilitação

Prof. 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

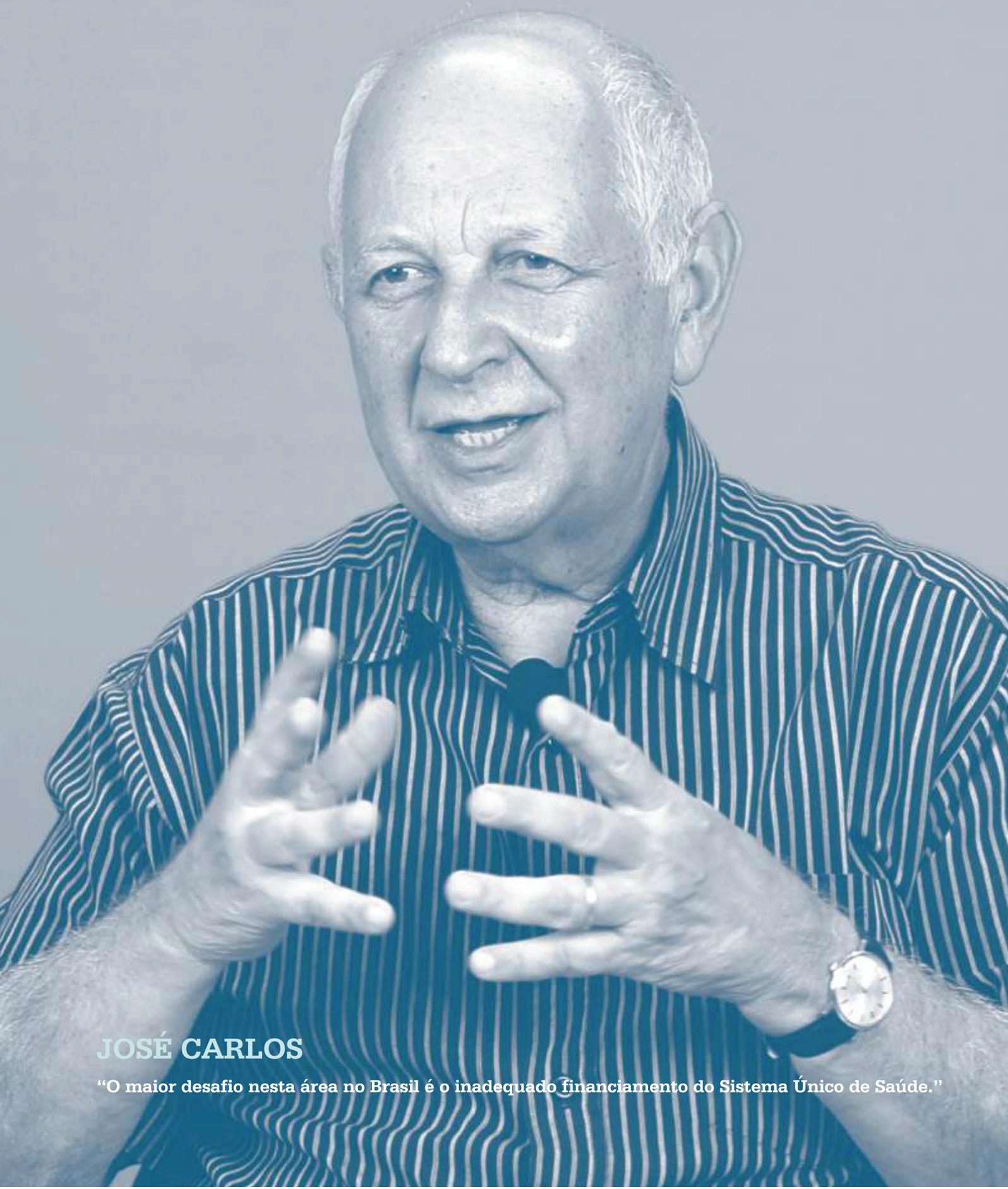
imprensa@fcm.unicamp.br

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



JOSÉ CARLOS

“O maior desafio nesta área no Brasil é o inadequado financiamento do Sistema Único de Saúde.”

José Carlos Ramos de Oliveira

Uma carreira voltada à Gestão da Saúde



“Não sou eu quem me navega, quem me navega é o mar”. Ao citar a canção Timoneiro, do cantor, compositor e violonista Paulinho da Viola, o professor aposentado do Departamento de Clínica Médica, José Carlos Ramos de Oliveira, descreve como direcionou grande parte da carreira para a área de Gestão de Saúde e Administração Hospitalar, tema do pós-doutorado que realizou no Instituto de Tecnologia de Israel – Technion, em 1994.

Com larga experiência em planejamento estratégico e sistemas públicos de saúde, ele ocupou diversos cargos em instituições públicas, dentre as quais, o de Superintendente do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público (2006-2008/1988-1991), de diretor da Faculdade de Ciências Médicas da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (1980-1985), e de Diretor Regional de Saúde das Regiões III e VII (2003-2004/2008), da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Na atualidade, é pesquisador colaborador do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP) da Unicamp.

Como representante da Associação Brasileira de Ensino Médico (ABEM) participou da 8ª Conferência Nacional da Saúde, em 1986, evento considerado marco histórico do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir dessa trajetória, José Carlos fala ao Boletim da FCM sobre valorização da carreira docente, desafios atuais da profissão médica e financiamento da Saúde.

FCM Unicamp – Sempre falamos em pesquisa, ensino e extensão, mas tenho a sensação de que falamos pouco sobre administração. Como o senhor acredita que a atuação no campo de Gestão de Saúde contribui com a formação dos profissionais médicos?

José Carlos – Eu venho de uma família de médicos. Meu pai (José Ramos Júnior) e meu tio (Mário Ramos de Oliveira) eram professores de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica, respectivamente. Em discussões acaloradas com o professor Silvio Carvalho (diretor da FCM de 1969 a 1971), meu pai sempre dizia que gostaria que eu seguisse a carreira como professor. O professor Carvalho, no entanto, respondia que também havia a necessidade de pessoas que tivessem vocação para a administração, porque assim seria possível

proporcionar melhores condições para a realização do ensino, da pesquisa e da extensão de maneira um pouco mais tranquila. Assim, depois de muita argumentação, meu pai compreendeu minha escolha pela administração.

FCM Unicamp – Como gestor de saúde e tendo atuado como professor de semiologia, como o senhor avalia a clínica médica na atualidade?

