

Pouca medicina, muita caridade. As origens dos hospitais brasileiros

Na Europa pós-Renascimento, os hospitais tinham um papel muito diferente ao que lhes é hoje atribuído. Usados como guarida para peregrinos, viajantes, vagabundos, velhos, crianças e também doentes, eram de fato um “morredouro”, um espaço reservado para a salvação das almas e de coerção para aqueles que não tinham para onde ir, nem o que perder. As instituições portuguesas não foram exceção.

Considerado como referência para os estabelecimentos hospitalares da época, em meados do século XVI, o Hospital de Todos os Santos lisboeta firmou compromissos representados por sete obras espirituais - *ensinar os simples, dar bons conselhos a quem pede, castigar os que erram, consolar os desconsolados, perdoar aos que injuriaram, sofrer injúrias com paciência e rezar pelos vivos e pelos mortos* - e sete obras corporais: *remir os cativos, visitar os presos, curar os enfermos, cobrir os nus, dar de comer aos famintos, dar de beber a quem tem sede, dar pouso aos peregrinos e enterrar os mortos*. Estes preceitos serviram como modelo hospitalar, que se tornou uma das marcas da colonização portuguesa no mundo.

No Brasil, por dezenas de anos tentou-se resolver um problema recorrente entre os habitantes da costa - a chegada de embarcações repletas de marinheiros doentes. Os próprios habitantes das vilas, a contragosto, eram responsáveis em hospedar aqueles homens que por semanas haviam batalhado contra a subnutrição e as doenças a bordo. Na tentativa de resolver o impasse, instituiu-se o arquétipo institucional lusitano.

A primeira instituição hospitalar brasileira (e segunda das Américas) foi fundada por Brás Cubas em 1543, no povoado de Enguaguaçu, litoral paulista. Tal qual o seu modelo português, recebeu o nome de Hospital de Todos os Santos e deu origem à atual cidade de Santos. Outros hospitais foram surgindo no Brasil; vários nasceram em construções simples, de taipa de pilão, cobertas com folhas de palmeiras.

Com o incremento da colonização, as construções tornaram-se mais sólidas, mas na distribuição do seu espaço físico, existiam apenas grandes enfermarias, cujo luxo máximo era a colocação de divisórias de cânhamo, para resguardar a intimidade dos doentes. Não havia salas de cirurgia, de curativos ou área de isolamento. Em algumas instituições, como a de Salvador, os cadáveres eram enterrados abaixo do piso do claustro, junto às cisternas d'água, um perigo patente de contaminação.

Os raros médicos e cirurgiões coloniais podiam ser agenciados pelas irmandades responsáveis pelas instituições ou assistirem gratuitamente aos doentes no próprio hospital ou nos asilos anexos. Os demais serviços como enfermagem e limpeza podiam ser exercidos, segundo a época, por religiosos, escravos ou pessoas contratadas, sem qualquer treinamento prévio ou qualificação. Os pacientes, todos desvalidos, tinham altas médias de permanência e diante de uma terapêutica ineficiente, em nada diferente à usada pela população geral, a mortalidade era muito elevada.

A assistência prestada nestes hospitais não diferia dos Hospitais Reais Militares, criados com fins assistenciais para os soldados luso-brasileiros a partir do século XVII, e nem mesmo de seus correlatos europeus.

Na realidade, do ponto de vista terapêutico, os hospitais tornaram-se eficazes somente após a segunda metade do século XIX, consoante o surgimento da clínica baseada em estudos anatomopatológicos, da anestesia, do aprimoramento de técnicas cirúrgicas, da antisepsia e da descoberta de drogas eficazes para males que atormentavam a humanidade.

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



NESTA EDIÇÃO:

Tese de doutorado investiga a prática de yoga em Campinas

VEJA TAMBÉM:

Diretrizes em câncer de vulva

Acerca da bioética da beira do leito

Ensino a Distância na FCM

Na prática fisioterapeuta à fisioterapia como profissão

FCM homenageia aposentados com resgate de fotos e depoimentos

Tese de doutorado investiga a prática de yoga em Campinas

A motivação inicial para realização da pesquisa nasceu da curiosidade de entender o significado de praticar yoga. Para alcançar tal compreensão optou-se pela investigação de pessoas que ensinam yoga diariamente: os professores de yoga. Assim, foi realizada uma pesquisa qualitativa que se utilizou de entrevistas semi-estruturadas para investigar a trajetória de doze professores de yoga da cidade de Campinas.

A palavra *yoga* não é novidade, entretanto, sua presença no ambiente acadêmico ainda é restrita. A prática do *yoga* no Brasil cresceu muito nas últimas décadas. Tal crescimento gera a necessidade de pesquisas para que possamos entender melhor os benefícios e efeitos desta filosofia de vida milenar, no dia a dia do praticante. Como filho da cultura indiana, o *yoga* apresenta-se como uma escola filosófica. No Ocidente, o *Hatha Yoga*, a abordagem mais física dessa filosofia e suas ramificações, é a prática mais amplamente destacada pela mídia.

