

UFAL

ABRIL, 2016
NÚMERO 02

NeuroGenesis

GERANDO IDEIAS

CIRURGIA

CLÍNICA

O QUE VOCÊ
QUER SER
QUANDO **CRESCER?**

E mais:

Quem foi Nise da Silveira?

Estudantes estrangeiros na UFAL





Editorial	3
Ensino	4
• Por que ensinar gênero e sexualidade nas faculdades de medicina?	
• Por trás da formação médica	
Residência Médica	7
• Muito mais que Clínica x Cirurgia	
• Residência Médica x Prova de Título	
Notícias	10
• The Winter is coming...	
História da Medicina Alagoana	11
• Nise da Silveira: Uma vida transformada em luta, cultura e arte	
Pesquisa	14
• Descomplicando com a PCR	
• Doenças Negligenciadas: Por quem?	
• Estudante Pesquisador	
Caso Clínico	19
• Dissecando o Coração	
Extensão	21
• O amor é contagioso	
• Enxergando a vida com outros olhos	
Fala, Sebastião!	23
• O internato na construção do médico	
• Por um prato de comida?	
Rodando no Internato	25
• Acadêmico à Área Vermelha!	
Pelo Mundo...	27
CULT	30
Salve, monitor!	31
Fala período	32
Agenda	33

A Revista **NeuroGenesis** surge com o propósito de levar ao estudante de medicina informação, cultura e entretenimento. Consideramos fundamental para cada estudante – seja ele um futuro médico ou não – se apropriar da realidade por trás da faculdade que nos rodeia, estar antenado sobre as mudanças propostas dentro do nosso curso e ter senso crítico para discernir o que há de novo, tendo como base o conhecimento sobre o processo histórico que o levou até ali.

Nessa segunda edição, tratamos, dentre tantos assuntos, sobre a escolha que permeia a cabeça de todo estudante de medicina, antes mesmo de entrar na faculdade: “que especialidade vou seguir?”. Queremos mostrar um panorama das possibilidades que podemos ter e dos possíveis desafios que vamos enfrentar. Nas demais seções, versamos também pelas doenças negligenciadas e sobre a história e vida de Nise da Silveira. Além disso, buscamos mostrar o ponto de vista dos doutorandos sobre a atuação do acadêmico no internato e a experiência dos estudantes advindos de outras culturas sobre o curso e a vida no nosso país.

Acreditamos que a pluralidade de ideias transforma nossa maneira de enxergar as coisas, dando chance para o que há de novo e expandindo nosso conhecimento. É com sentimento de gratidão – pela receptividade, ideias e acolhimento – que lançamos essa segunda edição. Agradecemos pela aceitação e interesse da comunidade acadêmica. Ainda há muito mais por vir.

Por Attie Dalboni, editora da **NeuroGenesis**

Editores

Ana Jesus
Ana Albuquerque
Arthur Sampaio
Attie Dalboni
Bruna Pereira
Cleide Araújo
Ednis Oliveira
Elka Karollyne
Fillipe Agra
Ingrid Guedes

Jailton Costa
Jardel Batista
Jonas Augusto
Kelvyn Vital
Lucas Emanuel
Matheus Veras
Mirna Costa
Pedro Braz
Suzanna Matos
Thaís Pithan

Colaboradores

Adelson Silvestre
Alexandre Rimuardo
Arthur Sampaio
Benjamin Mipopo
Bruna Freitas
Camila Hansen
Dalmo Santana
Elyne Calumby
Jacira Monteiro
Jessica Vila Nova
Jessyca Leite
Juliane Albuquerque

Lucas Fernandes
Luis H. Lemos
Matheus Baptista
Priscilla Guedes
Vanise Sacur
Victor José
Yasmin Cardoso
Dr. Flávio Soares
Dr. Ricardo César
Dra. Célia Maria
Dra. Daniela Martins
Dra. Josineide Sampaio



EM CASO DE SUGESTÕES OU DÚVIDAS, ENTRE EM CONTATO ATRAVÉS DO EMAIL
REVISTANEUROGENESIS@GMAIL.COM

POR QUE ENSINAR GÊNERO E SEXUALIDADE NAS FACULDADES DE MEDICINA?



POR VICTOR JOSÉ CORREIA LESSA - 10ºP

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em medicina (Resolução nº 3/2014) propõem que, no âmbito da atenção à saúde, o graduando deverá ser formado para considerar sempre questões como gênero, orientação sexual e vários outros aspectos que compõem a diversidade humana. Isso é de suma importância no sentido de garantir a formação de profissionais capazes de promover um atendimento médico humanizado, qualificado e livre de discriminações durante o acesso dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente em se tratando da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBTT).

Entretanto, na prática, ainda prevalecem condutas inadequadas por parte de médicos e outros profissionais da saúde e iniquidades no atendimento ao público LGBTT. Alguns exemplos são o desrespeito ao nome social de travestis e transexuais e a permanência da crença deturpada de que a homossexualidade seja uma patologia, parafilia ou “desvio sexual”.

Quando se fala sobre orientações sexuais, ainda persistem equívocos entre estudantes de medicina, como mostra o estudo de Lima & Cer-

queira (2008), no qual foram vistas proporções importantes de alunos que consideram a homossexualidade uma doença, apesar de a Organização Mundial de Saúde (OMS) tê-la excluído da Classificação Internacional das Doenças (CID) desde os anos noventa.

Um estudo asiático recente analisou o discurso de estudantes de medicina em postagens relacionadas ao tema gênero numa plataforma de comunicação local. Nos discursos, foram observadas características como reprodução de estereótipos de gênero, divisão sexista do trabalho e ridicularização de LGBTT.

Tais resultados revelaram a existência de uma cultura machista e heterossexista entre os estudantes. Apesar de a pesquisa ter sido realizada em Taiwan, essa realidade não é muito diferente da encontrada dentro dos cursos de medicina brasileiros.

Estudo realizado entre março de 2010 a julho de 2011 com 207 professores de 110 escolas médicas de todas as regiões do Brasil revelou que o ensino da sexualidade, quando existente, costuma ser pautado por aspectos biológicos e patológicos durante a formação. Por outro lado, a diversidade

de comportamentos sexuais humanos e aspectos sociais relacionados à sexualidade são temas pouco abordados pelos discentes. Questões como direitos sexuais e reprodutivos, violência sexual, homofobia e papéis socioculturais de gênero são tratadas por menos da metade dos professores.

Diante do exposto, é imperativa a necessidade de incluir nos currículos das faculdades de medicina conteúdos a serem ministrados de maneira adequada e ampla referentes à sexualidade humana, gênero e saúde da população LGBTT, no intuito de desconstruir preconceitos entre os graduandos e uma vez que o profissional médico deve estar capacitado a atuar diante das demandas específicas de determinadas populações, como a de LGBTT e outras minorias sociais historicamente discriminadas, evitando-se, assim, que os profissionais sejam mais um fator de sofrimento psíquico, exclusão social e piora das condições de saúde dos pacientes, em consonância com o que estabelecem os princípios do SUS, as DCN dos cursos de graduação em medicina, a Carta dos direitos dos usuários da saúde e a Política nacional de saúde integral de LGBTT.

Referências:

- BRASIL. Carta dos direitos dos usuários da saúde. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- CERQUEIRA-SANTOS, E. et al. Percepção de Usuários Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros, Transexuais e Travestis do Sistema Único de Saúde. *Revista Interamericana de Psicologia*, v. 44, n. 2, p. 235-245, 2010.
- CHENG, L. F.; YANG H. C. Learning about gender on campus: an analysis of the hidden curriculum for medical students. *Medical Education*, v. 49, n. 3, p. 321-331, mar. 2015.
- LEE, R. Health care problems of lesbian, gay, bisexual, and transgender patients. *Western Journal of Medicine*, v. 172, p. 403-408, jun. 2000.
- LIMA, M. C. P.; CERQUEIRA, A. T. A. R. Crenças sobre sexualidade entre estudantes de Medicina: uma comparação entre gêneros. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 32, n. 1, p. 49-55, 2008.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Resolução nº 3, de 20 de Junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências.
- MOITA, G. A patologização da diversidade sexual: Homofobia no discurso de clínicos. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, v. 76, p. 53-72, dez. 2006.
- RUFINO, A. C.; MADEIRO, A.; GIRÃO, M. J. B. C. Sexuality Education in Brazilian Medical Schools. *The Journal of Sexual Medicine*, v. 11, p. 1110-1117, 2014.

POR TRÁS

DA FORMAÇÃO MÉDICA



POR ELKA KAROLLYNE - 6º P | JAILTON COSTA - 3º P | JONAS AUGUSTO - 4º P

Faculdade de medicina é sinônimo de pressão. Embora a existência de prazos apertados, grande quantidade de conteúdo e a cobrança pela excelência não sejam exclusividade da área médica, existe o fato de que lidamos (ou lidaremos) com vidas. Tratar o biopsicossocial dos pacientes é uma grande responsabilidade e somos constantemente lembrados disso.

