



O jornal de estudantes  
de medicina da USP



São Paulo, Abril de 2008 - Ano LXXVIII - Edição nº 03

# NÃO HÁ MAIS DESCULPAS!

## PELA EXCELÊNCIA DO CURSO DE MEDICINA



### ABERTURA DE NOVAS ESCOLAS MÉDICAS

O crescente aumento do número de escolas médicas no Brasil, sem a apropriada fiscalização, foi discutido no Teatro da FMUSP, dia 4 de abril e uniu o Conselho Federal de Medicina, a Associação Médica Brasileira, a Associação Brasileira de Educação Médica e a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Acompanhe os principais pontos discutidos no evento. **Páginas 4 e 5**

Mais uma vez, o primeiro ano da FMUSP reclama de falta de material adequado para estudo nas aulas de Anatomia. Entenda mais sobre a questão, os trâmites legais no transporte dos cadáveres e possíveis soluções para o problema. **Página 10**

### PSIQUIATRIA FORENSE

O Bisturi entrevistou o Dr. Sérgio Paulo Rigonatti, responsável pelo núcleo de Estudos e Pesquisas em Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica. Ele fala sobre o seu trabalho e os desafios da medicina no tratamento de transtornos de personalidade. **Página 6**

### SISTEMA DE COTAS

Discussão sobre cotas e políticas afirmativas ressurgiu após aprovação, pela Pró-reitoria de Graduação da USP, do aprimoramento do bônus oferecido a alunos de escolas públicas. Entenda mais sobre a polêmica. **Página 11**

### PROJETO JOVEM DOUTOR

O Jovem Doutor é um projeto que pretende, através de atividades educativas, incentivar estudantes universitários e do ensino médio a serem promotores de mudanças em suas comunidades. Conheça mais sobre as ações do Projeto. **Página 14**



### DENGUE: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

Leia entrevista com o professor Eduardo Massad, especialista na dinâmica de doenças transmissíveis, acerca da situação do Sistema de Saúde no Rio de Janeiro e o panorama da doença em São Paulo e no Brasil. **Página 12**

Entenda mais sobre a doença! **Página 13**

### INSTITUIÇÕES

Confira os informes do DC acerca do XXVII COMU e conheça a metodologia 5S adotada em empresas no artigo da MedJr. **Página 3**



### FESTA MED-SANFRAN

Conheça o evento que mudou o conceito de Festa no porão do CAOC. **Páginas 8 e 9.**

## EDITORIAL

## Saúde e Educação Médica

O caos que a dengue causou no Rio de Janeiro é apenas um demonstrativo de que o Sistema de Saúde no Brasil passa por problemas sérios, tanto na implantação de políticas públicas efetivas quanto no aparato estrutural e de recursos humanos dos hospitais para atender o número crescente de novos casos da doença. Ao invés de solucionar o problema, as esferas de poder brigam para decidir de quem é a culpa: dos municípios ou dos estados, que não cumpriram com a atenção básica e secundária? Ou do governo federal, que demorou a tomar medidas mais eficazes no pico da epidemia? De qualquer maneira, não restam dúvidas de que houve descaso por parte dos governantes para a erradicação dos focos dos mosquitos transmissores e para a situação precária dos hospitais públicos. Para entender um pouco mais sobre o assunto, convidamos o Prof. Dr. Eduardo Massad para uma entrevista ao jornal. Massad possui uma linha de pesquisa na área da epidemiologia, em que cria modelos matemáticos que simulam estratégias de combate a doenças infecciosas. Em 2005, foi convidado pelo governo da Malásia para fazer parte do Comitê de combate à dengue em Cingapura.

Entre os muitos problemas enfrentados pelo sistema de saúde pública no Brasil, o crescente aumento do número de escolas médicas no Brasil é preocupante, principalmente quando se pensa na qualidade do atendimento oferecido à população. A média preconizada pela Organização Mundial de Saúde, de um médico para cada mil habitantes, já

foi há muito tempo superada, mas a distribuição geográfica desses contingentes e a qualidade dos médicos formados ainda é um obstáculo para a saúde no país. Nesse caso, o jogo de interesses, dessa vez de caráter econômico, tem dominado à revelia das reais necessidades da população. No dia 4 de abril, no Teatro da FMUSP, ocorreu o Simpósio "Abertura de Escolas Médicas no Brasil", organizado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB), a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), em que se discutiram as tendências verificadas no ensino médico e possíveis soluções para os problemas relatados. Essa edição d'O Bisturi traz um panorama geral do que foi debatido no evento.

É interessante notar que mesmo a nossa Faculdade, uma das mais respeitadas do país, sofre com problemas de falta de material para estudo. Pelo terceiro ano consecutivo, os alunos do primeiro ano da FMUSP reclamam da situação da disciplina de Anatomia oferecida pelo ICB (Instituto de Ciências Biomédicas), que trabalha com cadáveres mal conservados e em quantidade insuficiente para as necessidades dos alunos. Enquanto cidadãos e estudantes da universidade pública mais conceituada do país, é nosso dever exigir qualidade de ensino, e não deixar com que interesses institucionais ou a demorada burocracia da universidade comprometam a excelência do curso de medicina e dos médicos aqui formados.

## ERRATA

1) Na página 3 da edição de março de 2008, nas RECEITAS no dia 19 de fevereiro, o valor de R\$ 115,00 refere-se à devolução da inscrição de 1 delegado do COBREM.

2) Na página 3 da edição de março de 2008, na segunda tabela onde se lê RECEITAS deve-se ler DESPESAS.

## JORNAL DOS ESTUDANTES DE MEDICINA DA USP

Departamento de Imprensa Acadêmica  
Centro Acadêmico Oswaldo Cruz

## EDITORES-CHEFES

Bianca Yuki Kanamura • Marcelo Puppo Bigarella

## COLABORADORES

Arthur Hirschfeld Danila (94) • Miriam Weintraub (Medicina Jr) • Vitor Ribeiro Paes (95) • Rafael Sasdelli Silva Pereira (DC) • André Perez Moraes Sarmiento (95) • Thales de Brito • Vicente Amato Neto Geovanne Pedro Mauro (95) • Victor Almeida Peloso (94) • Ana Leticia Melquiades dos Santos Nery (95) • Vivian Boschesi Barros (95) • Rafael Marcondes Gonçalves Leite (95) • Flávia Cardoso (95) • Débora Duarte Macéa (físio) • Philippe Hawlitschek (92)

## DIAGRAMAÇÃO E ILUSTRAÇÕES

R1 Comunicação. Tel: (11)3654.2306

## IMPRESSÃO

Gráfica Taiga

## TIRAGEM

5.000 exemplares

Este jornal não se responsabiliza pelos textos assinados.

Os textos assinados não refletem necessariamente a posição da gestão. Textos, dúvidas e críticas devem ser enviados para [obisturi@caoc.org.br](mailto:obisturi@caoc.org.br)

## DENEM

## DENEM ocupa vaga da UNE no Conselho Nacional de Saúde

Felipe Corneau (Bahia 93)

No dia 16 de abril em Brasília, na última reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a estudante de medicina da UFSC e Coordenadora Geral da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM) em 2008, Bruna Ballarotti, assumiu a vaga da União Nacional dos Estudantes (UNE) no CNS.

Normalmente considerados frutos das grandes mobilizações populares no processo de redemocratização do país na década de 1980, os Conselhos de Saúde surgem a partir de 1990 como instâncias deliberativas permanentes de construção, avaliação e fiscalização da execução das políticas públicas de saúde.

Apesar de entender o papel que o Controle Social cumpriu dentro do processo de redemocratização do país, ao propor a participação popular na formulação das políticas públicas, a DENEM, após acompanhar as atividades do Conselho mais intensamente desde 2005, acumulou diversas críticas acerca da dinâmica interna deste espaço e sobre como as suas decisões impactam na real implementação das políticas de saúde e na gestão do SUS. Observamos a cooptação de usuários e trabalhadores por parte de gestores e a centralização de pautas por parte do governo. Assim, o Controle Social mostra-se como um espaço limitado para as transformações estruturais necessárias à consolidação de um Sistema Público de Saúde universal, luta dos movimentos populares e do movimento estudantil.

Ainda que considerando estas limitações, alguns fatores como a postura crítica do Conselho frente a determinados assuntos e a possibilidade de articulação com alguns de seus membros, faz com que entendamos a ocupação da vaga como tática para a construção de algumas pautas do Movimento Estudantil de Saúde. A ocupação da vaga proporciona a articulação com atores sociais que lutam pela cidadania plena - saúde como direito e não mercadoria e a instrumentalização do movimento estudantil através do acompanhamento

dos debates sobre políticas públicas e posterior reflexão crítica sobre as mesmas.

Destacamos na conjuntura recente, por exemplo, os debates sobre Fundação Estatal de Direito Privado em que o CNS posicionou-se contrariamente, sobre o financiamento adequado para a Saúde - em que o CNS posiciona-se favorável à regulamentação da Emenda Constitucional 29 - e sobre a formação de recursos humanos para a Saúde - em que o CNS posiciona-se contrário à abertura indiscriminada de novas escolas para formação de profissionais da Saúde. A ocupação da vaga deve servir para articular o movimento estudantil, através das executivas de Saúde, na unificação de bandeiras, lutas e agendas.

### Sobre a intervenção do movimento estudantil no CNS

A DENEM entende que a intervenção do movimento estudantil no Conselho Nacional de Saúde deve ser construída democraticamente, pautada em amplos debates no âmbito das executivas de saúde, dos espaços de diálogo entre as próprias executivas - como no Fórum Nacional de Executivas (FENEx) - e entre estas e a UNE. Ficou acordado, desse modo, que o estudante que ocupar a vaga no CNS deve respeitar as deliberações dos fóruns da UNE, mas que, em caso de divergência dentre as deliberações destes fóruns e daquelas pactuadas e consensuadas no FENEx, opta-se pela abstenção no CNS. No entanto, no caso de não haver pactuação entre as executivas dos cursos de saúde, permanecem as deliberações relativas aos fóruns da UNE.

Mais informações em <http://www.denem.org.br/>

Felipe Corneau é acadêmico da FMUSP e Assessor de Mídias da DENEM

(texto feito a partir da carta de posicionamento construída pelos Centros Acadêmicos na I ROEx, em Vitória, março de 2008)

## PRESTAÇÃO DE CONTAS DE MARÇO DE 2008

## RECEITAS – Março

03/mar	Aluguel Produtora Audiovisual - ref jan	R\$ 1.850,00
07/mar	Aluguel Perfumaria	R\$ 1.000,00
06/mar	Cessão de Espaço - Técnicas Americanas	R\$ 600,00
06/mar	Aluguel VG Copiadora	R\$ 1.284,73
10/mar	Aluguel Café CAOC	R\$ 4.170,25
08/mar	Aluguel Dathabook	R\$ 3.397,38
12/mar	Dathabook - Anúncio no Bisturi	R\$ 300,00
14/mar	Cessão de Espaço - STB	R\$ 689,70
14/mar	FFM - Doação Projeto Assunção	R\$ 1.500,00
17/mar	Venda de Jurupinga	R\$ 60,00
18/mar	Aluguel Produtora Audiovisual - ref fev	R\$ 1.850,00
26/mar	Cessão de Espaço - Unibanco	R\$ 2.000,00
	Med-SanFran - Venda de Ingressos	R\$ 23.455,00
	Med-SanFran - Chapelaria	R\$ 412,00
	Venda de CDs	R\$ 7,50
	"Loja CAOC"	R\$ 4.582,84
	Aluguel de Armários	R\$ 270,00
	<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 42.429,40</b>

## Receitas

## Aluguéis/ Loja do CAOC

O CAOC recebeu em fevereiro, R\$ 13.552,36 com o aluguel das lojas existentes no Porão. Além disso, a "Loja CAOC" voltou a apresentar grande fluxo de vendas, com a entrada de R\$ 4.582,84 referentes a venda de 137 produtos.

## Repases FFM

O CAOC é a entidade representativa dos alunos de Medicina, logo, toda ação envolvendo repases financeiros passa pela conta do CAOC, como é o caso do repasse ao Projeto Assunção, no valor de R\$ 1.500,00.