A tese de doutorado “*Yoga: Caminho Sagrado*”, de Thais Adriana Cavalari, orientada pelo professor Adilson Nascimento de Jesus, da Faculdade de Educação da Unicamp e co-orientada pelo professor Nelson Filice de Barros, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp, busca uma visão científica para o *Hatha Yoga*. A pesquisa contou com auxílio financeiro da CAPES.

A motivação inicial para realização da pesquisa nasceu da curiosidade de entender o significado de praticar *yoga*. Para alcançar tal compreensão optou-se pela investigação de pessoas que ensinam *yoga* diariamente: os professores de *yoga*. Assim, foi realizada uma pesquisa qualitativa que se utilizou de entrevistas semi-estruturadas para investigar a trajetória de doze professores de *yoga* da cidade de Campinas.

Para interpretar os dados obtidos durante as entrevistas foi construído um modelo de análise de trajetória a partir de uma revisão sistemática da literatura que permitiu identificar as implicações desta escolha na vida desses profissionais, tendo como norte a trajetória da própria pesquisadora no caminho do *yoga*. Assim, a elaboração da tese percorreu um caminho histórico, pessoal e coletivo-profissional.

Sem pretensões de profundidade, o primeiro capítulo percorre o percurso histórico dessa tradição filosófica, na tentativa de reconstituição de alguns dos passos do *yoga* desde sua origem até os dias de hoje. Apresenta, também, conceitos

fundamentais e indica os diferentes caminhos que podem ser trilhados, assim como alguns passos do *yoga* no Brasil.

O segundo capítulo retrata a imersão da pesquisadora no universo simbólico do *yoga*, narrando uma peregrinação pela Índia, terra-mãe desta filosofia. Representa a ruptura da ideia de que existe um lugar acadêmico e um pesquisador distante daquilo que ele pesquisa, e descreve as vivências provenientes do contato com esta filosofia e sua cultura distinta: o vocabulário, o modo de disciplinar o corpo e a mente, os rituais de limpeza e purificação. Esta imersão no *yoga* na Índia proporcionou uma nova visão sobre o *yoga* que amparou a pesquisa direcionada à trajetória dos professores.

O capítulo três narra a trajetória dos professores de *yoga* entrevistados e apresenta a elaboração e o desenvolvimento da pesquisa de campo, inclusive os passos dados para a construção do modelo de análise de trajetória. A análise dos discursos comprovou a hipótese de que esta profissão representa uma ruptura biográfica na vida dos profissionais, com eles mesmos, com suas famílias e com a sociedade. Aponta para as implicações dessa escolha e sugere que o alicerce da profissão esteja além do retorno financeiro ou da estabilidade profissional e surge como uma forma de satisfazer necessidades ontológicas do ser.

Portanto, o título da tese “*Yoga: caminho sagrado*” refere-se à adoção do *yoga* enquanto caminho, como uma filosofia de vida e concebe uma maneira de viver amparada por princípios técnicos, filosóficos, éticos e espirituais. Mais que conclusões, a tese apresenta diversas inquietações sobre a prática do *yoga* em Campinas, a formação e preparação do professor para exercer essa profissão e as transformações que o contato com *yoga* acarreta na vida das pessoas.

Thais Adriana Cavalari

PÓS-GRADUANDA EM EDUCAÇÃO,

CONHECIMENTO, LINGUAGEM E ARTE

FACULDADE DE EDUCAÇÃO E FCM, UNICAMP

Diretrizes em câncer de vulva - parte 5

4. Estádio VI

E IVA	Vulvectomy Radical e Exenteração Pélvica (anterior e/ou posterior) Radioterapia +/- Quimioterapia
E IVB	Vulvectomy Higiênica Radioterapia +/- Quimioterapia

Cirurgia

Vulvectomy radical e exenteração pélvica.

Radioterapia e/ou quimioterapia

Radioterapia adjuvante (45 -50 Gy) em vulva se lesões primárias grandes, margens estreitas, invasão angiolímfática e invasão estromal maior que 5 mm.^{16(B)} Radioterapia adjuvante inguinal e pélvica se dois ou mais linfonodos inguinais comprometidos.^{19(B)}

Radioterapia neoadjuvante (45-50.4Gy) em casos selecionados para diminuir extensão cirúrgica ou melhorar a operabilidade.^{22(B),20(B)} Nestes casos, pode-se associar quimioterapia com cisplatina 50mg/m² D1 + Fluorouracil 1000mg/m² em infusão contínua por 4 dias nos dias D1 e D22 da radioterapia.^{16(B),21(B)} Pacientes com contra-indicação para platina, substituí-la por mitomicina 10mg/m².