Em maior ou menor grau, a condição de estresse permeia todo o processo de formação do estudante, tendo sua origem ainda no período de vestibular, em virtude da concorrência acirrada enfrentada pelos estudantes que almejam uma vaga no curso de Medicina; Há uma cobrança por um amadurecimento precoce e a carga de responsabilidade aplicada ao indivíduo é imensa. Os primeiros períodos te fazem sentir que está sendo sufocado por uma avalanche e, por mais que você avance a sensação de não saber o “suficiente” é constante.

Cada indivíduo tem uma maneira de lidar com essa pressão e isso está intimamente ligado ao preparo psicológico que o estudante teve. Contudo, que atire a primeira pedra o acadêmico que nunca passou por privações dos mais diversos níveis: a começar pelo sono, momentos de lazer, atividade física, interação com a família, entre tantos outros.

Você já mensurou os prejuízos que isso te traz?

Em um estudo com estudantes de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná, HARADA (2013) foi visto que o índice de estudantes declarados com estresse moderado foi superior a 70% em todas as classes. Nos ingressos no 3º ano não foram encontrados indivíduos autoavaliados sem estresse e 75% dos entrevistados afirmaram categoricamente que há estreita relação entre as atividades acadêmicas e potenciais situações desencadeadoras de estresse. Outro estudo realizado na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do

Ceará (UFC), em março de 2007, considerou as taxas de stress dos acadêmicos do 1º, 4º e 8º períodos. Dos 200 estudantes que participaram do estudo, 73,5% (n = 147) consideraram suas atividades na faculdade como fonte de estresse. Já um estudo realizado com 413 estudantes da Faculdade de Medicina de Marília, em 2003, demonstrou que, dos estudantes com estresse, 88,19% se encontravam na fase de resistência. Um dos aspectos mais prejudicados na vida desse estudante de medicina tenso é o sono, tanto no tempo dedicado a este, quanto na qualidade desse descanso.

O sono é fundamental para a manutenção plena da saúde, participando da homeostase e tendo a mesma importância que comer e beber, por exemplo. Estudos feitos acerca da privação do sono e seus efeitos mostram que existe uma progressiva deterioração mental, psicológica e física. Nesse meio estão incluídos problemas de memória, alterações de humor, diminuição da coordenação motora e danos corporais térmicos e cardíacos.

O termo sonolência é usado como propensão a cochilar ou dormir quando se intenciona permanecer acordado e deve ser distinguido da sensação de cansaço e fadiga (Johns e Hocking, 1997). A sonolência diurna excessiva é considerada um problema de saúde pública, afetando 12% da população (Punjabi, 2003). Segundo um estudo sobre o assunto publicado recentemente na Revista Brasileira de Educação Médica, essa taxa de sonolência diurna excessiva chega a mais de 49% entre estudantes de medicina. Ela se correlaciona com acidentes de trânsito e de trabalho, problemas relacionais e diminuição da qualidade de vida, além de problemas cardiovasculares (Roth, 1996). Essa sonolência diurna pode estar relacionada à privação de sono em si, mas também à má qualidade das noites dormidas (quantidade de horas), ao ciclo circadiano de cada pessoa e ao uso de medicamentos.

Um hábito muito presente no meio acadêmico, assim, também, nas faculdades de medicina, é a “necessidade” de alunos passarem noites sem dormir, ou dormindo apenas algumas horas, por precisarem se preparar para algum teste ou apresentação. Esse tipo de prática não é saudável e não deve ser inteiramente compensada com cochilos durante o dia, pois a qualidade do sono e a própria característica dele é diferente. Da mesma forma, um final de semana não é ideal para regularizar uma semana mal dormida. A rotina deve ser pensada de forma que privilegie a qualidade de vida, adequando o estudo e as outras atividades a essas condições.

Porém, mudar seu estilo de vida nem sempre é simples. Para alguns, na tentativa de suprir essa cobrança, ocorre uma descoberta que pode ser utilizada como fonte de escape, que pode levar o estudante, e futuro médico, a uma visão distorcida do que seria enfrentar situações sob pressão: o abuso de substâncias.

Em casos extremos, o estudante recorre às drogas, o que ocasiona a construção de uma vivência de dependência química. Um dos mais altos índices de taxas e suicídio entre os médicos formados são atribuídos aos anestesistas, o que muito se justifica esse dado é o acesso livre, e de forma mais facilitada, a drogas mais potentes que estes possuem. O consumo de substâncias químicas com a finalidade de, muito frequentemente, atribuir maior disposição para quem consome, acaba, por vezes, induzindo a uma realidade muito diferente daquela até então usufruída.

Vamos voltar ao estudo realizado na faculdade de Marília. 88,19% dos estudantes encontravam-se na fase de resistência. Segundo Lipp, quando alguém vivencia a fase de resistência do estresse ainda não há uma patologia instalada.

Sendo assim, pode-se fazer alguma coisa para que esse processo seja revertido. Isso não significa se distanciar do agente estressor, uma vez que não apenas a duração do curso médico é longa, mas também a residência e toda a trajetória desse profissional estarão suscetíveis às situações estressoras.

Enquanto profissionais de saúde, receitaremos aos nossos pacientes pílulas, xaropes, avaliações cirúrgicas e muitas, mas muitas mudanças de estilo de vida. Se nós estudamos os benefícios dos exercícios físicos, lazer, boa alimentação, sono adequado, entre outras medidas, e classificamo-las como fatores determinantes da qualidade de vida dos nossos pacientes, porque esses conselhos não servem pra nós? Vá lá, doutor! Se autoindique qualidade de vida! Pratique suas indicações terapêuticas.

Inspirados pela atividade “Formar cuidadores saudáveis: Grande desafio” do projeto Práxis na Saúde da Universidade Federal da Paraíba, convidamos você a refletir:

VOCÊ ESTÁ CUIDANDO DE SI PARA CUIDAR DOS OUTROS?

REFERÊNCIAS

AGUIAR, S. M. et al . Prevalência de sintomas de estresse nos estudantes de medicina. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro , v. 58, n. 1, p. 34-38, 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852009000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 2016-02-17.

FIEDLER, P. T. **Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica.** 2008. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-10072008-161825/>>. Acesso em: 2016-02-17.

GUIMARÃES, K.B.S. Incidência de estresse e formação médica. **Rev Psicol UNESP.** São Paulo, v.4, n. 1, p. 41-57, jul. 2006. Disponível em: <<http://186.217.160.122/revpsico/index.php/revista/article/download/36/65>>. Acesso em 2016-02-17.

HARADA, B.A. et al. Perfil psicológico do estudante de Medicina. **Rev. Med. Res.**, v.15, n.2, p. 93-101, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/view/399>>. Acesso em 2016-02-17.

KLOSTER, M. C. et al . Sonolência diurna e habilidades sociais em estudantes de medicina. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 37, n. 1, p. 103-109, Mar. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022013000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 2016-02-17.

LIPP, M. E. N. **Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL).** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

PASCOTTO, A. C. SANTOS, B. R. M. Avaliação da qualidade do sono em estudantes de ciências da saúde. **Journal of the Health Sciences Institute.** São Paulo, v.31, n. 3, p. 306-310, Jul. 2012. Disponível em: <http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2013/03_jul-set/V31_n3_2013_p306a310.pdf>. Acesso em 2016-02-17.



MUITO MAIS QUE CLÍNICA X CIRURGIA

POR ARTHUR SAMPAIO - 4^oP | SUZANA MATOS - 6^oP



O que você vai ser quando crescer? Provavelmente essa seja uma das perguntas que mais escutávamos na escola, e muito provavelmente, será a que responderemos em muitos outros momentos da vida, como por exemplo, durante a faculdade. A escolha da especialidade a ser seguida, é uma das respostas que precisamos saber dar: se será clínica ou cirúrgica, em seguida se faremos uma subespecialização e assim por diante. Isso sem contar na possibilidade de fazer uma especialidade de acesso direto, ou ainda seguir na área da pesquisa.

As especialidades de acesso direto, quebrando a dualidade entre Clínica x Cirúrgica, são aquelas em que não são necessários pré-requisitos para pleitear uma vaga, sendo que algumas delas são especialidades em áreas básicas, como: cirurgia geral, clínica médica, ginecologia e obstetrícia e pediatria. Além das áreas básicas, existem as especialidades cirúrgicas, como: oftalmologia, ortopedia, traumatologia, neurocirurgia e otorrinolaringologia; e também existem as especialidades clínicas de acesso direto, como: dermatologia, neurologia, infectologia, genética médica e psiquiatria. E por último, as especializações voltadas para o diagnóstico e tratamento, que são: medicina nuclear, medicina legal, radioterapia, radiologia e patologia.