José Carlos – Atualmente, por força de uma série de circunstâncias, os médicos têm tido pouco tempo diante do paciente e acabam valorizando o pedido de exames, em detrimento ao raciocínio clínico baseado na anamnese e no exame físico. Isso é uma pena, porque acaba encarecendo em muito a prática médica, tornando cada vez menor a possibilidade de uma gestão adequada, e onerando, sobremaneira, os custos do Sistema de Saúde; além de gerar insatisfação em parte dos usuários.

FCM Unicamp – Quais os maiores desafios do SUS hoje?

José Carlos – O maior desafio, no Brasil, é o financiamento. O momento atual é aquele em que a situação econômica está muito ruim e acaba refletindo em todos os setores, na saúde em especial. No caso do SUS, o financiamento, que sempre foi aquém das necessidades, tende a diminuir ainda mais, não só do ponto de vista do pagamento das ações de saúde, como também da manutenção e implementação de programas de longo prazo.



FCM Unicamp – Qual o papel dos gestores públicos nesse cenário?

José Carlos – Nós temos um vício no Brasil, em que os gestores trabalham pelo tempo da sua gestão, esquecendo que programas como Saúde são perenes, e que precisam ter horizontalidade no sentido de sua continuidade. Muitos programas são interrompidos por forças partidárias. Os políticos têm uma visão muito curta nesse aspecto. É preciso criar uma agenda que coloque a Saúde interligada com outros setores, como os do Planejamento e da Economia, por exemplo, para que ela possa desenvolver-se sem os sobressaltos de partidarismos.

FCM Unicamp – Qual a sua avaliação sobre a carreira docente?

José Carlos – Vivemos, no momento, um sentido de carreira universitária predominantemente voltado à pesquisa. Isso precisa ser revisto, porque o trabalho docente e o trabalho de uma Medicina mais voltada à Atenção Primária, também são importantes e podem ser mais valorizados para a progressão na carreira.

FCM Unicamp – Como equilibramos um ensino altamente especializado com as demandas e realidade das estruturas de saúde?

José Carlos – De um lado, o conhecimento tem a necessidade de verticalização, de aprofundamento de conhecimentos específicos. De outro, é preciso contar com estruturas interligadas para dar conta de uma agenda mais importante, qual seja, a saúde em benefício da população.

FCM Unicamp – Como as estruturas da Área de Saúde da Unicamp têm evoluído nesse sentido?

José Carlos – Hoje vemos que o Hospital de Clínicas (HC) e a própria FCM requerem gestão ligada ao desenvolvimento de atividades nos campos do ensino, pesquisa e extensão. O HC é um hospital de alta complexidade, mas que ainda atende, e muito, a Atenção Primária e Secundária, que poderiam estar em outros locais. Nossa estrutura é de alto conhecimento e alta complexidade. Centros específicos como o Caism, por exemplo, fazem essa interligação desde a Atenção Primária da mulher até a Atenção Terciária, pensando em grandes complicações,

como tratamentos de câncer, de esterilidade, etc. Esse é um modelo que vai no sentido de integrar Departamentos, apontando para uma reestruturação acadêmica que promova maior integração horizontal dessas estruturas. Os conceitos de “Redes de Atenção” às principais condições de morbidade da população e os protocolos de “Linhas de Cuidados” serão os balizadores dessa integração que chamei de horizontal.

FCM Unicamp – A Região Metropolitana de Campinas (RMC) é constituída por 20 municípios, e conta com quase 3 milhões de habitantes. Como a Saúde está equipada para dar conta das demandas dessa população?

José Carlos – Ainda há a necessidade de melhor estruturação do Atendimento à Saúde na RMC. Isso implica em reconhecer os diferentes equipamentos de saúde, com suas competências primária, secundária e terciária. A partir disso, inserir as Redes de Atenção à gestante, às emergências, aos crônicos, hipertensos, diabéticos, pessoas com câncer, dentre outras; e, por conseguinte, estabelecer as linhas de cuidado. Isso ainda está começando do ponto de vista de entendimento e difusão. As discussões nesse sentido já datam de 2008. Na época, eu era diretor Regional de Saúde. Estamos em 2015, mas ainda trabalhamos nessa estruturação. O NEPP da Unicamp tem dado excelente contribuição para o desenvolvimento do Planejamento Estratégico em Saúde da RMC. Recentemente, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) aportou uma importante soma de recursos para o desenvolvimento e integração das ações de saúde no Estado de São Paulo através da SES-SP. Certamente, a RMC será contemplada com recursos avindos do BID, via SES-SP, para implementar a atenção integrada das redes de atendimento e suas linhas de cuidado, focalizando aspectos estruturais, funcionais e de regulação do sistema.

Campinas e a implementação do Sistema Único de Saúde a partir da década de 1970

A cidade de Campinas, durante a década de 1970, se destacou no cenário nacional tanto pela elaboração de propostas para a organização de sistemas de saúde, quanto na sua efetiva implementação. Essa história é contada da dissertação de mestrado “Antecedentes da implementação do SUS - Sistema Único de Saúde - em Campinas, SP”, do médico Adilson Rocha Campos, defendida no programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp.

“As razões que me levaram à realização desse estudo estão relacionadas à minha implicação pessoal com o assunto, na qualidade de militante político no final da década de 1970, inserido na luta contra a ditadura militar; de estudante de medicina da Unicamp na década de 1980; de médico sanitarista trabalhador do SUS a partir da década de 1990; de professor a partir da década de 2010 e, principalmente, por acreditar que ao olhar para a trajetória da construção do SUS, encontramos razões para nos sentirmos ainda mais motivados para defendê-lo e continuar sua construção”, explica Adilson.

A pesquisa foi elaborada a partir da leitura e análise de documentos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que se encontram organizados no Centro de Documentação da Secretaria Municipal de Saúde (CEDOC), documentos produzidos durante a época estudada (fontes primárias) e documentos que posteriormente analisaram a época (fontes secundárias), além de entrevistas com Nelson Rodrigues dos Santos, Carmem Cecília de Campos Lavras, José

Carlos Silva e Gastão Wagner de Sousa Campos que tiveram importância no encadeamento dos acontecimentos no sistema de saúde municipal.

Na década de 1970, a Secretaria de Estado da Saúde (SES) era a responsável pela Saúde Pública e pela rede de serviços estaduais instaladas no município. Cabia à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Campinas a responsabilidade, apenas, pelos seus serviços municipais de assistência à saúde. O modelo de atenção vigente, nacionalmente, era o Previdenciário, cabendo ao complexo formado pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) a atenção aos trabalhadores beneficiários e seus dependentes.