Para pacientes julgadas inadequadas para a cirurgia ou incapazes de tolerar vulvectomy radical (inoperáveis) realizar radioterapia exclusiva associada à quimioterapia (Fluorouracil + cisplatina).^{21(B)}

Doença recorrente ou refratária

Exisão radical local +/- radioterapia; vulvectomy radical e exenteração pélvica; radioterapia + quimioterapia associados ou não à cirurgia; radioterapia paliativa.

O tratamento será individualizado, dependente da performance status da paciente, local e volume da doença. Não existe quimioterapia padrão ou outro tratamento padrão para doença metastática.^{21(B)} Excisão radical local, aumentado a sobrevida em 56% se linfonodos regionais não acometidos.^{23(B)} Radioterapia associada ou não a quimioterapia pode levar a remissões em algumas pacientes, com baixa taxa de nova recidiva.^{21(B)} Em situações especiais, a braquiterapia pode ser uma alternativa terapêutica. Quando a recidiva é após 2 anos, radioterapia asso-

ciada à cirurgia pode resultar numa sobrevida em 5 anos maior que 50%.^{24(B)}

5. Condições especiais

Melanoma vulvar

É a segunda neoplasia vulvar mais comum (4,8%). A maioria das lesões envolve o clitóris ou o lábio menor. Usar o sistema de Clark ou Breslow modificado para estadiamento. Toda lesão pigmentada na vulva deveria ser biopsiada. Como nos melanomas cutâneos, há uma tendência para ressecção mais conservadora de melanomas vulvares. Exérese ampla das lesões primárias com margem de pelo menos 1 cm. Linfonodectomia inguinal é controverso, mas recomendado pelo Intergroup Surgical Melanoma Program.^{4(A),25(B)}

Câncer da glândula de Bartholin

Cânceres na glândula do Bartholin podem ser escamoso (0,4%) ou adenocarcinoma (0,6%). Frequentemente o diagnóstico é feito após ressecção da glândula. O tratamento padrão é vulvectomy radical. Porém, ressecção ampla da lesão e linfonodectomia inguinal unilateral podem ser efetivo em lesões precoces. Como estas lesões estão fundas na fossa de isquiorectal, as margens podem estar exíguas ou comprometidas. Nesses casos indica-se radioterapia adjuvante vulvar, também em casos de lesões volumosas. Se linfonodos inguinais comprometidos indica-se radioterapia inguinal adjuvante. Para lesões císticas adenóides, exérese ampla é o tratamento de escolha, com radioterapia adjuvante local se margens comprometidas ou invasão perineural.^{4(A),26(C)}

Nível de evidência:

A, estudos experimentais e observacionais de melhor consistência; B, estudos experimentais e observacionais de menor consistência; C, relatos ou séries de casos; D, publicações baseadas em consensos ou opiniões de especialistas.

Dr. Luis Felipe Trincas Assad Sallum
Prof. Dr. José Carlos Campos Torres
Profª. Dra. Sophie Françoise Mauricette Derchain
DEPARTAMENTO DE TOC GINECOLOGIA, FCM, UNICAMP
Prof. Dr. Sérgio Carlos Barros Esteves
RADIOTERAPIA DO HOSPITAL DA MULHER PROF. DR. JOSÉ
ARISTODEMO PINOTTI (CAISM), FCM, UNICAMP
Prof. Dr. Luiz Carlos Teixeira
DEPARTAMENTO DE ONCOLOGIA CLÍNICA, FCM, UNICAMP

O câncer de vulva é uma neoplasia rara entre as mulheres. Seu tratamento em fases iniciais tem melhores resultados tanto estético-funcionais como sobrevida global com elevado índice de cura.

Acesse:
www.fcm.unicamp.br/Diretrizes/d_n_c/ca_vulva/ca_vulva_Pagi.html

Acerca da bioética da beira do leito - parte 3

A Bioética da beira do leito cuida para colocar a mesma mão da ciência no paciente na consciência do médico. Ela não bate o martelo, ela contribui para ajuizar sobre fatos e dados.

A Bioética da beira do leito ressalta o valor pedagógico do treinamento de atitudes sobre uma infinidade de enredos com potencial de fazer com que o treinamento tecnocientífico afaste-se do caráter humano da aplicação: um jovem médico tem objetado o desenvolvimento de sua curva aprendizado pela recusa do paciente a se submeter ao procedimento; um paciente sente-se violentado pela indicação de manipulação em seu corpo; uma fonte pagadora entende que o exame solicitado por quem vivencia o caso é dispensável; uma conduta planejada por superior hierárquico é considerada inadequada e motivo de desobediência.