Assim, estar em dúvida ou gostar de forma igual das especialidades clínicas e cirúrgicas não é um problema, pois é possível conciliar as duas. No caso da ortopedia observamos uma rotina com mais cirurgias e emergências e menos clínica; já os oftalmologistas lidam mais com a prática clínica do que com cirurgias ou emergências. Com isso, é importante conhecer cada especialidade e saber se ela pode proporcionar o que almeja em: qualidade de vida, afinidade, disponibilidade de tempo, remuneração, consultório ou centro cirúrgico, vínculo com o paciente e plantões. Desta forma, se conhecer e saber quais as prioridades na vida ajudam

na escolha da especialidade. Para muitos estudantes de medicina escolher algumas das especialidades de acesso direto ou cirúrgica seria o mesmo que afastar-se do ideal de médico generalista, pois essas especialidades envolvem um alto nível de especialização, aprofundamento de conhecimento, e em algumas, menor contato com os pacientes, além de reforçar o padrão biomédico. Contudo, é necessário reconhecer que seria impossível um único médico saber de tudo e se aprofundar com propriedade em diversos temas. Assim sendo, não se pode fomentar essa dualidade entre especialidades clínicas e cirúrgicas, como se estivéssemos falando em bem ou mal, pois ambas os ramos são fundamentais para o estabelecimento e restauração da saúde e da qualidade de vida dos pacientes.

As especialidades clínicas são aquelas que têm como pré-requisito a realização de 2 anos de clínica médica, dentre elas temos a Geriatria, a Nefrologia, entre outras. Já as especialidades cirúrgicas, como cirurgia pediátrica, plástica, torácica e outras, exigem a realização de 2 anos de cirurgia geral anteriormente. Contudo, além da diferença no tempo de formação destas especialidades, a principal dualidade entre elas está no perfil dos profissionais que a praticam.

CLÍNICO: "SOU FASCINADO PELA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE, NÃO PODIA SER UMA ESPECIALIDADE SEM PACIENTE..."

Bellodi (2000) realizou um estudo com residentes do programa de Clínica Médica e Cirurgia do Hospital das Clínicas da USP e observou que a diferença entre os profissionais dessas áreas se inicia desde o processo de escolha da especialidade. A maioria dos cirurgiões declarou ter optado pela especialidade antes mesmo de entrar na faculdade, por outro lado, os clínicos tiveram

um processo de tomada de decisão, que só foi consolidada nos dois últimos anos de faculdade. Este mesmo estudo questionou o porquê da escolha da especialidade, e uma das respostas dada por um clínico foi: “Sou fascinado pela relação médico-paciente, não podia ser uma especialidade sem paciente...”; por sua vez, um dos cirurgiões respondeu da seguinte maneira: “Tem a ver com personalidade: sou um cara prático, sem rodeios, o problema é esse e tem que ser resolvido de tal maneira...”.

A partir dessas respostas entendemos os estereótipos construídos em torno da imagem dos clínicos e dos cirurgiões. Os clínicos são tidos como teóricos e pouco objetivos, tendendo a ser mais sensíveis e próximos dos pacientes, e por muitas vezes trabalham com incertezas, hipóteses, investigação, prezando sempre pela visão holística dos pacientes. Com isso, em muitos casos, os clínicos acompanham os pacientes por toda a história de sua patologia, como no caso dos pacientes com diabetes, que demandam cuidados constantes e uma visão generalista.

Os cirurgiões, em contra partida, são aqueles que trabalham com o concreto e palpável, tendo em suas condutas resultados imediatos, tanto positivos como negativos, por isso são tidos como profissionais resolutivos. Diante disso, muitos pacientes veem os cirurgiões como pessoas frias, invasivas e, por vezes, fonte de pouca empatia.

Cirurgião: “Tem a ver com personalidade: sou um cara prático, sem rodeios, o problema é esse e tem que ser resolvido de tal maneira...”

Assim, a escolha da especialidade deve ser um processo construído durante o curso e de acordo com os objetivos individuais. Os seis anos de curso devem ser aproveitados ao máximo pelo estudante, independente da especialidade que foi ou será escolhida, a fim de que sua formação não seja prejudicada, pois para ser um bom cirurgião necessariamente deve haver boas bases clínicas. Com isso, deve-se utilizar o tempo de formação para conhecer as especialidades de acesso direto, as especialidades clínicas e suas subespecializações, assim como as especialidades cirúrgicas e suas subáreas. Tendo em mente sempre que os ambulatórios podem não ser monótonos, as enfermarias nem sempre calmas, e os centros cirúrgicos, por vezes, não te permitirão almoçar.

Desta forma, conhecer bem a rotina da especialidade que se escolhe é extremamente necessário, se possível, faça um estágio na especialidade durante pelo menos um mês, extrapolando aqueles do internato, e por último ponderar se isto é realmente o que você quer para o resto de sua vida.

AFINAL, VOCÊ JÁ É GRANDE, O QUE VAI FAZER?

RESIDÊNCIAS MÉDICAS NO BRASIL

ACESSO DIRETO

Acupuntura, Anestesiologia, Dermatologia, Genética Médica, Infecologia, Medicina do Trabalho, Medicina Esportiva, Medicina Física e Reabilitação, Medicina Legal e Perícia Médica, Medicina Nuclear, Neurocirurgia, Neurologia, Oftalmologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Patologia, Patologia Médica/Medicina Laboratorial, Radiologia e Diagnóstico Por Imagem e Radioterapia.

CLÍNICA MÉDICA (2 ANOS)

Alergia e Imunologia, Cancerologia, Cardiologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Geriatria, Hematologia, Geriatria, Hematologia e Hemoterapia, Nefrologia, Pneumologia e Reumatologia.

CIRURGIA GERAL (2 ANOS)

Cirurgia Cardiovascular, Cabeça e Pescoço, Aparelho Digestivo, Pediátrica, Plástica, Torácica, Vascular, Coloproctologia e Urologia.

OUTRAS JUSTIFICATIVAS DE RESIDENTES SOBRE SUA ESCOLHA DE ESPECIALIDADE - BELLODI (2000)

CLÍNICOS

“NÃO TINHA PERFIL NENHUM PARA CIRURGIA, NEM HABILIDADE MANUAL, ACHAVA MAÇANTE...”

“É MAIS LEGAL PENSAR, RACIOCINAR NO QUE VAI FAZER, ALTERAR UMA CONDUTA COM BASE NO QUE IMAGINOU FAZER. É MUITO TÉCNICO ENTRAR, ABRIR, CORTAR E COSTURAR...”

“A GENTE SE PREOCUPA EM ENTENDER TODAS AS FACETAS DA PESSOA...”

CIRURGIÕES

“CIRURGIA É A ESPECIALIDADE PRÁTICA DA MEDICINA: SE É MOLE, CORTA; SE É DURO, SERRA; SE ESTÁ SANGRANDO, PINÇA; SE TEM PUS, DRENA...”

“NÃO FICA AQUELA COISA DE FICAR COM O PACIENTE ANOS E ANOS, O REMEDINHO, POR EXEMPLO: O DIABÉTICO, SEMPRE TEM QUE CONTROLAR...”

“OS RESULTADOS, BONS OU RUINS, SÃO MAIS IMEDIATOS QUE OUTRAS ESPECIALIDADES...”

DICAS DE LEITURA:

“O LIVRO QUE TODO FUTURO MÉDICO DEVERIA LER”

- JOÃO A C LIMA, M.D (PROFESSOR OF MEDICINE - JOHNS HOPKINS UNIVERSITY)

“O CLÍNICO E O CIRURGIÃO — ESTEREÓTIPOS, PERSONALIDADE E ESCOLHA DA ESPECIALIDADE MÉDICA”

- BELLODI, PL. SÃO PAULO, CASA DO PSICÓLOGO, 2000



RESIDÊNCIA MÉDICA X PROVA DE TÍTULO



POR ARTHUR SAMPAIO - 4^º P | SUZANNA MATOS - 6^º P

Ao contrário do que muitos pensam, o médico recém-formado não é um clínico geral. O termo adequado para o estudante que terminou a graduação em Medicina é o de “generalista”, isso significa que o novo médico não é um especialista. No Brasil, há apenas duas formas de se obter esse nível de especialização certificado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) por meio de seus Conselhos Regionais (CRMs): 1) a conclusão de programa de Residência Médica credenciada pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) ou 2) através de prova realizada pela sociedade da respectiva especialidade médica que deve estar filiada à Associação Médica Brasileira (AMB).

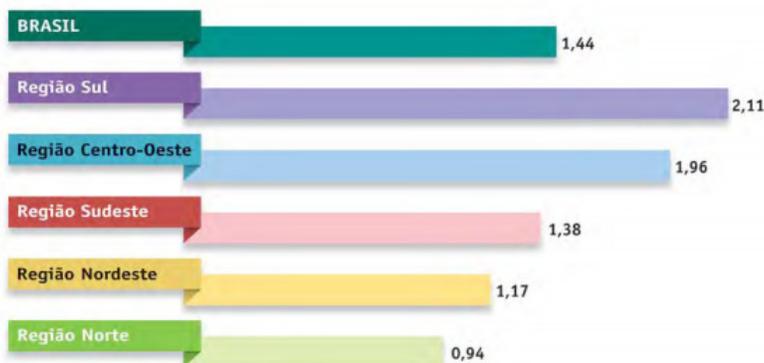
A busca pela especialização relaciona-se diretamente com questões inerentes à valorização profissional, busca por melhor remuneração e até necessidade para inscrição em concursos ou seleções públicas. Contudo, apesar de minoria, o número de médicos generalistas ainda é grande. Segundo dados da publicação Demografia Médica no Brasil 2015, um estudo realizado por pesquisadores da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) com apoio do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp) e do CFM, no ano de 2014, 41% dos médicos não possuíam título de especialista, totalizando 159.341 profissionais. Enquanto, os outros 228.862, 59%, possuíam ao menos um título de especialista. A região Nordeste apresenta a segunda menor proporção de especialistas em relação a generalistas, ficando à frente apenas da região Norte (figura no final). O estudo também revela que apesar dos homens serem maioria em 38 das especialidades, ambos os sexos apresentam a mesma porcentagem em relação a médicos com títulos e sem títulos, respectivamente 59% e 41%. Quanto à idade encontra-se uma menor proporção de especialistas na faixa mais jovem (de até 29 anos) e a explicação para isso não é nem um pouco difícil.