Ainda nos anos 1970, num ambiente de efervescência política de resistência e combate ao governo da ditadura militar instalada no país, os movimentos sociais e as instituições democráticas passaram a ganhar importância e tiveram uma atuação destacada também na área de saúde. Na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), o então denominado Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS) da Faculdade de Ciências Médicas (FCM), teve papel fundamental no que viria a ser a chamada área de Saúde Coletiva, ao introduzir no processo de

formação dos alunos de medicina, as discussões sobre a determinação social das doenças e difundir as bases conceituais da Medicina Comunitária, principalmente com os alunos que participavam do Laboratório de Educação Médica e Medicina Comunitária (LEMC), formando médicos que viriam a trabalhar, em seguida, na implantação desse modelo na SMS.

A coordenação do LEMC, até 1975, cabia ao médico Sérgio Arouca, que era docente do Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM da Unicamp. Segundo depoimento colhido por Adilson durante entrevista com a

médica Carmem Lavras, que na época era estudante de medicina da faculdade, os alunos voluntários que cursavam medicina na FCM, a partir do quarto ano atendiam a população no período noturno em alguns bairros periféricos da cidade, como Vila Costa e Silva, Vila Rica e Parque Brasília.

“O papel do DMPS da Unicamp, através das atividades desenvolvidas sob a coordenação do professor Sérgio Arouca, foi decisivo tanto na formulação teórica e técnica de modelos de atenção à saúde, quanto para a implantação do modelo de Medicina Comunitária no município de Campinas e sua articulação com outros municípios onde experiências similares estavam ocorrendo”, explica Adilson.

Em Campinas, a partir de 1977, quando o médico Sebastião de Moraes assumiu a direção da Secretaria Municipal de Saúde, começou a haver a institucionalização do modelo de atenção denominado Medicina Comunitária. Data dessa época o início da rede de postos de saúde, denominados então de “Postos comunitários de Saúde”.

A partir de 1983, o Secretário Municipal de Saúde passou a ser o médico sanitário do DMPS da FCM Nelson Rodrigues dos Santos, que teve uma atuação de destaque nas discussões nacionais sobre as necessárias mudanças no sistema de saúde. Sob sua gestão, é implantado o projeto “Pró-Assistência 1”, com o qual se pretendia que a rede de postos e serviços de saúde passasse a operar numa lógica de integração, hierarquização e regionalização, envolvendo todas as instituições públicas e não públicas que prestavam serviços assistenciais no município.

Em sequência ao Pró-Assistência, em dezembro de 1983 é assinado convênio entre o INAMPS e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, dando início às Ações Integradas em Saúde (AIS). Municípios como Campinas e Ribeirão Preto foram os primeiros a assinar o convênio AIS e, em seguida, Itu, São Roque e Botucatu. Em 1983, os recursos financeiros provenientes das AIS pagavam todo o atendimento da população não previdenciária.

“A universalidade nasceu ali. Outra coisa que fizemos, sem rótulo, foi a prática da equidade, pois nossa prioridade era o mais desassistido; entendíamos que era uma vitória atender a classe média, mas a prioridade era o mais necessitado. Ali nasceu o embrião do que viria a ser o SUS na Constituição, para em 1987 ganhar seu nome na Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS)”, revela Nelson Rodrigues dos Santos (Nelsão) em depoimento à Adilson.

Nos anos que antecederam à Assembleia Nacional Constituinte, em 1988, a articulação nacional acerca do tema saúde foi muito intensa, culminando na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que teve ampla participação popular e de representantes de todos os setores envolvidos com a questão da saúde. O professor Sérgio Arouca, que foi o relator da oitava CNS, foi eleito deputado constituinte e teve papel fundamental na defesa das teses definidas pela conferência.

“À luz do atual momento do SUS, verificamos que a trajetória percorrida para sua construção, desde os seus antecedentes históricos, possibilitou várias conquistas, que devem ser sempre reafirmadas e aprimoradas. Verificamos, ainda, que no caminho percorrido para a implantação dessa política pública, havia dificuldades adicionais, de ordem política, de gestão e de financiamento, que tem impedido o seu avanço. E, por toda sua complexidade, sempre teremos velhos e novos desafios a serem enfrentados. O SUS é dinâmico como a vida”, diz. 🏠



Sérgio Arouca e Nelsão

Dissertação: Antecedentes da implementação do SUS - Sistema Único de Saúde - em Campinas - SP

Autor: Adilson Rocha Campos

Orientador: Gustavo Tenório Cunha

Área: Pós-Graduação em Política, Planejamento e Gestão em Saúde

Texto: Edimilson Montalti

Vanguarda e mazelas do SUS em Campinas nos últimos dez anos

Em abril de 2013, surgiu na capa da revista Radis, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), uma imagem que buscava simbolizar o atual Sistema Único de Saúde (SUS): um copo com água pela metade. Essa imagem pode ser remetida à história da saúde pública em Campinas, no entanto, com uma leitura diferente. Se o tal copo induz à pergunta “O SUS se encontra meio vazio ou meio cheio?” – no caso de Campinas, representa dois momentos dessa história.

De acordo com o médico Roberto Mardem Soares Farias, autor da dissertação de mestrado defendida na Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp “Construção e consolidação de uma política de Saúde – o SUS em Campinas”, a metade cheia do copo representa o surgimento da saúde pública em Campinas, da década de 1960 até metade da década de 2000. “A metade vazia do copo representa os seus últimos 10 anos. Então, para sermos justos, o copo deveria estar mais cheio que vazio. Talvez 3/4 com água e 1/4 vazio”, diz Mardem.

Em Campinas, há muito o que comemorar pelos feitos do SUS. A cidade tem uma ampla rede de

atenção, a cobertura vacinal atinge o patamar de 95% ou mais, 83% das mulheres realizam sete ou mais consultas de pré-natal, o programa de Aids do município é reconhecido como um dos melhores do Brasil, a reforma psiquiátrica e o cuidado com os pacientes com sofrimento mental são reconhecidos como um dos melhores do país, a Vigilância em Saúde tem conseguido sucessos em casos muito complexos como o de contaminação de solos ou das próteses mamárias de silicone, entre outros. “Muitos dos dispositivos para uma gestão democrática e de cuidados (colegiados gestores, núcleos de saúde coletiva, apoio institucional, apoio matricial, clínica ampliada, projetos terapêuticos singulares) tornaram-se parte da política ministerial, difundidos para todo o Brasil, a partir da experiência de Campinas”, revela.