A Bioética da beira do leito cuida para colocar a mesma mão da ciência no paciente na consciência do médico. Ela não bate o martelo, ela contribui para ajuizar sobre fatos e dados. Quando rompem dificuldades para assegurar uma tomada de decisão pessoal ou institucional em definitivamente certa ou errada, quando os valores intervenientes estão dramaticamente impossibilitando uma visão de consenso, quando há um choque entre a percepção de paciente à disposição da medicina ("progresso tecnocientífico é igual a sucesso clínico") e de médico a serviço do paciente ("o doente tem sua personalidade e não é um ser abúlico"), a Bioética acolhe. Ela tem a possibilidade de adicionar significados a argumentos - úteis para a promoção do entendimento - que cada um dos personagens do conflito supõe verdadeiro na escolha e legítimo em eventual mudança.

A Bioética da beira do leito lembra que a resultante de o paciente ter procurado o médico por uma determinada razão e de o médico ter enxergado muito além pode ser uma surpresa que exige paciência do médico com alguém que não se enquadra momentânea ou permanentemente na acepção da sinonímia entre doente e paciente. Ela auxilia na exposição que a beneficência pode ser alcançada, mas não

sem malefícios. Em outras palavras, a Bioética da beira do leito contribui para esclarecer ao leigo a semântica médica de estar doente e ter uma doença. Ter ou não ter sintoma aproxima ou distancia o paciente da beneficência recomendada, arregala ou fecha os olhos sobre não-maleficência e influencia o grau de utilização da autonomia.

Essa Bioética arma uma "barraca de campanha" à beira do leito. É abrigo com calor humano para certas friezas da tecnologia e da ciência. É proteção para o compromisso com o conceito de dignidade (dignus, o que tem valor), que sensível a épocas e locais, é forte responsável pelo caráter dinâmico do hipocrático ato de cuidar. Em consonância, ela funciona como sala de aula para o aprendizado da ética da vida de relação que acontece à beira do leito. É uma estrutura invisível que dá visibilidade a processos de interação médico-paciente/terceiros.

A Bioética da beira do leito lida com a imprescindível aplicação do cabedal tecnocientífico e com o cumprimento de leis e códigos, segundo um direcionamento inicial do coletivo para o individual. Neste caminho, surgem prós de condutas clínicas estado da arte, incluindo os avanços na fronteira do conhecimento que trazem praticidade assistencial, e contras de artigos do Código de Ética, que vedam atitudes, e de leis que condenam ações. O que se pretende para o individual pode apresentar dissonâncias com antecipações pelo coletivo e a luz da "barraca de campanha" pode iluminar os atalhos da mente para os desvios conciliadores.

Max Grinberg

DIRETOR DA UNIDADE CLÍNICA DE VALVOPATIAS DO
INSTITUTO DO CORAÇÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - HCFMUSP
REV. ASSOC. MED. BRAS. VOL. 56 N°. 6 SÃO PAULO 2010

1. Fletcher KE, Furney SL, Stern DT. Patients speak: what's really important about bedside interactions with physician teams. *J Gen Intern Med.* 2003;18(Suppl 1):232.

2. Grinberg M. Acaso da beira do leito, caso da bioética. *Arq Bras Cardiol.* 2006;87:e257-e61.

3. Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter. Medical Professionalism Project. *Lancet.* 2002;359(9305):520-2

4. Bean JR. A new professional paradigm: whence and whither. *J Neurosurg.* 2009;111(6):1113-8.

5. Alfandre D, Rhodes R. Improving ethics education during residency training. *Med Teach.* 2009;31(6):513-7.

6. MacKenzie CR. What would a good doctor do? Reflections on the ethics of medicine. *HSS J.* 2009;3(2):196-9.

7. Jenkins J. New professionalism in the 21st century. *Lancet.* 2006;367(9511):646.

8. Lucey C, Souba W. Perspective: the problem with the problem of professionalism. *Acad Med.* 2010;85(6):1018-24.

O Ensino a Distância na FCM

A Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp figura entre as melhores do Brasil. Isso se dá graças à qualidade de seu corpo docente e discente, na graduação, pós-graduação e residência médica. Docentes e alunos interagem, tendo como produtos, formação profissional e científica de qualidade. Embora em constantes mudanças, os processos de ensino e aprendizagem estão solidamente firmados na FCM, com histórico de mais de 40 anos de sucesso.

Mas a FCM não seria o que é se, após bons resultados, em algum momento de sua história, tivesse decidido estancar sua modernização no ensino. Seja em incrementos pontuais, seja através de grandes reformas, os processos de transmissão do conhecimento não pararam de evoluir em nenhum momento.

Entre as inovações e incorporações de metodologias e tecnologias, em agosto de 2006, foi criada a Comissão de Ensino a Distância (CEAD), cuja missão é, dentro da comunidade da FCM, estimular, assessorar e oferecer recursos técnicos e humanos para desenvolvimento de projetos de Ensino a Distância (EAD) institucionais e extramuros, além de colaborar com a educação assistida por meios interativos, nas modalidades semipresencial e a distância. Desde sua implantação, a CEAD vem cumprindo com sua missão.

