

Pinotti e o

Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher

O falecimento, no último dia primeiro de julho, do doutor José Aristodemo Pinotti suscita algumas reflexões sobre o Centro de Atenção à Saúde da Mulher (Caism), de cuja implantação ele esteve à frente, na condição de reitor da Unicamp, em 1985. O Caism não é uma instituição programada. Nasceu de um processo de construção coletiva, aos poucos, inspirado em filosofia de assistência diferente da prevalente na época. O serviço público, incipiente e precário, voltava-se para o atendimento de casos sem a desejada compreensão das verdadeiras necessidades de cada mulher, em suas múltiplas facetas. Os hospitais universitários eram a coroa deste modelo. Fechados em si mesmos, escondidos entre os muros da excelência acadêmica, mantinham-se afastados da realidade vizinha, ensinando uma medicina elitizada, desinteressada da paciente.

O Departamento de Tocoginecologia da Unicamp, pioneiro, antecipou as mudanças por vir. Liderado por Pinotti, estabeleceu atitudes que buscavam compreender os contornos dos indivíduos e das doenças de maneira integrada a seu contexto de vida e de saúde. O câncer de colo uterino até então era intratável, por ser reconhecido apenas em seus estágios mais avançados. As mastectomias igualmente se apresentavam como única terapia do câncer de mama: quanto mais mutiladoras, mais eficientes. Os partos de risco, de interpretação fatalista, pareciam não se vincular a uma assistência pré-natal eficiente e bem organizada, e a preocupação de sua humanização era desconhecida dos protocolos acadêmicos. O planejamento familiar se acanhava em evoluir, sob a acusação de incorporar objetivos controlistas e mal intencionados.

O alojamento conjunto da maternidade, os ambulatórios de adolescentes e de menopausadas, os programas de tocoginecologia preventiva, de incentivo ao aleitamento natural, a unidade de terapia intensiva especializada, a rápida e desejada transferência e a disponibilidade de tecnologias de ponta para as usuárias do sistema público de saúde foram delineando seu projeto através dos tempos, isto é, antecipando-se de modo preventivo, às doenças para fazê-las mais controladas e diminuir ou remover suas marcas.

Essa mudança decorreu da atitude visionária e inovadora de um grupo de profissionais que, com Pinotti à frente, formulou o conceito da ação integral à saúde da mulher que depois se espalhou pelo país. Os programas anteciparam as paredes do hospital e sua implementação foi marcada pela soma de experiências e reflexões que



José Aristodemo Pinotti (1934 - 2009)

construíram os alicerces de sua história. Foram muitas as dificuldades iniciais, mas maior foi a disposição de mudanças dos atores envolvidos e a convicção de suas propostas. A liderança aliou-se às oportunidades disponíveis ou duramente conquistadas, definindo os novos rumos e somando-os numa totalidade que incluía, além do centro multiprofissional e interdisciplinar, fatores essenciais como visão holística e objetivos centrados nas necessidades dos indivíduos, não da instituição. Ou seja: a universidade exercendo seu papel formador e criador de conhecimento novo a partir da compreensão e aplicação de suas práticas e não o contrário, derrubando assim o monopólio das verdades intocáveis.

Estas foram as motivações que uniram as idéias de mudança que inspiraram a construção do Caism e que tiveram, na sua origem, o entusiasmo, a energia e dedicação do Dr. Pinotti. Serão sempre sinônimos, imagens para sempre identificadas entre si, inseparáveis em suas trajetórias: Caism e Pinotti. Conforme alguém teve a felicidade de lembrar em sua missa de despedida, em Campinas, citando Fernando Pessoa:

“de tudo na vida ficam três coisas:

A certeza de que estamos sempre começando...

A certeza de que precisamos continuar...

A certeza de que seremos interrompidos antes de terminar...”

Prof. Dr. João Luiz Pinto e Silva
DEPARTAMENTO DE TOCOGINECOLOGIA
FCM, UNICAMP



IMPRESSO ESPECIAL
9.91.21.7687-2 - DR/SPI
FCM / Unicamp

PODE SER ABERTO PELA EBCT



2175-2427

NESTA EDIÇÃO:

Onde você anda?

VEJA TAMBÉM:

Prevenção da úlcera por pressão

Em busca da excelência moral - parte 2

O Curso de Enfermagem em discussão - parte 2

O Terror e a Dádiva

AME de Piracicaba será administrado pela Faculdade de Ciências Médicas

Onde você anda?

No panorama nacional de pós-graduação, iniciativas de pesquisa relacionada ao destino dos egressos (também nomeados pelo termo anglo-saxão de origem latina *alumni*, oficialmente aceito pela Unicamp), estão ainda em fase preliminar. Programas de pós-graduação brasileiros de diferentes áreas estão buscando contato com seus *alumni*, visando a avaliar sua inserção no mercado e na vida acadêmica.