A Residência Médica é considerada pela grande maioria o “padrão-ouro” da formação dos médicos especialistas, mas o número de vagas disponíveis é incapaz de abarcar os milhares de egressos anuais das faculdades médicas brasileiras, fora os estudantes

formados em outros países que revalidam seu diploma no nosso país. A situação se assemelha a um segundo vestibular, com alta concorrência e cursinhos preparatórios que já são conhecidos desde o primeiro período do curso. O atual governo, por meio da controversa lei Nº 12.871, mais conhecida como Lei dos Mais Médicos, promete igualar o número até 2018, com a criação de 12 mil vagas até 2017. Enquanto isso resta aos não aprovados seguirem outros caminhos, já que também não possuem a experiência exigida para realizar a prova de título. Dentre os caminhos possíveis, alguns iniciam curso de especialização, outros buscam estágios remunerados e até não remunerados na especialidade escolhida e uma outra parcela é absorvida pelo mercado de trabalho.

Para um melhor entendimento de tudo que foi escrito até aqui, usaremos o exemplo do início do texto, o famoso Clínico Geral. Para alcançar esse título são necessários além dos 6 anos de graduação, 2 anos de Residência Médica em Clínica Médica OU prova de título realizada pela Sociedade Brasileira de Clínica Médica (SBCM). A SBCM realiza o concurso por meio de duas etapas: análise curricular (peso 2) e prova escrita do tipo teste (peso 8). Além disso, o candidato deve estar em conformidade com os pré-requisitos estabelecidos pela própria Sociedade. Vale salientar que cada sociedade tem o poder de adotar pré-requisitos próprios, o que impossibilita a descrição no presente texto dos requisitos das mais de 50 áreas de atuação médica reconhecidas no país. Dica: os editais são facilmente encontrados em uma rápida busca na web (Salve, salve, tio Google!).

Distribuição de médicos, segundo grandes regiões e razão especialista/generalista – Brasil, 2014



Nota: nesta análise foi usado o número de médicos.

Fonte: Scheffer M. et al., Demografia Médica no Brasil 2015.

SEJA ATRAVÉS DA RESIDÊNCIA MÉDICA OU DA PROVA DE TÍTULO, O IMPORTANTE É QUE O ESTUDANTE DE MEDICINA CONHEÇA AS ALTERNATIVAS E CAMINHOS POSSÍVEIS PARA QUE ESCOLHA A FORMA QUE MAIS SE ENCAIXA COM SUAS POSSIBILIDADES E PERFIL.

THE WINTER IS COMING...

POR MATHEUS VERAS - 8ª P

Os amantes da saga “As crônicas de Gelo e Fogo” e acompanhantes assíduos da série Game of Thrones, transmitido pelo canal HBO, podem conhecer de cor o famoso lema da Casa Stark e interpretá-lo como um alerta de mau presságio (“O inverno está chegando...”). Porém, o audacioso recordista holandês Wim Holf diria que, contraditoriamente, isso é uma ótima notícia para o corpo humano, principalmente para o nosso sistema imunológico!

Holf é conhecido mundialmente como “O Homem de Gelo”, devido a sua capacidade singular de resistir a temperaturas extremamente baixas e por seu recorde mundial em tempo de imersão numa banheira de gelo. Mas isso não é tudo! Através de técnicas elaboradas de respiração e meditação, possibilitadas pela yoga, Holf alega ser capaz de controlar seu sistema nervoso autônomo, argumentando ainda que essas habilidades permitem que ele realize suas performances e o proteja de doenças. Há dois anos, então, pesquisas começaram a ser realizadas na Universidade de Radboud Nijmegen, na Holanda, para testar e validar os métodos utilizados por Wim Holf e suas consequências no sistema nervoso e imunológico do ser humano. Atualmente, a metodologia de Holf e os estudos realizados em Nijmegen demonstram que a resposta imunológica pode ser voluntariamente influenciada de maneira não-farmacológica através de ativação do sistema nervoso simpático. Porém eles enfatizam que ainda não se investigou a aplicabilidade de tais técnicas em pacientes doentes.

Pesquisa: O estudo foi realizado com 24 indivíduos saudáveis divididos aleatoriamente em dois grupos: grupo de intervenção (n = 12) e grupo controle (n = 12). O primeiro grupo foi treinado por Wim Holf durante dez dias, realizando um número específico de técnicas. O treinamento aconteceu na Polônia, onde os voluntários aprenderam técnicas de respiração e meditação, além de andar de short pelo gelo e nadar em águas geladas. Ao regressarem para a Holanda, os cientistas aplicaram nos dois grupos (intervenção e controle) uma injeção contendo endotoxinas da bactéria *Escherichia coli* (2 ng/kg – IV) para estimular uma resposta de defesa do sistema imunológico.

Segundo os pesquisadores, o treinamento e aplicação das técnicas de meditação e respiração promovem uma maior produção de epinefrina. Esse hormônio é conhecido por ser liberado durante a estimulação do siste-



ma nervoso autônomo simpático e por suprimir a atividade imunológica sistêmica. Os autores do estudo alegam que os resultados podem ter grandes implicações para pacientes portadores de doenças autoimunes, como artrite reumatoide e esclerose múltipla.

Obviamente, existem riscos e nada deve ser tentado sem o acompanhamento de pessoas treinadas e qualificadas. A hipotermia é um risco real a vida dos aventureiros que decidirem imitar Holf em suas imersões em banhos de gelo. Além disso, exercícios de respiração podem ser desconfortáveis e causarem vertigem.

“DE FATO, OBSERVAMOS QUE, NOS INDIVÍDUOS TREINADOS, A LIBERAÇÃO DE PROTEÍNAS INFLAMATÓRIAS FOI ATENUADA E ELAS EXPERIMENTARAM MUITO MENOS SINTOMAS DE FEBRE E DORES DE CABEÇA EM RELAÇÃO AO GRUPO CONTROLE.” – AFIRMOU O MÉDICO ANESTESISTA E INTENSIVISTA DR. MATTHIJS KOX DO INSTITUTO DE INFECÇÕES, INFLAMAÇÕES E IMUNIDADE DE NIJMEGEN.

Mesmo que se comprove algumas incoerências nas afirmações e técnicas de Wim Holf, ele já nos mostra que existe relação entre o Homem e a Natureza e justifica a importância de estarmos em sintonia com a mesma. As discussões atuais já nos levam a refletir sobre a maneira destrutiva e abusiva com que tratamos o meio-ambiente, assim como é evidente as consequências das nossas ações desmedidas. Talvez o desenvolvimento, apontado sempre como inimigo, comece agora a se tornar aliado nesse processo, elucidando como é urgente a valorização daquilo que nos cerca e que nos fornece os subsídios para viver. Por isso, é preciso que a ciência continue explorando campos inóspitos, imergindo em áreas mais profundas que envolvem o ser humano. Pois foi na escuridão gélida do desconhecido que Wim Holf nos deu os primeiros sinais de que ainda há muito a ser descoberto sobre o nosso corpo e o meio que nos cerca.

Kox M., van Eijk L. T., Zwaag J., van den Wildenberg J., Sweep F. C. G. J., van der Hoeven J. G., Pickkers P. Voluntary activation of the sympathetic nervous system and attenuation of the innate immune response in humans. *PNAS* 2014 111 (20) 7379-7384; published ahead of print May 5, 2014, doi:10.1073/pnas.1322174111.



NISE DA SILVEIRA: UMA VIDA TRANSFORMADA EM LUTA, CULTURA E ARTE

POR INGRID GUEDES - 6^ºP | PEDRO BRAZ - 4^ºP

“Para navegar contra a corrente são necessárias condições raras: espírito de aventura, coragem, perseverança e paixão.”
Nise da Silveira



Exímio nome da psiquiatria brasileira, Nise da Silveira (1905-1999) foi uma grande representante da corrente junguiana* no Brasil e pioneira na terapia ocupacional. Alagoana, formou-se na Faculdade de Medicina da Bahia (1921-1926), sendo a única mulher em uma turma de 157 alunos.

Após a morte prematura do pai, mudou-se para o Rio de Janeiro (1927), iniciando sua carreira profissional. Casou-se com o médico sanitarista Mario Magalhães, e em 1933 ingressou no serviço público, trabalhando no Serviço de Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental.

