



História da psiquiatria infantil: o século XIX e os cuidados com as crianças retardadas



Le sauvage d'Aveyron

Embora suas raízes se estendam às práticas pedagógicas e educativas do século XVI, a história da psiquiatria infantil como ciência médica é recente, e se confunde com o surgimento dentro do pensamento médico, da noção de retardo mental e psicose infantil. Foi necessário aproximadamente um século e meio para que a psiquiatria de crianças constituísse de fato um conjunto conceitual que lhe permitisse a existência como prática médica.¹

Ao final do século XVIII, Jean Marc Gaspard Itard (1774-1838), discípulo de Pinel (1745-1826), descreve o que seria um dos marcos inaugurais da psiquiatria infantil, ao relatar o tratamento moral de um menino encontrado nos bosques ao sul da França.² No relato, apresentado por Itard, a criança, conhecida como o selvagem de Aveyron, tem seus comportamentos descritos detalhadamente. Victor, o menino lobo, constitui um momento mítico e fundador da psiquiatria infantil. Sua história seria retratada em 1970 nas telas do cinema, no belíssimo filme "L'Enfant Sauvage" (O Menino Selvagem), de François Truffaut. Certamente, a psiquiatria infantil tem um surgimento notável, através do olhar de Pinel e Itard, ainda no século XVIII.³

Entretanto, a despeito de seu nascimento expressivo, a psiquiatria de crianças ainda não apresentava à época, um aparato conceitual capaz de fundamentar as

conclusões deste primeiro tratamento, ou mesmo de dar prosseguimento a novas descobertas. Assim, durante mais de um século, permanecerá essencialmente como prática médico-pedagógica, ocupando-se das crianças com deficiências mentais. Inúmeras práticas pedagógicas são propostas, culminando com o surgimento de escolas especializadas para crianças com retardo mental.

Ao longo do século XIX, novas contribuições estimulam o desenvolvimento da psiquiatria infantil. Jean Étienne Esquirol (1772-1840), psiquiatra francês, juntamente com o educador Edouard Seguin (1812-1880), desenvolvem estudos acerca das deficiências mentais, passando a se ocupar dos problemas que afetam a aprendizagem. No Hospital de Bicêtre, nos arredores de Paris, o neurologista francês Desiré Magloire Bourneville, (1840-1909) cria, em 1879, o primeiro centro médico-pedagógico para crianças retardadas, promovendo cuidadosa assistência médica a crianças deficientes mentais e epiléticas.

Os estudos e trabalhos terapêuticos realizados por médicos e educadores com as crianças deficientes mentais, no século XIX, servirão de base para os maiores desenvolvimentos no século seguinte. Assim, no século XX, a psiquiatria infantil ganhará força e reconhecimento, além de um conjunto de teorias que lhe permitirão a inserção real dentro do campo das ciências médicas, por meio da expansão do conhecimento acerca da criança, seja em seu funcionamento normal e também em suas múltiplas formas de adoecer e sofrimento.

Antonio Carvalho de Ávila Jacintho

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MÉDICA E PSIQUIATRIA
FCM, UNICAMP

NESTA EDIÇÃO:
Treinamento físico regular como tratamento não farmacológico da disfunção erétil: parte 2

VEJA TAMBÉM:
Comunicação suplementar e/ou alternativa: parte 2

Revisão do Código de Ética Médico

Expectativas para a atuação docente no século XXI

A saúde e seus significados institucionais

1. Ajuriaguerra, J. Manual de psiquiatria infantil. São Paulo: Editora Masson do Brasil Ltda/Atheneu, 2ª edição, 1980.

2. Wolff S. The history of autism. Eur Child Adolesc Psychiatry 2004;13:2018.

3. Postel, J./Quétel C. Historia de la psiquiatria. México: Fondo de Cultura Económica, 1987.

Considerando os efeitos benéficos dos exercícios físicos regulares na prevenção e/ou tratamento das doenças crônico-degenerativas, é importante que políticas públicas de esporte e lazer sejam aprimoradas em nosso país.

Treinamento físico regular como tratamento não farmacológico da disfunção erétil: parte 2

Apesar de a disfunção erétil estar essencialmente centrada no universo das doenças cardiovasculares, somente há alguns poucos anos é que se começou a pensar na possibilidade de a atividade física regular servir como terapia não farmacológica na prevenção e/ou tratamento desta desordem. E, por isso, demos início ao estudo da influência do

treinamento físico regular sobre a função erétil em ratos saudáveis e em diferentes estados patológicos, em colaboração com a professora Angelina ZanESCO, do Departamento de Educação Física da Unesp de Rio Claro.