O sistema brasileiro de pós-graduação apresentou acentuado crescimento nas últimas duas décadas. Vultosos investimentos pelo poder público, acompanhados de um rigoroso sistema de avaliação, resultaram em uma ampliação muito significativa na formação de mestres e doutores. O número de doutores formados no Brasil elevou-se de cerca de 2.800, em 1996, para 10.700, em 2008.

Naturalmente, de um investimento tão valioso por parte da sociedade, esperam-se benefícios, como o aumento da produção científica e tecnológica e da qualificação dos profissionais, acadêmicos ou não. Tal qualificação deve, necessariamente, resultar em maior qualidade no atendimento das demandas sociais, nos vários campos da atividade humana. O aumento da participação de artigos brasileiros na literatura científica internacional, concretamente documentado, constitui claramente um indicador nessa direção.

No entanto, em todas as áreas científicas, e a Saúde da Criança e do Adolescente (SCA) não é exceção, persiste uma pergunta sem resposta: onde estarão nossos mestres e doutores? Estarão empregados? Se empregados, estarão trabalhando na academia ou no mercado geral? Em qualquer campo, estarão ensinando, pesquisando, produzindo, desenvolvendo produtos para, como disse Galileu na voz de Brecht, "diminuir o cansaço da existência humana"?

No panorama nacional de pós-graduação, iniciativas de pesquisa relacionada ao destino dos egressos (também nomeados pelo termo anglo-saxão de origem latina *alumni*, oficialmente aceito pela Unicamp), estão ainda em fase preliminar. Programas de pós-graduação brasileiros de diferentes áreas estão buscando contato com seus *alumni*, visando a avaliar sua inserção no mercado e na vida acadêmica. Vários aspectos têm

sido considerados: produção científica e acadêmica independente (indicadores da capacidade dos programas em formar pesquisadores maduros e autônomos), localização geográfica (indicador da capacidade descentralizadora dos programas), empregabilidade e renda (indicadores da valorização da pós-graduação pelo mercado de trabalho), entre outros.

Especificamente na análise da produção científica, a maioria das enquetes realizadas até o momento tem focado exclusivamente indicadores cienciométricos, como número de artigos científicos publicados, número de citações dos mesmos e o fator de impacto de periódicos nos quais os artigos são publicados. Estes têm sido os critérios enfatizados pela Coordenação do Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior (Capes) na área em que estão abrigados os programas de SCA. Em nossa avaliação, tal abordagem, embora válida como instrumento objetivo, não reflete a riqueza e a complexidade do impacto social da produção de um programa multidisciplinar como o que coordenamos no momento.

Estamos iniciando uma busca abrangente e intensiva do destino e da produtividade de nossos egressos, no momento em que o Programa de Pós-Graduação em SCA da FCM completa 21 anos. Caso você seja um de nossos *alumni*, pedimos que seja atencioso ao receber o telefonema de nossa pesquisadora. Precisamos muito saber onde anda você...

Prof. Dr. Marcos Tadeu Nolasco da Silva
Profa. Dra. Lilia Freire Rodrigues de Souza Li
Profa. Dra. Elizete Ap. Lomazi da Costa Pinto
 SUBCOMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA
 E DO ADOLESCENTE
 FCM, UNICAMP

Cleide de Oliveira Fernandes
 MESTRANDA EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
 FCM, UNICAMP

Prevenção da úlcera por pressão

As úlceras por pressão (UP) são lesões cutâneas ou de partes moles, superficiais ou profundas, de etiologia isquêmica, decorrentes de pressão não aliviada que resulta em danos nos tecidos subjacentes.^{1(D)}

A UP ocorre principalmente sobre proeminências ósseas tais como nas regiões do sacro, da tuberosidade dos ísquios, dos trocânteres, calcâneos e maléolos. Contudo, pode desenvolver-se em qualquer parte do corpo sob excesso de pressão (32 mmHg), por período prolongado, em virtude da vascularização diminuída pela oclusão dos vasos sanguíneos. A redução do fluxo sanguíneo, necessária para a nutrição e oxigenação dos tecidos, resulta processo de isquemia tecidual.^{2(B)}

Apesar da incorporação crescente de inovações tecnológicas no cuidado em saúde, a prevalência das UP permanece elevada, particularmente em doentes hospitalizados. As UP afetam a qualidade de vida do doente, são importantes causas de morbidade e mortalidade e constituem-se numa insustentável sobrecarga econômica para os serviços de saúde.^{3(B)}