Ainda foi efetivado pela FFM mais um repasse, referente à Semana de Recepção, no valor de R\$ 637,00.

## Espaço do Centro de Vivências do CAOC

O Departamento de Marketing do CAOC vem mostrando que a cessão de espaço do Centro de Vivências do CAOC para assuntos de interesse dos alunos pode ser uma boa fonte de renda, sendo responsável por R\$ 3.289,70 de entrada para o CAOC neste mês.

## O Bisturi

Foi ainda uma fonte de renda, que se mostra constante, o anúncio da Livraria Dathabook neste jornal, correspondendo a R\$ 300,00.

## Med - SanFran

A maior fonte de renda do mês de março foi, sem dúvida, a festa Med SanFran. Esta representou o valor de R\$23.867,00 referentes à venda de ingressos e valor arrecadado pela chapelaria. É importante lembrar que entradas e despesas foram divididas equitativamente entre as duas faculda-

des idealizadoras e promotoras da festa.

Outro importante fato referente a esse evento é o lucro por ele apresentado: R\$ 1.553,25. Esse foi um evento elaborado para que fosse uma festa de grande porte e de qualidade dentro do espaço do CAOC a um custo baixo (convites a R\$ 25,00 e R\$ 20,00) para os alunos e, portanto, não visava grandes lucros para o Centro Acadêmico. Devido a cuidadosa elaboração e empenho na realização, a Festa Med - SanFran conquistou a qualidade almejada e representou ainda fonte de renda superavitária.

## Aluguel de Armários e Outras Vendas

Também se apresentaram como renda os aluguéis semestrais ou anuais dos armários do Porão e outras vendas menores, totalizando R\$ 337,50.

## Despesas

## Festa Med-SanFran

Para a realização da festa foi realizada uma série de gastos estruturais e pontuais que totalizaram R\$ 22.313,75. É importante lembrar que parte dos gastos será ainda revertida em renda ou utilização, como estrutura para o DIS e estoque excedente de bebida.

## Repases COIN e Projeto Assunção

Novamente este mês, referente à Semana de Recepção dos Calouros, alguns repases foram feitos para DC e AAAOC, totalizando R\$ 2984,00. Foi também efetuada já a transferência para o Projeto Assunção de R\$ 1.500,00.

## Bisturi

O Departamento de Imprensa Acadêmica quer honrar a enorme tradição deste jornal e para tanto o publica mensalmente, fazendo história no Cen-

## DESPEAS – Março

03/mar	INSS - funcionárias CAOC, DC e CEM - ref fev	R\$ 581,90
03/mar	FGTS - funcionárias CAOC, DC e CEM - ref fev	R\$ 133,75
03/mar	Condomínio do Imóvel do Centro - ref mar	R\$ 121,00
03/mar	Pagamento de água	R\$ 136,00
03/mar	Sacolas para Loja CAOC	R\$ 11,00
03/mar	Pagamento de Xerox CAOC, DC e MedEnsina - jan	R\$ 35,60
03/mar	Secretária CAOC - salário - ref fev	R\$ 469,40
03/mar	Kalunga	R\$ 54,75
05/mar	Gesso e Argamassa - CV	R\$ 41,60
05/mar	Isolante Antimofo	R\$ 37,00
06/mar	Secretária CAOC - vale transporte - ref mar	R\$ 200,00
07/mar	Assinatura Estadão	R\$ 34,00
10/mar	Chaveiro Copias	R\$ 21,00
10/mar	MedxSanFran - Maderites	R\$ 260,00
10/mar	DIS - Equipamento	R\$ 82,00
10/mar	Repasse DC COIN	R\$ 1.184,00
11/mar	Placa para Prof. Dr. Miguel Nicoletis	R\$ 60,00
14/mar	Med-SanFran - Jurupinga (compra e transporte)	R\$ 1.042,00
14/mar	Med-SanFran - pulseiras e chapelaria	R\$ 19,90
14/mar	Med-SanFran - Copos	R\$ 480,90
14/mar	Med-SanFran - Tendas	R\$ 3.110,00
14/mar	Med-SanFran - Lixeiras	R\$ 358,55
14/mar	Med-SanFran - Smirnoff	R\$ 4.392,40
14/mar	Med-SanFran - Decoração	R\$ 3.000,00
14/mar	Med-SanFran - Som e Iluminação	R\$ 4.500,00
14/mar	Med-SanFran - TNT	R\$ 200,00
14/mar	Bisturi - Correio	R\$ 475,90
15/mar	Med-SanFran - Zeladoria limpeza	R\$ 400,00
17/mar	Med-SanFran - Seguranças	R\$ 3.600,00
24/mar	ECEV - Inscrição	R\$ 50,00
24/mar	ECEV - Transporte Belo Horizonte	R\$ 167,70
24/mar	Med-SanFran - Banda	R\$ 300,00
25/mar	Compra de Chopp Excedente - Semana de Recepção	R\$ 70,00
26/mar	Med-SanFran - DJs	R\$ 650,00
26/mar	Pagamento de Xerox CAOC, DC e MedEnsina - fev	R\$ 215,20
26/mar	Orçamento concerto TV	R\$ 30,00
26/mar	Repasse AAAOC - COIN	R\$ 1.800,00
27/mar	FFM - Repasse Projeto Assunção	R\$ 1.500,00
27/mar	Bisturi - Impressão	R\$ 1.750,00
28/mar	TV por assinatura - ref mar	R\$ 118,90
	Intercambista Japão - alimentação	R\$ 60,00
	Tarifas bancárias	R\$ 12,00
	<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 31.766,45</b>

Saldo da Gestão 2008 em Março de 2008: ----- + R\$ 15.662,95

Saldo Anterior (até 01 de Março de 2008): ----- + R\$ 37.014,17

Saldo Total da Gestão 2008 desde 1º de Janeiro de 2008: + R\$ 52.677,12

tro Acadêmico Oswaldo Cruz.

Atualmente, os 5000 exemplares deste jornal são enviados para mais de 150 faculdades de Medicina de todo o Brasil, garantindo que *O Bisturi* seja o porta-voz dos alunos de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

No mês de março foram gastos com o jornal R\$ 2.225,90 com impressão e envio pelo correio.

## Estrutura

Para manter sua estrutura, o CAOC pagou os encargos trabalhistas

da sua funcionária, do DC e da CEM, a assinatura do Estadão e da DirecTV, xérox do CAOC, DC e MedEnsina referente a janeiro e fevereiro, gastos estruturais com o CV e DIS, orçamento do concerto da TV e tarifas bancárias. O CAOC também tirou cópias de chaves, comprou o excesso de chopp na Semana de Recepção, fez o repasse da alimentação de intercambista e mandou fazer uma placa de homenagem ao Prof. Dr. Miguel Nicoletis.

**Diretoria CAOC 2008**  
tesouraria@caoc.org.br

# O Futuro das Escolas Médicas do Brasil

*Simpósio realizado na FMUSP discute a regulamentação da formação médica*

Arthur Hirschfeld Danila (94)

A abertura de novas escolas médicas sempre foi um assunto propiciador de calorosos debates no cenário político brasileiro. A abertura de novas vagas em um curso médico, indubitavelmente, altera o futuro da saúde do país. Assim, deve-se exigir muita responsabilidade de todos os envolvidos com a área da saúde nesse assunto de extrema relevância para a sociedade brasileira.

Para abordar esse tão importante tema, durante a sexta-feira de 4 de abril, aconteceu, no Teatro da FMUSP, o Simpósio intitulado "O Futuro das Escolas Médicas do Brasil".

Organizado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB), a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), com o apoio da Fundação Faculdade de Medicina (FFM), o evento contou com a presença de todas as entidades médicas nacionais supracitadas, de vários docentes e estudantes de diversas faculdades do país, e de vários parlamentares estaduais e federais, como o deputado Arlindo Chinaglia (PT-SP), atual Presidente da Câmara dos Deputados, para discutir as tendências do sistema de ensino médico brasileiro e traçar caminhos para resolver problemas importantes, como a abertura desenfreada de novas escolas médicas.

## Formação Médica

É do conhecimento de todos que os cursos de Medicina, por lidarem com um objeto que requer grande interação - a vida - necessitam de uma especial atenção pelas suas instituições de ensino. Isso porque: 1) A formação médica é complexa e demorada; 2) Existe a necessidade de um ambiente acadêmico diferenciado; 3) Após a formação do médico, há que se permitir o aprofundamento do conhecimento nos programas de Residência Médica, especialização e pós-graduação, para os estudantes que assim o desejarem; 4) Há que se ter a fixação de médicos, que dependem de políticas públicas de difusão da saúde, o que hoje não existe; 5) Deve haver o acompanha-

mento das escolas médicas, que atualmente se mostra insipiente; 6) E, principalmente, há que se ter a avaliação dessas escolas, que deve, indubitavelmente, ter conseqüências para aquelas que não atingirem os padrões mínimos de qualidade para o bom atendimento à população. *Veja mapa ao lado.*

Acontece que, nos últimos anos, o governo brasileiro tem se mostrado pouco interessado em assegurar essa qualidade dos cursos médicos, permitindo a proliferação desenfreada de escolas médicas, muitas delas particulares, sem nenhum critério para auferir a qualidade dos seus cursos. Com isso, o setor privado encontrou espaço livre para se beneficiar da abertura de escolas cujo maior interesse, muitas vezes, vem a ser o retorno financeiro, e não a boa formação médica. Juntamente a isso vem a concentração das faculdades de medicina em torno das regiões economicamente mais ativas, por apresentarem maior mercado consumidor, o que dificulta ainda mais o projeto do governo de interiorização dos profissionais de saúde e precariza as condições de trabalho nos grandes pólos econômicos, devido o excesso de contingente de médicos nessas regiões. Confrontam-se, dessa forma, os critérios econômicos à necessidade social, freqüentemente deixada de lado.

Tabela 1

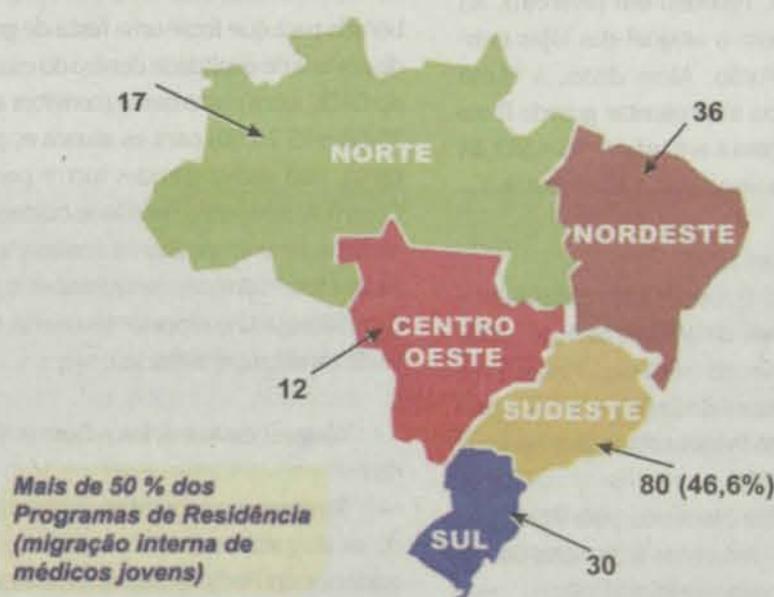
## Escolas Médicas no Brasil

- 85 escolas médicas em 1997
- 175 escolas médicas em 2007 (17.154 vagas de primeiro ano) 98 vagas/escola
- 90 novas escolas médicas nos últimos 10 anos
- 71 escolas médicas são públicas (40,5%)
- 104 escolas médicas são privadas (59,5%)
- 50 escolas aguardando reconhecimento pelo MEC

A abertura indiscriminada de vagas em escolas médicas sem a preocupação com a infra-estrutura necessária, com a qualificação do corpo docente e com os campos de práticas adequados prejudica enormemente a formação do médico, porque tais escolas, em geral, não conseguem for-



## Escolas Médicas no Brasil (n=175)



mar profissionais humanos, éticos, críticos e reflexivos, socialmente responsáveis, e que possam agir como reais promotores da saúde da população.