Ainda assim, Mardem aponta em sua dissertação, defendida dentro do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da FCM, que há mazelas no “microcosmo campineiro”. De acordo com dados da pesquisa, Campinas aprovou uma lei aumentando para 17% o piso de seu orçamento para a Saúde. E, todos os anos, desde o meado da década de 1990, esse percentual é ultrapassado, gastando-se acima de 20% até 25% do orçamento municipal. O orçamento municipal dos últimos anos tem sido em torno de R\$ 850 per capita, abaixo do gasto nacional (somatória dos gastos federal, estaduais e municipais), de R\$ 1.098 per capita, em 2013.



“Em 2014, o orçamento municipal previsto foi de R\$ 1 bilhão, o que elevará o gasto per capita ao valor de R\$ 911 reais, ainda assim, abaixo do valor nacional. Estaremos igual ou pouco acima dele em termos de gastos públicos se contabilizarmos os gastos estaduais no Hospital de Clínicas, por meio da Unicamp, cujo orçamento em 2013 foi de R\$ 348 milhões mas, ainda assim, subfinanciado se compararmos aos países da Europa ou mesmo de alguns países sul-americanos”, afirma o médico.

Outro problema apontado pelo pesquisador é o afastamento da classe média do SUS. Levantamento feito por pesquisadores do Departamento de Saúde Coletiva da Unicamp em 2001 e 2002, demonstravam que, das pessoas que se utilizaram de serviços de saúde nos últimos 15 dias anteriores ao inquérito, 50,2% se utilizaram dos serviços públicos, enquanto 45,1% se utilizaram dos privados via planos de saúde e os restantes utilizaram-se de sindicatos e outros tipos de serviços assemelhados.

“Interessante notar que à medida que sobe a escolaridade do chefe da família em anos de estudo e, provavelmente a sua renda, menos se utilizam do SUS. Entre os que têm 12 ou mais anos de estudo, quando perguntados sobre a utilização para problemas de saúde, 100% utilizaram planos de saúde e outros meios. Não houve utilização do SUS. Esta utilização só aumenta quando se trata de internação hospitalar. Nesse caso, 19,1% dos que têm mais de 12 anos de escolaridade utilizaram-se de leitos SUS. É possível que a situação tenha piorado, dado que nesses 12 anos, do período da pesquisa até o momento, cresceu o número de usuários de planos de saúde na cidade”, afirma.

Segundo Mardem, Campinas já foi, com outros municípios, vanguarda na saúde. Afinal, foi uma das primeiras cidades a ter um sistema municipal de saúde, a municipalizar os serviços federais e estaduais e ter legislação garantindo a participação popular em sua fiscalização e gestão. A fragmentação da gestão, a desconexão entre programas verticais e as necessidades territoriais, a ausência de diretrizes para um modelo eficaz, seja de gestão, seja de atenção, estão hoje entre os principais problemas que assolam o SUS campineiro, aponta o pesquisador.

“Se o SUS será mais emancipatório ou uma política voltada para os pobres, ainda que a maioria da população brasileira, se a Reforma se completará segundo os anseios do Movimento Sanitário, que tanto lutou para tornar a saúde um direito de cidadania, dependerá de mudanças que o povo brasileiro deverá decidir se as deseja ou não. O campo da saúde pública, como pensada e instituída constitucionalmente pelo Movimento da Reforma Sanitária, é um espaço privilegiado para a experimentação dessas mudanças e urge fazê-las como forma de contrapor-se ao movimento neoliberal, ao individualismo e à saúde como mercadoria”, ressalta. 

Dissertação: Construção e Consolidação de uma Política de Saúde – O SUS em Campinas

Autor: Roberto Mardem Soares Farias

Orientadora: Maria Filomena de Gouveia Vilela

Área: Pós-Graduação em Política, Gestão e Planejamento

Texto: Edimilson Montalti

Serviços especializados em reabilitação precisam avançar para

Na atualidade, mesmo com o discurso da inclusão e a realização de eventos esportivos de grande porte, as pessoas com deficiência física ou intelectual no Brasil continuam sujeitas à discriminação e à segregação social. Apesar das conquistas alcançadas nas duas últimas décadas do século XX, com a mobilização das pessoas com deficiência e a ampliação do conceito de reabilitação, muito ainda precisa ser feito para que a inclusão social dessas pessoas, de fato, aconteça.

Um estudo da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp, realizado pela fisioterapeuta Helen Rodrigues da Conceição Hirashima, no Centro de Referência em Reabilitação do Sistema Único de Saúde (SUS) de Campinas, buscou identificar e compreender como as pessoas com deficiência percebem e vivenciam o processo de reabilitação, tendo em vista suas demandas, expectativas e anseios, o serviço oferecido e o próprio entendimento sobre o conceito de reabilitação. Ao todo, foram entrevistados 17 pacientes, homens e mulheres, entre 20 e 80 anos, em sua maioria com deficiência física adquirida, decorrente de doenças do sistema nervoso, lesões ortopédicas ou traumas.

Ainda que os Centros de Reabilitação continuem a servir de modelo de organização para a grande maioria dos serviços assistenciais, a pesquisa revelou que essas instituições tem pouca efetividade no que diz respeito à inclusão social das pessoas com deficiência. Isso porque, segundo a dissertação de mestrado defendida no programa de pós-graduação em Saúde Coletiva, Política e Gestão Pública da FCM, tais instituições continuam a deixar o contexto social dos pacientes fora do processo de reabilitação. “Esse tipo de atuação, que desconsidera o conjunto socioeconômico e o contexto de vida dos pacientes, provoca uma dupla ruptura no indivíduo, tanto como deficiente físico, quanto como cidadão”, critica Helen.

Outro aspecto destacado na pesquisa é o caráter assistencialista da reabilitação, decorrente do paternalismo cultural inerente à prática médica e que, frequentemente, não identifica na pessoa com deficiência a autonomia necessária para conduzir a própria vida. “O tradicional predomínio da filantropia nos serviços de reabilitação influenciou e fez persistir o caráter assistencialista. A fragilidade histórica da pessoa com deficiência ainda é uma triste realidade. A pessoa com deficiência entende que deve ser merecedora da técnica que lhe é ofertada como doação, por que ela não se reconhece no direito”, diz.

Helen também constatou, pelos depoimentos dos pacientes entrevistados, que ainda perdura a ideia de que ações de reabilitação só podem ser realizadas em serviços especializados e que qualquer outro ponto de Atenção Básica no Sistema de



além da concepção biológica do indivíduo

Saúde não é considerado ideal para esse fim. A pesquisadora esclarece, no entanto, que a partir da normatização do Programa da Saúde da Família, a partir de 1994, o conceito de reabilitação deixou de ser uma modalidade especializada, exclusiva dos centros de reabilitação, passando a integrar, também, as intervenções em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). “A integralidade da Saúde não se dá em um único lugar, uma vez que as várias tecnologias em saúde – utilizadas para melhorar e prolongar a vida – estão distribuídas em vários serviços. Essa é uma tarefa de esforço intersetorial”, ressalta.