Estudos recentes indicam que a incidência global de UP entre doentes hospitalizados varia de 2,7% a 29%, e acomete 33% de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. Pesquisa brasileira demonstrou prevalência de 18,62% de UP em pacientes hospitalizados.^{4(B),5(C),6(D)}

A adoção de medidas oportunas de prevenção da UP decorre da identificação precoce de pacientes com risco de desenvolvê-la. Tal identificação deve ser iniciada a partir da admissão do usuário no serviço, por meio de levantamento de histórico pessoal, do quadro clínico, do exame físico e da avaliação, propriamente dita, de risco para UP que deve ser realizada nas primeiras seis horas após a admissão. A periodicidade das reavaliações depende do risco inicialmente identificado e do grau de

comprometimento da mobilidade do doente. A aplicação das escalas de classificação de risco deve ser adotada como medida complementar e não substitutiva à avaliação clínica.^{7(C)}

Entre as escalas reconhecidas, a mais utilizada na realidade brasileira é a desenvolvida por Braden e Bergstrom que consideram, na fisiopatogenia da UP, a relevância das condições do paciente, tais como a percepção sensorial, sua atividade e mobilidade e estado nutricional, as quais permitem com maior ou menor possibilidade a identificação e, conseqüente intervenção oportuna, da ação não esperada de agentes externos, umidade, cisalhamento e fricção, sob a pele.^{8(A)}

Medidas preventivas

A adoção de medidas preventivas reduz o risco de desenvolver UP entre 25% a 50%, de acordo com *Agency of Health Care Policy and Research (AHCPR)* 1994.^{9(C), 10(A)} As medidas preventivas consistem na manutenção e otimização da tolerância tecidual à pressão, na proteção dos efeitos nocivos da pressão, fricção e cisalhamento, e em programas educacionais para redução da incidência de UP.

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.

Profa. Dra. Maria Helena de Melo Lima
Profa. Dra. Márcia Regina Nozawa

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
FCM, UNICAMP

Helena Maria Bajay
ENFERMEIRA ESTOMOTERAPEUTA
HC, UNICAMP

Pesquisa

brasileira

demonstrou

prevalência de

18,62% de UP em

pacientes

hospitalizados.

1. Agency for health care Policy and Research (AHCPR), panel for the prediction and prevention of pressure ulcers. Pressure Ulcers in Adults: Prediction and prevention. Clinical practice Guideline; No 3. Rockville, Md: AHRQ; 1992.

2. National pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure ulcers prevalence, cost and risk assessment: consensus development conference statement. Decubitus 1989;2: 24-8.

3. Rocha JA, Miranda M J, Andrade MJ. Abordagem terapêutica das úlceras de pressão-Intervenção baseadas em evidências. Acta Med Port 2006;19:29-38.

4. Consortium For Spinal Cord Medicine: Pressure ulcer prevention and treatment following spinal cord injury: a clinical practice guideline for health-care professionals. Spinal Cord Med 2001 Spring;24(Suppl 1):S40-101.

5. Paul B, Keller J: Pressure ulcers in intensive care patients. A review of risks and prevention. Intensive Care Med 2002;28:179-88.

6. Rogenski N M B, Santos VLCC. Estudo da prevalência de úlcera por pressão em um hospital universitário. Rev. Estima 2006;4(2):16-22.

7. Folkdale BA, Frantz R. Treatment of pressure ulcers. University of Iowa Gerontological nursing Interventions Research Center, Research Dissemination Core 2002 (National Guideline Clearing House).

8. Braden B, Bergstrom N. A Conceptual schema for the study of the etiology of pressure sores. Rehabil. Nurs 1987;12(1):8-12.

9. Kanj LF, Wilking SB, Philipps T. pressure ulcers continuing medical education. J Am Acad Dermatol 1998;38:517-36.

10. Agency for health care Policy and Research (AHCPR), panel for pressure Ulcer Treatment, Clinical Practice Guideline Number 15. Rockville, Md: Department of Health & Human Services, Public Health Service. AHCPR publication nfl. 95-0652 (pi); 1994. and Prevention of pressure Ulcers. Pressure Ulcers in Adults: Prediction and prevention. Clinical practice Guideline; No 3: AHRQ;1992.

Em busca da excelência moral - parte 2

Não se pode esquecer, outrossim, que a tecnologia já seduz enorme contingente de pacientes que, com crescente frequência, procura atendimento médico apenas para conseguir realizar o sonho de submeter-se aos últimos procedimentos gerados pela tecnociência.

As visitas às enfermarias, realizadas em muitos hospitais universitários, caracterizam-se por uma sequência monótona de leitura de interminável relação de dados vitais de pacientes, obtidos por meio de sofisticados equipamentos. Com muita frequência, o docente, responsável pela atividade, encerra a discussão fazendo alguma referência aos últimos estudos multicêntricos, alertando que, saber as verdades indiscutíveis apresentadas pela *medicina baseada em evidências* e desconhecer esses grandes "trials" significa grave limitação para a acertada tomada de decisões terapêuticas com base científica.