O primeiro trabalho, publicado em 2004, comprovou que o treinamento físico por oito semanas em ratos saudáveis amplifica a atividade erétil em

resposta à estimulação de fibras nitrérgicas e de células endoteliais sinusoidais, em razão, essencialmente, à ativação da via NO-GMP cíclico. Recentemente, mostramos que o condicionamento físico por oito semanas não somente previne a disfunção erétil causada pelo bloqueio de NO, como também melhora, significativamente, a disfunção erétil já instalada nos animais, sendo estes efeitos benéficos em razão do aumento da biodisponibilidade de NO.^{1,2}

Portanto, a julgar pelos experimentos conduzidos em animais de laboratório, a atividade física regular moderada é uma

boa estratégia não farmacológica no combate à disfunção erétil, pois controla a formação de radicais livres pelo estresse oxidativo, aumentando a biodisponibilidade de NO e corrigindo, dessa forma, a deficiência da via NO-GMP cíclico. Estudos em humanos, por meio de metanálise, revelaram que a atividade física moderada e elevada está associada a riscos menores de disfunção erétil. Mas os

autores sugerem que o efeito protetor da atividade física deve ser confirmado, usando estudos de acompanhamento direto por meio de programas de treinamento físico, com avaliação antes e após o exercício físico.³

Considerando os efeitos benéficos dos exercícios físicos regulares na prevenção e/ou tratamento das doenças crônico-degenerativas, é importante que políticas públicas de esporte e lazer sejam aprimoradas em nosso país.

Deve-se ressaltar que, apesar da maior consciência da população sobre a importância do exercício físico na prevenção das doenças, ocorre, ainda, baixa aderência aos programas de exercício físico, pois a frequência, a duração e a intensidade do exercício físico determinam as suas ações na promoção e na proteção específica à saúde.



1. Claudino e colaboradores. *International Journal of Impotence Research* 2007;19:189-95

2. Claudino, M. A. Tese de doutorado defendida em junho / 2008 pelo Programa de Pós-Graduação em Farmacologia da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp

3. Cheng e colaboradores. *International Journal of Impotence Research* 2007;19:245-52

Prof. Dr. Mario Angelo Claudino
Prof. Dr. Edson Antunes
DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGIA
FCM, UNICAMP

Comunicação suplementar e/ou alternativa: parte 2

Comumente, nos casos de sujeitos com alterações de linguagem decorrentes de patologias neurológicas, delimita-se a linguagem como um processo de decodificação e de codificação, o que resulta em propostas de avaliação e terapia pautadas exclusivamente em tarefas metalingüísticas, as quais evidenciam os déficits, os “erros”, os desvios da norma. Neste sentido, como avaliar e acompanhar sujeitos não falantes?^{3(0), 7(0)} Do ponto de vista de uma Neurolingüística Discursiva, pesquisar a linguagem no contexto das patologias neurológicas, avaliar e acompanhar clinicamente um sujeito cérebro-lesionado implica compreendê-lo inserido em uma comunidade lingüística e cultural, o que significa considerar as práticas significativas com e sobre a linguagem e levar em conta o exercício intra e intersubjetivo, próprio dessa atividade.³⁽⁰⁾ Note-se que essa perspectiva neurolingüística possibilita acomodar questionamentos de profissionais dedicados à atenção de sujeitos impedidos de expressão e interpretação verbal. Pesquisadores atuais da CSA perguntam: qual o melhor meio de comunicação?⁹⁽⁰⁾ Quais vantagens de um meio em relação a outro? Quais palavras ou enunciados devem ser incluídos nos materiais da CSA? Qual o tipo e a frequência do atendimento necessário para o sujeito usar a CSA em seu ambiente natural?

Note-se que essa perspectiva neurolingüística possibilita acomodar questionamentos de profissionais dedicados à atenção de sujeitos impedidos de expressão e interpretação verbal. Pesquisadores atuais da CSA perguntam: qual o melhor meio de comunicação?⁹⁽⁰⁾ Quais vantagens de um meio em relação a outro? Quais palavras ou enunciados devem ser incluídos nos materiais da CSA? Qual o tipo e a frequência do atendimento necessário para o sujeito usar a CSA em seu ambiente natural?

Para a tomada de decisões clínicas em CSA, esses autores recorrem ao *Internacional Classification of Impairment, Disability and Handicap (ICIDH)* - Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens, de 1976, e à sua reclassificação, de 1999, pelo *International Classification of Impairment Activity and Participation (ICIAP)*, indicando que tais modelos para pessoas com necessidades especiais, da Organização Mundial de Saúde (OMS), representam um verdadeiro avanço na tentativa de integrar abordagens biológicas e sociais.

Atualmente, após várias versões, conta-se com a *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF-2001)*, da Organização Mundial de Saúde (OMS), para acomodar as pessoas com necessidades especiais, modelo esse que, segundo Buchalla, “(...) substitui o enfoque negativo da deficiência e da incapacidade por uma perspectiva positiva, considerando as atividades que o indivíduo que apresenta alteração de função e/ou da estrutura do corpo pode desempenhar, assim como sua participação social”^{10(D)}.

