

Sangrias, purgas e mitos. A terapêutica colonial brasileira

Nos séculos XVI e XVII havia uma óptica muito particular sobre a relação saúde/doença que, embora divergisse nos perfis culturais, possuía características comuns a povos de diferentes origens, superstições e credos. Todos consideravam a doença sob aspecto materializado e quaisquer fossem as atribuições de suas causas ventos, mau-olhado, ingestão de venenos, possessão, desequilíbrio de humores, roubo da alma, ou praga divina uma vez instalada no organismo, era preciso fazer com que ela o abandonasse. Além de perdas sanguíneas (para os europeus, as sangrias; para os indígenas, as escarificações) acreditava-se que as únicas possibilidades concretas para o restabelecimento do equilíbrio corporal fossem através da provocação de vômitos, diarreia ou sudorese. Assim, substâncias que suscitassem tais manifestações eram consideradas um absoluto sucesso terapêutico.

Os homens da época consideravam-se também possuidores de todas as qualidades essenciais da natureza: não apenas eram dela dependentes, como seus senhores. Assim, a administração de elementos vindos da natureza e do próprio homem como os excrementos - significava devolver ao doente os componentes da própria vida e conseqüentemente, sua saúde. Esta idéia é a provável origem de uma medicina empírica bizarra, conhecida como Dreckapotheke ou "farmácia de excrementos". Na prática médica erudita ocidental foi aceita por toda a Idade Média e Renascença; nas Américas, os brasilíndios usavam-na de maneira peculiar consideravam a urina restauradora, mas jamais usariam fezes em suas composições medicinais, por qualificarem-nas como impuras e repulsivas.

Além de fezes e urina, outras substâncias escatológicas estavam presentes em formulações tanto da medicina popular, quanto erudita. Ambas, de forte conotação simbólica, procuraram elementos distintos - da natureza ou produzidos pelo homem -

para alcançar a tão almejada cura. Dessa forma, pólvora, pombas e substâncias extraídas dos cavalos, podiam compor parte de um arsenal terapêutico pela transmissão, respectivamente, de uma imagem de grande potência, de espiritualidade e da força de um animal vigoroso. Essas linguagens metafóricas eram reiteradas pela procura da saúde através de sacrifícios: rotulado como pecador pela tradição judaico-cristã, o doente fazia jus a um processo punitivo de cura - quanto mais amargo, doloroso e desagradável o remédio, melhor seu efeito.

Medicina, religião e magia eram então indissociáveis e a fé, perseverante e inabalável, vencia o medo da falta de assistência humana. No reforço ao culto de santos católicos recorria-se não apenas às rezas e ladainhas, mas à talismãs que, carregados junto ao corpo, materializavam a fé. De grande apreço era o amuleto extraído do apêndice craniano da anhuma (*Anhuma cornuta*), pássaro com atribuições mágicas, cujos poderes teriam sido reconhecidos e transmitidos pelos índios Guaianases. Acredita-se que o uso do poderoso amuleto fosse aceito sem restrições pelos portugueses, pela identificação deste mito com o do unicórnio europeu.

Essas práticas esdrúxulas eram acompanhadas pelo uso de plantas medicinais nativas e importadas, em uma terapêutica híbrida de elementos da medicina indígena e popular européia, conhecida como "Remédios de Paulistas", por terem sido difundidos pelos bandeirantes. Essa medicina prevaleceu em boa parte do Brasil até o século XIX e foi a origem de várias práticas populares ainda em voga nos sertões mais distantes.

Cristina Brandt Friedrich Martin Gurgel
GRUPO DE ESTUDOS HISTÓRIA DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE
FCM, UNICAMP



NESTA EDIÇÃO:

Efeito combinado de fenofibrato e creme enriquecido com insulina na cicatrização de lesões de animais diabéticos

VEJA TAMBÉM:

Diretrizes em câncer de vulva

Acerca da bioética da beira do leito

Aprimoramento no Cepre

A construção sociocultural das emoções e da humanização em saúde

Efeito combinado de fenofibrato e creme enriquecido com insulina na cicatrização de lesões de animais diabéticos

A insulina tem sido usada topicamente para tratar feridas diabéticas e mostrou acelerar o processo de cicatrização tecidual. Um estudo recente demonstrou que o fenofibrato está associado a um menor número de amputações de membros inferiores em pacientes com diabetes do tipo 2, provavelmente por meio de mecanismos não lipídicos.

