

# Boletim da FCM

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS • FEVEREIRO DE 2012 - VOL. 7, N. 8

## FCM é convidada novamente a indicar concorrente ao Prêmio Nobel de Medicina

A Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp foi convidada a indicar concorrentes ao Prêmio Nobel de Medicina ou Fisiologia de 2012. A carta-convite foi recebida pelo diretor da FCM, Mario José Abdalla Saad no final do ano passado. Pesquisadores da FCM nível 1A do CNPq foram incumbidos de indicar um ou mais candidatos ao prêmio. A indicação foi feita em fevereiro. O nome dos pesquisadores e dos indicados é mantido em sigilo, conforme normas estabelecidas pelo Prêmio Nobel.

Esta é a segunda vez que Instituto Karolinska convida a FCM para indicar concorrentes ao Prêmio Nobel de Medicina ou Fisiologia. A primeira vez foi em 2010. O convite coloca a faculdade em pé de igualdade com instituições de ensino de renome internacional como Cambridge, Oxford, Massachusetts Institute of Technology (MIT) e Harvard que participaram, regularmente, da indicação de nomes nas diferentes áreas do conhecimento para o prêmio.

“O convite à FCM para indicar novamente um nome para concorrer ao prêmio Nobel de Medicina recai, seguramente, na qualidade de suas publicações. Isto coloca a faculdade como referência em pesquisas nacionais e internacionais”, disse o diretor da FCM, Mario José Abdalla Saad.

Em 2010, a FCM mantinha 153 linhas de pesquisa com 1.005 projetos com financiamento, Fapesp, Capes e CNPq e outros. Foram publicados 656 artigos científicos em periódicos internacionais e 242 em periódicos nacionais; 196 capítulos de livros e 897 resumos, além da apresentação de mil trabalhos em

congressos, quase a metade internacionais. Também em 2010 foram defendidas 171 dissertações de mestrado e 108 de doutorado. Foram requeridos o registro de duas patentes em nome da instituição. A produção acadêmica total da FCM chegou a 3.844 trabalhos, incluindo palestras ministradas e atividades assistenciais e de extensão.

O americano Bruce Beutler, o francês Jules Hoffmann e o canadense Ralph Steinman receberam o Prêmio Nobel de Medicina de 2011. Beutler e Hoffmann receberam o prêmio pelo estudo na década de 1990 da imunidade inata. Eles descobriram proteínas receptoras que conseguem reconhecer os microorganismos que atacam o corpo e que ativam a "imunidade inata", o primeiro passo da resposta imune do corpo. Steinman recebeu postumamente o prêmio pela descoberta das células dendríticas. O cientista canadense demonstrou que estas células possuíam uma capacidade única para ativar os linfócitos T, fundamentais na imunidade adaptativa e no desenvolvimento de uma memória imunológica contra diferentes substâncias.

O prêmio Nobel foi criado em 1901 pelo inventor sueco Alfred Nobel, criador da dinamite. O prêmio tem o objetivo de reconhecer pessoas que tiveram atuações marcantes nas áreas da física, da química, da medicina, da literatura e da paz. Tradicionalmente, medicina é a primeira área a receber o prêmio Nobel. Os prêmios são entregues em dezembro em Estocolmo, Suécia, exceto o da paz, que é entregue em Oslo, Noruega.

Edimilson Montalti

ASSESSORIA DE RELAÇÕES PÚBLICAS  
FCM, UNICAMP



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

PODE SER ABERTO PELA EBCT



2175-2427

### NESTA EDIÇÃO:

*Implantação, padronização e monitorização de antigenemia para HHV-6 e HHV-7 em pacientes submetidos ao transplante de fígado*

### VEJA TAMBÉM:

*Aspectos atuais da terapêutica neo-adjuvante no carcinoma epidermóide do esôfago*

*Biobanco e biorrepositório*

*Alunos e Residentes da FCM contam com apoio psicológico e psiquiátrico*

*Breve História das publicações médicas britânicas*

*Unicamp administra AME de São João da Boa Vista*

# Implantação, padronização e monitorização de antigenemia para HHV-6 e HHV-7 em pacientes submetidos ao transplante de fígado

*O objetivo da pesquisa foi a implantação e monitorização de antigenemia para HHV-6 e HHV-7 e a correlação com os achados clínicos e laboratoriais em pacientes submetidos a transplante de fígado.*

O herpesvírus humano tipo 6 (HHV-6) e tipo 7 (HHV-7) pertencentes à subfamília herpesvírus, da família *herpesviridae* são vírus universais, podendo ser reativados no período de imunossupressão. Nos últimos anos, vários autores têm sugerido que a interação com o citomegalovírus (HCMV) podem ter importante impacto clínico em pacientes após o transplante de órgão.