Pelas considerações acima, por meio da CSA, convém iniciar o processo de avaliação e de acompanhamento terapêutico das condições lingüístico-cognitivas por uma coleta contextualizada de dados gerais do sujeito, ou seja, sua história em termos sociais e clínicos por exemplo: sua rotina, seus interesses, suas relações sociais/convivências, suas condições de independência e de autonomia, além de informações sobre

seus cuidadores - no contexto domiciliar (familiares e cuidadores informais) e no profissional (enfermeiros, neurolingüistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, pedagogos, médicos, assistentes sociais, etc.).

Segue-se a avaliação/acompanhamento de sujeitos não falantes, observando-se e analisando-se como o sujeito produz e interpreta linguagem verbal e/ou não verbal em práticas interlocutivas, a saber: o olhar, a mímica facial, as vocalizações, os gestos - inclusive aqueles com o corpo -, a variação de tônus, irritação, frustração e /ou angústia, ou seja, toda e qualquer produção de sentido.^{5(D)}

Tais dados fornecerão importantes subsídios para escolha do meio de CSA necessário para o trabalho com a linguagem no acompanhamento do sujeito não falante como: pranchas de comunicação com símbolos do Sistema Pictográfico de Comunicação ou do Sistema Bliss de Comunicação (sistemas mais utilizados em nosso país), fotos, letras do alfabeto e figuras, bem como a opção por sintetizadores de fala, dentre outros meios e/ou recursos tecnológicos.^{2((D)), 5(D), 6(D)}

Note-se que esse modo de compreender o sujeito de avaliá-lo e de acompanhá-lo clinicamente - implica uma atuação interdisciplinar, quando não transdisciplinar. Certamente, possibilitar às pessoas não falantes meios para produzirem linguagem (verbal e não-verbal) contribuirá para aprimorar a assistência à saúde nos diferentes níveis de intervenção, bem como para conquistar uma maior qualidade de vida para o sujeito e seus familiares.

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. Regina Yu Shon Chun

Profª. Elenir Fedosse

Profª. Dra. Maria Irma Hadler Coudry

CURSO DE FONOAUDIOLOGIA, CEPRE, IEL
FCM, UNICAMP

(...) por meio da CSA, convém iniciar o processo de avaliação e de acompanhamento terapêutico das condições lingüístico-cognitivas por uma coleta contextualizada de dados gerais do sujeito, ou seja, sua história (...)

1. Neri MC, Soares WL. Idade, incapacidade e o número de pessoas com deficiência. R Bras Est Pop, v. 21, n. 2, p.303-321, jul/dez.2004.

2. Tetzchner S von, Martinsen H. Introdução à comunicação aumentativa e alternativa. Portugal: Porto Editora Ltda., 2000.

3. Coudry MIH. Diário de Narciso Discurso e Afasia: análise de interlocuções com afásicos. Tese (Doutorado Dep. de Lingüística), IEL/Unicamp, Campinas, 1986. Publicado em livro em 1988.

4. Fedosse E. Da relação linguagem e praxia: estudo neurolingüístico de um caso de afasia. Dissertação (Mestrado). IEL/Unicamp, Campinas, 2000.

5. Chun RYS. Comunicação suplementar e/ou alternativa: favorecimento da linguagem de um sujeito não falante. Pró-Fono Revista de Atualização Científica. v. 15, n. 1, p. 55-64, jan. abr., 2003.

6. Schlosser R, Rothschild N. Augmentative and Alternative Communication for person with developmental disabilities. Temas sobre Desenvolvimento, v. 10, n. 58-59, p.6CE-17CE, set-dez 2001.

7. Coudry MIH, Possenti S. Avaliar discursos patológicos. Cadernos de Estudos Lingüísticos, n. 5, p.99-109, 1983.

8. Snell ME. Using Dynamic Assessment with learners who communicate nonsymbolically. Augmentative and Alternative Communication, v.18, p.163-175, set. 2002.

9. Yorston KM, Beukelman DR. Decision Making in AAC Intervention. In: Beukelman DR, Yorston KM, Reichle, J. Augmentative and Alternative Communication for adults with acquired neurologic disorders. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co., 2000, p.55-82.

10. Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: conceitos, usos e perspectivas. Rev Bras Epidemiol v. 8, n. 2, p.107-93, 2005.

Quando foi escrito, o Código apenas tocou levemente em alguns problemas que, à época, não eram tão significativos quanto hoje, como as questões envolvendo cuidados com o paciente terminal, fertilização assistida, recusa de tratamento, manipulação genética, pesquisas com células-tronco e transplante de órgãos (...)