O diabetes melito é uma doença crônica com manifestações de hiperglicemia e intolerância à glicose, que ocorre quando o pâncreas não produz insulina suficiente ou quando a efetividade da ação da insulina está prejudicada nos tecidos, ou ambos.¹

A prevalência mundial do diabetes melito em 2010 é de 280 milhões de adultos e estima-se que este número irá crescer para 439 milhões de pessoas até o ano de 2030. No Brasil são 7,6 milhões de adultos com diabetes em 2010 e calcula-se que existirão 12,7 milhões de diabéticos até 2030.²

Vários estudos clínicos e experimentais têm mostrado que o processo de cicatrização de feridas está prejudicado em pacientes com diabetes melito.³ Apesar do tratamento insulínico e minucioso controle diabético, aproximadamente 15% de todos os pacientes com diabetes terão, em algum momento, feridas de difícil cicatrização e 50% a 70% deste número é responsável por todas as amputações não-traumáticas.^{4,5}

Amputações e úlceras no pé de pacientes diabéticos, além de comprometer a qualidade de vida, são também um problema de saúde pública. A insulina tem sido usada topicamente para tratar feridas diabéticas e mostrou acelerar o processo de cicatrização tecidual. Um estudo recente demonstrou que o fenofibrato está associado a um menor número de amputações de membros inferiores em pacientes com diabetes do tipo 2, provavelmente por meio de mecanismos não lipídicos.

Lesões de ratos diabéticos tratadas com pomada de insulina apresentam aceleração no processo cicatricial e o tratamento com fenofibrato melhora a incidência de amputações. Entretanto, nenhum estudo procurou ainda investigar a associação e os efeitos da aplicação sistêmica do fenofibrato em relação à insulina tópica na cicatrização de lesões de ratos diabéticos.

O objetivo deste estudo foi investigar a associação e os efeitos do fenofibrato

sistêmico em relação à insulina tópica na cicatrização de feridas de ratos diabéticos induzidos por estreptozotocina. A orientação foi da Profa. Dra. Maria Helena de Melo Lima, do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp.

O diabetes foi induzido em ratos utilizando estreptozotocina. Depois de quatro dias, foi realizada uma lesão no dorso dos animais diabéticos e estas lesões foram tratadas com insulina ou fenofibrato ou insulina mais fenofibrato ou placebo como controle. Nos dias 3 e 9 os animais foram sacrificados e as lesões foram extraídas.

Os resultados deste estudo indicam que o tratamento sistêmico com fenofibrato por via oral em doses terapêuticas não acelera a taxa de cicatrização de feridas em ratos diabéticos, porém existe uma maior ativação do IR, ERK-1 na fase inflamatória; e do IR e GSK-3 na fase proliferativa, além da melhora da expressão de TGF- β e TNF- α .

O tratamento combinado do fenofibrato com o creme enriquecido de insulina apresentou uma aceleração da taxa de cicatrização, promovendo a ativação da via da PI3-K, além do aumento da expressão de citocinas (TNF- α e SDF1- α) e fatores de crescimento (VEGF e TGF- β) na fase inflamatória e melhora de TGF- β e TNF- α durante a fase proliferativa.

Nesse sentido, podemos concluir que o uso do creme enriquecido de insulina mostrou-se mais eficaz na aceleração da cicatrização quando utilizada sozinha, pois houve um aumento do infiltrado inflamatório, da maturação das fibras de colágeno e da angiogênese na derme, bem como a ativação da sinalização de insulina e melhora da expressão de SDF1- α , VEGF, TGF- β e TNF- α tanto na fase inflamatória quanto na proliferativa.

Lélia Lelis Ferreira de Abreu

MESTRANDA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

EM ENFERMAGEM

FCM, UNICAMP

1. Apikoglu-Rabus S, Izzettin FV, Turan P, Ercan F. Effect of topical insulin on cutaneous wound healing in rats with or without acute diabetes. *Clin Exp Dermatol*;35(2):180-5.

2. Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract*;87(1):4-14.

3. Bouter KP, Storm AJ, de Groot RR, Uitslager R, Erkelens DW, Diepersloot RJ. The diabetic foot in Dutch hospitals: epidemiological features and clinical outcome. *Eur J Med* 1993;2(4):215-8.