Além disso, o rápido crescimento de vagas de graduação não acompanhado do aumento de vagas de programas de Residência Médica gerou um grande número de profissionais sem as qualificações para o atendimento especializado em medicina, hoje quase um pré-requisito na maioria das áreas de atuação da medicina, o que inclui também a Medicina da Família e Comunidade.

## XI Conferência Nacional de Saúde de 2000

Durante a Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000, tirou-se que "os Conselhos de Saúde e de Educação criem critérios rígidos que regulem a

criação de novas instituições formadoras, a abertura de novos cursos e a ampliação de vagas na área da saúde e, dentre eles, seja considerada a necessidade social de cada região, em cumprimento à Lei nº 8.080/90 (...)"

## Projeto de Lei nº 65/2003

Para tentar solucionar o problema da abertura de novas escolas médicas, o deputado Arlindo Chinaglia elaborou o Projeto de Lei (PL) nº 65/2003, que busca regulamentar a abertura de faculdades de medicina. Naquele momento, Chinaglia propunha não abrir novas escolas nem aumentar vagas por dez anos. O PL, ao passar pelas comissões da Câmara dos Deputados, foi recebendo substitutivos, que permitiram a criação de novas faculdades desde que contenham pareceres favoráveis do Conselho de Educação e do Conselho de Saúde, para os novos cur-

EDUCAÇÃO MÉDICA

os submetidos aos conselhos. Ainda assim, o PL não deslanchou no Congresso, por falta de força para sua aprovação.

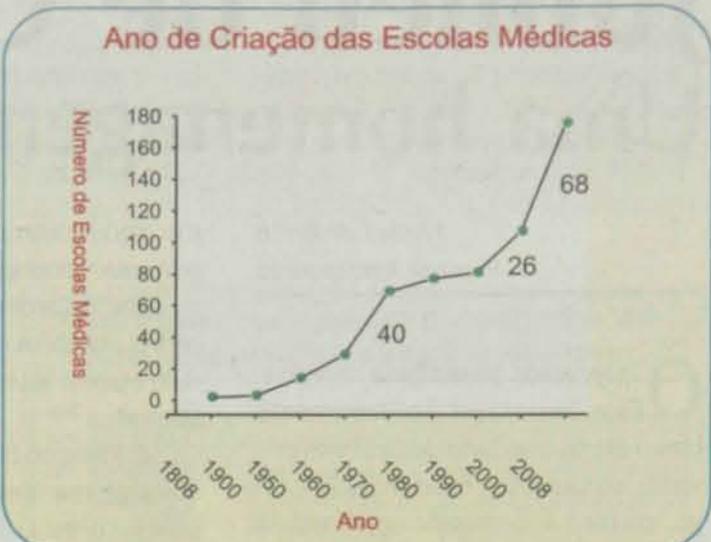
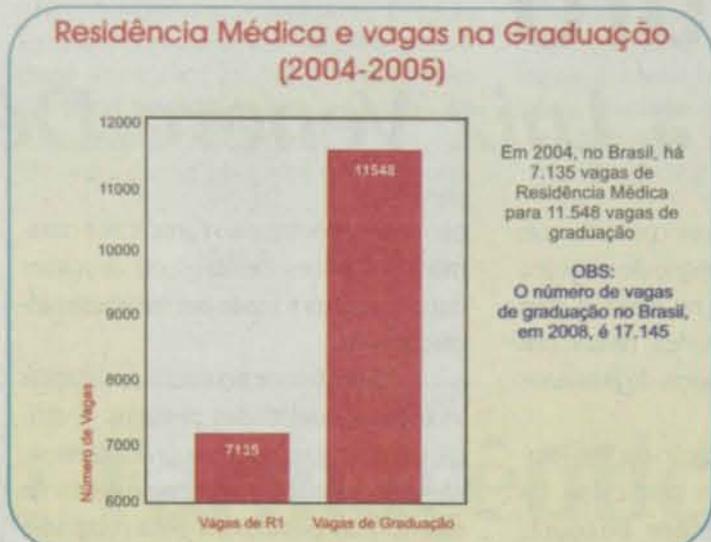
**Decreto nº 5.773/2006 - MEC**

Concomitantemente ao PL de Chinaglia, para avaliar e zelar pela qualidade das escolas médicas já existentes, o Ministério da Educação (MEC) criou o decreto nº 5.773, de 2006, que determina que o governo seja responsável por avaliar e regular os cursos de ensino superior, e a Portaria nº 147, que define a necessidade de haver um parecer do Conselho Nacional de Saúde sobre a instituição, evitando, dessa forma, a abertura indiscriminada de faculdades de medicina a serem reguladas apenas pela sociedade. Nesse sentido, o MEC afirma que, assim como fechou muitas escolas de Direito, não seria diferente com os cursos de Medicina. Mas, para isso, é preciso avaliar os resultados do ENADE (Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes), exame escolhido pelo Ministério da Saúde (MS) para ser o indicativo de qualidade dos cursos de medicina. Como o ENADE para os cursos médicos foi realizado em 2007, os dados ainda não teriam sido avaliados para que o governo já atuasse no controle de qualidade das escolas médicas existentes.

**Simpósio "O Futuro das Escolas Médicas do Brasil"**

O Simpósio contou com conferências do Prof. Milton de Arruda Martins - Presidente da ABEM - que mostrou o panorama atual das escolas médicas; do Dr. Geraldo Brasileiro (UFMG), que discorreu sobre as diretrizes curriculares para graduação em Medicina; da Dra. Simone Horta Andrade Righi (MEC), que comentou sobre a avaliação das escolas médicas; do Dr. Antonio Carlos Forte, representante da ABRAHUE (Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino), que resgatou o processo da Comissão Interinstitucional de HUEs; e da acadêmica Bruna Ballarotti, Coordenadora-geral da DENEM (Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina), que revelou a visão dos estudantes de medicina sobre a formação médica no Brasil. *Veja mapa ao lado.*

Posteriormente, discutiram-se os projetos de regulamentação da abertura de novas escolas médicas, contando com a presença do deputado Arlindo Chinaglia, o deputado Dr. José



Aristodemo Pinotti, e o Dr. Napoleão Puentes Sales. Em seguida, foi a vez de correlacionar os programas de Residência Médica e a formação profissional médica, tarefa feita pelo Dr. Giovanni Cerri, que mostrou a importância deste tipo de formação para a prática médica e a falta de vagas suficientes desses programas.

O Simpósio, de modo geral, destacou alguns aspectos, como a importância do foco na qualidade do ensino, com uma formação que contemple a problemática de saúde do país e garanta o desenvolvimento profissional contínuo. Foi mencionada a má distribuição dos médicos pelo Brasil, por falta de incentivo por parte das escolas médicas, em sua maioria localizadas em centros econômicos. Foi demonstrada a importância da aceitação das diretrizes curriculares para os cursos de Medicina, como a ampliação de cenários de prática realizados em hospitais escola. Por último, foi realçado o valor da profissionalização do corpo docente, para garantir a boa formação médica aos estudantes.

Ao final do Simpósio, foram propostas algumas ações, muitas com o objetivo de reforçar o PL de Chinaglia, baseadas nas discussões do dia, como: a inclusão de entidades médicas na avaliação técnica das solicitações de abertura e credenciamento das faculdades por meio do CFM; o caráter terminativo do Conselho Nacional de Saúde sobre a necessidade social e os pareceres técnicos das Entidades Médicas; maior

articulação entre Graduação e Residência Médica; definição dos requisitos de um Hospital de Ensino pelo MEC e MS.

**Abertura de Novas Escolas**

Os critérios para a regulamentação da abertura de novas escolas médicas têm se baseado em resoluções da Conferência Nacional de Saúde, no PL de Chinaglia, no Decreto do MEC, entre outros, têm apontado para a progressiva dificuldade de abertura das novas escolas, que seria feita apenas quando houvesse necessidade social comprovada, de acordo com pareceres dos Conselhos de Saúde e Educação, pareceres estes de caráter terminal.

Entretanto, deve-se destacar que somente a abertura de escolas médicas em lugares com baixa densidade de serviços de assistência em saúde não vai por si próprio resolver o problema da interiorização e fixação do profissional, pois o governo deve investir também nas áreas de Educação, Cultura, Economia, ou seja, em um novo modelo socioeconômico de desenvolvimento para o país.

**Referências para consulta:**

1. Conferência do Prof. Milton de Arruda Martins - Presidente da ABEM. Simpósio "O Futuro das Escolas Médicas do Brasil". FMUSP. 04/04/2008.
2. www.escolasmedicas.com.br - Prof. Antonio Celso Nunes Nassif (UFPR)
3. Jadete Lampert e colaboradores
4. http://portal.mec.gov.br
5. Fluxo de tramitação do PL nº 65/2003 na câmara: [http://www2.camara.gov.br/proposicoes/loadFrame.html?link=http://www.camara.gov.br/internet/silegprop\\_lista.asp?fMode=1&btnPesquisar=OK&Ano=2003&Numero=65&sigla=PEC](http://www2.camara.gov.br/proposicoes/loadFrame.html?link=http://www.camara.gov.br/internet/silegprop_lista.asp?fMode=1&btnPesquisar=OK&Ano=2003&Numero=65&sigla=PEC)
6. http://www.amb.org.br/mc\_noticias1\_abre.php3?w\_id=3399
7. http://jovempan.uol.com.br/jp/media/online/index.php?view=10066

*Arthur Hirschfeld Danila é acadêmico da FMUSP e presidente da gestão CAOC 2008*

**Tabela 2**

**Diretrizes Curriculares (MEC) Competências Gerais do Médico**

- Atenção à Saúde
- Tomada de Decisões
- Comunicação
- Liderança
- Administração e Gerenciamento
- Educação Permanente



ASSOCIAÇÃO DOS ANTIGOS ALUNOS

# Jubileu de Ouro

## Uma homenagem a Luiz Venere Décourt

Thales de Brito  
Vicente Amato Neto

O professor-paradigma morreu. Esse inexorável acontecimento tem o efeito imediato de ficarmos privados da presença marcante do amigo, médico e professor universitário exemplar. Agora, para compensar, começou a saudade que crescerá e manterá o afeto sempre dedicado ao querido mestre. Paralelamente, impõe salientar as virtudes que ele mostrou e as influências que beneficiaram a profissão e o ensino: intransigente respeito à ética, competência como didata, pesquisador minucioso e produtivo, responsabilidade na formação de grande número de discípulos, postura moral irretocável, amor profundo à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, participação no prestígio do Hospital das Clínicas e do Instituto do Coração, do qual foi um dos fundadores, tendo cooperado para implantar objetivos relevantes. Ai es-

tão alguns exemplos, em contexto que tem outro contingente digno de menção, ou seja, a Cardiologia no Brasil e com certeza também na América, passou por duas etapas: antes e depois do Professor Décourt.

O Instituto do Coração de São Paulo exige manifestação particular. Os professores Luiz Venere Décourt, Euryclides de Jesus Zerbini e Fulvio Pileggi idealizaram-no e concretizaram um sonho, entre outros. Contaram com excelente apoio advindo do economista e ministro Antonio Delfim Neto. Ditaram princípios felizmente muito bem sucedidos. Agora, sem a tutela profissional e universitária deles sucedem inadequações na Instituição obrigatoriamente debeláveis, pelo menos para não macular a intenção dos fundadores.

A fervorosa e reiterada doutrinação do Professor para haver respeito à ética e ao humanismo em Medicina, nos seus diversos aspectos, teve igualmente destaque. Publicações, palestras e apelos documentaram essa magnífica postura. Hoje, com decep-

ção, percebemos não raros e até mesmo crescentes deslizes ou descasos concernentes a essas necessidades indiscutíveis.

O professor acumulou múltiplas virtudes e qualidades pessoais. É difícil suceder isso em uma única pessoa. Além de tudo, foi católico protestante das normas postuladas pela religião e seguidor de todas as ações ditadas por ela. E seguindo estilo comportamental multiforme no sentido de prestimoso, estimulando a adoção de atitudes corretas, como também benéficas, constantemente difundiu as premissas do cristianismo. Não sabemos, corretamente, se contribuiu para a concretização de milagres; no entanto, figura como santidade no âmbito da Medicina.