Outrossim, o paciente, que nada compreende do rebuscado dialeto médico, permanece o tempo todo calado durante o ritual da visita, tendo sua insegurança aumentada o que o faz recorrer, com frequência, a aconselhar-se com outros profissionais que trabalham na mesma unidade de saúde para o esclarecimento de dúvidas sobre a moléstia que o aflige.

Não há lugar, nesse modelo de medicina, para a participação do paciente como sujeito. E, assim, prossegue impassível pelos corredores dos hospitais universitários, o cortejo de docentes de refinada formação acadêmica, fiéis representantes do modelo cartesiano de ciência, seguido por uma grande legião de discípulos, acalentados projetos de futuros **médicos de doenças e não de pessoas circunstancialmente enfermas.**

Pôr-se, atualmente, a serviço de um projeto de reconstrução do conhecimento científico, supõe que pensadores de todas as áreas do saber, entre outras coisas, devam desconsiderar as visões reducionistas do modelo cartesiano de ciência e acolham a tese da elaboração complexa dos mesmos, abdicuem do papel de árbitros da verdade, criem condições para efetivo diálogo transdisciplinar, derrubem os muros dos particularismos acadêmicos,

aprendam a conviver com as incertezas do conhecimento.

Embora não se disponha de modelo ideal de ensino, faz-se necessário, pelo menos, substituir a pedagogia do adestramento pela construção conjunta do conhecimento, reconhecendo no aluno capacidade crítica para compreender que as verdades científicas são sempre transitórias. Somente assim a universidade ganhará condições de formar cidadãos e não simplesmente especialistas descompromissados com valores morais imprescindíveis para uma saudável convivência social.

Em relação à medicina, o desafio que se tem pela frente é o de continuar exercendo a profissão como técnica cega e surda, tributária de um arsenal crescente de equipamentos, ou resgatar a arte da percepção, reflexão e crítica, para que os atos profissionais sejam conduzidos com adequado juízo moral. Não se pode esquecer, outrossim, que a tecnologia já seduz enorme contingente de pacientes que, com crescente frequência, procura atendimento médico apenas para conseguir realizar o sonho de submeter-se aos últimos procedimentos gerados pela tecnociência.

Cresce a confiança depositada nas informações fornecidas pelos equipamentos na mesma proporção que decresce a segurança na competência do profissional. Será que o século XXI assistirá passivo o crescimento do contingente profissionais médicos manuseados como marionetes pelas empresas de produtos biomédicos e adestrados para somente perceberem o ser humano através de olhares reduzidos ou atenderá o clamor da sociedade que pede por

Marcos Liboni

PROFESSOR ADJUNTO DE PSIQUIATRIA DO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA

José Eduardo Siqueira

PROFESSOR DE CLÍNICA MÉDICA E BIOÉTICA DA UNIVERSIDADE DE LONDRINA

1.Schraiber, LB. O Médico e seu Trabalho: Limites de Liberdade. São Paulo, Hucitec, 1993.

2.Gaillard, JP. O Médico do Futuro. Lisboa. Instituto Piaget, 1995.

Trecho extraído de: Competência moral do estudante de medicina. Rev Assoc Med Bras 2009; 55(2): 226-8.

O Curso de Enfermagem em discussão - parte 2

Como foi colocado no início do artigo anterior, um dos indutores de mudança curricular são as políticas governamentais. A mais recente, relacionada ao ensino de Enfermagem, é a fixação da carga horária mínima do curso em 4000 horas, assunto já apresentado a este boletim em 2008, quando ainda se tratava de uma proposta tramitando no Conselho Nacional de Educação. Esta proposta foi aprovada em outubro de 2008, dando origem ao parecer 213/08, que foi homologado pelo ministro Fernando Haddad, em março último. Ela remete a outra decisão do mesmo Conselho, que estabelece que cursos com carga horária mínima de 4000 horas devem ser integralizados em cinco anos, no mínimo.

No início de abril, o presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação fez publicar a Resolução número 4, que normatiza esse parecer, deixando, entretanto, a cargo de cada instituição definir o prazo de integralização, desde que apresente uma justificativa adequada, quando esse prazo for diferente daquele publicado na Resolução nº 4.

O processo para definirmos o que queremos para nosso curso foi assumido pela Comissão de Graduação em Enfermagem, e passa por duas necessidades distintas: completar a carga horária que falta a nosso bacharelado e decidir qual será o prazo de integralização.