O objetivo da pesquisa foi a implantação e monitorização de antigenemia para HHV-6 e HHV-7 e a correlação com os achados clínicos e laboratoriais em pacientes submetidos a transplante de fígado.

Trata-se de um estudo prospectivo realizado em amostras de sangue e soro de 32 pacientes da Unidade de Transplante Hepático da Unicamp colhidos em períodos pré-determinados do período pré-transplante até a 24ª semana pós-transplante. Realizou-se, na mesma amostra, testes de sorologia para citomegalovírus (HCMV) e HHV-6; de antigenemia e de nested-PCR (N-PCR) para HCMV, HHV-6 e HHV-7. Foram estudados tempos de detecção, a prevalência de infecção ativa e a presença de co-infecção, de doença e a influência sobre outras infecções bacterianas observadas nos pacientes.

Concomitantemente, antígenos de HHV-6 e HHV-7 foram demonstrados em células mononucleares do sangue periférico por meio de anticorpos monoclonais contra ambas variantes A e B e coloração por imunoperoxidase pela técnica de antigenemia modificada. A sorologia para detecção de anticorpos IgM-HHV-6 foi realizada através da técnica de Elisa.

Observou-se que a imunoglobulina M (IgM) para HHV-6 foi positiva em 15,6% dos pacientes no pré-transplante; em 25%

na quarta semana; em 40,6% na 12ª semana e em 46,9% na 24ª semana após o enxerto. Para antigenemia de HCMV, HHV-6 e HHV-7 a positividade foi de 46,9%, 62,5% e de 46,8%, respectivamente. A N-PCR de HCMV e HHV-6 ocorreu em 81% dos casos e para HHV-7 em 46,8%.

Detectou-se que 50% dos pacientes estudados foram diagnosticados com a doença HCMV. A doença causada pelo HHV-6 foi observada em 46,8% dos pacientes e em 15,6% para HHV-7. A concomitância de doenças foi observada nos pacientes com HCMV e HHV-6 em 21,9% casos e de 15,6% em pacientes com HHV-6 e HHV-7, não houve concomitância para doença HCMV e HHV-7 nem dos três vírus estudados.

As doenças causadas pelos beta-herpesvírus estudados foram detectadas com maior frequência ao redor da quinta semana. E os episódios de doença para HHV-6 e HHV-7 apareceram antes do aparecimento da doença por HCMV.

Este estudo mostra que foi possível a implantação da técnica e monitorização da antigenemia para HHV-6 e HHV-7, confirmou a relevância da infecção pelo HCMV, HHV-6 e HHV-7 nos transplantados e a importância do monitoramento através de técnicas precoces. Apesar de terem surgido infecções ou episódios de rejeição, estas não apresentaram correlação estatísticas com os episódios de infecção pelos beta-herpesvírus estudados.

Ana Maria Sampaio  
Prof. Dra. Ilka de Fátima Santana Ferreira Boin  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA CIRURGIA  
FCM, UNICAMP

## Aspectos atuais da terapêutica neo-adjuvante no carcinoma epidermoide do esôfago - parte 1

No mundo, o câncer de esôfago é o oitavo tumor mais frequente, responsável por 481 mil novos casos em 2008 (3,8% do total de casos de câncer) e o sexto tumor mais freqüente como causa de morte com 406 mil óbitos (5,4% do total). A variação geográfica na incidência é muito marcante, com uma variação de até vinte vezes nas áreas de alto risco da China e áreas de baixo risco na África ocidental. Outras áreas de alto risco relativo são a África oriental, a porção centro-sul da Ásia e no Japão (apenas nos homens).<sup>1</sup>

Em relação ao câncer de esôfago no Brasil, as estimativas do INCA para 2010 seriam de 7.890 novos casos em homens e 2.740 novos casos em mulheres, um total de 10.630 novos casos, sendo o oitavo tipo de câncer mais incidente na população brasileira.<sup>2</sup> Além disso, destaca-se a maior incidência deste tipo de neoplasia nas regiões sul e sudeste do Brasil, sendo os Estados de São Paulo e Rio Grande do Sul os com maior incidência, respectivamente, dentro da federação.<sup>3</sup>