Cabe à CEAD, portanto, fazer uso da *expertise* da FCM no ensino e, ao mesmo tempo, auxiliá-la a programar tecnologias que mantenham a faculdade atualizada e eficiente no que se refere à transmissão de conhecimentos.

Mas, em termos práticos, o que a CEAD vem de fato realizando?

Acompanhando atualizações mundiais, a ferramenta educacional EAD vem despertando cada vez mais o interesse por parte de profissionais envolvidos com qualidade de ensino e otimização de recursos humanos, técnicos e financeiros. Ela pode ser articulada em variadas modalidades de ensino desde o ensino fundamental e médio até graduação, pós-graduação, extensão, especialização, educação continuada, aprimoramento profissional, residência médica ou capacitações profissionais envolvidos com a área da Saúde.

A EAD também pode ser utilizada em modalidades totalmente a distância, semipresenciais e/ou através de videoconferências, no oferecimento de palestras e cursos por meio de recursos providos pela internet e pelos diversos sistemas de apoio ao ensino e pesquisa. Pode-se citar, por exemplo, as plataformas Moodle e Teleduc, disponibilizadas pelo Grupo Gestor de Tecnologias Educacionais (GGTE) da Unicamp.

A videoconferência é um dos mais interessantes instrumentos tecnológicos. Tem se mostrado efetiva no apoio a projetos e/ou eventos de ensino, pesquisa e extensão a distância, graças à abrangência de suas possibilidades, com contatos remotos locais, nacionais e internacionais.

Em sua segunda gestão, a CEAD vem crescendo na execução prática de projetos, auxiliando docentes e pesquisadores da comunidade FCM no sentido de aprimorar a utilização do recurso EAD como ferramenta auxiliar no ensino, pesquisa e prática docente.

Um dos exemplos dos projetos desenvolvidos pela CEAD da FCM foi a implantação e acompanhamento da disciplina Atenção Integral à Saúde, do curso de Medicina que, por meio da plataforma educacional Moodle, viabiliza o acompanhamento eficaz das atividades desenvolvidas pelos alunos do 4º ano nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Outro exemplo é o *blog* da disciplina Introdução à Prática da Ciência (IPC), coordenada pela professora Laura Sterian Ward, primeira coordenadora da CEAD, desenvolvido e atualizado constantemente pela equipe gestora da disciplina.

Com a realização do II Workshop de Iniciativas em EAD/Telemedicina/Telessaúde, da FCM da UNICAMP, previsto para outubro deste ano, a CEAD espera ampliar seus projetos de participação junto aos docentes, pesquisadores e alunos, contando com o envolvimento das comunidades acadêmica e assistencial da FCM.

Prof. Dr. Luís Otávio Zanatta Sarian
Anita Zimmermann
Wagner José Silva
Paulo Henrique Silva Monteiro
EQUIPE EXECUTIVA DA CEAD
FCM, UNICAMP

A videoconferência é um dos mais interessantes instrumentos tecnológicos. Tem se mostrado efetiva no apoio a projetos e/ou eventos de ensino, pesquisa e extensão a distância, graças à abrangência de suas possibilidades, com contatos remotos locais, nacionais e internacionais.

Da prática fisioterapeuta à fisioterapia como profissão

Entendemos que a emergência dos fisioterapeutas foi uma permissão de grupos profissionais existentes na saúde paulistana para legitimá-los como profissionais, além da necessidade social decorrente do período entre guerras, da acelerada urbanização e industrialização de São Paulo na primeira metade do século XX. Os fisioterapeutas, ao se associarem à medicina e à enfermagem, possibilitaram que tal categoria desenvolvesse uma *expertise* antes da estruturação formal de ensino, sendo credenciados pelo Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional com o Decreto nº 10.068/39.

Para Eliot Freidson, uma profissão existe quando possui um reconhecimento de sua *expertise*, credenciamento de suas atividades e autonomia. Podemos afirmar que a Fisioterapia foi reconhecida em São Paulo com a criação do curso de técnicos operados em fisioterapia em 1951 na Faculdade de Medicina da USP, provocando um movimento que culminou em sua regulamentação, em 1969. Porém, antes deste reconhecimento, uma prática profissional se fazia presente, as práticas fisioterapeutas nos anos 1930 e 1940 em São Paulo.

Entendemos que a emergência dos fisioterapeutas foi uma permissão de grupos profissionais existentes na saúde paulistana para legitimá-los como profissionais, além da necessidade social decorrente do período entre guerras, da acelerada urbanização e industrialização de São Paulo na primeira metade do século XX. Por práticas fisioterapeutas entendemos as terapêuticas que utilizam recursos físicos e naturais (água, luz, calor, frio, eletricidade, movimento), terminologia escolhida para distinguir a fisioterapia moderna da segunda metade do século XX, daquela praticada em período anterior, já que hidroterapia, exercícios terapêuticos, eletroterapia, termoterapia, fototerapia e massagem eram terapêuticas utilizadas em São Paulo neste período. Os fisioterapeutas, ao se associarem à medicina e à enfermagem, possibilitaram que tal categoria desenvolvesse uma *expertise* antes da estruturação formal de ensino, sendo credenciados pelo Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional com o Decreto nº 10.068/39.