A turma de médicos diplomados de 1951 pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo teve como paraninfo o Professor Décourt. Tal fato corresponde a uma benesse memorável e imensamente significativa, que influenciou para que os afilhados de tão

insigne padrinho exercessem a Medicina sempre com base na inspiração dos virtuosos ensinamentos que ele propiciou.

Não podemos deixar de registrar emoções pessoais. Como ex-alunos médicos e docentes da faculdade recebemos, em diferentes circunstâncias, honrosas manifestações de confiança por parte de tão sublime personalidade.

Na verdade, o Professor continuará conosco e com futuras gerações não só no âmbito da Medicina. O que ele significa estimulará o culto a boas condutas e a valoração do exercício profissional coerente com humanismo, além de capacidade, sendo que a propósito das atividades universitárias constituirá modelo a seguir, que não permite impropriedades e requer cumprimento das excelsas finalidades delas.

Thales de Brito e Vicente Amato Neto são médicos e professores universitários e ex-alunos da FMUSP.

### PSIQUIATRIA

## Psiquiatria Forense

Entrevista com o Dr. Sérgio Paulo Rigonatti

Geovanne Pedro Mauro (95)

Existe no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina um núcleo que se dedica aos cuidados dos casos mais graves de morbidades psiquiátricas quando estas exigem a interdisciplinaridade entre a clínica e a legislação: o NuFor, Núcleo de Estudos e Pesquisas em Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica. A frente deste núcleo está o Dr. Rigonatti, psiquiatra com mestrado e doutorado aqui na Casa de Araldo. Ele fala a *o Bisturi* enquanto acontecem no Brasil repercussões sobre crimes brutais nos quais a psiquiatria forense esteve envolvida.

Como o psiquiatra consegue fazer, profissional e cotidianamente, a distinção entre legalmente e clinicamente insano?

Nós tratamos aqui no IPq casos ambulatoriais com variados quadros

graves, nada a âmbito legal, salvo aqueles casos nos quais há crimes cometidos por nossos pacientes. Nesses casos, tomamos com este paciente medidas adequadas, no âmbito da psiquiatria forense, acatando pedidos judiciais, encaminhando para Hospitais de Custódia e Tratamento e assistido pela perícia criminal.

Ocorrem, ultimamente, constantes confusões na mídia sobre diagnósticos psiquiátricos como a associação entre psicose e psicopatia? Gostaria de esclarecer tal dúvida para nossos leitores?

A mídia sempre confunde, mesmo porque não é especialista. A diferença básica é que enquanto a psicose é um quadro psiquiátrico tratável, a psicopatia vai além. A psicopatia é chamada de transtorno de conduta que é um quadro de falha no comportamento. Esta exige medidas de segurança por parte do poder judiciário como o encaminhamento para um hospital de custódia e tratamento.

Com frequência, psiquiatras forenses entram em evidência na mídia quando crimes como estes são cometidos.

Na verdade, os psiquiatras em si não entram. Aqui no grupo nós não falamos com ninguém antes da consulta com o paciente e não falamos com ninguém depois.

O que o doutor acha sobre a autoridade de um psiquiatra em definir se um indivíduo pode ou não ser responsabilizado totalmente por seus atos?

O psiquiatra está apto a este trabalho. Para o trabalho de perícia, o psiquiatra deve ser um bom clínico e ter experiência clínica e legal suficientes para realizar este trabalho. Depois disto, um psiquiatra está apto e pode se sentir seguro para realizar o trabalho de perito.

Como psiquiatra, o doutor crê que a maior parte dos estupradores e assassinos tem alguma morbidade ou são apenas pessoas que tomaram uma decisão errada? E quanto ao papel da sociedade e da pressão do grupo nestes casos?

Quando eu fiz meu mestrado, eu o fiz com pacientes do hospital de custódia e tratamento, que era um grupo mais seletivo no qual existiam doenças psiquiátricas. Entretanto, quando fiz

meu doutorado o fiz em um presídio e neste grupo existiam poucos casos de morbidade psiquiátrica, de deficiência mental ou transtorno psicótico. Existiam mais casos de transtorno de personalidade. Estes casos não podem ser tratados como doenças psiquiátricas a ponto de serem legalmente insanos.

O doutor acredita que existem tratamentos para casos assim?

Por enquanto não existem tratamentos, mas não podemos ter uma atitude nihilista. Quando eu era garoto, ouvia que câncer era uma doença intratável, que mata. Atualmente, a medicina avançou para cuidar destes casos. Eu tenho, na minha área, uma perspectiva de futuro para estes casos e que, no futuro, teremos um tratamento. Atualmente, para somente alguns casos, utilizamos a eletroconvulsoterapia (ECT) que tem se mostrado eficaz. A ECT também é utilizada para outros casos graves de doenças psiquiátricas, com ou sem co-morbidades psiquiátricas, com eficácia impressionável.

A opinião pública acredita ser cruel a ECT...

O que acontece é um balanço entre custos e benefícios. Quando um paciente com câncer depois de uma

radioterapia apresenta queimaduras no corpo e esterilidade, mas consegue um aumento na sobrevida, isto é considerado um bom tratamento. A mesma coisa com a ECT. Apesar dos efeitos colaterais, ela é uma terapia chave para o tratamento de doenças psiquiátricas refratárias graves.

Recentemente, a revista *Veja*

publicou uma matéria que falava sobre como os crimes recentes lembravam a sociedade de uma constante na história humana: a maldade. Em sua opinião, como o doutor localiza a maldade nesses criminosos? Seriam eles intrinsecamente maus ou vítimas de suas próprias condições?

Esta é uma pergunta interessante.

Até alguns anos atrás, se você recorresse a estudos das personalidades psicóticas, havia um conceito de "personalidade perversa". Este conceito agora já caiu. Entretanto, enquanto fazia a minha tese, apareciam indivíduos perversos e que matavam por maldade, mas estavam fora da classificação e diagnóstico psiquiátricos.

Havia nos Estados Unidos, nesta época, tipos de criminosos cujos advogados utilizavam estes diagnósticos para diminuir a pena de seus clientes. Em casos de distúrbio de personalidade, este é um campo com muitas questões.

Geovanne Pedro Mauro é acadêmico da FMUSP

## EDUCAÇÃO E SAÚDE

# Marketing Farmacêutico

## A publicidade de remédios no Brasil e sua fiscalização

Vivian B. Barros (95)  
Rafael M. G. Leite (95)

A fim de evitar que propagandas de medicamentos induzam seu uso indevido à população, diversos países, incluindo o Brasil, têm proposto submetê-las a grandes restrições ou até mesmo extingui-las. Vários órgãos importantes, como o Conselho Regional de Farmácia de São Paulo, mostram-se favoráveis à medida. Um de seus principais argumentos diz respeito às irregularidades frequentemente encontradas em campanhas publicitárias de indústrias farmacêuticas. Em 2007, o médico e ex-vice-presidente de marketing da multinacional Pfizer, Peter Rost, polemizou ao afirmar em entrevista à revista *Época* que "Não se deve confiar nos laboratórios". Ele acusou a empresa de promover de forma ilegal o uso do *Genotropin* (um hormônio do crescimento supostamente oferecido como remédio contra rugas). É evidente a importância de conscientizar os profissionais de saúde e a população em geral a respeito do tema.

AANVISA é o órgão governamental responsável por ditar as regras para a publicidade de remédios no Brasil e fiscalizá-las. O regulamento específico para o tema consta na Resolução RDC nº 102 (publicada em 2000), que pode ser consultada no site do órgão. Uma nova legislação, a ser implantada em breve, está sob debate. Basicamente, estabelece-se para as propagandas uma série de informações obrigatórias relativas ao fármaco anunciado (Como seu número de registro oficial, suas contra-indicações, indica-

ções, precauções, cuidados e advertências) e veta-se o uso de elementos, verbais ou não, que possam levar ao seu consumo irracional. Além disso, peças que anunciam medicamentos cuja venda é sob prescrição médica somente podem ser distribuídas a profissionais habilitados a elaborá-la.

O Projeto de Monitoração de Publicidade e Propaganda de Medicamentos, atualmente em sua Fase III, é a principal fonte de denúncias de irregularidades. Seu objetivo é realizar atividades de fiscalização de publicidade (Panfletos, impressos em revistas e jornais, divulgações no rádio e na TV) e também de orientação para público em geral e para a comunidade acadêmica. O projeto existe desde 2002 e conta hoje com 18 universidades brasileiras, incluindo a USP, onde é desenvolvido na Faculdade de Ciências Farmacêuticas (FCF) e contou, em todas as suas fases, com pelo menos um graduando da FMUSP como colaborador. Na Fase I (2002), 49% das mais de 5000 peças publicitárias recolhidas foram autuadas. No gráfico da Figura 1 constam duas das infrações mais comuns encontradas na Fase II (de 2003 a 2005).

É importante atentar para o fato de que, mesmo com todo o trabalho e os avanços observados (O gráfico mostra que o número de desvios tem decrescido ano a ano), ainda se encontram muitas infrações. Um número alarmante de propagandas irregulares é encaminhado ao público leigo e aos responsáveis por prescrever medicamentos. O poder de manipulação que elas podem exercer é muito preocupante.

Sobretudo no rádio, mas também em outras mídias, os anúncios de remédios bombardeiam a população cons-

tantemente. Além das ilegalidades, a linguagem agressiva é muito comum entre eles e diversos deles visam implantar a chamada "memória de marca", em termos publicitários. Vários jargões já se tornaram clássicos: praticamente todos nós sabemos como terminam slogans como "É gripe? (...)" ou "Caiu? Bateu? Doeu? (...)" Uma série de estudos, porém, mostram os perigos do auto-diagnóstico (Você tem certeza que é gripe?) e da auto-medicação (Será que essa é mesmo a melhor alternativa para tratar da sua dor?) como, por exemplo, mascaradores de sintomas de doenças mais graves ou causadores de intoxicações.

Hospitais, clínicas e consultórios particulares também são grandes alvos das indústrias farmacêuticas. Os médicos podem atuar como vetores passivos de propagandas, utilizando brindes com logomarcas (Canetas, blocos de anotações ou até mesmo jalecos) ou distribuindo material aos seus clientes, algumas vezes sem intenção direta de manifestar apreço a determinado medicamento. Isso é especialmente perigoso haja vista a dificuldade que muitos pacientes têm para desassociar a confiança que têm em seu médico da crença na "honestidade" da peça de cuja divulgação ele participa.

Cabe citar também o acesso que estudantes e mesmo curiosos têm, em congressos e outros eventos acadêmicos, a material cuja distribuição deveria ser restrita a profissionais capacitados a prescrever drogas. Inclusive, mesmo esses últimos podem ser influenciados por estratégias capciosas como a presença de afirmações não

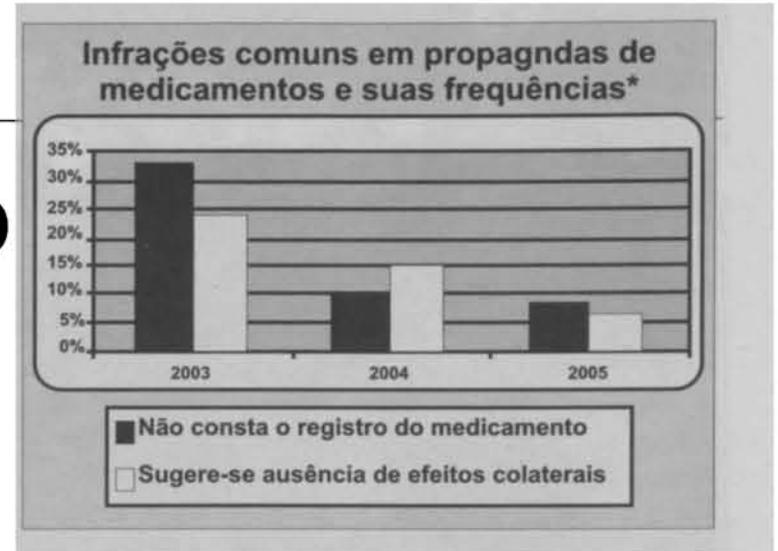


Figura 1- Empresas recolhidas pela fase III do Projeto de Monitoramento de Publicidade e Propaganda de Medicamentos

embasadas por estudos científicos, a reprodução distorcida de referências bibliográficas ou o anúncio de medicamentos já antigos no mercado como novidades. Além disso, desvios às normas são comuns mesmo em indústrias de renome, nas quais se tende a depositar mais confiança, o que pode enganar mesmo quem conhece bem os fármacos.