4. Consensus Development Conference on Diabetic Foot Wound Care: 7-8 April 1999, Boston, Massachusetts. American Diabetes Association. *Diabetes Care* 1999;22(8):1354-60.

5. Reiber GE, Vileikyte L, Boyko EJ, del Aguila M, Smith DG, Lavery LA, et al. Causal pathways for incident lower-extremity ulcers in patients with diabetes from two settings. *Diabetes Care* 1999;22(1):157-62.

Diretrizes em câncer de vulva - parte 4

Linfonodo sentinela

São necessários estudos multicêntricos, randomizados e controlados para definir o papel do linfonodo sentinela no câncer de vulva.^{5 (D),15 (B)}

Estádio II

E II	Vulvectomy Radical
	Radioterapia Adjuvante
	Radioterapia Exclusiva
	Radioterapia Associada à Quimioterapia

Cirurgia

Vulvectomy radical é o tratamento padrão. A sobrevida em 5 anos, com margem livre (mínimo 1 cm) e levando em conta o tamanho inicial da lesão é de 80% a 90%.^{11 (B),16 (B)}

Radioterapia

Radioterapia adjuvante vulvar está indicada em casos de margens exíguas (<8mm) ou comprometidas, invasão angiolinfática e invasão estromal maior de 5mm.^{17 (B)} Radioterapia inguinal pode ser considerada uma alternativa viável em pacientes com contra indicações cirúrgicas para linfonodectomia inguinal em linfonodos clinicamente negativos.^{13 (B)}

Radioterapia exclusiva ou associada à quimioterapia com dose total em doença macroscópica de 65Gy a 70Gy para as pacientes incapazes de tolerar uma cirurgia radical ou julgados inadequados para cirurgia por causa do local ou extensão da doença.^{18 (B)} Nestas situações clínicas, as drenagens intra-pélvicas são incluídas nos campos de tratamento juntamente com a vulva e inguinais.

Estádio III

E III	Vulvectomy Radical
	Radioterapia Adjuvante
	Radioterapia e/ou Quimioterapia Neoadjuvante

Cirurgia

Avulvectomy radical é o tratamento

padrão. O *status* infonodal é considerado o principal fator independente de prognóstico. A sobrevida em 5 anos com linfonodos (<3) unilaterais comprometidos é de 70%, com comprometimento >3 linfonodos é de 30%.^{3 (A)}

Radioterapia

Num estudo randomizado do Grupo de Oncologia Ginecológica (GOG), pacientes submetidas à vulvectomy radical com linfonodos inguinais positivos (>=2) obtiveram sobrevida maior quando associados à radioterapia inguinal e pélvica adjuvante quando comparados a linfonodectomia pélvica.^{19 (B)} Assim, se houver dois ou mais linfonodos inguinais comprometidos está indicada a radioterapia adjuvante inguinal e pélvica (45-50Gy).

Radioterapia adjuvante (45-50Gy) em vulva se lesões primárias grandes, margens exíguas, invasão angiolinfática e invasão estromal maior que 5 mm.^{16 (B)}

Radioterapia e/ou Quimioterapia

Radioterapia neoadjuvante (45-50.4Gy) em casos selecionados para diminuir extensão cirúrgica ou melhorar a operabilidade.^{20 (B)} Nestes casos, pode-se associar quimioterapia (radioquimioterapia).^{16 (B)} Para pacientes julgadas inadequadas para a cirurgia ou incapazes de tolerar vulvectomy radical (inoperáveis), realizar radioterapia radical com doses de 65-70Gy em doença macroscópica e 45-50Gy em doença subclínica associada à quimioterapia (5-fluorouracil + cisplatina - conforme esquema citado abaixo).^{21 (B)}

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 TOCOGINECOLOGIA 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

Num estado randomizado do Grupo de Oncologia Ginecológica (GOG), pacientes submetidas à vulvectomy radical com linfonodos inguinais positivos (>=2) obtiveram sobrevida maior quando associados à radioterapia inguinal e pélvica adjuvante quando comparados com a linfonodectomia pélvica.

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

Acerca da bioética da beira do leito - parte 2

A condução dos conflitos requer sistematização.

Ela flui pelo reconhecimento das raízes e das feições das oposições advindas de número variável de personagens.

A Bioética deseja-se à disposição para ser parte moderadora.