A Fisioterapia pode ser entendida pelos estudos histórico-sociais das raízes de sua pré-institucionalização num dado campo organizacional através de análise sob a lente da sociologia das profissões e da História Indiciária. Este assim, propondo encontrar nos meandros do discurso e práticas médicas e de enfermagem e dos documentos oficiais do Estado, marcas de uma *expertise* própria dos fisioterapeutas. Ao combinar fontes primárias e secundárias como a coleção dos Livros de Registro Profissional (LRP), documentos dos médicos Godoy Moreira, Resende Puech e Raphael de Barros e a legislação, pudemos alcançar um conjunto de pontos de vista para delimitar o campo estudado. Buscamos com o olhar histórico compreender como se estabeleceram as relações entre saber, prática, poder e ciência, na constituição da Fisioterapia.

Admitimos que tais práticas eram adquiridas pelos fisioterapeutas através da enculturação no campo da saúde, o que nos leva a pensar na noção de *expertise* por

interação de Harry Collins e Robert Evans. Este conceito admite que, inexistindo uma *expertise* formal, é possível estabelecer uma ponte entre um saber prático e o desenvolvimento de um saber-fazer especializado, sendo assim, o meio de intercâmbio entre os fisioterapeutas, médicos e enfermeiros. Entendendo a constituição de uma profissão como trabalho especializado que busca reconhecimento pelo Estado e pela sociedade, podemos afirmar que os fisioterapeutas já disputavam sua permanência no campo da saúde decorrente da aceitação de suas práticas pelo Estado e pelas Ciências Médicas. O credenciamento pelo Estado sugere, portanto, o reconhecimento desta categoria profissional.

Nos LRP encontram-se 89 registros de profissionais práticos habilitados (enfermeiros duchistas, massagistas e fisioterapeutas) são indícios que afirmam o credenciamento pelo Estado de uma *expertise* prática na busca de autonomia profissional, comprovando certa aceitação de saberes e práticas. A quantidade de profissionais registrados segundo gênero, 64% do sexo masculino e 36% do sexo feminino, possibilita uma reflexão da dominância masculina profissional nos anos 1930 e 1940, fato que atualmente é invertido nos cursos de Fisioterapia em todo Brasil. O movimento migratório das décadas de 1930 e 1940 em São Paulo reflete-se em 57 registros de estrangeiros corroborando com a entrada de saberes terapêuticos no país no início do século XX. A distribuição por categoria profissional reafirma o pioneirismo da massagem como principal prática fisioterapeuta se assemelhando ao processo de profissionalização da fisioterapia em vários países do mundo. De forma geral os registros são indícios que afirmam o credenciamento pelo Estado de uma *expertise* prática na busca de autonomia profissional.

Assim, as práticas fisioterapeutas nos anos 1930 e 1940 em São Paulo foram consideradas um sistema de perícias legitimadas com o aumento de conhecimento técnico e especialização proveniente das revoluções científicas na saúde. Este sistema cria um grupo de *experts*, fortalecendo a organização social da prática fisioterapeuta. Reconhecidas pelo Estado, se consolidam tornando os fisioterapeutas membros regulares da biomedicina. A Fisioterapia, ainda que com parcial autonomia, se torna profissão.

Ana Luiza de Oliveira e Oliveira
Prof. Dr. Everardo Duarte Nunes

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
FCM, UNICAMP

FCM homenageia aposentados

A Faculdade de Ciências Médias (FCM) da Unicamp homenageou no mês de agosto os professores e funcionários aposentados no período de julho de 2010 a maio de 2011. O projeto, denominado “Memórias da FCM”, tem por objetivo valorizar a ação de docentes e funcionários por conta de suas aposentadorias e desligamentos funcionais da FCM da Unicamp. Além de se tratar de uma homenagem anual a estes profissionais o projeto visa, também, manter um arquivo de história oral com depoimentos de pessoas que contribuíram para o desenvolvimento da FCM nas áreas acadêmicas e administrativas.

De acordo com o diretor da FCM, Mario José Abdalla Saad, não se trata de um evento de despedida, mas um agradecimento às pessoas que se dedicaram à faculdade e contribuíram para o crescimento da FCM e a formação de profissionais éticos nas áreas de medicina, enfermagem, fonoaudiologia e farmácia.

“Um dos exemplos da boa educação é agradecer. Vocês estão aqui por amor ao que fazem. Para a população, a Unicamp é reconhecida pela sua área da saúde. A dedicação de vocês ajudou a construir a FCM e a torná-la reconhecida nacional e internacionalmente”, disse Saad.