Engajada no ideal marxista e atuante na União Feminina do Brasil, foi perseguida e presa por 15 meses (1934-1936) pela ditadura getulista, no presídio Frei Caneca, lugar em que conheceu Graciliano Ramos. O escritor a descreve em “Memórias do Cárcere”

(um livro de memórias de Graciliano Ramos, publicado postumamente em dois volumes – 1953): “... lamentei ver a minha conterrânea fora do mundo, longe da profissão, do hospital, dos seus queridos loucos. Sabia-se culta e boa. Rachel de Queiroz me afirmara a grandeza moral daquela pessoinha tímida, sempre a esquivar-se, a reduzir-se, como a escusar-se a tomar espaço...”.

Após um período de semiclandestinidade devido ao risco de ser novamente presa, em 1944 foi reintegrada ao serviço público, prestando serviço ao Hospital Pedro II, no subúrbio do Rio de Janeiro. Devido a sua postura crítica e humanista, sempre foi contrária à metodologia da época para o tratamento psiquiátrico (lobotomia, coma insulínico e o eletrochoque), considerando as técnicas perversas, agressivas e semelhantes à tortura empregada durante o Estado Novo. Desse modo, optava por métodos psicológicos e terapêuticos de tratamento, criando ainda o setor de ateliê, pintura e escultura que posteriormente originou o Museu de Imagem do Inconsciente.

Em 1956, Nise e um grupo de amigos decidem fundar a Casa das Palmeiras, com o objetivo de construir um ambiente livre e acolhedor que serviu de ponte entre o hospital e a sociedade, possibilitando, assim, o estímulo ao paciente por meio de atividades lúdicas individuais e em grupo. A instituição atua, há 60 anos, na tentativa de evitar internações e reinternações hospitalares.

Em outubro de 1999, aos 94 anos, morre Nise da Silveira devido a complicações respiratórias, deixando um enorme legado na psiquiatria nacional. A ilustre médica alagoana, além de revolucionar o tratamento das enfermidades psiquiátricas, é um modelo a ser seguido de perseverança e de paixão na luta pelos direitos da mulher na sociedade.

*Carl Gustav Jung - Psiquiatra suíço fundador da psiquiatria analítica.



Conversamos com Flávio Soares, professor da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas e da Universidade Federal de Alagoas, graduado em Medicina (FCM – UPE), Mestrado e Residência Médica em Psiquiatria (UFPE), Doutorado e Pós-doutorado em Antropologia (EBAF - Paris, França / Jerusalém, Israel), e coordenador do Projeto Arte e Psiquiatria Nise da Silveira

NeuroGenesis: Qual a contribuição de Nise para a psiquiatria?

Flávio Soares: O trabalho de Nise extrapolou as fronteiras do país. Não só inspirou a reforma da psiquiatria brasileira. Ela é reconhecida no mundo inteiro. Foi um dos pioneiros no movimento de reforma psiquiátrica, defendendo a solidariedade, o afeto, o amor, o respeito à vida, à natureza e a igualdade entre os seres humanos, independentes de ideologia, crença ou religião. Acreditava no exercício artístico como instrumento capaz de resgatar significativas imagens inconscientes, peças fundamentais ao terapeuta na análise sensorial/cognitiva do paciente.

Ela inspirou profissionais de saúde mental que protagonizaram a importante reforma italiana e o início da luta anti-manicomial. Além disso, a expressão artística do paciente no processo terapêutico passou a ser devidamente valorizado como mais uma importante ferramenta. Realizou uma obra que tem sua marca. Há um só trabalho: “a vida e a obra, a obra e a vida”.

NG: O que motivou a criação do Instituto Arte & Psiquiatria Nise da Silveira? Qual o objetivo do Instituto?

FS: Infelizmente, em Maceió a casa onde Nise nasceu foi transformada em sede do PROCON. Chega a ser inacreditável que enquanto no Rio de Janeiro existe um museu (Imagens do Inconsciente) com o nome da alagoana, na cidade onde nasceu sua casa primava não seja utilizada como local de reverência ao seu notável trabalho.

Assim, a homenagem à alagoana Nise da Silveira para dar nome ao Instituto Arte e Psiquiatria está relacionada à essência intimistas dessa mulher e aos objetivos do nosso trabalho em parceria com duas universidades europeias.

Objetivos:

- Adquirir e/ou exercitar a capacidade de ter um “segundo olhar” sobre todas as coisas;
- Apreciar e exercitar nossa capacidade crítica sobre diversas formas de expressões artísticas: música, literatura, artes plásticas, artes cênicas e audiovisuais;
- Elaborar trabalhos artísticos e/ou científicos para exposição, publicações e/ou apresentações nos mais diversos eventos;
- Estimular a comunidade acadêmica da UFAL e da UNCISAL na participação e elaboração de produção científica e artístico-cultural.

MUSEU DE IMAGENS DO INCONSCIENTE



○ Museu da Imagem do Inconsciente fica localizado no Rio de Janeiro e a entrada é gratuita, vale a pena uma visita!

Em 1946, Nise resolveu criar um setor de ateliê de pintura e escultura, dando assim maior visibilidade ao processo de cura que pretendia encontrar com a utilização de atividades expressivas. Após três meses de funcionamento, já havia material suficiente para que se realizasse uma primeira exposição. No mesmo ano foi inaugurada então a primeira mostra de imagens do Centro Psiquiátrico Nacional. Já em 1949, é realizada a segunda grande amostra de artes, recebendo a visita de Leon Degand, crítico de arte e então diretor do Museu de Arte Moderna de São Paulo que, impressionado pela qualidade artística de muitos trabalhos, propôs ao Centro Psiquiátrico que se expusesse os trabalhos produzidos em São Paulo no Museu de Arte Moderna. À medida que aumentava o número de divulgações dos trabalhos da seção, a ideia do museu foi se concretizando cada vez mais. Finalmente, em 20 de maio do ano de 1952 é inaugurado o Museu de Imagens do Inconsciente, apresentando na ocasião uma pequena mostra de obras de diversos internos.

Livro: Imagens do Inconsciente

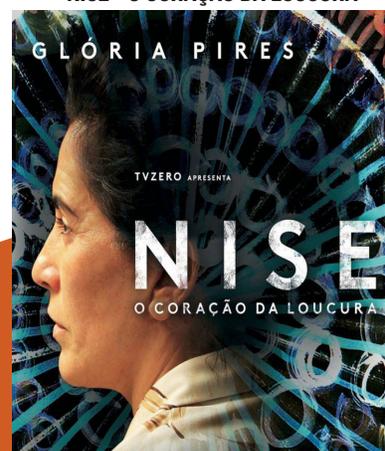
Este livro é o resultado de uma longa experiência vivida em um hospital psiquiátrico. A autora, através de observação do exercício livre de atividades diversas numa seção de terapêutica ocupacional, chegou empiricamente à confirmação do conceito minoritário de que o mundo interno do esquizofrênico encerra insuspeitas riquezas e as conserva mesmo depois de muitos anos de doença. As atividades da pintura e da modelagem, principalmente, tornavam menos difícil o acesso aos conteúdos do inconsciente, permitindo que o processo psicótico, por assim dizer, se tornasse visível no seu desdobramento.



Documentário: Imagens do Inconsciente

Imagens do Inconsciente, de Leon Hirszman em cooperação com Nise da Silveira, produzido entre 1983 e 1985, composto de três partes (Em Busca do Espaço, Cotidiano, No Reino das Mães e A Barca do Sol) conectadas entre si. O documentário é baseado em um livro homônimo da autora.

NISE - O CORAÇÃO DA LOUCURA



Dia 21 de abril, chega aos cinemas brasileiros o filme 'Nise – O coração da Loucura', trazendo Gloria Pires como protagonista sob a direção de Roberto Berliner. O longa foi filmado durante dois meses no Instituto Nise da Silveira, no Engenho de Dentro, onde ficava o Hospital Psiquiátrico Pedro II. A película retrata o retorno de Nise ao trabalho após sair da prisão, abordando sua proposta de uma nova forma de tratamento dos pacientes que sofrem da esquizofrenia, eliminando o eletrochoque e a lobotomia. Mostra que seus colegas de trabalho discordam do seu meio de tratamento e a isolam, restando a ela assumir o abandonado Setor de Terapia Ocupacional, onde dá início a uma nova forma de lidar com os pacientes, através do amor e da arte.

DESCOMPLICANDO

COM A

P

C

R

POR CLEIDE ARAÚJO - 5ªP | ATTIE DALBONI - 4ªP | THAÍS PITHAN - 4ªP

Célia Pedrosa, médica graduada pela Universidade Federal de Alagoas, com Especialização, Mestrado e Doutorado em Medicina Tropical, os dois últimos, pela Universidade Federal de Pernambuco. Professora Associada IV da Universidade Federal de Alagoas, atua principalmente nos seguintes temas: Leishmaniose Visceral, AIDS, Filariose Linfática e Educação Médica.



“PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS JÁ MOSTRAVAM QUE ESSE MÉTODO DE DIAGNÓSTICO APRESENTAVA ELEVADA SENSIBILIDADE”

PESQUISA VALIDA TÉCNICA PARA DIAGNÓSTICO DA LEISHMANIOSE VISCERAL AMERICANA

NeuroGenesis: Dra Célia, como surgiu a ideia de realizar uma pesquisa para validar a técnica de PCR no diagnóstico de LVA?