A pesquisadora também fala sobre o mito da “tecnologia de última geração” internalizada na formação e no ideal de prática dos profissionais de saúde, e que também é manifestada pela maioria dos usuários. “Esse mito pode conduzir a uma percepção deturpada das ações, que passam a ser classificadas como de baixa qualidade, com o emprego de insumos precários, e destinadas às pessoas pobres. Ou, ainda, levar a uma classificação polarizada entre os serviços públicos e os serviços privados, onde a rede particular ofereceria atendimento de “alta qualidade”, em função do emprego de tecnologia”, revela.

De acordo com Helen, a técnica não deve ser um fim em si mesmo, de maneira que a construção de um serviço de saúde de qualidade envolva, fundamentalmente, a adequação das tecnologias às reais necessidades das pessoas. “A incorporação tecnológica nem sempre é capaz de conferir, por si só, o resultado”, afirma.

Sem negar a contribuição do paradigma biomédico na reabilitação, a fisioterapeuta que atualmente atua na Prefeitura de Campinas, sugere, em seu trabalho, que o atual modelo hegemônico caminhe ao lado de um modelo capaz de dar conta dos

casos de alta complexidade, porém, dentro da realidade brasileira, sem custos proibitivos. Além disso, a pesquisadora sugere que os profissionais de saúde atuantes na área incorporem a concepção social da deficiência, disseminando tal conceito em suas práticas diárias.

“É preciso, ainda, estar ciente das políticas e programas vigentes, tendo em conta o papel da reabilitação no resgate da autonomia das pessoas com deficiência, a fim de que elas se reconheçam como parte integrante da sociedade”, reforça. 

Depoimentos

“Quando você chega nesse lugar pela primeira vez você pensa que aquilo não vai ser útil. No fim você acha que é a única solução, não tem outro lugar”

“A gente tem que dar graças a Deus que tem aqui, que ajuda a gente, né? Já é uma vitória, por que tem tanta gente por aí que nem consegue isso”

“eu só estou precisando de uma cadeira de rodas [...] do resto eu estou feliz”

“Ah... eu queria andar, tenho vontade de andar, queria recuperar com a fisioterapia...”

“Só acrescentaria a melhora do transporte. Eu consigo chegar de ônibus, mas tem gente que não consegue.”

Dissertação: O modelo assistencial oferecido em um serviço de referência em reabilitação do SUS Campinas na perspectiva da pessoa com deficiência física

Autora: Helen Rodrigues da Conceição Hirashima

Orientador: Enidio Ilário

Área: Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Política e Gestão de Saúde

Texto: Camila Delmondes

Diretório Científico Adolfo Lutz renova participação dos alunos

“Doravante, todas as reivindicações dos alunos serão feitas por intermédio da recém-fundada agremiação, que só funcionará a contento se houver a cooperação de todos os seus sócios”. Este foi o discurso de Alberto Zynger, primeiro presidente do Centro Acadêmico Adolfo Lutz (CAAL) da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp, em 22 de maio de 1963, na sala de aula da maternidade de Campinas, onde funcionava o setor de Histologia.

Em recorte de jornal publicado no livro “FCM 50 anos: A realidade ultrapassou o sonho”, o CAAL comemora, em 1968, cinco anos de atuação unindo os “acadêmicos”. Desde a implantação do curso de medicina até decisões que moldaram o destino da FCM, a atuação dos alunos merece destaque.

Saindo da história e trazendo para os dias atuais a participação dos alunos de medicina nos rumos da faculdade, em 2012 foi criado o Diretório Científico Adolfo Lutz (DCAL) com o objetivo de incentivar a pesquisa, apoiar as Ligas Acadêmicas e organizar eventos multidisciplinares dos estudantes.

“De forma sucinta, podemos considerar que o movimento dos alunos para fundar o DCAL veio para criar um grupo que unisse as Ligas Acadêmicas em torno de interesses semelhantes. À época de sua criação, em 2012, o CAAL era o apoiador oficial das Ligas; no entanto, existia ainda um vácuo de gerenciamento.

Sinal disso era a progressiva redução das Ligas em número, bem como o seu financiamento limitado”, explica Ricardo Afonso Alves, terceiranista do curso de medicina e atual presidente do DCAL.

Em 12 de novembro de 2012 foi realizado um plebiscito entre os estudantes que contou com 203 votos. Desses, 201 eram a favor da criação do DCAL. Após esse episódio, teve início a primeira gestão. Não só as Ligas foram abraçadas nessa construção. O que nascia era uma associação de alunos voltada aos interesses de pesquisa e extensão da Faculdade. Além da associação das Ligas, eventos científicos organizados por alunos passaram a ser apoiados pelo DCAL que realiza, ainda esse ano, uma assembleia para aprovar o estatuto e oficializar a criação do DCAL perante à Universidade. Desde 2013, o DCAL vem promovendo a organização de eventos multidisciplinares, como a Semana de Especialidades Médicas, que trouxe diversos profissionais para orientar estudantes sobre áreas de trabalho, bem como resgatou a apresentação das Ligas Acadêmicas para os ingressantes dos cursos de Enfermagem, Fonoaudiologia e Medicina.

Já a partir de 2014, a organização do Congresso Médico Acadêmico da Unicamp (CoMAU) ficou sob responsabilidade do DCAL. O último CoMAU foi marcado pela realização de workshops multidisciplinares que incluíram os cursos de Enfermagem, Fonoaudiologia e Farmácia e por palestrantes de renomadas faculdades internacionais. Para o CoMAU deste ano, a multidisciplinaridade será ainda maior, pois a ideia é ultrapassar as fronteiras do conhecimento, garante a atual gestão. O DCAL tem alguns projetos novos ainda em planejamento, principalmente no que se refere em aumentar o acesso do aluno à pesquisa e à extensão. De acordo com os integrantes da atual gestão do DCAL, o aluno precisa conhecer melhor as áreas de pesquisa da Faculdade e saber onde buscar orientadores.

na pesquisa e extensão

“Não existe, ainda, uma base de dados eficiente para que isso aconteça. Além disso, acreditamos ser importante a valorização do trabalho do aluno de iniciação científica por meio da disseminação de seus trabalhos aqui dentro”, revela Pamela Castro Pereira, diretora de pesquisa do DCAL e também aluna do terceiro ano do curso de medicina da FCM.