É difícil imaginar que algum dia se possa garantir a idoneidade de todas as peças publicitárias que chegam ao público vindas de indústrias farmacêuticas. Ainda há muito a se debater sobre o tema e tanto as leis como a fiscalização não têm a abrangência ideal. Fica claro que quaisquer informações anunciadas relativas a medicamentos devem ser verificadas em fontes confiáveis pela população e, sobretudo, pelos médicos. Esses devem também atuar conscientizando seus pacientes a respeito dos perigos de serem manipulados por indústrias que, conforme relatou Rost, ainda que lidem com a vida e a morte, têm como principal preocupação ganhar dinheiro.

### Para mais informações:

Site da ANVISA: [www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br)  
Site elaborado por estudantes da USP participantes da Fase III:  
[www.fcf.usp.br/monitoracao](http://www.fcf.usp.br/monitoracao)

Vivian Boschesi Barros e Rafael Marcondes Gonçalves Leite são acadêmicos da FMUSP

SOCIAL



## CASA LOTADA: FESTA MED SANFRAN

**L**uzes animais, tendas psicodélicas, ambientes que iam do lounge à rave, uma atmosfera mágica. Um número exorbitante de pessoas lotou a querida Casa de Arnaldo de alegria, música e uma excelente vibe. O prédio da nossa Faculdade, com sua fachada austera e imponente, tornou-se o palco para mais de 6 horas seguidas de loucura coletiva.

Muitos disseram que não daria certo. Alguns afirmaram que o porão não é lugar de festa. Ninguém sabia o que esperar da MED SANFRAN. Uma parceria inédita com uma Faculdade estranhamente parecida com a nossa. Somos da USP, mas nos sentimos ilhados. Foi o pretexto perfeito para que as coisas começassem a dar certo. Parecia que estávamos falando com irmãos, tanto pela tradição em formar os melhores, como pela tradição em festas (Peruada?!).

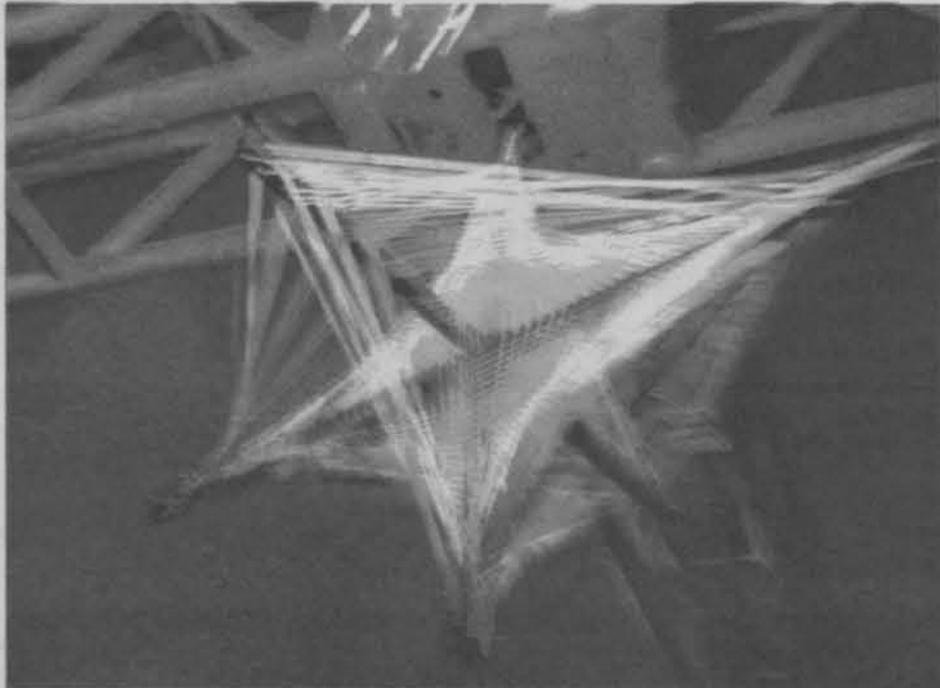
Foi um recorde: em apenas três dias, cerca de dois mil ingressos se esgotaram. Sequer houve capacidade para segundo lote. Lugares que costumam ter pouca vida no dia-a-dia se encheram de felicidade, com ajuda do Open Bar das melhores marcas imagináveis. A pista eletrônica chegou a ter mais de 1000 pessoas dançando e curtindo. Na pista de pagode, um coro de garotas lindas cantava junto com a banda.

O CAOC agradece a todos que vieram à festa, pede desculpas aos que não conseguiram seu convite, e promete muitas novidades insanas para os próximos meses... Garagem CAOC, Festival de Música, cervejadas, uma festa nos mesmos moldes da Med Sanfran, além da Cervejada do 6º Ano 2008, que promete ser a melhor da história!



## A MAIOR FESTA DA HISTÓRIA DO CAOC

Social



## ANATOMIA

# Sem Mais Desculpas

A saga da disciplina de Anatomia

## Contextualizando

Com o passar dos anos, o aluno de Medicina se acostumou com um ciclo básico mediano. Conformou-se que a Medicina USP é uma das melhores devido ao Hospital das Clínicas, às aulas de Clínica e Cirurgia, enfim, ao curso de Medicina após o 3º ano. Esperamos rever na Especialidade tudo aquilo que deixamos de aprender nos primeiros anos, como se o nosso currículo contasse com três anos iniciais sem grande importância.

Essa, porém, não é a essência da Faculdade. Trata-se de uma escola de Medicina originalmente construída sobre as matérias básicas, condição *sine qua non* para os investimentos polpidos da Fundação Rockefeller. Para que aprendêssemos ciência, nossos mestres deveriam produzir ciência, e, para tal, as áreas básicas eram de importância crucial. Nesse contexto entrava a Anatomia: professores de renome internacional estabeleceram a matéria na Faculdade. Sua excelência, porém, sofreu um duro golpe com a cisão proposta pela Reforma Universitária, em cujos méritos não entraremos.

É preciso entender que um curso básico sólido de Anatomia é necessário. Muitas vezes nos deparamos com constrangedoras situações em que aprendemos pela primeira vez, já no término do curso de Medicina, bases anatômicas do conhecimento médico que deveríamos ter aprendido tantos anos antes. Esta é, porém, ainda uma visão superficial da realidade do problema do curso de Anatomia no ICB USP. Analisaremos, neste texto, as raízes da falta de material de estudos e as causas da longa luta empreendida pelos alunos por melhorias no curso de Anatomia do 1º ano.

## A Importância da Anatomia no 1º Ano

O primeiro contato com o corpo humano é chocante e fascinante. Os mais consagrados anatomistas afirmam que dissecar é imprescindível. Não se trata apenas do vasto conhecimento técnico que se ganha ao dissecar. Trata-se de um processo de humanização e construção do caráter médico e respeitoso que deve começar desde o primeiro ano. O calouro é um indivíduo animado e disposto a aprender, tem enormes expectativas em relação ao curso de medicina e a Anatomia é a matéria sobre a qual converge a maior parte destas expectativas. Trata-se de

uma dura poda volitiva ao aluno saber que não dissecará. Todos nós sabemos que tamanha frustração nas primeiras aulas de Anatomia influencia negativamente a visão do aluno sobre a faculdade e o curso médico.

## O Problema

O bloco didático do ICB-3 é novo, bem planejado e adequado para o ensino de Anatomia. Diferentemente do Barracão, onde eram ministradas as aulas de Anatomia das turmas anteriores à 94, os laboratórios do ICB agora contam com boas bancadas e um sistema de exaustão de ar. Mas o problema é: o que colocar sobre estas bancadas? Que material estudar?

### Deparamos-nos com:

- Peças mal conservadas, velhas e pouco didáticas;
- Poucas peças, causando aglomeração ao redor destas;
- Relação professor/alunos insuficiente, pois não há monitores
- Salas e peças sendo usadas simultaneamente por outros cursos

A Anatomia do ICB sofre com a falta crônica de cadáveres. Este é o problema. Mas... Para quê cadáveres?

Passamos a nos perguntar se a vida é assim mesmo; o aluno de medicina não precisa tanto destas frivolidades inúteis como dissecar. Porém, quando vamos ao nosso SVO (Serviço de Verificação de Óbitos), nos deparamos com grandes médicos e professores treinando suas habilidades em cadáveres. Com o peso da responsabilidade da profissão, vemos também muitos residentes aprimorando suas noções em anatomia clínica. Vemos muitas ligas acadêmicas que compreendem esta defasagem e propõem dissecações. Motiva-nos ver professores titulares dissecando antes de realizarem uma cirurgia complexa. Sim, dissecar é fundamental.

## Por que não temos cadáveres no ICB?

Os cadáveres são obtidos de duas formas:

1. Corpos doados pela família
2. Corpos não reclamados por ninguém após a morte

*"Nós, alunos de Graduação do curso de Medicina da Universidade de São Paulo, juntamente com o Centro Acadêmico Oswaldo Cruz, vimos, por meio desta, manifestar nosso profundo descontentamento com a atual situação dos cursos de Anatomia ministrados no ciclo Básico pelo Departamento de Anatomia do ICB."*

Trecho da carta aberta redigida pelos alunos

Quando há uma morte sem atestado de óbito médico, o paciente falecido deve ser enviado ao SVO (sediado nos fundos do prédio da Faculdade), onde é emitido um laudo oficial da causa mortis. Estes cadáveres, então, são clamados pela família, para que se realize o funeral. Algumas famílias, porém, doam o corpo para a Faculdade de Medicina da USP, a qual, sob os cuidados legais observados pelo Departamento de Topografia Estrutural Humana, passa a ter direito de estudo sobre o cadáver. Alguns cadáveres, por outro lado, são de indigentes ou de pessoas sem quaisquer parentes que venham reconhecer o corpo, sendo necessário, portanto, que se divulguem em jornais de grande circulação, em dias alternados, as características do falecido, apenas para então se obter a autorização do juiz para que se estude o corpo.

A Faculdade tem observado estas normas, e, portanto, tem cadáveres. Cerca de 40. Além disso, a proximidade com o SVO tem permitido que os processos legais sejam realizados em conjunto, de modo que, como sabemos, o curso de Anatomia Topográfica tem cadáveres. É verdade que, nos últimos anos, a quantidade total de cadáveres não clamados tem diminuído como resultado da política do SUS de financiar os funerais e os trâmites legais dos óbitos (muitas empresas funerárias ganham com isso). Mesmo assim, com o renome e a tradição do curso e da Faculdade, muitas famílias se vêem dispostas a doar os corpos dos seus parentes falecidos para o estudo médico. Deste modo, devido a uma boa administração e a uma boa conservação, os cursos de Anatomia ministrados na FMUSP não sofrem da falta de cadáveres, o que nos faz pensar se os problemas no ICB são realmente insolúveis.

O Departamento de Anatomia do ICB se queixou durante muito tempo que a falta de dinheiro era o grande problema. Dizia-se que os repasses da Reitoria não eram suficientes para pagar por todos os trâmites legais e burocráticos da regularização dos corpos. Então a Faculdade propôs que se dividisse o custo destes cadáveres entre todos os cursos que os

utilizam, de modo que a medicina, por usar mais, pagaria mais por este material imprescindível. A Diretoria do Departamento de Anatomia do ICB viu entraves em compactuar o exposto com tantos outros cursos, bem como afirmou que a remessa de cadáveres é prejudicada por "má vontade" do SVO. Além disso, expôs uma série de barreiras no transporte de cadáveres da Faculdade para o ICB.

A verdade é que não faltam corpos. Há cadáveres prontos para o envio ao ICB. Já estão formolizados há seis meses (pré-requisito) e suas características físicas já foram publicadas para circulação aberta. A principal dificuldade para aquisição de cadáveres pelo ICB é a documentação e a regularização dos mesmos.