A diretora-associada da FCM, Rosa Inês Costa Pereira, disse que é uma honra fazer parte da atual gestão da faculdade e homenagear docentes que também foram seus professores na época em era estudante do curso de medicina e colegas que até o ano passado trabalhavam no mesmo departamento. “Fui aluna e colega de vocês. O exemplo que vocês deram, fica. Tudo o que vocês fizeram está registrado e não acaba aqui”, disse Rosa.

O padre Norberto e o pastor Silvio, ambos da capelania do Hospital de Clínicas (HC) da Unicamp, proferiram uma mensagem especial aos aposentados, familiares e amigos presentes à cerimônia. Um vídeo-depoimento com lembranças e histórias dos participantes do “Projeto Memórias” foi apresentado em seguida. Todos os homenageados receberam dos chefes de Departamento uma cópia do vídeo e um foto-livro registrando sua história e participação na faculdade. Os professores Paulo Dalgalarro e Roberto Teixeira Mendes apresentaram um pot-pourri de músicas ao som de flauta e violão.

Após a cerimônia, que aconteceu na sala da Congregação da FCM, um coquetel foi servido no saguão da diretoria.

O Projeto Memórias foi elaborado e desenvolvido pela Diretoria da FCM com o apoio da Assessoria de Relações Públicas, Comissão de Apoio Didático, Científico e Computacional, Centro de Memória e Arquivos, Recursos Humanos da FCM e Sistema de Arquivo Central da Unicamp.

Aposentados da FCM de julho de 2010 a maio de 2011: Albetiza Lôbo de Araújo, Alice Adelaide de Andrade Garcia, Aloisio José Bedone, Angela Marli Brum Tissot, Ariovaldo Armando da Silva, Aurea Akemi Abe Cairo, Elisabete Abib Pedroso de Souza, Fernando Abarca Schelini, Gustavo Antônio de Souza, Izabel de Fátima Estevão Pereira, José Carlos Pareja, Luiz Jacintho da Silva, Marcelo Alvarenga, Maria Alice Piagentini, Maria Cecília Nobre dos Santos Calhau, Maria Marta de Magalhães Battistoni, Neusa de Oliveira Bonfante, Reinaldo Wilson Vieira, Sandra Aparecida Santa Rosa, Silvio Morais de Rezende e Sonia Regina Junqueira Nogueira.

De acordo com o diretor da FCM, Mario José Abdalla Saad, não se trata de um evento de despedida, mas um agradecimento às pessoas que se dedicaram à faculdade e contribuíram para o crescimento da FCM e a formação de profissionais éticos nas áreas de medicina, enfermagem, fonoaudiologia e farmácia.



Edimilson Montalti

ASSESSORIA DE RELAÇÕES PÚBLICAS,
FCM, UNICAMP

EVENTOS DE AGOSTO

Dia 9 e 10

★ *XIII Seminário de cuidadores informais na assistência domiciliar*
 Horário: das 8h30 às 17h30
 Local: Auditório da FCM
 Org.: Serviço Social do HC

Dia 11

★ *Palestra Nascer no Brasil: Inquérito Nacional Sobre Parto e Nascimento*
 Palestrante: Maria do Carmo Leal, da Escola Nacional de Saúde Pública (Fiocruz)
 Horário: das 14 às 17 horas
 Local: Salão Nobre da FCM
 Org.: Departamento de Enfermagem da FCM

Dia 12

★ *Projeto Memórias da FCM*
 Homenagem aos aposentados da FCM
 Horário: 15 horas
 Local: Sala da Congregação da FCM

★ *3ª Reunião do Grupo de Estudo de Enfermagem em Cuidados Paliativos da Unicamp*

Horário: 14h30
 Local: Departamento de Enfermagem

Dia 15

★ *Conferência internacional com Cinnamon Dixon, professora assistente da Universidade de Cincinnati*
 Horário: 12 horas
 Local: Salão Nobre da FCM
 Org.: Departamento de Pediatria da FCM e Pós-Graduação Ciências da Cirurgia e Saúde da Criança e Adolescente da FCM

Dia 17



★ *Abertura da Exposição Voilà mon coeur*
 Artista: Emilton Barbosa Oliveira

Horário: 11 horas
 Local: Espaço das Artes da FCM

★ *Palestra "Atualização em cirurgia de megaesôfago chagásico"*
 Palestrante: Nelson Andreollo
 Horário: 11h30
 Local: Anfiteatro do Departamento de Cirurgia
 Org.: Grupo de Estudos em Doença de Chagas

Dias 18 e 19

★ *I Simpósio de Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas em Saúde e Racionalidades Médicas*
 Horário: das 8h30 às 17h30
 Local: Anfiteatro 1 da FCM
 Org.: Laboratório de Práticas Alternativas e Complementares e Integrativas na Saúde da FCM