Revisão do Código de Ética Médico

O Código de Ética Médica em vigor corresponde à Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.288/88, aprovada em 08 de janeiro de 1988, e é válido em todo o território nacional a partir de 26 de janeiro do mesmo ano, data em que foi publicado. Nem todos sabem que este Código foi resultado de um processo de ampla discussão que, pela primeira vez, incluiu profissionais de outras categorias na elaboração de um Código de Ética. Durante o ano de 1987, ocorreram reuniões municipais e estaduais para a composição do Código, que foi finalmente discutido e aprovado em uma Conferência Nacional sobre Ética Médica, na cidade do Rio de Janeiro, em novembro daquele ano.

O Código tem um preâmbulo e 145 artigos, divididos em 14 capítulos. O primeiro capítulo é de Princípios Fundamentais, com 19 artigos e o segundo, de Direitos do Médico, com nove artigos. Afora o capítulo 14, das Disposições Gerais, com cinco artigos, todos os outros 112 artigos começam com a expressão “É vedado ao médico:”, tornando o atual código mais do que propriamente um Código de Ética, um manual de Deontologia Médica.

Quando foi escrito, o Código apenas tocou levemente em alguns problemas que, à época, não eram tão significativos quanto hoje, como as questões envolvendo cuidados com o paciente terminal, fertilização assistida, recusa de tratamento, manipulação genética, pesquisas com células-tronco e transplante de órgãos, para citar os mais importantes. Algumas preocupações éticas sequer existiam, como a telemedicina e a regulação de vagas para internação de urgências e emergências feita por um profissional que não é quem está cuidando diretamente do paciente.

Desta forma, o Código, ainda que seja considerado bom pela maioria dos

médicos, está necessitando de uma revisão.

A partir deste ano, o CFM está colocando o Código em discussão. Foi criada, em 20 de dezembro de 2007, uma Comissão de Revisão do Código de Ética, coordenada pelo Dr. Roberto D'Ávila, conselheiro do CFM por Santa Catarina e composta por representantes de todas as regiões do país, médicos, juristas e professores de Bioética. Esta comissão abriu um site na Internet, onde qualquer médico ou representante de entidade civil pode se cadastrar e colaborar com a revisão do Código.¹

Está prevista para outubro deste ano uma Conferência Nacional sobre Ética Médica, organizada pelo CFM, para debater as propostas de mudança do Código.

O principal vetor da discussão é: o Código deve procurar detalhar todos os possíveis dilemas éticos e apontar um caminho para cada um ou deve ser mais conciso, contendo apenas princípios éticos gerais que norteiem o médico, mas permitam a ele que use seu bom-senso e discernimento para resolver cada caso?

A Faculdade de Ciências Médicas (FCM), por meio do Módulo de Bioética e Ética Médica do curso de graduação em Medicina, vem acompanhando esta discussão e já solicitou sua participação no grupo estadual que irá discutir a proposta de São Paulo para a reforma do Código. Além disso, todos os que desejarem participar podem acessar a página do CFM e fazer sua contribuição pessoal, necessária e bem-vinda. Seria importante a participação de todos para que o Código, revisto e atualizado, continue a contribuir concretamente para o bom desempenho do médico.

Prof. Dr. Flávio Cesar Sá

MEMBRO DO CENTRO INTERDISCIPLINAR
DE BIOÉTICA (CoBio) E DO

GRUPO GESTOR DA DISCIPLINA DE BIOÉTICA E ÉTICA MÉDICA,
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL,
FCM, UNICAMP

1. www.portalmedico.org.br/modificacaoem/index.asp

Expectativas para a atuação docente no século XXI

As características básicas de um ensino de qualidade até o século XX, de uma forma geral, referiam-se à quantidade de conteúdo que era oferecida para o estudante e a titulação dos professores que ministravam esse conteúdo. Quando se pretendia identificar a qualidade de ensino de um curso, um indicativo importante era a abrangência de temas que sua estrutura curricular propunha, ou seja, quanto maior o conteúdo abordado, melhor era a formação. Outro indicativo importante era a titulação do corpo docente, quando algumas faculdades chegavam até a divulgar na imprensa “curso com professores 100% doutores”. Com o passar dos anos, observou-se que o excesso de informações ao estudante resultava no conhecimento superficial dos temas abordados que, em sua maioria, não se relacionavam com a prática da profissão. Os conteúdos básicos e fundamentais para o curso não eram desenvolvidos integralmente, bem como as habilidades necessárias à atuação do futuro profissional. Observou-se, também, a falta de motivação dos estudantes em não conseguir aplicar na prática a teoria recebida em sala de aula, que muitas vezes não era por eles assimilada.

Com isso, a partir do século XX, as características de um ensino de qualidade passaram a voltar-se mais para a atitude do estudante, cabendo ao curso oferecer informações básicas para a sua formação e orientá-lo na busca do seu conhecimento, considerando que melhor formação é aquela que resulta em melhor atitude do futuro profissional.