Sabemos que os outros cursos Medicina têm cadáveres. Muitos deles vêm diretamente do SVO, uma vez que as geladeiras da Faculdade já estão cheias de corpos e não precisam de todos os cadáveres recebidos. Muitas faculdades particulares compram seus cadáveres do SVO, e mesmo assim faltam cadáveres no ICB. É uma contradição saber que na FMUSP temos dois cursos de Anatomia, um bem avaliado, outro mal avaliado, um na Faculdade, outro no ICB, um com cadáveres regulares, outro sem quaisquer peças de estudo. Não, as turmas 96, 97, 98, ... não deverão aprender Anatomia em partes de porco, macaco ou restos dissecados e insuficientes!

## Soluções Práticas

Agindo com pragmatismo, podemos fazer o curso melhorar? Sim. Com certeza.

O pensamento no ano passado foi: "se a Anatomia do ICB não tem cadáveres e a Anatomia da Faculdade tem, vamos mudar o curso para a Faculdade" Foi uma luta árdua que encontrou duros obstáculos inter-departamentais. Não apenas dura, a luta mostrou-se infrutífera. Houve um desgaste tremendo. A nobre ideia de transformar o curso de Anatomia do Aparelho Locomotor da turma 95 em um curso prático na Faculdade afundou, pois havia a necessidade de se

manter a carga horária no ICB (uma vez que a verba dos institutos da USP é proporcional ao número de alunos recebidos por seus cursos).

O pensamento evoluiu. Se não podemos alterar a dinâmica dos departamentos, então vamos melhorar a anatomia do ICB. Para aproveitar os excelentes docentes, o espaço físico e a disposição do Departamento, é hora de conse-

guir o material e liberar os cadáveres.

- Problema no transporte dos corpos? O transporte dos corpos do SVO é da USP, a qual pode realizá-lo;

- Problema com a liberação dos corpos? O Dr. Pasqualucci (superintendente do Serviço de Verificação de óbitos) se prontificou a liberar os corpos quando a situação da remessa anteri-

or for regularizada;

- Problemas monetários? A Diretoria da Faculdade de Medicina (gestão Giovanni Cerri) acordou com o ICB que se prontificaria a pagar pelos encargos cabidos à Medicina;

- Ainda assim, faltou dinheiro para a publicação e regularização dos corpos? O CAOC se prontifica a ajudar, com o fundo monetário dos alunos, para que não

haja mais desculpas e o curso, enfim, melhore.

Com a certeza de que não há mais desculpas, o CAOC respalda os alunos nesta luta pela melhoria do ensino de Medicina e pela manutenção da tradição da nossa Casa.

Diretoria CAOC 2008

## SISTEMA DE COTAS

# Sobre cotas e políticas afirmativas

*Inclusp propõe aumentar de 3% para 12% a bonificação para alunos de escolas públicas.*

Ana Leticia Melquiades Nery (95)

A discussão sobre cotas e políticas afirmativas ressurgiu após a aprovação, pela Pró-Reitoria de Graduação da USP, de um aprimoramento do já conhecido Inclusp (programa de inclusão social da USP que garantia 3% de bônus na pontuação na FUVEST de ingressantes oriundos da escola pública). Em sua nova forma, o Inclusp pode passar a dar até 12% de bônus aos alunos que cursaram integralmente o ensino médio em escola pública, variando o bônus de 3 a 12% de acordo com o desempenho do aluno em uma avaliação aplicada pela universidade e com a pontuação no ENEM.

É possível dividir as políticas afirmativas brasileiras em ações baseadas em critérios socioeconômicos e em políticas cuja base é o critério racial, sendo comum a sobreposição dessas duas modalidades em diversas universidades. Mas seriam as porções da sociedade atingidas pelos dois tipos de ação sinônimas? E como é possível articular a classificação racial em um país de tênues fronteiras aparentes entre membros de diferentes raças?

## Origem

As ações afirmativas podem ser conceituadas como políticas voltadas para grupos historicamente carentes, com o objetivo de promover o acesso a educação ou emprego. Surgidas em meio ao movimento de luta pelos direitos civis dos negros americanos na década de 60, foram postuladas como ações complementares às políticas anti-segregacionistas. Em seu país de origem as cotas foram enfaticamente raciais, sendo considerado negro todo aquele que possuísse pelo menos um ancestral negro, mesmo que distante (*one drop policy*).

Já a organização racial brasileira é caracterizada pela ausência de frontei-

ras culturais definidas entre negros e brancos, sendo essas imprecisas devido ao grande número de casamentos inter-raciais e indefinidas caracterizações de cor - O IBGE registra mais de cem tonalidades diferentes de cor e raça em um estudo específico realizado sobre a cor do brasileiro na década de 90. As respostas contidas no documento foram espontâneas dos entrevistados e surgiram definições como marrom-bombom, meia-noite e seis e meia.

A diferença entre a precisão das fronteiras raciais americanas e brasileiras explica-se a partir de uma perspectiva histórica. A colonização portuguesa voltou-se mais para a assimilação étnica e cultural, o que a coloca em oposição à colonização inglesa, que manteve e estimulou as divisões étnicas existentes ou emergentes. É notável o fato de que, inicialmente, todos os países que implementaram políticas de ações afirmativas sejam ex-colônias britânicas (Índia, Estados Unidos, Nigéria).

As cotas americanas influenciaram fortemente as brasileiras. No entanto é questionável se a simples importação da fórmula seria o suficiente para reproduzir os efeitos: em países com antecedentes históricos e estruturas raciais totalmente diferentes teriam as ações afirmativas o mesmo significado e resultado? Que argumentos guiam a implantação das cotas no Brasil, e quais suas diferenças em relação ao modelo de origem?

## Argumentação no Brasil

A grande questão das ações afirmativas no Brasil é justamente o seu alvo: seria este a *classe* ou a *raça*? Tendo isso em mente, é possível dividir o debate da implantação de cotas no Brasil em três principais argumentos, os dois primeiros a favor de cotas raciais e o segundo a favor de ações afirmativas socioeconômicas: a teoria da reparação, da diversidade e da inclusão social.

A reparação é a teoria de que as cotas seriam necessárias como uma compensação por uma discriminação sofrida no passado, sendo a escravidão a justificativa histórica para a atual exclusão social e econômica dos descendentes de escravos. A implementação da escravidão e a ausência de qualquer medida do Estado brasileiro pós-abolicionário com o objetivo de integrar e auxiliar economicamente os negros libertos é apontada como causa da situação atual de seus descendentes, sendo esse mesmo Estado responsável por repará-la. Essa hipótese tem falhas estruturais em sua implementação, novamente, a ausência de fronteiras delimitadas entre negros e brancos no Brasil. A raça no Brasil é definida como um misto de cor da pele e *status* socioeconômico, e não pelas regras de descendência. Assim, definir quem deveria ser favorecido pelas políticas afirmativas com base no argumento da reparação seria problemático: pessoas brancas poderiam ser incluídas se provassem que seus ancestrais eram negros?

O segundo argumento, o da diversidade, sustenta-se na hipótese de ser a meta da ação afirmativa não só melhorar os índices socioeconômicos dos negros, mas também estimular a identidade negra e a consciência da desigualdade e discriminação raciais. Os indivíduos negros, conscientes de suas identidades, são capazes de fornecer então ao ambiente universitário uma perspectiva racial única. Esse estudante não seria assimilado pela universidade, mas sim acrescentaria a ela suas vivências como negro.

A teoria das cotas como necessidade para a inclusão social é a mais aceita e difundida nas universidades brasileiras, associada ou não a medidas de inclusão racial. As cotas seriam necessárias por ser a desigualdade brasileira tão intensa e enraizada que só uma disputa baseada no mérito não seria capaz de reverter esse quadro. Baseando-se apenas nesse tipo de critério, as universida-

des se tornariam apenas reprodutoras das desigualdades sociais da sociedade. Seria injusto colocar nas mesmas condições de competição pessoas que não receberam as mesmas oportunidades: seriam necessárias medidas para igualar as condições dos competidores, favorecendo os mais carentes. Argumenta-se que, dessa forma, também os negros seriam atingidos (por serem estes a maior parte dos pobres). No entanto, é notável que os mecanismos da exclusão racial são diferentes dos mecanismos da exclusão socioeconômica, logo devem ser abordados de forma diferente. Os negros são excluídos porque são negros, não porque são pobres, logo há um aspecto particular dos negros que deve ser tratado por políticas sociais específicas, não podendo estes serem simplesmente englobados na inclusão social geral.

A política afirmativa se difundiu rapidamente pelas universidades brasileiras, existindo hoje 31 universidades estaduais e federais com algum tipo de ação inclusiva espalhadas pelo Brasil. E os primeiros resultados já foram sentidos: em recente publicação, a USP divulgou as médias ponderadas dos alunos que entraram na faculdade favorecidos pelo bônus do Inclusp (provindos de escola pública), e estas superaram as médias dos alunos que entraram pelo modo tradicional, inclusive em cursos como Medicina e Direito. Apesar de sua controvérsia, as cotas tiveram como grande mérito pelo menos a fomentação do debate de questões essenciais como a identidade racial, a discriminação e a desigualdade social.

## Para saber mais:

<http://portal.mec.gov.br/sesu/index.php?option=content&task=view&id=435&Itemid=303>  
<http://www.aip.ufv.br/pecg/programa.php>

Ana Leticia Melquiades Nery é acadêmica da FMUSP

# As tendências da dengue no Brasil

## Entrevista com o Professor Eduardo Massad

Bianca Yuki Kanamura (95)  
Flávia Cardoso(95)

Médico patologista com bacharelado em Física, Eduardo Massad trabalhou por muito tempo estudando a dinâmica das doenças transmissíveis. Em 2005, foi convidado pelo governo da Malásia para desenvolver um projeto de combate à dengue em Cingapura. Em entrevista a *O Bisturi*, falou sobre a sua visão da situação da dengue no Rio de Janeiro e no Brasil e de como ela deve ser combatida.

### Quais os principais motivos da epidemia de dengue deflagrada no RJ?

Na verdade o Rio de Janeiro tem uma situação que não é mais epidêmica, pode-se dizer que é uma situação endêmica. A diferença é que a dengue chegou e ficou estabelecida no Rio, como no resto do país. E ela está sofrendo um processo que é muito parecido com o que aconteceu com a malária, por exemplo. Porque que eu digo isso: Note que existe um enorme contingente de crianças que estão pegando a dengue na região, isso significa que são as pessoas mais susceptíveis, porque os adultos já tiveram contato com a doença no passado e são, portanto, resistentes. Exatamente o que acontece com áreas endêmicas de malária, quem pega malária são crianças, e é isso o que está acontecendo no Rio, um processo de malarização da dengue. Ela chegou para ficar, está em nível endêmico.

Por que ela é tão importante? Primeiro, porque tem uma taxa grande de mortalidade e que não se deve específica ou necessariamente à doença. As pessoas estão morrendo no Rio por falta de atenção primária, tanto isso é verdade que eles estão com um plano de emergência colocando tendas para fazer hidratação parenteral. Estão morrendo porque não conseguem colocar um soro na veia! Até porque o número de casos ano passado foi grande, mas não morreu tanta gente assim, estão morrendo realmente pela falha da atenção primária.

### Nesse ano, o que mudou então?

O que aconteceu esse ano foi a entrada da dengue tipo 2. Fazia 15 anos que ela não aparecia, então ela pegou uma fatia da população, abaixo de 15 anos, que nunca tinha tido contato com a doença. Além de uma desestruturação de todo o sistema de saúde pública no Rio.

### Quando a dengue chegou no Brasil?

Ela entrou no Brasil nos final dos anos 80. A dengue já existia no Brasil, até que nos anos 40 houve um processo de sanitização que praticamente erradicou o *Aedes aegypti*. Ficamos dos anos 40 ao final dos anos 80 sem o mosquito, aí ele foi reintroduzido, e como é um mosquito que se adapta muito rapidamente, ele se espalhou no país e agora temos ele em todo lugar, e com ele a dengue e o risco da febre amarela, que uma doença ainda mais grave.