A primeira necessidade já foi satisfeita com o aumento de três créditos no Estágio Curricular Supervisionado. Com isso, nosso curso atinge 4.005 horas e tem carga horária de estágio suficiente para abrigar um aumento adicional de 60 horas. Este aumento não se faz necessário, mas pode atender demandas já existentes no curso há alguns anos, como o aumento de carga horária em algumas disciplinas ou a criação de outras.

A segunda necessidade deverá ser superada até o final de 2009. Há consenso para toda a comunidade do curso de Enfermagem de que nosso aluno tem uma grade horária muito fechada, especialmente no terceiro ano, quando lhe são exigidos deslocamentos freqüentes de locais de atividade prática muito distantes um do outro dentro de um prazo restrito. A cadeia de pré-requisitos estabelecida para cumprir a atual proposta de formação em oito semestres torna muito difícil alterar a atual organização.

Assim, identifica-se um certo anseio a que a duração do curso seja expandida. Dúvidas quanto ao reflexo disso sobre a demanda no vestibular devem ser analisadas, criteriosamente. Porém, a organização da grade curricular e a viabilidade de ministrar o curso, adequadamente, devem ser nossas preocupações principais. Convidamos todos, em especial os docentes diretamente envolvidos com o curso de Enfermagem, a participar das discussões relacionadas a essa mudança. Elas têm acontecido durante a primeira hora de cada reunião da Comissão de Graduação em Enfermagem. Até lá!



Prof. Dr. José Luiz Tatagiba Lamas
COORDENADOR DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
FCM, UNICAMP

O processo para definirmos o que queremos para nosso curso foi assumido pela Comissão de Graduação em Enfermagem, e passa por duas necessidades distintas: completar a carga horária que falta a nosso bacharelado e decidir qual será o prazo de integralização.

O Terror e a Dádiva

(...) A Modernidade não conseguiu garantir a liberdade, fraternidade e igualdade política a todos, deixando espaço para que as relações de dádiva, substrato definidor de uma comunidade com base direta de pessoa a pessoa ligadas por parentesco, aliança, vizinhança, associação, amizade e camaradagem, sejam rompidas, gerando o terror.

Estou seguro de que você não gostaria de viver na Fraternidade - instituição de caridade que foi erigida na periferia de Brasília, no início da década de 1990, para dar condições aos portadores do HIV “sobreviverem” - e nem conviver com a Tia Janaína presidente da instituição.

Esses são nomes fictícios de uma história real de quando se instalou na sociedade mundial e brasileira o pânico e o preconceito em relação aos doentes de Aids. Talvez, esse seja o momento que inaugura a “sociedade do risco”, como alguns analistas têm denominado o contexto atual; talvez, tenha sido mais um episódio do “modelo da peste”, que aprisionou os desviantes da normalidade; ou talvez, seja a prova cabal de que mesmo nas democracias pode se instaurar o terror em parcelas significativas da sociedade.

O livro “O Terror e a Dádiva”, de Pedro Paulo Gomes Pereira, publicado pela Editora Vieira/Cânone Editorial, em 2004, é o resultado de sua pesquisa de doutorado, cujo objetivo foi tornar visível o terror sofrido por doentes estigmatizados.¹ O livro é constituído por dez capítulos muito bem estruturados teórico-conceitualmente, que vão se encadeando para a construção de uma excelente etnografia.

Uma das questões fundamentais para a compreensão do texto é a de que o projeto da Modernidade, com seu desenvolvimento técnico e econômico, não arrefeceu o **terror** da morte, do abandono, da pobreza, do isolamento, dos pacientes rejeitados, como: prostitutas, travestis, meninos de rua, presidiários e ex-presidiários. Segundo Giannetti, esse projeto não trouxe tampouco a **felicidade**.² Mais ainda, a Modernidade não conseguiu garantir a liberdade, fraternidade e igualdade política a todos, deixando espaço para que as relações de dádiva, substrato definidor de uma comunidade com base direta de pessoa a pessoa ligadas por parentesco, aliança, vizinhança, associação, amizade e camaradagem, sejam rompidas, gerando o terror. Adverte o autor que:

“Para entender essa relação é preciso direcionar o olhar na sua própria configuração: de um lado, aquela que

não precisa de nada, é rica, não é doente e possibilita a sobrevivência, às vezes ameaçando subtrair aquilo que oferece; do outro, o interno, impossibilitado de agir, sem controle sob suas ações e que não consegue compensar aquilo que imagina ter recebido.”¹