A comunicação médico-paciente - pelas linguagens verbal e não-verbal - autentica o vínculo de confiança por meio do dever de sigilo, ao mesmo tempo em que instrumentaliza a gestão de conflitos. As palavras que são ditas à beira do leito, ao darem significado às atitudes dos interlocutores, viabilizam a compreensão mútua quando, por exemplo, o médico entra no território do paciente e motiva reestruturações. A excelência da comunicação favorece a integração de tese e antítese em síntese que sustenta consentimentos.

Uma particularidade da comunicação médico-paciente

é limitada a um pequeno universo é o chamado sigilo médico, jurado segundo original de Hipócrates à formatura no Brasil. A finalidade é restringir exposições da privacidade e da confidência do atendimento ao microambiente composto por quem direta e necessariamente está envolvido no uso dos métodos úteis e eficazes de uma medicina atualizada em ciência e tecnologia. Não há inviolabilidade absoluta nas normas brasileiras do exercício da medicina, ou seja, a beira do leito não é exatamente local onde se faz o sacramento de confissão e, por isso, revelações a um macroambiente - a comunidade em geral, pluriétnica entre nós -, à revelia do paciente, são possíveis. Elas exigem, contudo, que haja satisfação a um interesse coletivo, quer por dever legal - notificação compulsória de doenças, atividades periciais -, quer por justa finalidade de natureza moral ou social.

Os conflitos na relação médico-paciente - muitos são em verdade conflitos entre paciente e método da medicina - não costumam estar referidos no texto de medicina, que costumam ser disciplinares, mas eles estão inseridos no seu contexto à beira do leito. As oposições de interesse acontecem tanto na intimidade sigilosa quanto na interface aberta com o sistema social. Percentual expressivo resulta de incompreensão do que é, de fato, ser médico, ser paciente e limite da medicina.

Admitidas verdades e participações condicionadas a vontades constituem

combustível para movimentos e contra movimentos sobre diagnóstico, terapêutica e prognóstico, a partir do conhecimento do momento da medicina. Há conflitos mediatos pelas frustrações quanto ao resultado mal articulado com a memória sobre o que se deveria esperar e há os imediatos que clamam por ajustes iniciais. A beira do leito conflituosa pode se manifestar como focos de agressividade e de violência irrompidos da perda do controle sobre a independência pessoal e do uso inadequado do poder profissional. A beira do leito requer sensibilidade e visão de antecipações moldadas em autenticidade de empatia, em equilíbrio quanto às expressões de individualidade e de solidariedade.

A condução dos conflitos requer sistematização. Ela flui pelo reconhecimento das raízes e das feições das oposições advindas de número variável de personagens. A Bioética deseja-se à disposição para ser parte moderadora.

A Bioética da beira do leito presta-se ao exame comparativo de múltiplas consequências, que pode indicar a melhor sustentação para o sucesso de conciliação entre as partes que se sentem prejudicadas em seus interesses pessoais e profissionais. Ela chama atenção que o poder que o médico exerce é sempre interpessoal e de caráter social, caso contrário torna-se força, um comportamento que expõe a apreciações antiéticas.^{2,10}

A Bioética da beira do leito enfatiza que atitude médico-dependente é mais do que atitude medicina-dependente. Distinguir a diferença contribui para dar legitimidade a pactos médico-pacientes, além de estimular o desenvolvimento de modelos de gestão da beira do leito que visem, por meio de uma vigilância contínua sobre atitudes, reduzir conflitos na interação médico-paciente.

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, causa 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.

9. Wear S. Teaching bioethics at (or Near) the Bedside *J Med Philos.* 2002;27:433-45.

10. Grinberg M. Conhecimento & aplico & comporto-me: identidade bioética do cardiologista. *Arq Bras Cardiol.* 2004;83:91-5.

11. Sommerman A. Inter ou transdisciplinaridade? São Paulo: Paulus; 2006.

O Aprimoramento no Cepre

O desenvolvimento de Programas de Aprimoramento no Cepre teve início em 1994, com o Programa Serviço Social em Reabilitação na Área da Saúde, destinado a assistentes sociais. Nesta época, o Cepre, então conhecido como Centro de Reabilitação Prof. Dr. Gabriel Porto voltava-se para o atendimento de pessoas com surdez, cegueira e baixa visão.

O curso compreendia o estudo e a reflexão sobre temas básicos de saúde e reabilitação de surdos e, nesse contexto, tratava das práticas do Serviço Social. O aluno desenvolvia um trabalho com as famílias de crianças surdas por meio de formação de grupos para atividades de caráter educativo e atendimentos individuais.