O DCLA pretende, ainda, promover a participação das Ligas em eventos fora da faculdade, como campanhas de conscientização em saúde ou colaboração em ONGs, a exemplo do que é feito pela Liga de Oncologia.

Ligas Acadêmicas

As Ligas Acadêmicas são grupos organizados de alunos em torno de um tema de interesse comum. Os membros da Liga, por sua vez, se aprofundam na especialidade de interesse, bem como têm a oportunidade de se envolverem com intervenções de extensão e projetos científicos.

Estão filiadas ao DCAL: Grupo de Estudos em Oncologia, Liga de Acupuntura Medicina

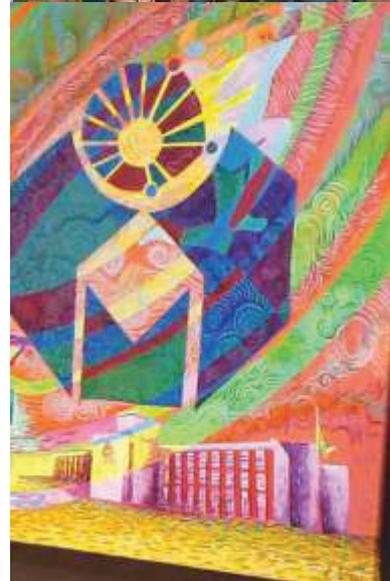
Unicamp, Liga de Cardiologia, Liga de Cirurgia, Liga de Dermatologia, Liga de Diabetes Mellitus, Hipertensão e Obesidade, Liga de Homeopatia, Liga de Medicina Integrativa, Liga de Neurociências, Liga de Pediatria, Liga de Psiquiatria e Saúde Mental, Liga Acadêmica de Radiologia da Unicamp, Liga de Tanatologia, Liga de Transplantes e a Liga do Trauma.

“Hoje, nem todas as Ligas funcionam mais sob o tripé ensino-pesquisa-extensão. Há dificuldades. Precisamos rever o que está acontecendo e apoiar seu crescimento. Dar liga às Ligas”, diz Ricardo.

O DCAL é gerido por um grupo de alunos escolhidos por voto pelos coordenadores das Ligas Acadêmicas. A gestão é formada pelos cargos de Presidência; Vice-Presidência; Diretorias de Ensino, de Extensão, de Pesquisa e de Marketing, além de tesoureiros e secretários. Os conselhos de Liga são o espaço onde as Ligas têm o poder de se manifestar e dar opinião.

“Por meio das Ligas, o aluno tem, desde o primeiro ano, a oportunidade de participar de coisas que, durante a graduação, não tem chance. As Ligas acrescentam muito à formação do aluno como médico”, diz Pamela.

Segundo o presidente do DCAL, o aluno, ao participar de uma Liga, se torna um personagem importante dentro da Universidade. “Ele deixa de ser um receptor de informação e passa a ser ator na disseminação do conhecimento”, diz Ricardo. 🏠



no campus

1 - A FCM homenageou docentes e funcionários aposentados entre abril de 2014 e maio de 2015, como parte das atividades anuais do Projeto “Memórias FCM”, que registra a memória da instituição por meio dos depoimentos dos servidores.



2 - Os 22 novos representantes docentes eleitos para o Conselho Universitário da Unicamp tomaram posse para mandato de dois anos (2015-2017). Pela FCM, foram eleitos os professores: Francisco Aoki, Paulo Velho, Luiz Carlos Zeferino, Mario Saad, Manoel Bertolo, Rosana Onocko, Marco Antônio de Carvalho e Plínio Trabasso.



ANTONINHO PERRI/ASCOM UNICAMP

3 - Sucesso de público, o show do músico Antonio Nóbrega realizado no Auditório da FCM, em parceria com o Instituto de Artes (IA) e a Intermedia Eventos, teve ingressos esgotados em menos de duas horas.



4 - A professora Maria Francisca Colella dos Santos, do curso de graduação em Fonoaudiologia, assumiu o cargo de primeira tesoureira da Academia Brasileira de Audiologia (ABA), para o biênio 2015-2017. A cerimônia contou com a participação de Christiane Marques do Couto, coordenadora da graduação em Fonoaudiologia da FCM e secretária da ABA.



5 - O médico radiologista Nelson Caserta, docente do Departamento de Radiologia da FCM, foi nomeado representante da Sociedade Europeia de Radiologia Gastrointestinal e Abdominal (ESGAR), no Brasil, para mandato de dois anos.



6 - O médico sanitarista Gastão Wagner de Sousa Campos, professor titular do Departamento de Saúde Coletiva FCM, foi eleito presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), para o mandato de três anos (2015-2018).



GUILHERME KANNO/ENSP Fiocruz/Divulgação Abrasco

7 - O médico infectologista e professor do Departamento de Saúde Coletiva FCM, Paulo Roberto de Madureira, ficou em segundo lugar na Feira Literária Internacional de Paraty de 2015 com o poema DNA.



8 - O Departamento de Cirurgia da FCM aprovou cinco novos livres docentes em três concursos realizados, num prazo de 20 dias. O título de livre docente foi obtido pelos médicos: Adriano Fregonesi, Gustavo Pereira Fraga, Marcelo Lopes de Lima, Raquel Franco Leal e Wagner Eduardo Matheus.



AINDA MAIS POR VOCÊ

Na Unicred, além de produtos e serviços financeiros com taxas diferenciadas do mercado para você e seu negócio, você conta com o atendimento personalizado, a assessoria financeira e a proximidade que só uma cooperativa de crédito pode oferecer.

Venha conhecer o nosso Posto de Atendimento no Tilli Center – Barão Geraldo.

unicred.com.br/campinas | [facebook.com/unicredsp](https://www.facebook.com/unicredsp)

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 início da medicina termal no Brasil

Ao contrário dos tratamentos médicos indicados a partir de meados do século XIX que tinham nas águas frias o uso terapêutico dos banhos, as águas que nasciam naturalmente quentes no nosso país sempre tiveram maior visibilidade e interesse na medicina e na política desde a época dos viajantes. Interesse notável, uma vez que desde o século XVIII, as águas quentes francesas haviam readquirido notoriedade a partir de um interesse crescente dos príncipes e suas cortes, culminando, conseqüentemente, em estudos aprofundados dessas águas na Academia de Medicina de Paris. A partir de uma expressiva circulação de saberes entre esta academia e os primeiros médicos que já se interessavam pelos casos de doentes que haviam sido curados em algumas fontes de águas medicinais no interior do nosso país, somava-se a relevância e a utilidade que essas águas poderiam ter na saúde e no desenvolvimento econômico daqueles lugares onde elas se encontravam.