Os cânceres de esôfago podem ser classificados, segundo a histologia, em carcinoma epidermoide ou escamoso (CEC) e adenocarcinoma. O primeiro é derivado do epitélio estratificado não-queratinizado, característico da mucosa normal do esôfago. Trata-se do tipo histológico mais comum, ocorre mais frequentemente em homens a partir dos 50 anos e acomete principalmente os terços médio e inferior (mais de 80% dos casos) do esôfago. Este tipo de tumor tem uma íntima correlação entre tabagismo e alcoolismo nos pacientes portadores dessa neoplasia.<sup>3</sup>

Outros fatores do CEC são alimentos e bebidas quentes, vegetais em conservas (compostos nitrosos), agentes infecciosos (vírus papiloma humano), fatores sócio-econômicos (má-nutrição), espru celíaco, síndrome de Plummer-Vinson, deficiências de micronutrientes (riboflavina, vitaminas A, C e E, zinco e molibdênio), a tilose palmar (uma síndrome autossômica

dominante rara), radioterapia prévia, neoplasias de cabeça/pescoço tratadas previamente, acalasia idiopática, megaesôfago chagásico e estenose cáustica prévia.<sup>4,5</sup>

O CEC tem início insidioso, causa disfagia e obstrução esofágica progressiva. Os pacientes se adaptam, em nível subconsciente, à alimentação e à dificuldade de deglutição, alterando progressivamente sua dieta de alimentos sólidos para pastosos e líquidos. Outros sintomas devem ter a atenção dos médicos como uma leve odinofagia, desconforto retroesternal, sensação de corpo estranho no esôfago proximal, dor epigástrica, anorexia, náuseas, anemia e emagrecimento sem causa aparente.

A esofagoscopia, complementada pela biópsia e citologia, constitui o mais eficiente método para diagnóstico do câncer de esôfago, sendo o primeiro exame a ser indicado diante de um paciente com disfagia.

Apesar do progresso nos últimos anos no tratamento cirúrgico do carcinoma do esôfago, a sobrevida a longo prazo destes pacientes, mesmo após ressecção completa, continuava desapontadora. Apenas uma minoria dos pacientes obtém uma ressecção macro e microscópica completa do tumor primário, incluindo seus sítios de drenagem linfática (ressecção Ro, como definido pela UICC). No momento do diagnóstico, cerca de dois terços dos pacientes já apresentam tumores localmente avançados que cresceram além da parede esofágica, ou seja, tumores invadindo a adventícia (T3) e estruturas adjacentes (T4).<sup>6,7</sup>

*Dr. Valdir Terciotti Junior*

*Dr. João de Souza Coelho Neto*

*Dr. Eduardo Baldon Pereira*

*Prof. Dr. Luiz Roberto Lopes*

*Prof. Dr. José Barreto Campello Carvalheira*

*Prof. Dr. Nelson Adami Andreollo*

DEPARTAMENTOS DE CIRURGIA,

RADIOLOGIA E CLÍNICA MÉDICA

FCM, UNICAMP

*Em relação ao câncer de esôfago no Brasil, as estimativas do INCA para 2010 seriam de 7.890 novos casos em homens e 2.740 novos casos em mulheres, um total de 10.630 novos casos, sendo o oitavo tipo de câncer mais incidente na população brasileira.*

1. Globocan 2008 [database on the Internet]. International Agency for Research on Cancer. 2008. Available from: <http://globocan.iarc.fr/factsheet/cancers/Oesophagus.pdf>.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2010: Incidência de câncer no Brasil. Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro, 2009.

3. Lagergren J; Bergström R; Lindgren Å; Nyrén O. The role of tobacco, snuff and alcohol use in the aetiology of cancer of the oesophagus and gastric cardia. *Int J Cancer*. 2000;85:340-6.

4. Queiroga RC; Pernambuco AP. Câncer de esôfago: epidemiologia, diagnóstico e tratamento. *Rev Bras Cancerol*. 2006;52(2):173-8.

5. Tytgat GNJ; Bartelink H; Bernards R; Giaccone G; Lanschot JJB; Offerhaus GJA. Cancer of the esophagus and gastric cardia: recent advances. *Dis Esophagus*. 2004;17:10-26.