Para a parte teórica, muitas vezes, o aluno deslocava-se até o campus da universidade para assistir aulas com outros aprimorandos em Serviço Social, nas disciplinas ministradas em conjunto com os programas de Serviço Social do Hospital de Clínicas (HC) e Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti (Caism).

Já no ano de 1995, outros quatro programas foram aprovados e o Cepre passou a contar com aprimorandos nas áreas de Psicologia, Terapia Ocupacional, Linguística e Pedagogia.

Nos anos seguintes houve ampliação dos Programas de Aprimoramento e Especialização. Hoje, no Cepre, há 13 diferentes programas, abrangendo diversas profissões da área da saúde e mostrando nossa vocação interdisciplinar.

O quadro teórico dos Programas de Aprimoramento do Cepre está organizado em módulos, com as temáticas: políticas sociais; reabilitação no contexto do sistema de saúde; aspectos conceituais referentes à deficiência, habilitação e reabilitação; tópicos de desenvolvimento humano voltados à deficiência sensorial; deficiências sensoriais: etiologia e detecção; a deficiência no contexto familiar e a deficiência no contexto social. Esse conjunto de temas aponta para a

diversidade de conhecimentos trazidos por docentes das mais variadas formações, atuantes no Cepre.

Os Programas permitem ao aluno o desenvolvimento da postura profissional, estimulando atitudes, iniciativas e ações na prática cotidiana que fortalecem o sentido de responsabilidade e compromisso de trabalho, bem como a visão crítica da realidade das populações que utilizam o Sistema Único de Saúde (SUS).

No processo seletivo de 2011, de forma pioneira, os Programas de Aprimoramento sinalizaram, desde o momento da inscrição para seus Cursos, a possibilidade de acesso a pessoas com necessidades especiais. Houve dois candidatos inscritos e destes, uma candidata surda, com formação em Pedagogia pela UNESP, foi aprovada para o *Programa Surdez: desenvolvimento e inclusão* do Cepre.

A partir deste ano as aulas teóricas são oferecidas por professores da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) e contam com uma intérprete da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS). A aprimoranda surda desenvolve um trabalho no Programa Escolaridade e Surdez, principalmente na aquisição da Língua Brasileira de Sinais e do ensino do Português como segunda língua.

O Cepre vem se destacando na Universidade pela interdisciplinaridade de suas ações a pela relação que mantém com a sociedade, respondendo de forma concreta às demandas atuais, principalmente no que diz respeito à inclusão de alunos com necessidades especiais.

*Profa. Dra. Maria de Fátima de Campos
Françoze*

PROGRAMA SERVIÇO SOCIAL, FAMÍLIA E REABILITAÇÃO NA
ÁREA DA SAÚDE
CEPRE, FCM, UNICAMP

*Profa. Dra. Maria Cecília Marconi Pinheiro
Lima*

CURSOS DE APRIMOTAMENTO E ESPECIALIZAÇÃO
CEPRE, FCM, UNICAMP

Já no ano de 1995, outros quatro programas foram aprovados e o Cepre passou a contar com aprimorandos nas áreas de Psicologia, Terapia Ocupacional, Linguística e Pedagogia. Nos anos seguintes houve ampliação dos Programas de Aprimoramento e Especialização. Hoje, no Cepre, há 13 diferentes programas, abrangendo diversas profissões da área da saúde e mostrando nossa vocação interdisciplinar.

A construção sociocultural das emoções e da humanização em saúde

Continuamos a construir e moldar sentimentos, pensamentos e ações, a partir de arranjos materiais, legais e simbólicos. O indivíduo traz as tendências e a sociedade fornece os meios e as vias para satisfazê-las e expressá-las, de forma que emoção e expressão integram um mesmo processo, sendo ambas respostas do indivíduo a certas condições.

Somos seres cindidos internamente e a consequência é que sentimos diferente do que pensamos e pensamos diferente do que agimos. No entanto, sentir, pensar e agir são construções sociais, ainda que associadas a diferentes instituições, e, por isso, deveriam constituir a unidade que somos todos e cada um de nós.