A titulação docente também foi deixando de ser um indicativo decisivo na qualidade de um curso, pois identificou-se que um verdadeiro professor apresentava também outras características que o diferenciava de um professor medíocre, mesmo que ambos tivessem a mesma titulação. Entre as qualidades de um bom professor, sua atitude no envolvimento com o processo de aprendizagem do estudante, passou a ser um aspecto de muita relevância.

Mas como desenvolver uma atitude adequada nos estudantes? Alguns educadores apontam, com muita segurança, que parte desta atitude está relacionada com a educação familiar que foi desenvolvida durante o seu crescimento, entretanto a Universidade também é capaz de influenciar nesta formação durante a vida acadêmica do estudante.

Na reestruturação do curso de Medicina da Unicamp, observa-se que houve uma preocupação relacionada a este aspecto. A Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp é pioneira em incluir, oficialmente, as disciplinas de Bioética do início ao final do curso. Por meio de discussões supervisionadas, nossos estudantes se deparam com situações em que a tomada de decisão e a postura ética são primordiais.

No decorrer do curso, a atitude dos estudantes é influenciada pela atitude dos professores e médicos com os quais eles compartilham as atividades. O Núcleo de Avaliação e Pesquisa em Educação Médica observa, por meio dos formulários de avaliação docente, que o item “*Postura Ética na atuação docente*” é muito pontuado. Alguns alunos relatam situações positivas e negativas no que se refere à postura do professor diante do paciente e do aluno.

Parece então que a prática docente a cada dia torna-se mais complexa. Ser “médico

ou professor” é muito diferente de ser “médico e professor”. Neste sentido, cabe à Universidade oferecer apoio ao desenvolvimento docente, uma vez que a docência não pode ser desempenhada com poucos recursos formadores.

A literatura apresenta-nos algumas características que diferenciam um “professor” de um verdadeiro professor. Os “professores” são dispenseiros de fatos; não conhecem seus alunos; não sabem, ou não se importam se o aluno tem uma aprendizagem aceitável; são comunicadores de informação; avaliam os alunos somente pelas notas obtidas em provas de múltipla escolha; não recebem qualquer *feedback* dos alunos; nunca sabem se o método de abordagem de um estudante foi ou não transformado naquilo que ele lhe ensinou; alguns, com o passar do tempo, até se transformam em verdadeiros professores.

Já um verdadeiro professor preocupa-se com a formação do aluno; compreende o processo de aprendizado e reconhece as diferenças existentes entre memorização de fatos e aprendizagem efetiva; mostra ao aluno como ele pode passar dos fatos (informação, dados) para o pensamento ou raciocínio e do raciocínio para o aprendizado; não se preocupa com a quantidade de conteúdos, mas sim com a qualidade; não se preocupa com a decoração de informações, mas sim com o uso das informações adquiridas; encoraja seus alunos a fazer perguntas, procurar respostas e apreciar a alegria de uma descoberta.

Diante de tantas atribuições do professor, espera-se que, em um curso de qualidade, ele desempenhe suas funções sempre como um verdadeiro professor que, de certa forma, atenderá às expectativas do ensino no século XXI que é formar profissionais capacitados intelectualmente e com postura ética e visão humanística frente ao compromisso com a cidadania.

Dra. Silvia Maria Riceto Ronchim Passeri
ASSESSORA PEDAGÓGICA DO CURSO DE MEDICINA
FCM, UNICAMP

Com o passar dos anos, observou-se que o excesso de informações ao estudante resultava no conhecimento superficial dos temas abordados que, em sua maioria, não se relacionavam com a prática da profissão. [...] A FCM da Unicamp é pioneira em incluir, oficialmente, as disciplinas de Bioética do início ao final do curso.

1. Perrenoud, P. As competências para ensinar no século XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação. Porto Alegre: ArtMed Editora, 2002.

2. Perrenoud, P. Dez novas competências para ensinar; trad. Patrícia Chittoni Ramos. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

3. Gentile, P. Bencini, R. Construindo competências. In: Nova Escola, Brasil, 2000.

Basicamente, o relatório de 1974 propunha que o bem-estar individual e a melhoria dos níveis de saúde da população não derivavam exclusivamente dos serviços médicos, hospitalares, farmacêuticos, etc, mas se situavam além das intervenções biomédicas.