6. Zacherl J; Sendler A; Stein HJ; Ott K; Feith M; Jakesz R. Current status of neoadjuvant therapy for adenocarcinoma of the distal esophagus. *World J Surg*. 2003;27:1067-74.

## Biobanco e biorrepositório

*“Diante dessa nova resolução, o armazenamento de material biológico passa a ser dividido entre as figuras de biobanco e de biorrepositório. O primeiro compreende a coleta e armazenamento de material para fins de pesquisa, enquanto o segundo se refere à coleta e armazenamento dentro de um projeto de pesquisa específico. Em ambos os casos deve haver um regulamento de funcionamento, aprovado inicialmente pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e apreciado também pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).”*

Um dos aspectos delicados, porém frequente, envolvendo pesquisas com seres humanos, é a formação de bancos de materiais, o que inclui amostras histológicas, de células cultivadas ou congeladas, alíquotas de fluidos corporais e (ou) material genético. O armazenamento dessas amostras para utilização em pesquisas futuras foi previsto na resolução 347/2005 do Conselho Nacional de Saúde. Recentemente, essas regras foram atualizadas e complementadas pela resolução 441/2011, publicada no DOU em 18 de julho de 2011.

Diante dessa nova resolução, o armazenamento de material biológico passa a ser dividido entre as figuras de biobanco e de biorrepositório. O primeiro compreende a coleta e armazenamento de material para fins de pesquisa, enquanto o segundo se refere à coleta e armazenamento dentro de um projeto de pesquisa específico. Em ambos os casos deve haver um regulamento de funcionamento, aprovado inicialmente pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e apreciado também pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Esse regulamento deverá conter a justificativa quanto à necessidade de armazenamento e possibilidade de utilização futura, além do consentimento do sujeito de pesquisa autorizando a coleta, o depósito, o armazenamento e a utilização do seu material. Por fim, é necessária a declaração de que toda nova pesquisa a ser realizada com o material armazenado seja submetida à aprovação pelo CEP institucional e, quando for o caso, pela CONEP, mediante novo termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) aos sujeitos de pesquisa ou por justificativa da dispensa desse documento.

Além de informar que o material obtido poderá ser usado em pesquisas futuras, o TCLE em pesquisas que prevêem o armazenamento de material biológico deverá citar os tipos de informação que poderão ser obtidas nessas pesquisas futuras, conter a garantia expressa de acesso às informações pelo

sujeito de pesquisa e suas implicações (incluindo aconselhamento genético), bem como conter também a manifestação expressa quanto à cessão dos direitos sobre o material aos sucessores ou outros por ele indicado, em caso de óbito ou condição incapacitante.

O TCLE pode conter referência à autorização para descarte, nas situações em que o mesmo é possível. No caso de descarte por iniciativa da instituição ou desativação do biobanco ou biorrepositório, deverá haver oferta formal do material a, no mínimo, duas outras instituições de pesquisa que possuam biobancos ou biorrepositórios, devendo ser documentada a sua recusa.

Outros pontos importantes da resolução se referem à justificação ao sistema CEP/CONEP quando houver transferência de material biológico dentro e entre instituições, a comunicação ao sujeito de pesquisa em caso de perda ou destruição de suas amostras, bem como em caso de encerramento do biobanco ou biorrepositório. O prazo para armazenamento é indeterminado, porém, a cada cinco anos, a instituição responsável deverá apresentar relatório de atividades do período, constando o número de sujeitos de pesquisa incluídos e a relação de pesquisas que utilizaram as amostras armazenadas.

Outro ponto a ser destacado é que a legislação brasileira veta o patenteamento e a utilização comercial de material biológico humano armazenado em biobancos e biorrepositórios.

Por fim, é importante notar que a resolução 347/2005 foi revogada pela 441/2011, devendo os bancos formados anteriormente se adequarem à nova legislação até 12 de maio de 2012.

*Prof. Dr. Carlos Eduardo Steiner*  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
FCM, UNICAMP

## Alunos e residentes da FCM contam com apoio psicológico e psiquiátrico

O Grupo de Apoio Psicopedagógico ao Estudante de Medicina e Enfermagem (Grapeme) foi fundado em agosto de 1996, seguindo uma experiência já consolidada em países da Europa e Estados Unidos e em outras faculdades de medicina do Brasil, por iniciativa de docentes da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp, que se sensibilizaram pela grande prevalência de alunos com algum tipo de sofrimento emocional, ocasionado tanto por problemas pessoais, quanto por dificuldades inerentes à formação universitária e a rotina estressante dos cursos da área da saúde.