Possivelmente, esta cisão seja a marca dos homens e mulheres nessa modernidade tardia ou pós-modernidade. Várias fronteiras ruíram e a tradição tem cada vez menos capacidade de construir e manter uma perspectiva ética e moral como no passado. Todavia, como na primeira metade do século XX, de acordo com Malinowski, ainda

“mediante o crescente controle cultural, surge no homem uma complexidade nas respostas humanas. (...) É imperioso compreender que esta moldagem e a inculcação progressiva dos ideais não é feita por alguma atmosfera misteriosa, mas por certo número de influências concretas e bem definidas. (...) a criança (...) é educada pela repressão dos pais, pela opinião pública dos mais velhos, pelo sentimento de vergonha e desconforto despertados pelas reações a certos tipos de conduta.”

Continuamos a construir e moldar sentimentos, pensamentos e ações, a partir de arranjos materiais, legais e simbólicos. O indivíduo traz as tendências e a sociedade fornece os meios e as vias para satisfazê-las e expressá-las, de forma que emoção e expressão integram um mesmo processo, sendo ambas respostas do indivíduo a certas condições. Não vivo num mundo privado, com um tempo, com um espaço e um sistema de causas e efeitos que sejam somente meus.

A mesma lógica geral opera em nossas ações e pensamentos, pois não há uma lógica privada do indivíduo, assim como não há um espaço e um tempo privados. Assim, viver em sociedade é construir um equilíbrio mutante, entre as experiências

individuais e as experiências coletivas.²

Mas parece faltar um fio condutor para re-ligar as nossas diferentes dimensões constitutivas e não parece ser a religião. Possivelmente, é a emoção, no sentido do comportamento afetivo, pois por meio dele os indivíduos tomam conhecimento dos valores e os incorporam em sua conduta, transformando-os em crenças e símbolos. Com efeito, pela percepção e pela inteligência o sujeito se relaciona e opera com os objetos concretos, mas é na experiência de prazer ou sofrimento, admiração, medo, ódio etc., que se impõem as manifestações da emoção.

A qualidade e a amplitude das experiências emocionais são forjadas na interação social, pois a maior parte de nossas emoções se dá em reação à presença e à ação dos outros. Dessa forma, não surpreendentemente, elas tendem a ser mais sistemáticas do que episódicas e, é possível, que mediante seu desenvolvimento estruture-se nosso sistema integrador que permite a autoavaliação e a avaliação das situações sociais e da ação dos demais.

A emoção como fundamento da humanização no campo da saúde é um tema, ainda pouco desenvolvido em bases sociológicas, pois a dimensão afetiva do comportamento e suas questões correlatas ficaram restritas à conduta individual e ao domínio da psicologia.³ No entanto, compreender a construção social da capacidade cognitiva em sua articulação com as motivações, sentimentos e afetos mais elaborados, propiciará a passagem do modo de vida biossocietário para a modalidade do viver humano-social; pois, em conclusão, para o melhor e para o pior, somente em sociedade nos tornamos humanos ou desumanos.

Prof. Dr. Nelson Filice de Barros

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL,
FCM UNICAMP

1. MALINOWSKI, Bronislaw. (1973). *Sexo e Repressão na Sociedade Selvagem*. Petrópolis: Vozes.

NOTAS

* Afonso Teixeira dos Reis, coordenador geral de monitoramento e avaliação do Departamento de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde (SUS) do Ministério da Saúde esteve no início do mês de julho no anfiteatro do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp apresentando os 38 indicadores selecionados para avaliar o desempenho do SUS. Alguns indicadores são: cobertura vacinal, taxa de mortalidade materna e infantil, partos por cesárea, infecção por Aids, mamografia, mortes por AVC, ocupação dos leitos e tempo na fila de espera. De abril e junho, o Ministério da Saúde disponibilizou no site uma proposta de consulta pública com o objetivo de reunir indicadores capazes de medir e refletir a situação atual das redes de atenção à saúde em duas dimensões: acesso e qualidade. “O programa tem por meta avaliar o desempenho do SUS considerando suas várias esferas de gestão e, a partir daí, encontrar parâmetros para o aperfeiçoamento do sistema e subsidiar os gestores municipais, estaduais e federais na tomada de decisões. No dia 28 de junho, a presidente Dilma assinou um decreto que regulamenta o contrato de administração pública contido na Lei nº 8.080 que criou o SUS”, disse Teixeira dos Reis. Este decreto define, por meio do contrato, quais as responsabilidades, inclusive financeiras, dos municípios, dos estados e do Governo Federal. Os indicadores vão subsidiar as avaliações. Serão realizadas pesquisas de qualidade nos atendimentos dos serviços. Se os gestores não atingirem as metas do contrato, serão punidos, inclusive, com fim do repasse de recursos. Com isso, o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, acredita que vão ficar mais claras as funções de cada ente federativo. “É um marco na gestão do SUS, justamente por isso, porque ele começa a estabelecer um conjunto de mecanismos que ditam como o sistema tem que se organizar e com o olhar voltado para o usuário que tem que ser atendido, que o usuário saiba quais serão os seus direitos, como ele transita. É