### Em que medida a estratégia do governo foi falha no combate da doença?

Quando o professor Adib Jatene era ministro ele tentou lançar um plano de erradicação do mosquito, mas ele não conseguiu por uma série de motivos. O principal deles foi porque ainda faltam no Brasil entomologistas, que são especialistas em mosquitos. O que o Brasil precisa desesperadamente é de entomologistas, que entendam a biologia do mosquito, porque erradicá-lo não é fácil.

### Você acredita que essa epidemia pode chegar em São Paulo com as mesmas proporções que ocorreu no Rio de Janeiro?

Pode perfeitamente. Nós temos o *Aedes aegypti* nesse prédio (Da Faculdade de Medicina), e fecharemos essa semana para dedetizar. Nós chamamos a prefeitura, mas ela não veio, então nós temos de lançar mão da iniciativa privada para se proteger do mosquito. Logo, ela pode perfeitamente se instalar em São Paulo. Mas o sistema de Saúde Pública aqui é melhor que no Rio, o que significa que não vai morrer tanta gente. Mas estamos entrando em um período de baixa estação, então se a gente for ter casos importantes isso só no final do ano.

### Você conhece se alguma medida específica foi tomada aqui em São Paulo, ou no resto do Brasil, para se evitar esse problema?

Não tenho notícia. Existe certa resistência das autoridades de Saúde Pública de, no pico da epidemia, fazer aquilo que deve ser feito: matar o mosquito. Mas o que acontece: existe na área da dengue uma convicção de que a única estratégia para seu controle é destruir o criador do mosquito- ir atrás dos vasos, caixas de água, matar larvas, etc- e não se dá atenção devida à forma adulta que transmite a doença. Qual o argumento? A

de que você mata o mosquito e que duas semanas depois, se você não matar as larvas, elas vão re-popular a população de adultos. Está correto. Mas isso não significa que só destruir o criador será suficiente. Porque existe uma falsa impressão de que o mosquito só se cria dentro de casa e eu estou convencido de que isso não é verdade. Em outras palavras, tem muito criador de dengue que está fora de controle, focos nas ruas: no teto do ponto de ônibus, nos espaços públicos em geral. E fica essa insistência de ir de casa em casa. Isso precisa ser feito, mas numa situação como no Rio de Janeiro hoje em dia, eles tinham de pulverizar a cidade de avião, como aqueles que espalham inseticida na lavoura. Agora essa é uma medida extremamente impopular, as pessoas vão tossir, cachorro vai latir, criança chora, é uma bagunça.

### Mas tem algum efeito colateral, na saúde das pessoas?

Não, os inseticidas são seguros para o ser humano. Então precisa fazer pulverização mesmo, que eles chamam de fumacê, é isso que precisava ser feito no pico da epidemia. São inseticidas de duração muito curta e de volume muito baixo, com densidade muito pequena.

### Essa erradicação do mosquito não poderia causar alguma problema ecológico?

Essas espécies de pestes não causam desequilíbrio ecológico, não há perturbação de cadeias.

### Essa resistência teria relação com custos?

Não, na verdade não. Eu suponho que tenha mais a ver com o caráter impopular da medida. Quando tem aquela pulverização com caminhão, ninguém reclama, seria preciso intensificar isso!

Mas o que não existe ainda no Brasil é um sistema de vigilância do mosquito que analise a quantidade de mosquitos de uma região. Pesquisas já estão sendo feitas para verificar o grau de infestação pelo *Aedes*. Mas, sem essa vigilância, não está sendo feito nada nas áreas mais afetadas. Eu não vejo nada de controle do mosquito na cidade... Então, é uma bomba-relógio armada.

### Qual o risco real do aparecimento de uma febre amarela urbana?

O risco existe, por causa da pre-

sença do *Aedes* que só está esperando chegar alguém infectado. Porque a gente ainda não teve? Por causa da vacinação, as áreas perto da fronteira têm uma política de vacinação em massa, que não é uma política muito otimizada, mas bem ou mal está contendo a infecção. O risco é eminente, ele está sempre presente. Acontece que tem uma hipótese de que o vírus da febre amarela compete com o vírus da dengue pelo mosquito. Então se tem um mosquito infectado pela dengue, ele provavelmente não vai se infectar com a febre amarela. Mas essas são hipóteses em estudo, inclusive o pessoal da Fio Cruz no Rio de Janeiro está estudando isso.

### Você acha que existem tentativas do Governo e pela Secretaria da Saúde do Rio de Janeiro de criar a partir de agora políticas na atenção primária mais eficazes para prevenir outros surtos?

Veja, não sei se você se lembra, mas no ano passado ou retrasado houve uma intervenção do Ministério, junto ao Exército, na Saúde Pública do Rio de Janeiro, que estava um caos. E nem por isso as medidas foram tomadas. Então, o fato de termos uma situação emergencial agora não garante que eles vão fazer alguma coisa. Agora, vai haver a mudança do prefeito, pode ser que venha um governante novo que se preocupe um pouco mais com a saúde pública, porque aparentemente o prefeito atual deu uma cochilada.

### Existiu um despreparo dos profissionais do Rio de Janeiro?

Não há dúvida de que isso tenha acontecido. Os profissionais tinham dificuldade de realizar uma simples hidratação. E não adianta entupir o Rio de pediatras, o que precisa é de enfermeiros.

### O que você acha das propostas da importação de médicos de Cuba ou de Cingapura?

Querer imaginar que iremos trazer o programa de controle da dengue de outro país é ridículo. Todo mundo sabe o que precisa fazer! É matar o mosquito, pronto! Só não faz porque não quer!

Bianca Yuki Kanamura é acadêmica da FMUSP e membro da gestão CAOC 2008

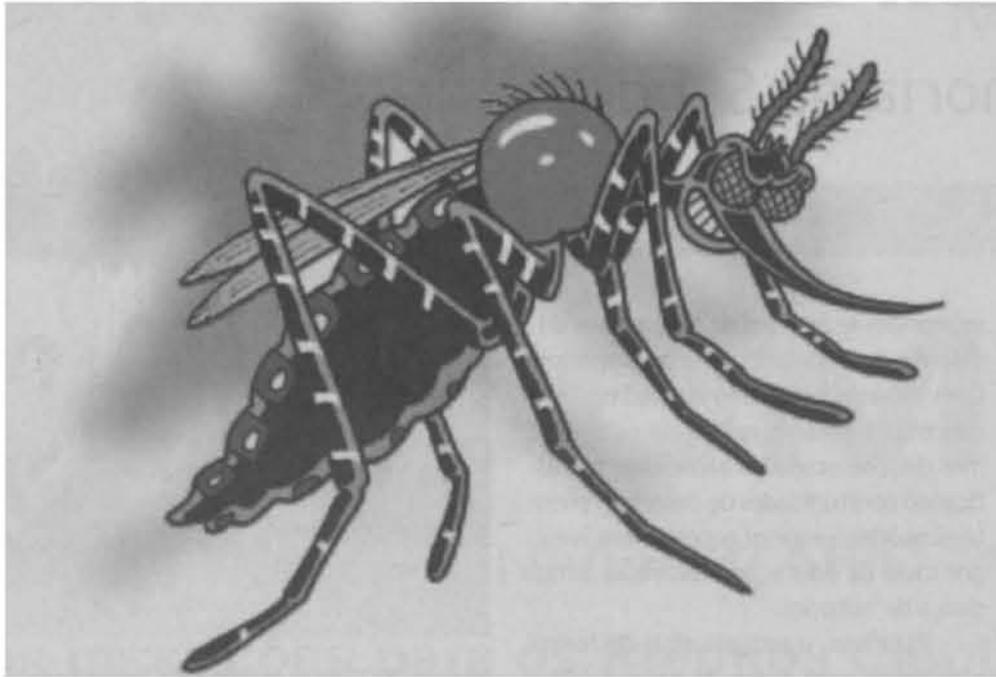
Flávia Cardoso é acadêmica da FMUSP

# Entenda mais sobre a dengue

Vitor Ribeiro Paes (95)

Febres hemorrágicas acometeram a humanidade várias vezes, e muitas, como a febre amarela e o vírus do rio Ebola, se tornam manchetes e entram para a História. No Brasil, entretanto, a praga mais recente é o dengue. A palavra tem duas origens prováveis: do espanhol *dengue* (dengoso, molenga) ou do suaíli (idioma africano) *ki dengu pepo* (doença advinda dos maus espíritos), e é provocada por um vírus do gênero *Flavivirus* (que inclui, dentre outros, a própria febre amarela), transmitido pela saliva dos mosquitos do gênero *Aedes* (em especial o *A. aegypti* e o *A. albopictus*), quando estes sejam infectados ao picar um ser infectado. Há 4 tipos de vírus, e no Brasil predominam os tipos 1, 2 e 3 (só um caso do vírus tipo 4 foi registrado no Brasil), e na maior parte dos casos a doença é assintomática.

Independente do tipo, o vírus ataca especialmente as células fagocitárias do sistema imune (monócitos e macrófagos) e as células endoteliais, induzindo a liberação de citocinas como os interferons alfa e beta, responsáveis pelos sintomas da doença - febre, mialgia, artralgia, dor



retro-orbicular, dor de cabeça, prostração e viremia. Devido à ação imune, a doença apresenta remissão espontânea em aproximadamente dez dias, e a pessoa torna-se imune àquela linhagem de vírus que a infectou.

Caso a pessoa entre em contato com outra cepa do vírus, os anticorpos produzidos não auxiliarão na defesa do organismo, pelo contrário: apenas acentuarão a entrada deste na célula, intensificando a resposta das citocinas. Com isto, há vasodilatação intensa, com risco de ruptura dos vasos e hemorragia, provocando a *febre hemorrágica da dengue* (vulgo "dengue hemorrágica"), que pode ser fatal por provocar hipóxia tecidual e

perda de plasma. A hemorragia, se não visível, pode ser comprovada pelo teste do laço, descrita a seguir:

▶ Ao se medir a pressão do paciente, usa-se a média aritmética das pressões sistólica e diastólica, infla-se o manguito do esfigmomanômetro até este valor e deixa-se assim por 5 minutos.

▶ Desenha-se um quadrado de aproximadamente 2 cm de lado e verificam-se quantas petéquias (manchas vermelhas) aparecem. A prova será positiva se mais de 20 marcas forem encontradas.

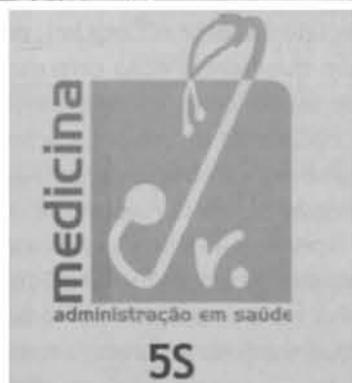
Não há tratamento para a doença em si, apenas para os sintomas - uso de antipiréticos e analgésicos. Deve-se evitar o uso de derivados do ácido

acetilsalicílico, que inibe a agregação plaquetária e, assim, piora a hemorragia pelo mesmo motivo, deve-se ser cauteloso com o uso de anticoagulantes.

Apesar das pesquisas incipientes para uma vacina contra a dengue, a melhor forma de prevenção é o combate ao mosquito *Aedes aegypti*, que, ao contrário de outros mosquitos, pica as pessoas durante o dia. Para tal, deve-se evitar a formação de criadouros potenciais - a famigerada "água parada". Curiosamente, esta tática já é muito bem conhecida, e foi adotada pelo dr. William Gorgas durante a construção do Canal do Panamá para erradicar a febre amarela, com grande sucesso. É importante salientar que o mosquito é necessário para a transmissão da doença, e que o vírus pode ser encontrado em animais silvestres - daí o fato de a urbanização caótica dos países subdesenvolvidos, aliada à superpopulação das cidades, aos problemas do sistema de saúde e à maior rapidez dos transportes, ser considerada responsável pelos atuais surtos de dengue.

Vitor Ribeiro Paes é acadêmico da FMUSP

## INSITUICOS



Organização de uma empresa é essencial na busca de bons resultados. Para alcançar uma organização excelente, diversas metodologias foram desenvolvidas. Neste mês falaremos de uma em especial.