Inicialmente, o serviço tinha como objetivo realizar atendimento psicopedagógico, psicológico e psiquiátrico aos estudantes dos cursos da FCM, na época: medicina e enfermagem. Além dos atendimentos individuais, atuava também de maneira preventiva, promovendo palestras sobre saúde mental do estudante e do profissional da área da saúde.

No ano de 1999, a pedido da Comissão de Residência Médica, os médicos residentes passaram também a ser atendidos e, com a criação dos novos cursos de graduação na FCM, o serviço foi ampliado aos alunos dos cursos Fonoaudiologia e Farmácia.

Atualmente, o Grapeme tem como missão prestar assistência aos alunos dos cursos de graduação da FCM e ao médico residente, oferecendo consultas psiquiátricas e psicológicas, com a finalidade de oferecer apoio psicológico e psiquiátrico para que os alunos possam lidar com seus sofrimentos e com aqueles provocados pelo contato com os pacientes.

O Grapeme conta com uma psicóloga e com uma psiquiatra que são contratadas pela FCM, sem nenhum vínculo com qualquer Departamento da faculdade. Embora o serviço esteja ligado à faculdade, é importante lembrar que o serviço não exerce função pericial. O sigilo é garantido proporcionando um *setting* adequado e

protegido para que o aluno sinta segurança para lidar com seu sofrimento.

A procura pelo atendimento é espontânea, e também pode ser orientada por algum professor que perceba alguma dificuldade que poderia se beneficiar dos atendimentos oferecidos.

Os atendimentos são realizados individualmente e o agendamento das consultas é realizado por meio de um contato do interessado via e-mail.

A adaptação ao meio universitário; o distanciamento da família e de sua rede social; a carga emocional trazida pelo contato com o processo de adoecer e de morrer, juntamente com a pressão e carga horária de ensino; dúvidas quanto à escolha profissional; a convivência com fatores estressantes; o medo de cometer erros tendo como consequência a vida de outro ser humano e as dificuldades pessoais das mais diversas origens constituem fatores importantes que provocam sofrimento psíquico ao estudante e os mobilizam a procurar auxílio.

Essas dificuldades diagnosticadas e tratadas precocemente podem prevenir o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos, tais como: ansiedade, depressão, transtornos alimentares e dificuldades de relacionamento interpessoal, também atendidas neste serviço. A procura constante e crescente tem demonstrado a importância e relevância deste serviço oferecido pela Faculdade de Ciências Médicas.

O Grapeme está localizado no prédio Vital Brasil, à rua Vital Brasil, 50, térreo, entrada independente. O telefone de contato é (19) 3521-8864 e os e-mails são [grapeme@fcm.unicamp.br](mailto:grapeme@fcm.unicamp.br) ou [grapeme2@fcm.unicamp.br](mailto:grapeme2@fcm.unicamp.br).

*Adiene Heloísa Barbosa Martins, psicóloga  
Eliza Maria Tamashiro, médica psiquiatra  
Profa. Dra. Eloísa Helena Rubello Valler Celeri*

COORDENADORA DO GRAPEME  
UNICAMP, UNICAMP.

*A procura pelo atendimento é espontânea, e também pode ser orientada por algum professor que perceba alguma dificuldade que poderia se beneficiar dos atendimentos oferecidos. Os atendimentos são realizados individualmente e o agendamento das consultas é realizado por meio de um contato do interessado via email.*

## Breve História das publicações médicas britânicas

*Historicamente, os primeiros periódicos científicos apareceram na Inglaterra (Philosophical Transactions) e na França (Le Journal de Sçavans), em 1665 e que foi o primeiro a introduzir o conceito de peer review, em 1702; outros periódicos apareceram na Rússia (1778) e Suécia (1779).*

O Thackray Museum, em Leeds, Inglaterra, realiza há 10 anos, todos os sábados pela manhã, palestras que contam histórias da história da medicina e resolveu publicar algumas dessas *lectures*.<sup>1</sup> Dentre elas, a de Sir Christopher Charles Booth [1924], sobre a história das publicações médicas. Booth é renomado médico, numa carreira de projeção internacional e entre outros cargos foi presidente da *British Society of Gastroenterology* e editor da *GUT*, um dos mais importantes periódicos de gastroenterologia.