No entanto, é ainda mais contundente o fato de que os internos da Fraternidade, que vivem sob o terror, identifiquem nos hospitais maior horror. Justificam de diferentes maneiras seu sentimento: primeiro, dirigir-se ao hospital significa se submeter ao tratamento e aceitar os seus destruidores efeitos colaterais; segundo, seguir as terapias requer esforço enorme, com significativa alteração de horários, hábitos e valores da pessoa; terceiro, o isolamento entre as pessoas, a retirada da autonomia sobre o corpo, a distância e a objetificação estabelecida pela linguagem médica, a desconsideração da sua forma de elaborar a doença, de sentir a dor, de experimentar e de falar do sofrimento. Frente a essa importante relação entre terror e horror o autor sintetiza concluindo que

“o interno encontra-se, na Fraternidade, imerso nos vínculos da paixão, que pressupõem dependência e subserviência à tia Janaína; no hospital, a submissão prescinde do vínculo, pois a assepsia caracteriza as práticas médicas, impedindo as relações. A objetividade ilusória faz com que as atitudes e as práticas médicas se concentrem na concretude da doença. Na Fraternidade, tem-se a dádiva simulacral; no hospital, o corte abrupto das trocas e, em lugar de relações de dádiva, a assepsia biofísica e social.”

Para concluir, sobre o terror sabe-se que se trata de uma categoria arredia ao enquadramento conceitual, com aproximações teóricas parciais e difíceis de serem percebidas, acompanhadas e percorridas; sobretudo porque é inominável, embora não poupe ninguém e afete de modos variados aqueles que dele se aproximam. Além disso, o terror tem suas instituições e para muitos pacientes o hospital é uma delas, pois propicia a reificação, a objetificação extrema, o esfacelamento das relações e o isolamento asséptico.

Prof. Dr. Nelson Filice de Barros

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
FCM, UNICAMP

1. Pereira PPG. O terror e a dádiva. Goiânia: Editora Vieira/Cânone Editorial; 2004.

2. Giannetti E. Felicidade: diálogos sobre o bem-estar na civilização. São Paulo: Cia da Letras; 2002.

AME de Piracicaba será administrado pela FCM

Com previsão de cobertura para três milhões de pessoas de Piracicaba e 11 cidades da região, o Ambulatório Médico de Especialidades (AME) de Piracicaba, gerenciado pela Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp, foi inaugurado nesta sexta (7/8) pelo governador do Estado, José Serra, secretário de Estado da Saúde, Luiz Roberto Barradas, reitor da Unicamp, Fernando Costa e prefeito de Piracicaba, Barjas Negri. Assim como o de Santa Bárbara D'oeste, de responsabilidade do Hospital Estadual Sumaré (HES-Unicamp), o AME de Piracicaba tem características de um hospital dia: nele, o atendimento aos pacientes, incluindo cirurgias, pode ser feito no mesmo dia e a previsão de alta é de 24 ou 48 horas.

Para o governador que, na oportunidade, participou da inauguração de uma escola técnica (ETEC) e do Museu Prudente de Moraes, o AME proporcionará um “desafogo tremendo para Piracicaba e região”. José Serra destacou também a importância do gerenciamento do AME ser feito pela Universidade. “A garantia de qualidade é a Unicamp, que, aliás, é a minha universidade”, resumiu.

É exatamente a “expertise da Unicamp na área da saúde” que fará toda a diferença para os pacientes, na opinião do secretário estadual de saúde, Luiz Roberto Barradas. “Estamos trazendo a experiência de cirurgia da Unicamp, do Hospital da Unicamp de Campinas aqui para Piracicaba e região. Pacientes que estão esperando a sua cirurgia há seis meses, ou mesmo 1 ano, vão poder antecipar, fazer a cirurgia, ir embora para casa no mesmo dia. O paciente não fica internado. É um hospital dia, o que temos de mais moderno em medicina”, disse.

Além disso, segundo o reitor da Unicamp, Fernando Costa, o AME tem a função de reorganizar o atendimento no sistema de saúde. “Os ambulatórios médicos de especialidades que o governo do Estado está implantando em todo o Estado são importantes porque fazem com que o atendimento à saúde tenha uma lógica. Eles podem fazer o diagnóstico de uma série de doenças rapidamente, resolvendo casos ou encaminhando para os hospitais de referência, como o HC”, explicou.

Essa finalidade de reorganizar o sistema está relacionada, principalmente ao fluxo adequado que o AME conseguirá dar aos pacientes, de acordo com José Antônio Rocha Gontijo, diretor da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. “O AME tem a finalidade de ser um intermediário entre a unidade básica e um hospital terciário referenciado como o nosso [HC]. A Faculdade tem o prazer de entrar nessa empreitada com o objetivo não só de desafogar esta atividade prestada pela área da saúde, mas no sentido de organizar esse atendimento”, detalhou.