A saúde e seus significados institucionais

Muitas são as definições de saúde. Filósofos, cientistas sociais, médicos, reformadores políticos e leigos debruçaram-se sobre o tema. Não há consenso. Mas, em diversos momentos e diferentes conjunturas houve necessidade de se adotar uma definição que fosse utilizada de forma mais geral e servisse a fins pragmáticos. Isso aconteceu no pós-2ª Guerra quando a Organização das Nações Unidas (ONU) criou, em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS) que estabeleceu em seus estatutos que a saúde deve ser entendida como "o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consistindo somente da ausência de uma doença ou enfermidade". Coube também à ONU elaborar indicadores de "Nível de Vida", tendo sugerido 12 componentes para sua mensuração ou avaliação; entre eles, em primeiro lugar, "Saúde, incluindo condições demográficas". Para este componente, a OMS elaborou o Informe Técnico n. 137, publicado em 1955. Nele, aparecem três grupos de indicadores:

1. os que tentam traduzir diretamente a saúde (ou a sua falta) em um grupo populacional: esperança de vida ao nascer, razão de mortalidade, coeficiente de mortalidade infantil, etc;
2. os que se referem às condições do meio: condições de abastecimento de água, esgotamento sanitário, poluição atmosférica, etc;
3. os que procuram medir os recursos materiais e humanos relacionados às atividades de saúde: número de leitos por mil habitantes, número de médicos por mil habitantes, etc.

Embora a definição de saúde da OMS fosse amplamente citada e adotada, não deixou de ser criticada. O médico sanitário e escritor Moacyr Scliar diz que o conceito foi criticado pela sua amplitude, no qual a saúde seria algo ideal, inatingível, de difícil utilização pelos serviços de saúde, além de poder ser usado pelo Estado como controle da vida das pessoas "sob o pretexto de promover a saúde".¹

Outro momento importante na institucionalização da saúde aparece no que ficou conhecido como o Relatório Lalonde (1974), que teve reconhecimento internacional na medida em que colocou o Canadá como líder no desenvolvimento do conceito de promoção da saúde e divulgou o modelo de campo da saúde (*health field*).² Este modelo tem sua origem no trabalho de Laframboise (1973), que apontava a necessidade de que as políticas de saúde utilizassem elementos mais manejáveis na análise de seus problemas e no seu desenho. Basicamente, o relatório de 1974 propunha que o bem-estar individual e a melhoria dos níveis de saúde da população não derivavam exclusivamente dos serviços médicos, hospitalares, farmacêuticos, etc, mas se situavam além das intervenções biomédicas. No Relatório são apresentados os 4 elementos interdependentes, constitutivos do campo: biologia humana, ambiente, estilo de vida e serviços de saúde.

A repercussão do Relatório Lalonde abriu uma ampla discussão sobre a saúde, que culmina em 1978 com a convocação da OMS e Unicef da Conferência Internacional

de Assistência Primária à Saúde, realizada em Alma Ata, (atual Casaquistão). Reafirma o conceito da OMS de saúde, situando saúde como um direito humano fundamental e que situa a promoção da saúde como essencial e a participação individual e coletiva no planejamento e execução dos serviços de saúde como um direito. Coloca os cuidados primários à saúde como a porta de entrada para o sistema de saúde, apontando que Atenção Primária significa cuidados essenciais de saúde, baseados em técnicas apropriadas, cientificamente comprovadas e socialmente aceitas e ao alcance de todos os membros da comunidade, mediante a plena participação da população a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas etapas de seu desenvolvimento.

Muitos foram os desdobramentos a esses documentos, e a conceituação de saúde/doença torna-se parte de um movimento com características de internacionalização, do qual o mais recente se expressa nos Determinantes Sociais da Saúde, veiculado pela OMS em 2005 e com repercussões no Brasil, criando, em 13/03/2006, a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Os determinantes sociais incluem as condições mais gerais socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade, e relacionam-se com as condições de vida e trabalho de seus membros, como habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação, incluindo também a trama de redes sociais e comunitárias que, por sua vez, influenciam os estilos de vida.

Sem dúvida, a institucionalização da saúde atinge sua máxima expressão quando é oficializada pelo Estado, como no caso brasileiro. A Constituição Brasileira de 1988 irá inserir em seu Art. 196 que "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

Prof. Dr. Everardo Duarte Nunes

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
FCM, UNICAMP

1.Scliar, M. História do conceito de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 17(7): 29-41, 2007.