Confira a programação completa dos eventos que ocorrem na FCM pelo site www.fcm.unicamp.br

EXPEDIENTE

Reitor
 Prof. Dr. Fernando Ferreira Costa
 Vice Reitor
 Prof. Dr. Edgar Salvadori de Decca

Departamentos FCM

Diretor
 Prof. Dr. Mario José Abdalla Saad

Diretora-associada
 Prof. Dra. Rosa Inês Costa Pereira

Anatomia Patológica
 Prof. Dra. Patrícia Sabino de Matos

Anestesiologia
 Prof. Dr. Franklin S. Silva Braga

Cirurgia
 Prof. Dr. Joaquim M. Bustorff Silva

Clínica Médica
 Prof. Dr. Ibsen Bellini Coimbra

Enfermagem
 Prof. Dra. Maria Isabel P. de Freitas

Farmacologia
 Prof. Dr. Gilberto De Nucci

Genética Médica
 Prof. Dra. Iscia Lopes Cendes

Medicina Prev. Social
 Prof. Dra. Marilisa Berti de Barros

Neurologia
 Prof. Dr. Fernando Cendes

Oftalmo/Otorrino
 Prof. Dr. Reinaldo Jordão Gusmão

Ortopedia
 Prof. Dr. Mauricio Etchebehere

Patologia Clínica
 Prof. Dra. Helena V. Wolf Grotto

Pediatria
 Prof. Dr. Gabriel Hessel

Psic. Médica e Psiquiatria
 Prof. Dr. Paulo Dalgalarrrondo

Radiologia
 Prof. Dr. Nelson Márcio G. Caserta

Tocoginecologia
 Prof. Dr. Aarão Mendes Pinto-Neto

Coord. Comissão de Pós-Graduação
 Prof. Dr. José Barreto C. Carvalho

Coord. Comissão Extensão e Ass. Comunitários
 Prof. Dr. Otávio Rizzi Coelho

Coord. Comissão Ens. Residência Médica
 Prof. Dr. Luiz Roberto Lopes

Coord. Comissão Ens. Graduação Medicina
 Prof. Dr. Wilson Nadruz

Coord. do Curso de Graduação em Fonoaudiologia
 Prof. Dra. Maria Francisca C. dos Santos

Coord. do Curso de Graduação em Enfermagem
 Prof. Dra. Luciana de Lione Melo

Coord. do Curso de Graduação em Farmácia
 Prof. Dr. Stephen Hyslop

Coord. Comissão de Aprimoramento
 Prof. Dra. Maria Cecília M.P. Lima

Coord. Comissão de Ensino a Distância
 Prof. Dr. Luis Otávio Zanatta Sarian

Coord. Câmara de Pesquisa
 Prof. Dr. Fernando Cendes

Coord. Núcleo de Medicina e Cirurgia Experimental
 Prof. Dr. Fernando Cendes

Presidente da Comissão do Corpo Docente
 Prof. Dra. Lillian Tereza Lavras Costallat

Coord. do Centro Estudos Pesquisa em Reabilitação (CEPRE)
 Prof. Dra. Ivani Rodrigues Silva

Coord. do Centro de Investigação em Pediatria (CIPED)
 Prof. Dr. Gil Guerra Junior

Coord. do Centro de Controle de Intoxicações (CCI)
 Prof. Dr. Eduardo Mello De Capitani

Assistente Técnico de Unidade (ATU)
 Carmen Silvia dos Santos

Conselho Editorial

Prof. Dr. Mario José Abdalla Saad

História e Saúde
 Prof. Dr. Antonio de A. Barros Filho

Prof. Dr. Sérgio Luiz Saboya Arruda

Tema do mês
 Prof. Dr. José Barreto C. Carvalho e subcomissões de Pós-Graduação

Bioética e Legislação
 Prof. Dr. Carlos Steiner

Prof. Dr. Flávio Cesar de Sá

Prof. Dr. Sebastião Araújo

Diretrizes e Condutas
 Prof. Dr. Luiz Roberto Lopes

Prof. Dr. Marco Antonio de C. Filho

Ensino e Saúde
 Prof. Dr. Wilson Nadruz

Prof. Dra. Maria Francisca C. dos Santos

Prof. Dra. Luciana de Lione Melo

Prof. Dra. Nelci Fenalti Hoehr

Saúde e Sociedade
 Prof. Dr. Nelson Filice de Barros

Prof. Dr. Everardo D. Nunes

Responsável Eliana Pirotobom

Jornalista Edimilson Montalti MTB 12045

Equipe Edson Luis Vertu, Felipe Diniz Barbosa

Projeto gráfico Ana Basaglia

Diagramação/Ilustração Emilton B. Oliveira,

Revisão: Anita Zimmermann

Sugestões boletim@fcm.unicamp.br

Telefone (19) 3521-8049

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