Como escreveu o historiador Roy Porter [1946-2002] é admirável a capacidade de Booth em encontrar tempo para escrever de forma exemplar, sendo que seus textos estabelecem “um argumento poderoso para a ciência clínica como um elo crucial entre a ciência e a sociedade...”.<sup>2</sup> Ressalta que ele tem sido um defensor incansável da pesquisa clínica, não somente com exemplos históricos, mas com a própria experiência.

Em sua palestra, Booth relata que a origem da publicação de textos médicos ocorreu na Renascença e, até o século XVIII, a *língua franca* era o latim, substituído no final desse século pelo alemão e depois, majoritariamente, pelo inglês. Aponta as dificuldades na publicação, quando as idéias desafiavam o pensamento da época daí a expressão “*publish and be damned*”, cunhada pelo duque de Wellington.

Historicamente, os primeiros periódicos científicos apareceram na Inglaterra (*Philosophical Transactions*) e na França (*Le Journal de Sçavans*), em 1665 e que foi o primeiro a introduzir o conceito de peer review, em 1702; outros periódicos apareceram na Rússia (1778) e Suécia (1779).

O primeiro periódico médico publicado na Grã-Bretanha foi o *Medical Essays and Observations*, em 1731, sendo que a Medical Society of London, fundada em 1773, publica suas *Transactions* desde 1810. Foi a partir do fim do século XVIII que, de forma geral, os livros foram substituídos pelos artigos, por exemplo a descrição da angina pectoris, por Heberden [1710-1801], em 1769, foi publicada dois anos depois no *Medical Transactions*.

Foi na primeira metade do século XIX que os movimentos radicais servem-se do jornalismo para propagar suas idéias, quando apareceu, em 1823, *The Lancet*, fundado por Thomas Wakley [1795-1862]. O primeiro número incluiu, além de trabalhos de professores das escolas médicas, outros sobre a cena política, literatura, etc. E, segundo Booth, “O entusiasmo reformista de Wakley levou-o ao mesmo tempo a entrar em conflito com a profissão estabelecida oficialmente”.

Outra publicação que se destaca é o *British Medical Journal*, que teve predecessores, e com esse nome aparece em 1840, com seus momentos radicais, particularmente nos anos 50 do século passado.

Booth passa em revista, de forma geral, algumas publicações alemãs e americanas, como o *Journal of the American Medical Association* (1883). Saliencia que a partir do final do século XIX e início do século XX aparecem os periódicos especializados que “refletiam as novas descobertas em fisiologia e medicina”, sendo que as doenças tropicais terão, a partir de 1898, uma revista especializada, o *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. Da mesma forma, as doenças da infância e neurológicas criam seus próprios veículos de divulgação e nos anos 50 do século XX aparecem, na Grã-Bretanha, periódicos especializados em hematologia, gastroenterologia e história da medicina (o *Medical History* data de 1957).

Booth conta da sua experiência como editor e da importância dos periódicos nos últimos 50 anos e diz que não acredita que livros e revistas serão substituídos pelos meios eletrônicos e que conciliar a atividade acadêmica com a de editor de uma publicação médica pode ser muito criativo.

Para os editores do livro, publicar na internet promete vantagens, mas problemas também, a serem conferidos no devido tempo.<sup>1</sup>

Prof. Dr. Everardo Duarte Nunes  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA  
FCM, UNICAMP

1. Losowsky, M. (ed.). *Getting better: stories from the history of medicine*. Leeds: Medical Museum Publishing, ed. revista, 2009.

2. Porter, R. Yes, Minister. *British Medical Journal*, 294. 27 June, 1987.

## Unicamp administra AME de São João da Boa Vista

O governador Geraldo Alckmin inaugurou oficialmente, no mês de fevereiro, o Ambulatório Médico de Especialidades (AME) de São João da Boa Vista, administrado pela Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp. Este é o 42º AME implantado no Estado de São Paulo, seguindo um novo conceito de atendimento em que os pacientes com casos de média complexidade encaminhados por postos de saúde passam por consultas, exames e tratamentos com hora marcada e num mesmo local, diminuindo a procura pelos hospitais. A Unicamp também está gerindo os ambulatórios de Santa Bárbara d'Oeste, Piracicaba, Limeira, Rio Claro e Mogi Guaçu.