Célia Maria: Publicações científicas já mostravam que esse método de diagnóstico apresenta elevada sensibilidade, além de poder ser usado com sangue periférico. Por isso, comparamos a PCR em sangue aspirado de medula óssea e no sangue periférico, pensando em um futuro próximo, abolir o diagnóstico parasitológico pelo aspirado medular.

NG: O campo de pesquisa foi o Hospital Escola Dr. Hέλvio Auto, referência em doenças infecto-contagiosas em Alagoas. Quais foram os pesquisadores envolvidos e quanto tempo levou para concluir o estudo?

CM: Foi um trabalho desenvolvido para elaboração da minha tese de doutorado, muitos foram os envolvidos, como o coordenador do doutorado Prof. Ricardo Ximenes (UFPE), Profa. Eliana Maria Maurício da Rocha (UFAL), que cedeu o laboratório de Biologia Molecular do Departamento de Patologia do Centro de Ciências Biológicas da UFAL, Prof. Wendel Almeida. Além dos doutores Gilberto Fontes, Eduardo Ramalho, Celina Lacet, Daniel Gitaí. Meus colegas do Hospital Hέλvio Auto, Dra. Maríone Cortez que pacientemente leu inúmeras vezes meus escritos. Sem todas essas pessoas e sem a ajuda financeira da FAPEAL/CAPES esse projeto não teria sido realizado.

NG: O que o grupo esperava encontrar com a pesquisa?

CM: Esperava substituir o diagnóstico etiológico da

doença que utiliza o aspirado medular pela PCR utilizando sangue periférico.

NG: Quais critérios foram utilizados para escolha dos pacientes participantes da pesquisa?

CM: A amostra foi composta por pacientes febris que apresentassem hepatoesplenomegalia e que concordassem em participar, assinando o TCLE.

NG: Que vantagens este método apresenta frente a outros recursos diagnósticos já utilizados?

CM: A PCR é um método altamente sensível, facilmente detecta o DNA do parasita no sangue periférico de doentes e sadios que vivem em região endêmica. Enquanto o método parasitológico só detecta o parasita em doentes.

NG: Qual a importância da validação do teste no contexto da pesquisa?

CM: Temos um ótimo método para estudos epidemiológicos. A vantagem da PCR é ser muito boa quando usamos sangue periférico aliado ao quadro clínico do paciente. Aqui se reafirma o antigo e atual aforismo “a clínica é soberana”.

NG: Acredita que os resultados encontrados corresponderam às expectativas do grupo?

CM: Acredito que sim e ao término da pesquisa concluímos que não é possível abolir o aspirado medular do diagnóstico da doença, considerando que a PCR em área endêmica é positiva em doentes e em infectados sem a doença.

“A POPULAÇÃO PODERÁ SE BENEFICIAR CASO O TESTE SEJA OFERECIDO PELO LABORATÓRIO DE SAÚDE PÚBLICA, UMA VEZ QUE ESTE POSSIBILITARIA O DIAGNÓSTICO PRECOCE DA INFECÇÃO.”

NG: Quais dificuldades foram encontradas no decorrer da pesquisa?

CM: Várias dificuldades, entre elas a falta de disponibilidade de técnico para executar o trabalho no laboratório e descobrir a razão de alguns resultados serem conflitantes.

NG: Por Alagoas ser uma região endêmica para LVA, como a população pode se beneficiar deste teste?

CM: A população poderá se beneficiar caso o teste seja oferecido pelo laboratório de saúde pública, uma vez que este possibilitaria o diagnóstico precoce da infecção.

NG: Quais os conselhos que a senhora daria para quem quer seguir a área de pesquisa?

CM: A coisa mais importante é gostar do que faz. Se você não gosta de fazer pesquisa, nem comece. Como tudo na vida, você tem que estar apaixonado. Acho que para mim isso é a coisa mais importante, ter paixão naquilo que faz.

NG: Gostaria de deixar uma mensagem final para nossos leitores?

CM: Qualquer coisa que fizer: Faça bem feito!

“Criada em 1983, a PCR é uma das técnicas mais comuns utilizadas em laboratórios de pesquisas médicas e biológicas para diversas tarefas, como o sequenciamento de genes e diagnóstico de doenças hereditárias, identificação de “impressão digital” genética (usado em testes de paternidade e na medicina forense), diagnóstico de doenças infecciosas e criação de organismos transgênicos.”



DOENÇAS

NEGLIGENCIADAS: PORQUEM?

POR GLEIDE ARAÚJO - 5ªP | ATTIE DALBONI - 4ªP | THAÍS PITHAN - 4ªP

Os grupos de pesquisa têm por função produzir e disseminar conhecimento em uma Universidade por meio do intercâmbio de experiências entre professores e alunos, os quais, juntos, desenvolvem projetos de pesquisa. A criação destes gera a oportunidade de iniciar cientificamente os acadêmicos, trabalhando para seu desenvolvimento como estudante pesquisador. Assim, nesta edição da NeuroGenesis, inicia-se a exposição de tais grupos existentes na FAMED. Nosso objetivo é revelar a ciência realizada em nossa faculdade, destacando a representação e importância dos projetos de pesquisa na produção de conhecimento para a comunidade científica.

O Grupo de Estudo em Doenças Infecciosas e Parasitárias, do qual faz parte a Prof. Dra. Célia Maria Pedrosa, originou-se na FAMED com a função de aprofundar e dar visibilidade a esta área, tendo como base as doenças endêmicas no Estado de Alagoas - que tanto são importantes para a população quanto negligenciadas pela comunidade médica. Desenvolvem trabalhos sobre patologias como Meningite, Leishmaniose Visceral, Tuberculose, Criptococose, Dengue, entre outras.

Dentre essas doenças, a que mais recebe destaque é a Leishma-

niose Visceral, uma doença sistêmica causada por parasito do gênero Leishmania. Ela não se transmite de uma pessoa à outra, mas através da picada do mosquito fêmea infectado. Os principais sintomas são fraqueza, perda do apetite, anemia, aumento do baço e sangramentos na boca e intestino. Sintomas que são facilmen-

“A NEGLIGÊNCIA SE DÁ EM TODOS OS ÂMBITOS DA SAÚDE, NÃO APENAS NO CAMPO MÉDICO.”

te confundidos com outras doenças quando não se tem uma visão geral do meio em que o paciente vive, além do tempo necessário para se fazer uma boa anamnese.

A necessidade de aprofundar os estudos nessa patologia ocorre pela gravidade da doença quando diagnosticada tardiamente. Ou seja, uma doença que seria tratada com relativa facilidade não é considerada como hipótese diagnóstica mesmo em regiões endêmicas. “Os médicos não estão fazendo uma história da doença atual detalhada, escutando o paciente, fazendo exame físico e raciocinando para chegar ao diagnóstico”, explica a Dra. Célia. No grupo de estudo são desenvolvidas pesquisas que focam tanto a epidemiologia, quanto a

evolução das doenças em diferentes pacientes, inclusive os imunocomprometidos: “avaliamos o desenvolvimento da Leishmaniose em pacientes portadores do vírus HIV, analisando o comprometimento gerado pelas duas doenças concomitantemente”.

A negligência se dá em todos os âmbitos da saúde, não apenas no campo médico. A indústria farmacêutica não tem interesse em investir na produção de novos medicamentos, pois, segundo Dra. Célia, “não se tem lucro quando comparado a doenças como hipertensão e diabetes”. O tratamento inicial surgiu em 1912 com um antimonial trivalente extremamente tóxico. Após a segunda grande guerra, desenvolveu-se o antimonial pentavalente, e é essa droga produzida há mais de 60 anos que é primeira escolha farmacológica atual. Enquan-

“UMA DOENÇA QUE SERIA TRATADA COM RELATIVA FACILIDADE NÃO É CONSIDERADA COMO HIPÓTESE DIAGNÓSTICA MESMO EM REGIÕES ENDÊMICAS.”

to isso, a AIDS, que ganhou destaque na década de 80, sofreu uma revolução medicamentosa que proporcionou um grande aumento da qualidade de vida dos pacientes portadores do vírus.

Desde o século XX até os dias de atuais, ainda persiste a negligência às doenças infecto-parasitárias. Mesmo com o elevado desenvolvimento técnico-científico que possuímos hoje, elas continuam fazendo parte do “Top 10” na lista das doenças com grande índice de letalidade. Quando se avalia a população de baixa renda, percebe-se que tais patologias são as principais causas de adoecimento em países em desenvolvimento, segundo dados fornecidos pela OMS.