nessa rede de serviços, por onde ele passa. É voltado para compromissos entre União, estados e municípios. Estamos construindo um conjunto de instrumentos para tornar isso mais claro”, disse Padilha. O relatório do Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde está disponível no site do Ministério da Saúde.

* Em mais uma edição do projeto Rondon, coordenado nacionalmente pelo Ministério da Defesa, duas equipes da Unicamp partiram em julho para os estados de Amazonas e Amapá. Conduzido na Unicamp pela Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários (Preac), em parceria com as unidades de pesquisa, o Rondon levará ações de cidadania para 61 localidades dos Estados de Amazonas, Amapá, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul. Participam do programa, de forma voluntária, alunos e professores de todo o país.

Uma equipe da Unicamp, coordenada pelo professor Vicente Eudes Lemos Alves, do Instituto de Geociências (IG), desenvolverá ações de extensão universitária do município de Porto Grande (Amapá). O tema será “Cultura, direitos humanos e justiça, educação e saúde.”

Essa equipe é constituída pelos alunos Ronaldo do Prado Lima e Tarcisio Lucas Hernandez Pereira (Música); Mariana Traldi e Marlon Eij Marchett (Geografia); Angelica Kimie Inada (Filosofia); Lívia Tibério e Luciana Aparecida Costa Carvalho (Enfermagem); Natália Salan Marpica (Ciências Sociais) e Lucas Carneiro Furtado (Medicina).

O outro grupo, que é coordenado pelo professor Rodrigo Ramos Catharino, do curso de Farmácia da Faculdade de Ciências Médicas (FCM), desenvolverá ações relacionadas ao tema “comunicação, tecnologia e produção, meio ambiente e trabalho” no município de Iranduba (Amazonas). Eles permanecerão por 15 dias.

Participam desta equipe os alunos: Caio Gusmão Ferrer de Almeida e Letícia Namorato Dias (Tecnologia Ambiental); Maria Cecília Krähenbühl Amstalden, Lívia Riberti Rodrigues e Natália Damário (Farmácia); Flávia Stephanie Campos da Costa e Ingrid Zacharias Martins (Engenharia Agrícola); Fúlvio Rodrigues Nishiyama (Física Médica) e João Guilherme

Casagrande Beber (Arquitetura).

* A professora Patrícia Prada, docente do curso de Nutrição da Faculdade de Ciências Aplicadas (FCA) e do programa de pós-graduação em Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp, recebeu prêmio concedido a jovens pesquisadores em início de carreira que desenvolvem pesquisa de ponta no campo da diabetes e na melhoria no cuidado e atendimento dos portadores da doença. O trabalho foi apresentado no *71st Scientific Sessions*, realizado de 24 a 28 de junho, em San Diego, EUA, organizado pela *American Diabetes Association*, tendo sido o único premiado da América Latina dentre os 28 trabalhos premiados. Intitulado *Double-Stranded RNA-Dependent Protein Kinase (PKR) Acts as a Docking Protein and is Necessary for Leptin Signaling in the Arcuate Nucleus*, o estudo foi inteiramente desenvolvido no Brasil e está ligado à linha de pesquisa em que Patrícia desenvolve na Faculdade.

* Uma carta publicada na revista *Nature*, em 23 de junho, por Laura Sterian Ward e Lucas Leite Cunha, do Departamento de Clínica Médica da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), chamou a atenção para um programa que, desde 2003, promove a inclusão social de alunos do ensino médio de escolas públicas de Campinas. Trata-se do Ciência & Arte nas Férias, que este ano realizou sua nona edição.

No texto, os autores ressaltam a semelhança entre os públicos do programa da Unicamp e do *1.000 Scientists in 1.000 days*, iniciativa da revista *Scientific American* na qual pesquisadores visitam escolas para falar sobre seu dia a dia nos laboratórios, como uma forma de aproximação entre os jovens e a ciência.