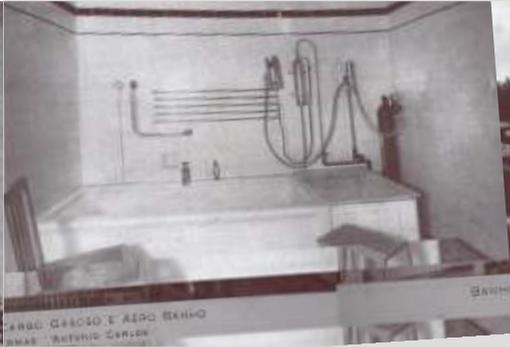
Do ponto de vista histórico e da organização de um saber médico que começava a se estruturar a partir de 1833 – ano em que se fundou a Revista Médica Fluminense – no intuito de ampliar o espaço de discussão entre os seus pares e divulgar ao público brasileiro “os objetos puramente científicos”, “o único periódico médico do Brasil” publicava, em 1839, a primeira

memória considerada original sobre as “*Agoas Thermaes (Caldas) da provincia de Goyaz e seos maravilhosos effeitos para a cura da morphea e outras enfermidades rebeldes de pelle*”. O trabalho, redigido pelo italiano Vicente Moretti Foggia, a pedido do presidente de Goiás, tornava-se, portanto, a primeira publicação oficial inserida nas páginas de um periódico científico destinado a divulgar tudo o que era “novo na sublime arte de curar” em nosso país.

Em 1841, Antônio Maria de Miranda e Castro, doutor em Medicina pela Faculdade do Rio de Janeiro, apresentou um dos mais importantes trabalhos sobre a ação das águas minerais brasileiras. A dissertação trouxe de imediato um ponto essencial que parecia por fim ao conhecimento popular e às lendas sobrenaturais que rondavam o imaginário das fontes de águas quentes. Para ele, interessava livrá-las da incredulidade e superstição de outros médicos do país. Segundo a sua doutrina, para que elas surtisses efeito era necessária uma circunstância de primeira ordem: beber a água na fonte. Caso isso não fosse possível, o ideal era mandar buscá-la com uma série de cuidados estipulados pelos estudos bibliográficos (entre eles, Boutron, Charlard, Patissier e Longchamp) que já eram referência em assuntos de águas medicinais.

Para o médico, as águas não curavam por si só. Após analisadas quimicamente e descritas suas propriedades físicas tais como o cheiro, o sabor, a cor, a transparência, a temperatura e sua densidade, eram necessárias, também, estipular algumas considerações sobre o modo de fazer uso das águas. Para ele era fundamental “abandonar os negócios, os trabalhos de espíritos aturados, esquecer as paixões e inquietações, praticar o exercício moderado a pé ou a cavalo”. O doutor era o primeiro a instituir uma série de





práticas circunscritas ao redor das águas medicinais no Brasil. Depois, apareceram outros estudiosos e médicos que chamaram a atenção dos governantes para o poder civilizador das águas medicinais quentes, exemplos que eles retiravam de variados estudos franceses que demonstravam como naquele país as águas medicinais haviam fundado cidades e modificado a paisagem urbana e os hábitos (principalmente da corte) que recorria às virtudes curativas da água termal.

Portanto, foi a partir dos anos 40 do século XIX que médicos como Sigaud, Pedro Sanches de Lemos, Caminhoá, Pires de Almeida, H. Monat e Bernardo Saturnino da Veiga deram início a uma literatura específica sobre o uso das águas e suas virtudes curativas para o corpo humano. Consequentemente, ampliaram o discurso para as questões relacionadas ao desenvolvimento econômico e social das cidades, além de estabelecerem práticas e

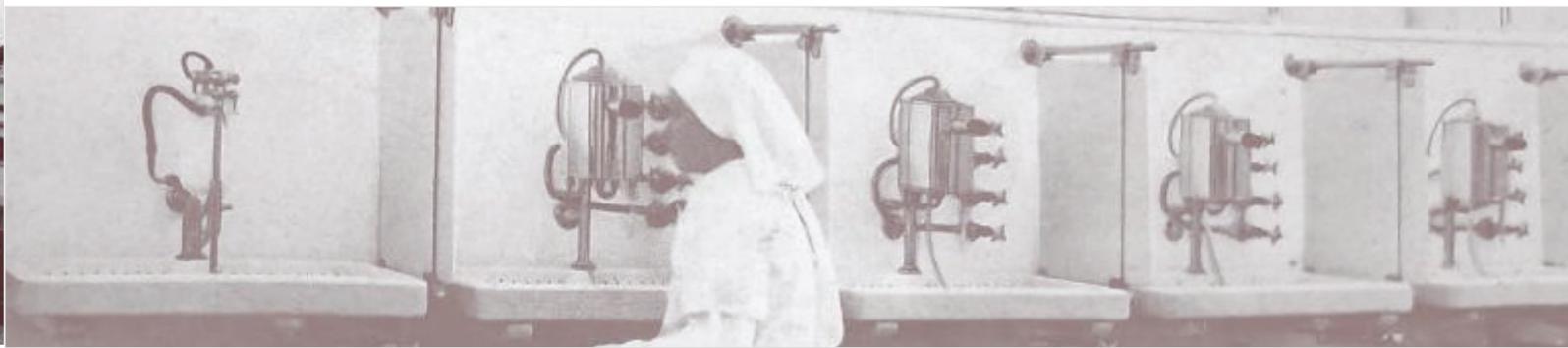
saberes eruditos sobre a organização de espaços que continham as águas medicinais. O próprio Caminho á já elegia as bases para a compreensão das “aplicações racionais therapeuticas de qualquer água mineral”. Era pelas ciências que a água mineral ia tornando-se objeto de estudo de um novo ramo da medicina que dava os seus primeiros passos ao longo do século XIX no Brasil. Já a Academia Nacional de Medicina, local onde se agrupavam os estudos dessa natureza, divulgava essas pesquisas e os casos clínicos na medida em que auxiliava na legitimação e no conhecimento do poder curativo das águas medicinais.