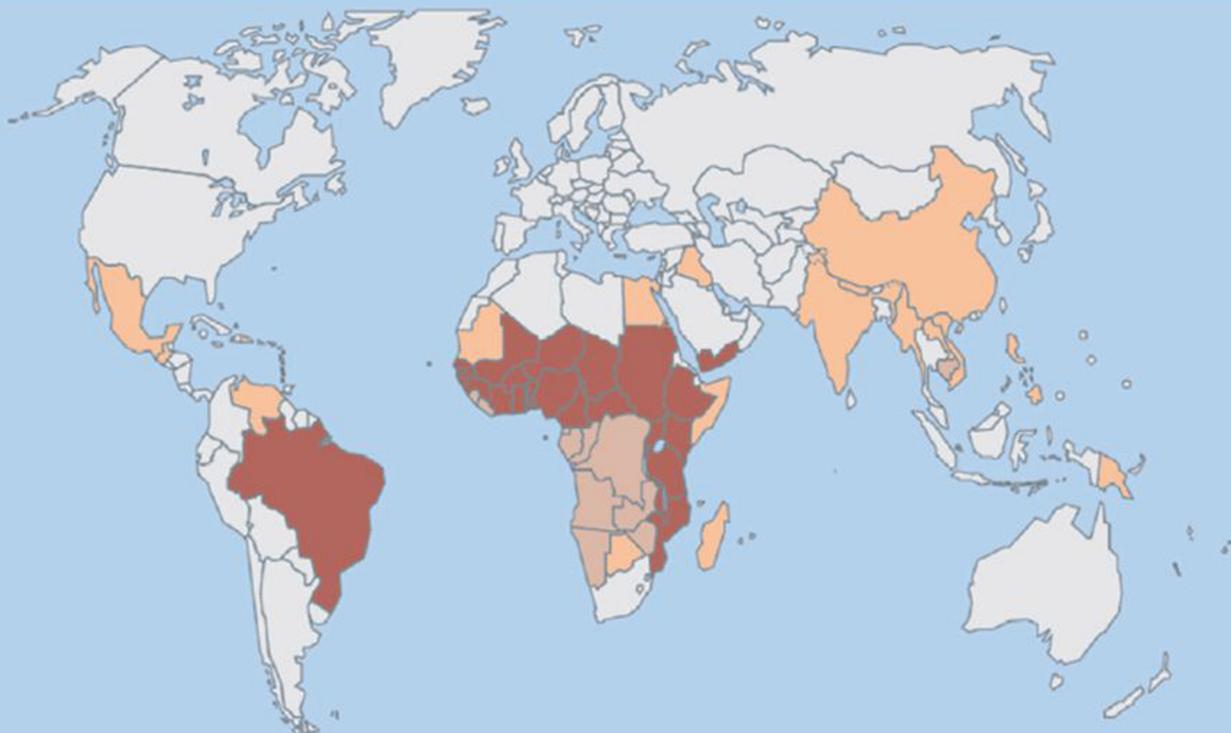
Nesse ponto, surge a importância dos grupos que desenvolvem pesquisas na área. As doenças infecciosas possuem alta complexidade em virtude das adaptações sofridas tanto pelos micro-organismos, quanto pelo homem e o meio em que vivem. Essas modificações exigem a busca contínua pelo conhecimento e o aprofundamento dos dados já conquistados. Para isso, é essencial a participação de todos os âmbitos da saúde. A

epidemiologia entra como um agente fundamental para a quantificação e identificação das áreas de risco bem como a população suscetível a tais patologias. O médico exerce um papel central no diagnóstico, com base em conhecimento científico, pesquisa e experiência. O olhar para o paciente exige aplicação de empatia e a capacidade da escuta. Assim, a visibilidade ao tema se retrata na visibilidade ao paciente.

Dessa maneira, Dra. Célia ressalta a importância de um maior engajamento, desde a graduação, ao estudo e à pesquisa sobre as doenças negligenciadas. Segundo ela, “o grupo de estudo é aberto aqueles que se interessarem pelo tema. O único pré-requisito envolve a necessidade dos alunos possuírem conhecimento nas disciplinas de parasitologia e microbiologia, pagas durante o 4º período”.

Assim, tendo em vista os esforços de determinados grupos em desenvolver estudos na área, além da importância para pacientes que convivem diariamente com essa problemática, perguntamos: doenças negligenciadas, por quem?

DOENÇAS NEGLIGENCIADAS NO MUNDO



■ Cinco doenças tropicais negligenciadas

■ Seis doenças tropicais negligenciadas

■ Sete doenças tropicais negligenciadas

ESTUDANTE PESQUISADOR

POR CAMILA HANSEN, PRISCILA GUEDES E YASMIN CARDOSO - 4^oP



Fazemos parte de uma pesquisa que tem como foco a Asma, uma conhecida doença inflamatória crônica que leva a crises recorrentes de broncoespasmo - deixando o paciente com a expressão característica de angústia e falta de ar -, gerando uma consequente limitação do fluxo aéreo. Assim como outras doenças crônicas, a asma está associada a importantes determinantes da qualidade de vida do indivíduo, havendo influência de seu contexto familiar e social. No caso de crianças e adolescentes, podemos perceber que o cuidado da asma está relacionado com a saúde materna, além das condições socioeconômicas do paciente.

Tendo a intenção de mensurar a influência que esses fatores têm na saúde dessas crianças e adolescentes, as professoras e pediatras Auxiliadora Damianne e Mércia Lamenha desenvolvem as pesquisas no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes e na Clínica Infantil Daisy Breda, ambos em Maceió-AL. Para recrutar mães e crianças, nós estudantes utilizamos do espaço do ambulatório de pneumologia pediátrica na espera das consultas, conversando com as mães para procurar saber tanto sobre aspectos pessoais quanto às condições socioeconômicas nas quais elas vivem. A amostra inclui crianças que tenham mais de 18 meses e adolescentes menores de 15 anos em companhia da mãe ou avó cuidadora.

Participar de uma pesquisa clínica por meio da aplicação de questionários aproxima o estudante da prática médica, já que precisamos nos comunicar com os pacientes da maneira correta para que possamos conseguir as respostas adequadamente. Enxergamos essa habilidade adquirida aos poucos na pesquisa como fundamental para que possamos ser médicos capazes de manter uma relação médico-paciente de qualidade, ouvindo e interpretando o que o paciente tem a nos dizer.

São avaliadas três variáveis através de questionários:

CONTROLE DA ASMA	NÍVEL DE SUPORTE SOCIAL	CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA
Para essa avaliação é utilizado o Questionário para avaliação do controle de asma, preconizado pela Global Initiative for Asthma, que discrimina pacientes em controlados, parcialmente controlados e não controlados.	Aferido através do Medical Outcomes Study Questions – Social Support Survey. Esse instrumento define três dimensões de percepção de suporte social: suporte afetivo e interação social positiva; Suporte emocional e informacional; e suporte material.	Utiliza-se o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) (ABEP, 2015).

Apesar disso, também há dificuldades. Ser um estudante pesquisador exige tempo e as vezes nos deparamos com pouca disponibilidade para realizarmos as pesquisas no ambulatório. Mas, para isso, contamos com um total de seis estudantes de diversos períodos, o que facilita a realização de revezamento para as coletas.

A pesquisa proporciona a oportunidade de aprender mais sobre método científico em si, aplicando os conhecimentos obtidos desde o início do curso, além de incentivar a busca por novos conhecimentos, nos tornando assim estudantes mais críticos.

“SER UM ESTUDANTE PESQUISADOR EXIGE TEMPO E AS VEZES NOS DEPARAMOS COM POUCA DISPONIBILIDADE PARA REALIZARMOS AS PESQUISAS NO AMBULATÓRIO.”

DISSECANDO O CORAÇÃO

POR CLEIDE ARAÚJO - 5^oP | DALMO SANTANA - 11^oP +
RICARDO CÉSAR E DANIELA MARTINS - CARDIOLOGISTAS



Identificação: Paciente I.M.M.D.; sexo feminino; 57 anos; 1,57m; 77kg; residente em Maceió-AL.

Queixa principal: “Dor no peito e nas costas”.

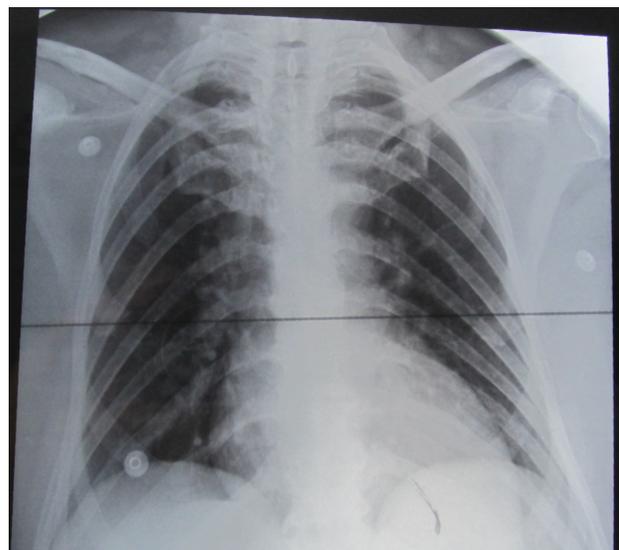
HDA: Paciente admitida em agosto de 2013, transferida de outro hospital, com queixa de angina instável com irradiação para o dorso, com início há 6 horas, pós Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) de parede inferior.

Antecedentes pessoais: Referia Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), dislipidemia, hipotireoidismo e IAM inferior há 6 dias. Relatou histerectomia, cesariana e cirurgia de varizes em membro inferior esquerdo. Negou diabetes e alergias.