A Secretaria Estadual de Saúde investiu R\$ 7,5 milhões na reforma e aparelhagem do prédio de 1.800 m<sup>2</sup> em São João da Boa Vista, que possui 23 salas entre consultórios médicos (17) e espaços para curativo, medicação, enfermagem, repouso, exames e pequenos procedimentos. O AME vai atender mais sete cidades da região: Águas da Prata, Aguai, Vargem Grande do Sul, Espírito Santo do Pinhal, Santo Antonio do Jardim, Santa Cruz das Palmeiras e Tambaú. O período de funcionamento é das 7 às 19 horas.

Geraldo Alckmin afirmou que a oferta de especialistas pelo AME vai melhorar a resolutividade do atendimento primário de saúde, desafogando o atendimento na Santa Casa local. Ele também surpreendeu os presentes ao anunciar que o novo ambulatório receberá um aparelho de ressonância magnética. “Cada aparelho custa um milhão de dólares. Cada exame custa 400 reais e, se forem realizados 25 exames por dia, o custeio da máquina será de 250 mil reais no mês e de 3 milhões no ano. A medicina ficou sofisticada e cara. Por isso, precisamos fazer um mutirão no Brasil inteiro para corrigir a tabela do SUS, que não muda há muitos anos”, reclamou.

Primeiro a discursar, o reitor Fernando Ferreira Costa falou do orgulho da

Universidade em colaborar com este esforço do governo na área da saúde, lembrando que as três universidades mantidas pelo Estado de São Paulo são as melhores do país. “A Unicamp educa pessoas, faz pesquisa comparável às das melhores universidades do mundo e faz extensão e presta assistência em saúde para cerca de dez milhões de pessoas do Estado, do sul de Minas e até do exterior. Educa, porque aqui no AME estarão docentes, estudantes e residentes. E faz pesquisa para melhorar a saúde da população, diminuir a desigualdade social e aumentar a riqueza do país”.

Quando estiver com sua capacidade total, o AME de São João vai realizar, mensalmente, 13.500 consultas médicas, 6 mil sessões de terapia e 17 mil exames de apoio e diagnóstico. Espera-se atender quase 500 mil pessoas por ano. “Começamos a funcionar em novembro passado, com as especialidades de dermatologia e endocrinologia, sendo que agora já temos a ortopedia, mastologia, otorrinolaringologia e oftalmologia, além da ultrassonografia e do laboratório de análises clínicas”, explica o gastroenterologista Ademar Yamanaka, professor da FCM e diretor-executivo do AME.

Yamanaka acrescenta que, na parte não médica, a população já conta com atendimento em nutrição, psicologia, assistência social, fisioterapia e fonoaudiologia. “Estamos reavaliando as necessidades na região, que é muito diversificada, e provavelmente chegaremos a 24 especialidades até o final do ano. Hoje são aproximadamente 1.100 consultas médicas e 300 não médicas por mês, com projeção de atingirmos 3.300 e 1.000, respectivamente, até fins de 2012.

*“A Unicamp educa pessoas, faz pesquisa comparável às das melhores universidades do mundo e faz extensão e presta assistência em saúde para cerca de dez milhões de pessoas do Estado, do sul de Minas e até do exterior. Educa, porque aqui no AME estarão docentes, estudantes e residentes. E faz pesquisa para melhorar a saúde da população, diminuir a desigualdade social e aumentar a riqueza do país”.*

Luiz Sugimoto

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO E IMPRENSA

UNICAMP

## NOTAS

\*O Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS) da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp foi criado em 1965. Em setembro de 2011, ele passou a ser chamado de Departamento de Saúde Coletiva (DSC) a partir da aprovação da alteração do nome pela Congregação da FCM e pelo CONSU da Unicamp. Esta mudança residuiu na necessidade de sintonizar as práticas e atividades desenvolvidas pelo conjunto dos docentes, pesquisadores e alunos do Departamento com o campo disciplinar no qual de fato se inserem na atualidade que é o campo da Saúde Coletiva. Por isso, o Departamento de Saúde Coletiva lança concurso para a criação de um logotipo que irá representar o Departamento em todos os seus documentos oficiais, meios eletrônicos e sinalização visual interna. O logotipo poderá ser também utilizado em eventos científicos, nacionais e internacionais e em projetos relacionados a ações

comunitárias. O prêmio para o logotipo vencedor é de R\$ 1 mil reais.