No Ciência & Arte nas Férias ocorre o inverso. Durante o mês de janeiro, 120 alunos do ensino médio de escolas públicas de Campinas (SP) participam de atividades nos laboratórios da Unicamp.

“A ação permite desmistificar a ideia de que apenas aqueles aprovados no vestibular podem utilizar os recursos de uma universidade pública”, disse o professor Ronaldo Aloise Pilli, pró-reitor de Pesquisa da Unicamp.

Desde a primeira edição, o programa já recebeu 923 jovens com idade entre 15 e 17 anos. O número de laboratórios

participantes subiu dos 37 iniciais para os 76 nas últimas férias escolares. Para a seleção dos alunos, a Pró-Reitoria de Pesquisa da Unicamp atua em conjunto com as Diretorias Regionais de Ensino Leste e Oeste de Campinas, vinculadas à Secretaria da Educação do Estado de São Paulo, responsáveis pela coordenação das escolas da região. O processo de escolha se dá por meio de uma avaliação de desempenho dos alunos, realizada pela própria escola, além de uma redação, cujo tema é determinado pela Unicamp. Na universidade, a seleção dos laboratórios ocorre por meio de editais internos destinados aos docentes interessados em receber esses estudantes. “Dependendo da proposta, temos cerca de 60 projetos que atendem entre um e quatro alunos cada. As áreas mais procuradas geralmente são engenharias e biomédicas”, disse Pilli. Para cobrir os custos com materiais, o pró-reitor destaca o apoio da FAPESP, na forma de aditivos aos pesquisadores com projetos apoiados pela Fundação. Aos docentes sem apoio da FAPESP, o recurso é proveniente do Fundo de Apoio ao Ensino, à Pesquisa e à Extensão (Faepex) da Unicamp. Além dos experimentos em laboratórios, os alunos realizam oficinas culturais, organizadas pelo Instituto de Artes da Unicamp. “Dos cinco dias da semana, um é reservado para as atividades em grupo, onde eles

participam de oficinas de cerâmica, de pintura e teatro. Os estudantes também visitam museus de ciências e de anatomia. É um componente artístico importante no programa e que atrai muitos jovens”, disse Pilli.

“Ao término das quatro semanas, os alunos são incentivados a apresentar o que aprenderam ao longo do programa. Para isso, durante a cerimônia de encerramento ocorre uma espécie de congresso interno, no qual a exposição é feita em formato de pôster”, explicou Ward.

Após esse período, muitos alunos mostram interesse por outro programa da universidade o de Bolsas de Iniciação Científica Júnior, voltado para o mesmo público-alvo, porém com duração de 12 meses. Por conta da demanda, Pilli conta que o número de vagas subiu de 180 para 300 na última seleção.

Para os alunos de escolas públicas que acabam de concluir o ensino médio, Pilli destaca o Programa de Formação Interdisciplinar Superior (ProFIS), lançado este ano pela Pró-Reitoria de Graduação

“O ProFis ofereceu 120 vagas aos alunos das escolas do ensino público de Campinas com base apenas nas notas do Enem, excluindo o vestibular. Do total admitido por esse sistema, 25% dos alunos participaram do Ciência & Arte nas Férias ou do programa de Iniciação Científica Júnior”, ressaltou.

“Com esses programas, percebemos que talento não é exclusivo de classes econômicas mais abastadas. Ao descobrir o

papel da universidade, que é gerar e difundir conhecimento, esses jovens passam a enxergar possibilidades de um futuro melhor e acredito ser esse o grande mérito dessas iniciativas” disse Philli.

EVENTOS DE JULHO

Dia 1

* *Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS*

Palestrante: Dr. Afonso Teixeira dos Reis

Horário: 14 horas

Local: Anfiteatro do

Departamento de Medicina Preventiva e Social

Dia 8

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

Horário: das 14h30 às 16h30

Local: Anfiteatro do

Departamento de Enfermagem

Dia 20

* *Abertura da Exposição Óleos*

Artista: Maria José Moura Gaal

Horário: 11 horas

Local: Espaço das Artes da FCM

Dia 28

* *Palestra: A influência do exercício físico no ritmo biológico e no sono em indivíduos adultos*

Palestrante: Prof. Dr. Marco

Túlio de Mello

Horário: 11 horas

Local: Auditório do

Departamento de Enfermagem

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 (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. 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 Pietrobom

Jornalista Edmilson 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)