2.Lalonde, M. A new perspective on the health of Canadians. 1974. Disponível em: www.hc-sc.gc.ca/hppb/phdd/pdf/perspective.pdf

NOTAS

*A Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp é capa da edição de outubro da revista *NewCor News*. Especializada em assuntos da área médica, das 58 páginas que compõem a revista, 25 são dedicadas à FCM e a sua história. O fato que gerou essa edição especial foram os 45 anos da FCM, comemorados em maio. Na matéria são destacados o ensino, a pesquisa e a assistência que caracterizam a FCM como uma faculdade de excelência. Os fatos históricos também foram contemplados. A história conta que, em 1946, por iniciativa do jornalista Luso Ventura, a cidade de Campinas iniciou uma campanha para a instalação de uma faculdade de medicina. Mas foi somente em 1963 que ela foi autorizada a funcionar nas dependências da Maternidade de Campinas. O primeiro vestibular contou com quase 1.600 candidatos para 50 vagas. A primeira aula inaugural foi realizada no dia 20 de maio daquele ano. “Hoje, por qualquer sistema que a FCM seja avaliada, suas notas estão sempre entre as melhores. Portanto, nesta curta existência, nem o mais otimista incentivador poderia imaginar a grandeza que ela alcançaria em 45 anos”, disse o diretor-associado da FCM, Gil Guerra Jr. A FCM é responsável pelos cursos de medicina, enfermagem, fonoaudiologia e farmácia. Cerca de 97% de seus 377 professores são doutores em regime de dedicação integral. No ano de 2007, as pesquisas desenvolvidas na FCM resultaram em 783 publicações, sendo 524 internacionais. Na assistência, a faculdade está inserida em um extenso complexo de saúde e atende, aproximadamente, cinco milhões de pessoas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). “A história dos avanços da FCM ocorreu ora aos saltos, ora de forma progressiva. A visão dos pioneiros de 45 anos atrás e a ousadia de nossos contemporâneos devem inspirar

ações para se alcançar novos patamares impostos pelo conhecimento científico e pelas relações humanas e sociais”, disse o diretor da FCM, José Antonio Rocha Gontijo. A revista *NewCor News* tem periodicidade trimestral e tiragem de cinco mil exemplares. Ela é distribuída gratuitamente para todas as faculdades e hospitais públicos do Estado e da grande São Paulo.

*Docentes da Oftalmologia da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) e do Hospital de Clínicas (HC) da Unicamp lançaram, no mês de outubro, no Espaço das Artes da FCM, o livro “Oftalmologia para o clínico”. A obra é dividida por especialidades da oftalmologia. Os textos foram elaborados pelos respectivos docentes. A revisão e organização do livro ficaram a cargo dos oftalmologistas Newton Kara-José e Marilisa Nano Costa. Segundo Marilisa, a idéia surgiu da ausência, na literatura, de livros como esse e que pudessem servir de apoio aos alunos de graduação. “Notamos que os alunos se dedicavam pouco à leitura, mas também que não havia algo que reunia, de modo específico, todas as especialidades da área. Assim, surgiu a idéia de, em um mesmo livro, apresentar as diversas especialidades da oftalmologia para que tanto graduandos como clínicos pudessem consultar”, explica a oftalmologista. Ela acredita que a obra deverá ser adotada em outras faculdades. O livro foi escrito por 26 colaboradores e levou três anos para ser concluído. Além da experiência prática de cada profissional, os textos também contemplam a literatura mundial e o que já havia sido produzido na Unicamp. Além dos médicos oftalmologistas, o projeto também contou com a participação de residentes, pedagogos, fonoaudiólogos do

Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação (Cepre), pós-graduandos e profissionais de metodologia de pesquisa em saúde. O livro é uma publicação da editora Cultura Médica.

*O professor Silvio dos Santos Carvalho, diretor da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp no período 1969 a 1971, faleceu no último dia 20 de outubro. O velório foi na Capela da Puc-Campinas, no campus II, e o sepultamento foi no cemitério Flamboyant, em Campinas. Os professores Egberto Turato e Sérgio Luiz Saboya Arruda. Ambos do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria escreveram, na edição de março de 2007 do Boletim da FCM, que Carvalho “encantava pelo extenso conhecimento médico, pela didática nas discussões clínicas, pela humildade como líder acadêmico e pelos princípios humanistas e médicos”. A matéria completa sobre Silvio Carvalho está disponível no site da FCM no link do Boletim.

*Faleceu no dia 26 de outubro, aos 96 anos, o médico Oswaldo Vital Brazil. Professor Emérito da Unicamp, Brazil foi um símbolo da Universidade, principalmente por suas contribuições na área de Toxinologia. Filho do também médico, herpetólogo e higienista Vital Brazil, do Instituto Butantan, foi o fundador do Departamento de Farmacologia da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) onde, até poucos anos atrás, mantinha sua sala e frequentava, mesmo aposentado. Sobre sua vida, a FCM prepara um artigo especial contando sua trajetória, escrito pela professora Julia Prado-Franceschi, do Departamento de Farmacologia da FCM.