Após a descoberta do *radium* em 1896 pelo casal Curie, cada vez mais estes médicos enfatizavam que a cura termal deveria realizar-se diretamente nas fontes para que se obtivesse o efeito das propriedades medicamentosas das caldas. A hidrologia médica esclarecia através do *radium* que a água deveria ser bebida e usada na fonte, pois a perda da radioatividade, as modificações no ph e outras propriedades encontradas somente nestas águas eram alteradas quando estas passavam a ser engarrafadas e transportadas sem os ensinamentos básicos de como conservá-las. Foi assim, portanto, que a hidrologia médica nos anos seguintes especificou diferentes maneiras e formas de utilizar-se das águas termais: uso por via oral, balneação (parcial ou total), inaloterapia (pela boca e nariz), vaporização (localizada), banhos de vapor (úmidos e secos), duchas gerais e locais e aplicação dos resíduos orgânicos e vegetais destas águas, fatores

essenciais para a construção das futuras cidades hidrominerais do Brasil.

Desde 2006, após a implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC no SUS, o termalismo voltou a ser discutido e valorizado no interior de algumas dessas cidades que foram fundadas ao redor das águas medicinais. Em Poços de Caldas, por exemplo, o Departamento dos Serviços Termais da cidade oferece, por mês, até 1.500 vagas para pacientes que são diagnosticados com reumatismo e algumas patologias dermatológicas. 🏠

Jussara M. O. Marrichi
Doutora em História pela Unicamp
e chefe dos Serviços Termais de
Poços de Caldas, MG



Gastão Wagner de Souza Campos,

histórias além de sua cidade natal

O médico sanitarista Gastão Wagner de Souza Campos tem alma de artista. Escreve romances, novelas, contos e histórias vividas. A realidade serve como estímulo para a criação do enredo. Ele usa fatos reais, coletivos, públicos, sua experiência como médico e professor da FCM, história do Brasil e características físicas e de personalidade de amigos e pessoas com quem ele convive e conviveu. Tudo é misturado. Ficção e realidade. Os personagens e acontecimentos são distorcidos pela sua memória imaginativa. Autor de diversos livros, ele diz que “o escritor tem que estar com a antena aberta para o mundo e incorporar histórias além de sua cidade natal”.

O autoritarismo que nos constitui

Professor Calixto solicitou que eu o ajudasse na confecção de um plano para o Departamento “X”. Animei-me e aceitei o convite, seria uma oportunidade para estreitar a convivência entre a Saúde Coletiva e o Hospital.

- Bem, professor – respondi com cuidado –, costume trabalhar em conjunto com a equipe interessada. Uma coisa interativa, tudo bem?

- Por quê? Isto não atrasará o negócio? Tenho certa urgência.

- Bem, o planejamento ganha qualidade quando vários olhares e diferentes experiências são compartilhadas. Além do mais, o plano tem mais força e aceitação quando elaborado por quem vai executá-lo.

- Como assim?

- Os planos fabricados sem participação costumam permanecer nas gavetas. E, professor, por que há urgência?

- Não, sim. Uma droga! Estamos com uma taxa de infecção hospitalar inaceitável. Inaceitável.

Insisti, cauteloso:

- Professor Calixto, veja, infecção hospitalar costuma ser um sintoma decorrente de problemas no atendimento, em geral, há vários fatores organizacionais envolvidos. Seria conveniente reunirmos a maioria da sua equipe. Uma hora apenas, das 11 ao meio-dia. Dois ou três encontros serão suficientes. Nada mais, jogo rápido.

- Não vejo objetivo nisso, mas o especialista é o senhor. Convocarei os professores do Departamento para a reunião com o senhor.

- Se possível, todos os que trabalham no setor. Médicos contratados, enfermeiras, residentes, quem mais o senhor julgar relevante.

- Tudo bem, até quarta-feira então.

Na quarta-feira cheguei cedo à enfermaria, passei pelo ambulatório e pronto-socorro. As 11 horas me reuni com uma dúzia de profissionais. O professor Calixto abriu a reunião:

- Esse é o professor Mathias, especialista em administração em saúde. Eu o convidei para nos dar uma mão com a infecção hospitalar.

Em seguida, professor Calixto comentou sobre o padrão epidemiológico daquele surto, e logo me passou a palavra.

Antes que eu pudesse explicar a metodologia de trabalho, um residente de terceiro ano ergueu o braço e começou a falar com timidez, olhando pra mim e depois pro professor Calixto:

- Com licença, me desculpem, mas gostaria de agregar...

Professor Calixto o interrompeu peremptório:

- Cale a boca, Reginaldo! Cale a boca! Estamos aqui para ouvir um especialista.

Fiquei embaraçado, não pretendia contestar a autoridade de Calixto, mas, por outro lado, era necessário criar um clima que favorecesse a participação sem constrangimentos dos presentes. Assim, com cautela, argumentei:

- Professor, os residentes passam muito tempo no serviço, talvez o Reginaldo tenha observado algo que nos escapou. Poderíamos ouvi-lo, se o senhor estiver de acordo!

- O senhor é quem sabe – concedeu Calixto com má vontade.

De fato, Reginaldo levantou a hipótese de que o aumento da infecção hospitalar poderia estar relacionado com a elevação da permanência dos pacientes na enfermaria. Responsabilizou dificuldades com o laboratório, radiologia e com o próprio centro-cirúrgico pelo atraso na alta de grande parcela dos casos.

Logo depois, a enfermeira-chefe, Mara, queixou-se do descuido dos médicos com a assepsia. Um professor apontou necessidade de investimento, segundo ele a direção do hospital não vinha repondo pessoal e equipamentos essenciais.

A esta altura, eu me sentia confiante e apresentei a proposta de trabalho. Sugeri três encontros de uma hora cada. Naquele primeiro, conforme já vinha acontecendo, faríamos um levantamento e uma análise dos problemas e, em seguida, proporíamos formas de superá-los. Levantei-me e me dirigi até uma lousa onde comecei a anotar, de forma esquemática, os entraves relatados. Estimulei o

foto-síntese



ADILSON ABILIO PIAZA

Título: Excluído

Local: Departamento de Anatomia Patológica

Ano: 2003

Adilson Abilio Piazza nasceu em Porto Feliz, SP. É funcionário da Fundação de Desenvolvimento da Unicamp desde 2001. A fotografia sempre foi um hobby até que se tornou profissão, em 2005, no Departamento de Anatomia Patológica da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp. Começou com revelação de negativos preto e branco e fotos de macroscópica, no Hospital de Clínicas da Unicamp. Desde 2006, trabalha com fotografia digital, além de tratamento e editoração de imagem. Com seu trabalho, dá apoio fotográfico a várias publicações de pesquisa. Seu grande incentivador é o médico Luciano Queiroz, idealizador do site didático da disciplina de Patologia do curso de Medicina da FCM que tem acesso mundial gratuito. Gosta de fotografar pessoas, famílias e a natureza, que lhe inspira nas fotos de característica celular.