Podem participar do concurso membros da comunidade universitária, de maneira individual ou em grupo. As inscrições podem ser feitas até o dia 16 de março na secretaria do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, ou encaminhadas por carta ao Departamento de Saúde Coletiva, à rua Tessália Vieira de Camargo, 126, Barão Geraldo, Campina, SP, CEP: 13083-887.

O regulamento, ficha de inscrição e formulário para a cessão de direitos autorais estão disponíveis no site da FCM na sessão Destaques. O contato do Departamento é [dmps@fcm.unicamp.br](mailto:dmps@fcm.unicamp.br) ou (19) 3521-8036.

## EVENTOS DE FEVEREIRO

## Dia 3

\**Colação de curso de*

*Fonoaudiologia*

Horário: das 15 às 17 horas

Local: Auditório da FCM

Org.: Auditório da FCM

## Dia 6

\**Colação de grau do curso de Farmácia*

Horário: das 16 às 15h30

Local: Auditório da FCM

## Dia 27

\**Confirmação de matrícula*

Horário: das 8h30 às 12 horas

Local: Auditório da FCM

## Dias 28

\**Recepção dos novos médicos-residentes*

Horário: das 9 às 17 horas

Local: Anfiteatro do Hospital de Clínicas

\**Recepção dos alunos de Enfermagem*

Horário: das 9 às 12 horas

Local: Auditório da FCM

## Dia 29

\**Recepção dos alunos do Aprimoramento*

Horário: das 9 às 17 horas

Local: Auditório da FCM

Confira a programação completa dos eventos que ocorrem na FCM pelo site [www.fcm.unicamp.br](http://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

Profª. Dra. Rosa Inês Costa Pereira

## Anatomia Patológica

Profª. 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

Profª. Dra. Maria Isabel P. de Freitas

## Farmacologia

Prof. Dr. Gilberto De Nucci

## Genética Médica

Profª. Dra. Iscia Lopes Cendes

## Medicina Prev. Social

Profª. Dra. Marilisa Berti de Barros

## Neurologia

Prof. Dr. Fernando Cendes

## Oftalmo/Otorrino

Prof. Dr. Reinaldo Jordão Gusmão

## Ortopedia

Prof. Dr. Mauricio Etchebehere

## Patologia Clínica

Profª. 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. Carvalheira

## 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

Profª. Dra. Maria Francisca C. dos Santos

## Coord. do Curso de Graduação em Enfermagem

Profª. Dra. Luciana de Lione Melo

## Coord. do Curso de Graduação em Farmácia

Prof. Dr. Stephen Hyslop

## Coord. Comissão de Aprimoramento

Profª. 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

Profª. Dra. Lillian Tereza Lavras Costallat

## Coord. do Centro Estudos Pesquisa em Reabilitação (CEPRE)

Profª. Dra. Ivani Rodrigues Silva

## Coord. do Centro de Investigação em Pediatria (CIPEP)

Prof. Dr. Gil Guerra Junior

## Coord. do Centro de Controle de Intoxicações (CCI)

Prof. Dr. Eduardo Mello De Capitani

## Assistente Técnico de Unidade (ATU)

Carmen Silvia dos Santos

## Conselho Editorial

Prof. Dr. Mario José Abdalla Saad

## História e Saúde

Prof. Dr. Antonio de A. Barros Filho

Prof. Dr. Sérgio Luiz Saboya Arruda

## Tema do mês

Prof. Dr. José Barreto C. Carvalheira 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

Profª. Dra. Maria Francisca C. dos Santos

Profª. Dra. Luciana de Lione Melo

Profª. Dra. Nelci Fenalti Hoehr

## Saúde e Sociedade

Prof. Dr. Nelson Filice de Barros

Prof. Dr. Everardo D. Nunes

## Responsável Eliana Pirotobom

Jornalista Edmilson Montalti MTB 12045

Equipe Edson Luis Vertu, Felipe Diniz Barbosa

Projeto gráfico Ana Basaglia

Diagramação/Ilustração Emilton B. Oliveira,

Thamara G. Vialta

Revisão: Anita Zimmermann

Boletim Digital: Cláudio Moreira Alves

Sugestões [boletim@fcm.unicamp.br](mailto: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)