EVENTOS DE NOVEMBRO

De 4 a 6

* Congresso de arte e saúde

(Casu)

Local: Auditório da FCM**Horário:** das 18 às 22 horas**Organização:** Centro

Acadêmico Adolfo Lutz (Caal)

Informações: (19) 3521-7942**Programação:**

www.caalunicamp.com.br/caal

Dias 5 e 6

* I Workshop internacional sobre pesquisas em Enfermagem

Local: Centro de Convenções**Horário:** das 8h30 às 17 horas**Org.:** Depto. de Enfermagem**Informações e inscrições:** (19)

3521. 8824

Dia 6

* Jantar de encerramento das comemorações dos 30 anos do Curso de Enfermagem

Horário: a partir das 20 horas**Local:** O Casarão**Informações:** (19) 3521-8824**Dia 7*** Comemoração dos 40 anos da disciplina Urologia da FCM
Horário: 14 horas, durante a programação do “Simpósio Internacional de Urologia, Anatomia Patológica e Uro radiologia”**Local:** Quality Resort &

Convention Center, Itupeva

Informações: (19) 3233-3685**Dia 8**

* Curso de revisão intensivo

Local: Salão Nobre da FCM**Horário:** das 7h30 às 18h30**Org.:** Depto. de Ortopedia e Traumatologia**Informações:** (19) 3521-7505**Dia 11**

* Comemoração dos 33 anos de Independência de Angola

Horário: 10 horas**Local:** Salão Nobre da FCM**Org.:** Diretoria da FCM**Informações:** (19) 3521-8049**Dia 14**

* Aula da saudade

Local: Salão Nobre da FCM**Horário:** 9 horas**Org.:** Comissão de Graduação em Medicina**Dia 15**

* I Simpósio de saúde e espiritualidade

Horário: das 8 às 18h30**Local:** Salão Nobre da FCM**Org.:** Grupo de estudos em medicina espiritual André Luiz**Programação e inscrições:**

www.eventos.med.br/andre Luiz

Dia 15

* III Reciclando dermatologia

Local: Auditório da FCM**Horário:** das 7h30 às 13h

Até o fechamento desse Boletim, novas teses, dissertações, palestras e eventos poderão ocorrer.

Confira a programação completa no site www.fcm.unicamp.br**Org.:** Depto. de Dermatologia**Informações:** (19) 3521-7602**Dia 19**

* Fórum permanente de Saúde: 20 anos de SUS: conquistas e desafios

Horário: a partir das 8h30**Local:** Centro de Convenções

da Unicamp

Informações: (19) 3521-4759**Inscrições:** [www.cori.unicamp.br/foruns/saude/foruns](http://www.cori.unicamp.br/foruns/saude/foruns_saude.php)[_saude.php](http://www.cori.unicamp.br/foruns/saude/foruns_saude.php)**Dia 19**

* X Congresso Brasileiro das Ligas do Trauma

Horário: das 7h às 18h**Local:** Auditório da FCM,

anfiteatro 1 e Salão Nobre

Org.: Discipl. cirurgia do trauma**Informações:** (19) 3521-7852**Dia 27**

* Jantar dançante da FCM

Horário: a partir das 20 horas**Local:** O Casarão**Informações e convites:** (19)

3521-8049

Dia 27

* Apresentação dos projetos de intervenção em Saúde Coletiva do módulo de Ações de Saúde Pública

Horário: das 8h30 às 12h**Local:** Saguão da Legolândia**Org.:** Depto. Medicina

Preventiva e Social

EXPEDIENTE

Reitor

Prof. Dr. José Tadeu Jorge

Vice Reitor

Prof. Dr. Fernando Ferreira Costa

Departamentos FCM**Diretor**

Prof. Dr. José A. R. Gontijo

Diretor-associado

Prof. Dr. Gil Guerra Júnior

Anatomia Patológica

Prof. Dra. Maria Leticia Cintra

Anestesiologia

Prof. Dr. Franklin S. Silva Braga

Cirurgia

Prof. Dr. Nelson Adami Andreollo

Clínica Médica

Prof. Dra. Sandra C. B. Costa

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. Benito P. Damasceno

Oftalmo/Otorrino

Prof. Dra. Keila Monteiro de Carvalho

Ortopedia

Prof. Dr. João Batista de Miranda

Patologia Clínica

Prof. Dr. Roger Frigério Castilho

Pediatria

Prof. Dr. José Dirceu Ribeiro

Psic. Médica e Psiquiatria

Prof. Dr. Wolgrand A. Vilela

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. do Centro de Investigação em**Pediatria (CIPED)**

Prof. Dra. Maria Marluce dos S. Vilela

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 Controle de Intoxicação (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. Dra. Iscia T. Lopes Cendes

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 Sílvia Motta CONRERP 237**Equipe** Claudia Ap. Reis da Silva, Edimilson

Montalti, Edson Luis Vertu, Fátima Segantin,

Maria de Fátima do Espírito Santo, Marilza

Coelho Borges

Projeto gráfico Ana Basaglia**Diagramação/ Ilustração** Emilton B. Oliveira**Revisão** Maria Rita B. Frezzarin e Elaine de Fátima

A. Corradello

1.500 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)