A metodologia do 5S foi desenvolvida no Japão, após a Segunda Guerra Mundial, para reorganizar o Sistema industrial. O 5S tem o papel de melhorar a organização no ambiente de trabalho, a partir da mudança de atitude das pessoas. O 5S visa reduzir o desperdício de materiais, tempo e espaço, aumentar a eficiência e a qualidade do trabalho. Para implantar o 5S em uma empresa é preciso muita disciplina e treinamento.

O nome deste processo provém de

cinco palavras em japonês que começam com S:

**Seiri** (Senso de Utilização)- Este princípio diz respeito à limpeza do local de trabalho, no qual deixamos apenas os materiais úteis e necessários.

**Seiton** (Senso de Organização)- Consiste em organizar os materiais de acordo com a frequência de seu uso. Os materiais mais utilizados devem ficar nos lugares mais perto ou acessíveis, enquanto os materiais pouco utilizados devem ser armazenados em locais mais afastados (como aquele armário lá no alto, que ninguém alcança).

**Seisou** (Senso de Limpeza)- Manter o ambiente de trabalho limpo e agradável, lembrando que "melhor do que limpar é não sujar".

**Seiketsu** (Senso de Melhoria Contínua ou de Saúde)- Este senso visa aplicar ações e estabelecer processos que facilitem o trabalho e ações preventivas que melhorem as condições sanitárias e ambientais do trabalhador.

**Shitsuke** (Senso de Autodisciplina)- Este estágio é o último passo para a aplicação dos 5S, no qual as pessoas se comprometem a realizar os princípios anteriores, independente de supervisão. Este

estágio ocorre após um sério treinamento, pois os trabalhadores precisam absorver os princípios do 5S e realizá-los no cotidiano da empresa.

O 5S pode ser aplicado em qualquer negócio, empresa ou atividade. Sua realização facilita o trabalho e

potencializa os resultados. Para ver o 5S na prática, venha conhecer a Empresa Med Jr.

Medicina Jr.  
www.fm.usp.br/medjr  
medicinajr@yahoo.com.br

Atlas de Anatomia Humana de 319 por apenas R\$180,00

**dathabook** livros técnicos  
Saiba cada vez mais!

Tel 11 3063.5016  
www.dathabook.com.br  
USP / Metrô Clínicas

# Projeto Jovem Doutor

## Atividade e melhoria da Saúde da População

*Débora Duarte Macéa  
Philippe Hawlitschek (92)*

O Projeto Jovem Doutor, orientado pelo Professor Chao Lung Wen, Professor Chefe da Disciplina de Telemedicina da FMUSP, oferece aos alunos participantes uma oportunidade de colocarem na prática os conceitos teóricos que aprenderam na vida acadêmica, além de poderem auxiliar as comunidades de sua cidade a resolverem seus problemas de uma maneira organizada e cooperada.

O Jovem Doutor é um projeto que tem a proposta de incentivar estudantes do ensino médio e superior a promoverem mudanças benéficas de atitudes e comportamentos. Por meio de trabalhos cooperados, pretende causar impacto significativo na melhoria da qualidade de vida de comunidades.

Portanto, trata-se de um projeto com modelo educacional, que complementa a formação dos estudantes universitários, pois os incentiva a construir atividades educativas por meio da interação com profissionais e do aprendizado em Atenção Básica em saúde. Para os estudantes do ensino médio, o projeto Jovem Doutor é uma oportunidade de desenvolvimento de um papel social ativo em sua comunidade, além da inclusão digital e do aprendizado sobre saúde e preservação do meio ambiente. O Jovem Doutor é um projeto da universidade para a sociedade, ao estabelecer um processo de compromisso social em diversas regiões, adotando o conceito de que a universidade pode ajudar uma comunidade.

Criado em 2006, com a participação de alunos, profissionais e professores da Universidade de São Paulo (USP), o Jovem Doutor desenvolve atividades sociais, educacionais e de pesquisa junto às comunidades carentes, iniciando assim, uma aproximação entre alunos universitários, estudantes do ensino médio e comunidades.

Um dos conceitos adotado pelo projeto é de que os estudantes universitários, ao se organizarem e desenvolverem ações tutoradas por um professor orientador, apresentam crescimentos pessoal e profissional e, em consequência dis-

so, tornam-se capazes de desenvolver atividades de cidadania em comunidades. Com linhas de trabalho baseadas neste conceito, é possível minimizar os problemas das comunidades atendidas, identificando oportunidades de desenvolvimento econômico e social auto-sustentáveis, por meio da educação e estímulo à mudança de atitudes.

Para isso, o projeto atua de forma a adequar suas ações às necessidades reais e viáveis de cada comunidade e população atendida. Esta adequação é um diferencial do projeto, pois facilita a transferência das ações já desenvolvidas e lhes conferem auto-sustentabilidade. E o mais importante: passam a utilizar os recursos do projeto na sua vida diária, provocando motivação na população atendida.

Devido o seu caráter multiprofissional, o projeto envolve estudantes universitários das 14 profissões de saúde reconhecidas pelo MEC e Ministério da Saúde, além de outras áreas como engenharia, arquitetura, comunicação social, administração, entre outras. Utiliza também recursos de Telemedicina, educação a distância e do Projeto Homem Virtual - desenvolvido pela Disciplina de Telemedicina da Faculdade de Medicina da USP. O Homem Virtual é utilizado nos módulos desenvolvidos pelos universitários da área da saúde, para ensinar conceitos básicos sobre doenças e suas formas de prevenção.

Com esses recursos, o Jovem Doutor pode incorporar assuntos e modelos educacionais em: Atenção Básica em saúde, preservação de ecossistemas e mananciais de água, reciclagem de lixo, desenvolvimento econômico, entre outros.

Para que essas metas sejam alcançadas, é recomendável o envolvimento das Secretarias de Educação e de Saúde dos municípios, além do trabalho cooperativo entre instituições públicas, privadas e a comunidade.

### O Jovem Doutor em 2008

Em 2008, professores, profissionais e alunos do Projeto Jovem Doutor atuarão no bairro de Vila Dalva - parte do Distrito Municipal do Rio Pequeno e com subprefeitura do Butantã, além de dar continuidade às atividades inicia-



das em 2007 no município de Tatuí. Será adotado um modelo motivacional, que impulse os estudantes do ensino fundamental a tomarem uma conduta ativa dentro do projeto. O modelo proposto foi formatado após pesquisas de campo realizadas pelos participantes junto à população, em 2007.

A Vila Dalva é considerada uma região carente, onde vivem cerca de 500 famílias, que convivem diariamente com problemas ambientais e de exclusão social de seus jovens e crianças. São poucas as oportunidades de trabalho e desenvolvimento profissional na região, o que aumenta a chance de criminalidade no bairro e desemprego de seus moradores.

O projeto procura transformar a região em uma comunidade auto-sustentável, começando por criar soluções para um dos maiores problemas: o lixo. Assim, os estudantes universitários elaborarão um plano para o desenvolvimento de um projeto que envolva comunidade, agentes de saúde, alunos da USP Jr e o Projeto Jovem Doutor. Será realizada a conscientização de estudantes de colégios públicos quanto à cadeia da reciclagem e a importância de se dar um destino correto ao lixo, envolvendo toda a comunidade na construção de uma empresa de lixo conectada a uma panificadora e uma horta comunitárias. Tudo isto tornará o processo sustentado pelos próprios moradores da região, já que terão a oportunidade de se beneficiarem com a ação, em diversas esferas, motivando a participação de todos.

Uma vez implantadas estas fases iniciais do projeto, outras iniciativas se tornarão facilmente desenvolvidas pelos recursos gerados. Projetos como oficinas de artesanato, mobiliários e até mesmo uma casa totalmente construída a partir de materiais recicláveis, se tornarão uma consequência da

conscientização desta população - motivada a solucionar alguns de seus problemas e obstáculos para uma boa qualidade de vida.

A criação de um forno solar é um dos pontos importantes para esta fase do projeto por ser feito de materiais reutilizados e por permitir o cozimento de diversos alimentos sem usar nenhum tipo de fonte de energia.

Alimentos comumente desprezados serão boas opções para nutrição a partir da proposta de incentivar e oferecer condições para os vendedores das feiras livres reservarem os alimentos em bom estado, que não foram vendidos, para um processo de aproveitamento integral de alimentos.

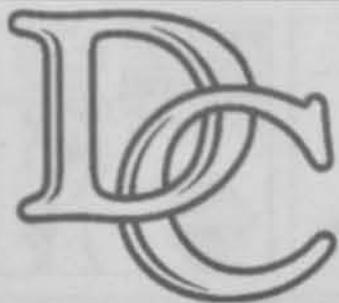
Adicionalmente, o Bairro da Vila Dalva será um dos pontos de ação do Programa de Telessaúde do Brasil ([www.telessaudebrasil.org.br](http://www.telessaudebrasil.org.br)), programa em que haverá ação com os agentes de saúde locais visando à melhoria de qualidade de vida da população. Dessa maneira, o trabalho cooperado com a Unidade Básica de Saúde (UBS) local será de extrema valia para o avanço das atividades do projeto Jovem Doutor.

Por meio de projetos como este, as atividades estudantis procuram complementar a formação técnica oferecida pela Universidade com desenvolvimento e crescimento pessoais e experiências empreendedoras dos seus estudantes para que, desta forma, eles estejam mais preparados para enfrentarem os desafios que encontrarem ao longo de suas vidas profissional e pessoal.

*Débora Duarte Macéa é  
fisioterapeuta formada pela  
FMUSP e coordenadora do  
Jovem Doutor Vila Dalva*

*Philippe Hawlitschek é acadêmico da FMUSP e coordenador das ações da USP Jr na Vila Dalva*

INSTITUIÇÕES



# Departamento Científico



www.dcfmusp.com.br

Fone:3061-7410 Fax: 3062-2922

Email:dc@usp.br

## XXVII COMU

### CONGRESSO MÉDICO UNIVERSITÁRIO FMUSP

### Abertas as inscrições para os Prêmios Científicos do XXVII Congresso Médico Universitário da FMUSP

As inscrições para os Prêmios Científicos do XXVII COMU já estão abertas e terão como prazo limite o dia 04 de Julho de 2008, às 13 horas.

O Prêmio Oswaldo Cruz, organizado desde 1956, destina-se aos melhores trabalhos científicos originais apresentados durante o Congresso nas seguintes áreas: Básica, Cirúrgica, Clínica, Medicina Preventiva e Relato de Caso. Já o Prêmio Monografias, realizado desde 1988, é conferido ao melhor trabalho científico de revisão bibliográfica, organizado desde 2006. O Prêmio Painéis surgiu da Seção Painéis do Congresso Médico Universitário, criada a menos de dez anos, e é a iniciativa mais recente do Departamento Científico para incentivar a produção científica acadêmica. Qualquer um dos autores poderá inscrever e entregar o trabalho. A taxa de inscrição é de R\$ 30,00 (trinta reais) e deverá ser paga pessoalmente no Departamento Científico no ato da inscrição, ou por depósito bancário no caso de inscrições pela internet ou por correio. Os depósitos devem ser efetuados para Banco Itaú, agência 1664, conta corrente 11355-00, em nome do Centro Acadêmico Oswaldo Cruz - DC. O comprovante pode ser enviado via fax, via e-mail, ou por correio, até o prazo previsto para as inscrições.

Maiores informações poderão ser obtidas através do site [www.dcfmusp.com.br/comu](http://www.dcfmusp.com.br/comu) ou através do telefone (11) 3061-7410.

### Não perca os próximos cursos do DC:

12/05 - 15/05: Psiquiatria Infantil

02/06 - 05/06: Endocrinologia

26/05 - 29/05: Transtornos Alimentares

09/06 - 12/06: Acupuntura

**Envie seu artigo científico para a publicação na REVISTA DE MEDICINA do Departamento Científico do CAOC da FMUSP**

A Revista, de caráter acadêmico, conta com 90 anos de prestígio e tradição. Além de deter um público alvo presente em quase todo território nacional e em outros países, é indexada à base LILACS.



## REVISTA DE MEDICINA



Os trabalhos devem ser encaminhados para [dc@usp.br](mailto:dc@usp.br) ou entregues pessoalmente no Departamento Científico Av. Dr. Arnaldo, 455 (subsolo) tel.:30667410/fax:30622922