O Prefeito de Piracicaba, Barjas Negri, ressaltou o investimento de aproximadamente R\$ 3 milhões, feitos pelo governo do Estado e administração municipal para compra de equipamentos e readequação do prédio que abriga o AME. Desse valor, R\$ 2,3 milhões são do governo do Estado e R\$ 643 da Prefeitura. Barjas falou ainda da importância da parceria com Unicamp, sem a qual “a Prefeitura de Piracicaba não teria condições de fazer o atendimento com a qualidade que está sendo feito”.

Em funcionamento desde maio deste ano, o AME de Piracicaba está atendendo cerca de mil pacientes por mês e realizando 180 cirurgias, de acordo com a diretora Eunice Hirata. “Quando estivermos em pleno funcionamento, pretendemos realizar 2,5 mil consultas por mês e fazer 400 cirurgias”, complementa. A nova unidade, que presta atendimento de segunda a sexta-feira, das 7 às 19 horas, possui quatro consultórios médicos; três salas cirúrgicas completas; quatro leitos de recuperação anestésica para adultos; oito leitos observação, uma sala de ultrassom; uma sala de curativo; uma sala de coleta de exames; salas de espera; sala de ouvidoria; central de regulação de vagas; recepção; refeitório para funcionários; salas administrativas; casas de máquinas e equipamentos; guarita para controle de fluxo de pessoas; estacionamento e demais dependências de menor porte necessárias para a logística do Hospital.

“O AME tem a finalidade de ser um intermediário entre a unidade básica e um hospital terciário referenciado como o nosso [HC]. A Faculdade tem o prazer de entrar nessa empreitada com o objetivo não só de desafogar esta atividade prestada pela área da saúde, mas no sentido de organizar esse atendimento.”

Sílvio Anunciação
ASCOM, UNICAMP

NOTAS

*Os diretores das faculdades de medicina da Unicamp, José Antonio Rocha Gontijo; da USP de São Paulo, Marcos Boulos; da USP de Ribeirão Preto, Benedito Carlos Maciel e da Unesp de Botucatu, Sérgio Swain Muller, estiveram reunidos no início de agosto, no auditório da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp, para conversar com os docentes, alunos e funcionários sobre a autarquia da área da saúde da Unicamp. A área da Saúde da Unicamp é composta pelo Hospital de Clínicas, Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Hemocentro e Gastrocentro. A proposta é desvincular a área da saúde da Secretaria de Ensino Superior e passá-la para a Secretaria de Estadual de Saúde. “A motivação para essa discussão é a limitação de financiamento que nós temos para a área da Saúde. Essa discussão poderá ou não culminar com a decisão de transferência para outra instância, que não a Universidade. Dependerá de como avançarmos nos entendimentos e esclarecimentos”, disse o diretor da FCM, José Antonio Rocha Gontijo.

A Faculdade de Medicina da Unesp de Botucatu foi criada nos mesmos moldes que a FCM da Unicamp, em que o Hospital de Clínicas é vinculado à Universidade. Desde a sua criação, na década de 1950, e seu funcionamento como hospital-escola quase 20 anos depois, a administração do Hospital de Clínicas da Unesp de Botucatu passa por um processo de autarquização, já numa fase mais adiantada. Experiência diferente tem as Faculdades de Medicina da USP de São Paulo e Ribeirão Preto. Os Hospitais de Clínicas de ambas as faculdades já nasceram como autarquias da Secretaria de Estado da Saúde. O diretor da Faculdade de Medicina e presidente do conselho deliberativo do Hospital de Clínicas da USP de São Paulo, Marcos Boulos, disse que o sistema de autarquia funciona muito bem há 65 anos e que o superintendente do hospital é escolhido a partir de uma lista tríplice indicada pelos membros da Congregação da Faculdade.

O superintendente do Hospital de Clínicas (HC) da Unicamp, Luiz Carlos Zeferino, falou sobre a questão da autarquização e os benefícios dessa modalidade de gestão do complexo da área da

saúde para a população de Campinas e região para o Portal da Unicamp.

EVENTOS DE AGOSTO**De 5 a 28**

* *Exposição Caminhos de Santiago e Alpes Franceses*
Artistas: Nina Esteves e Arvid Duduch

Horário: vernissage dia 5, às 11h
Local: Espaço das Artes da FCM

Dia 18

* *Arte e Música no Campus Apresentação da Orquestra Sinfônica da Unicamp*
Horário: das 12 às 14 horas
Local: Auditório da FCM

Dia 20

* *Inauguração do Laboratório de Aulas Práticas e do CCI*
Horário: 11 horas
Local: antiga sala de aula do “Paulistinha” e andar superior do prédio da Patologia Clínica

Dia 22

* *Encontro de Avaliação das Escolas Médicas*
Horário: das 9 às 17 horas
Local: anfiteatro 1 do conjunto de salas de aula da FCM da Unicamp

Até o fechamento desse *Boletim*, novas teses, dissertações, palestras e eventos poderão ocorrer.
Confira a programação completa no 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. José A. R. Gontijo

Diretor-associado

Prof. Dr. Gil Guerra Júnior

Anatomia Patológica

Prof. Dr. Luciano de Souza Queiroz

Anestesiologia

Prof. Dr. Franklin S. Silva Braga

Cirurgia

Prof. Dr. Nelson Adami Andreollo

Clínica Médica

Prof. Dr. Otávio Rizzi Coelho

Enfermagem

Prof. Dra. Maria Isabel P. de Freitas

Farmacologia

Prof. Dr. Gilberto De Nucci

Genética Médica

Prof. Dra. Carmem Bertuzzo

Medicina Prev. Social

Prof. Dr. Gastão Wagner de S. Campos

Neurologia

Prof. Dr. Anamarli Nucci

Oftalmo/Otorrino

Prof. Dra. Keila Monteiro de Carvalho

Ortopedia

Prof. Dr. Mauricio Etchebehere

Patologia Clínica

Prof. Dr. Roger Frigério Castilho

Pediatria

Prof. Dr. Gabriel Hessel

Psic. Médica e Psiquiatria

Prof. Dr. Paulo Dalgalarrodo

Radiologia

Prof. Dr. Nelson Márcio G. Caserta

Tocoginecologia

Prof. Dr. Aarão Mendes Pinto-Neto

Coord. Comissão de Pós-Graduação

Prof. Dra. Iscia Terezinha Lopes Cendes

Coord. Comissão Extensão e Ass. Comunitários

Prof. Dr. Roberto Teixeira Mendes

Coord. Comissão Ens. Residência Médica

Prof. Dr. José Barreto Campello Carvalheira

Coord. Comissão Ens. Graduação Medicina

Prof. Dra. Angélica M. B. Zeferino

Coord. do Curso de Graduação em Fonoaudiologia

Prof. Dra. Maria Francisca Colella dos Santos

Coord. do Curso de Graduação em Enfermagem

Prof. Dr. José Luiz Tatagiba Lamas

Coord. do Curso de Graduação em Farmácia

Prof. Dr. Stephen Hyslop

Coord. Comissão de Aprimoramento

Prof. Dra. Carmem Bertuzzo

Coord. Câmara de Pesquisa

Prof. Dra. Sara Teresinha Olalla Saad

Coord. Núcleo de Medicina e Cirurgia Experimental

Prof. Dra. Sara Teresinha Olalla Saad

Presidente da Comissão do Corpo Docente

Prof. Dra. Andrea Trevas Maciel Guerra

Coord. do Centro Estudos Pesquisa em Reabilitação (CEPRE)

Prof. Dra. Zilda Maria G. O. da Paz

Coord. do Centro de Investigação em Pediatria (CIPED)

Prof. Dra. Maria Marluce dos S. Vilela

Coord. do Centro de Controle de Intoxicações (CCI)

Prof. Dr. Fábio Bucarechi

Assistente Técnico de Unidade (ATU)

Carmen Sílvia dos Santos

Conselho Editorial

Prof. Dr. José A. R. Gontijo

História e Saúde

Prof. Dr. Antonio de A. Barros Filho

Prof. Dr. Sérgio Luiz Saboya Arruda

Tema do mês

Prof. Dra. Sara Teresinha Olalla Saad

Prof. Dra. Iscia T. Lopes Cendes

Prof. Dr. José Dirceu Ribeiro

Bioética e Legislação

Prof. Dra. Carmem Bertuzzo

Prof. Dr. Sebastião Araújo

Diretrizes e Condutas

Prof. Dra. Laura Sterian Ward

Ensino e Saúde

Prof. Dra. Angélica M. B. Zeferino

Prof. Dra. Maria Francisca C. dos Santos

Prof. Dr. José Luiz Tatagiba Lamas

Prof. Dra. Nelci Fenalti Hoehr

Saúde e Sociedade

Prof. Dr. Nelson Filice de Barros

Prof. Dr. Everardo D. Nunes

Responsável Renata Seixas B. Maia

Jornalista Edmilson Montalti MTB 12045

Equipe Claudia Ap. Reis da Silva, Edson Luis Vertu, Maria de Fátima do Espírito Santo, Marilza Coelho Borges, Marcelo Henrique Fonseca

Projeto gráfico Ana Basaglia

Diagramação/ Ilustração Emilton B. Oliveira

Revisão Maria Rita B. Frezzarin

2.000 exemplares - distribuição gratuita

Sugestões jornalrp@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)