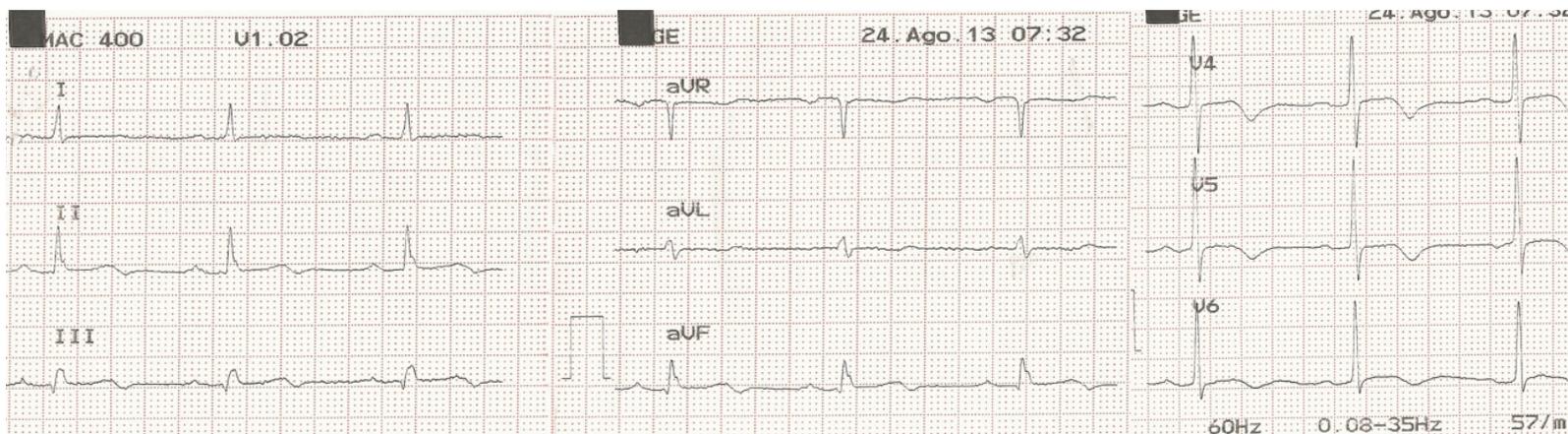
Exame físico: Ao exame físico encontrava-se orientada, eupneica, anictérica, afebril. ACV: Ritmo cardíaco regular em dois tempos (RCR em 2T), bulhas normofônicas (BNF), sem sopros audíveis (SS). FC: 91bpm, PA: 130/80mmHg. AR: Murmúrio vesicular presente (MV+) em ambos hemitórax (AHT) com FR de 20ipm. Apresentava pulsos de MMSS e MMII simétricos.

Exames complementares: Hemograma e coagulograma sem alterações. Glicemia capilar: 120mg/dl. Marcadores de necrose miocárdica: CPK total 196 U/L (00:47min) e 507 U/L (07:20min). CK-MB 29 U/L (00:47) e 84 U/L (07:20).

Radiografia de tórax: Apresenta transparência e vascularizações normais. Ausência de reação pleural. Coração e vasos da base com dimensões dentro da normalidade.



Eletrocardiograma: Presença de Ritmo Sinusal (RS), FC 57 bpm, Bloqueio AV de 1^o grau, intervalo QT prolongado e isquemia ântero-lateral.



Cateterismo Cardíaco: Presença de um flap da íntima, e longo trecho de dissecção com falha de enchimento, compatível com hematoma intramural, no terço médio da coronária direita com fluxo distal TIMI II, sem evidência de doença coronariana nos demais vasos. Ventriculografia com função sistólica preservada e hipocinesia inferobasal

Diagnósticos:

Sindrômico: Síndrome Coronariana Aguda.
Nosológico: Infarto Agudo do Miocárdio.
Etiológico: Dissecção Espontânea Coronariana.

Conduta: O tratamento inicial consistiu em Tridil 50mg; Rivotril 05 gotas VO; Atenol 50mg VO; Dimorf 10mg, 01 comp. ACM; Plamet 01 comp.; Pantozol 40mg; Atorvastatina 10mg, VO, à noite; e Clopidogrel 75mg, 04 comp.

Evolução: Paciente internada na UTI, inicialmente com leve desconforto precordial e PA: 105/60mmHg; ao ECG: RS, BAV 1º grau, ARV ínfero-lateral e V4 (isquêmica). A conduta foi acompanhamento de curva enzimática, heparinização com Clexane e aumento do intervalo H.V.

Ao 2º dia, PA: 160/80mmHg, realizado ajuste de

anti-HAS oral e posteriormente acréscimo de Anlodipino. Enzimas CPK total: 450; CK-MB: 81.

Ao 3º dia, ECG apresentava RS, inativação elétrica em parede inferior + isquemia subepicárdica em parede ântero-lateral.

Ao 4º dia apresentava RS, inativação elétrica em parede inferior + supradesnivelamento de ST em paredes inferior e anterior extensa e à AR: leves estertores crepitantes bibasais. Iniciado Tridil com redução da PA: 120/80mmHg e alta para apartamento, onde evoluiu com epigastralgia e PA: 160/100.

Realizado ecocardiograma que evidenciou alteração de contratilidade segmentar do VE com função sistólica global preservada e insuficiência mitral discreta.

Paciente retorna à UTI. Realizado cateterismo cardíaco evidenciando dissecção espontânea no 1/3 médio distal da artéria descendente anterior e hematoma de parede. Suspendeu-se Clexane e anti-agregantes plaquetários por 3 dias. Paciente evoluiu sem queixas de precordialgia. Alta hospitalar no 12º dia com PA: 120/80mmHg e retorno para estudo hemodinâmico em 30 dias.

DISCUSSÃO

Considera-se dissecção espontânea coronariana (DEC) aquela que não é secundária à doença aterosclerótica, dissecção aórtica ou trauma intravascular. É uma entidade rara, com maior incidência em jovens do sexo feminino, cuja etiologia permanece pouco conhecida, mas que se acredita estar relacionada a uma reação inflamatória na camada média dos vasos, principalmente iniciada por autoanticorpos produzidos durante a gravidez ou nas semanas após o parto. A artéria descendente anterior é o vaso mais acometido e a dissecção em múltiplos vasos ocorre em 20% dos casos.

DEC permanece como causa rara de síndrome coronariana aguda, morte súbita e infarto agudo do miocárdio, potencialmente fatal. Dada sua raridade, a etiologia, bem como, o tratamento da DEC são incertos. No presente caso, o ecocardiograma evidenciou a presença do hematoma de parede, corroborando com estudos que propõem que o surgimento de hematoma intramural a partir do vasa vasorum, seja um mecanismo mais prevalente que o surgimento de flap na camada íntima no mecanismo da DEC.

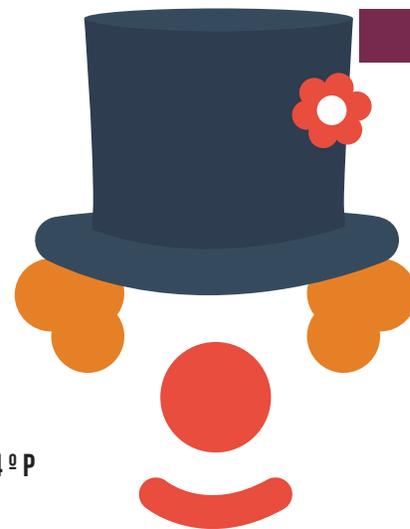
Não existem diretrizes para o tratamento da DEC e a literatura refere que a terapia medicamentosa pode variar conforme apresentação clínica, considerando-se a persistência ou alívio dos sintomas de isquemia, o estado hemodinâmico, anatomia coronária e a extensão de dissecção. Nitratos e bloqueadores dos canais de cálcio podem reduzir o espasmo local e a progressão da dissecção; betabloqueadores visam minimizar as forças hemodinâmicas; os antiplaquetários podem prevenir a formação de trombos intramurais; fibrinolíticos tem uso controverso, pois podem favorecer a progressão da dissecção por meio da expansão do hematoma. Percebe-se que a conduta adotada corrobora com os achados da literatura, destacando-se a necessidade de uma terapêutica individualizada a cada paciente.

Referências:

- ANDRADE, H. et al. Infarto Agudo do Miocárdio como apresentação de Dissecção Espontânea Coronariana. Rev. Bras. Cardiol. v. 23, n. 2, p. 251-254, 2010.
BARBOSA, R. R. et al. Infarto Agudo do Miocárdio por Dissecção Espontânea de Artérias Coronárias – série de cinco casos. Rev. Bras. Cardiol. Invasiva. v. 21, n. 2, p. 193-198 2013.
MANHAES, E. B. et al. Dissecção Espontânea de Artéria Coronária: abordagem terapêutica e desfechos de uma série consecutiva de casos. Rev. Bras. Cardiol. Invasiva. V. 22, n. 1, p. 32-35, 2014.

O AMOR É CONTAGIOSO

POR BRUNA FREITAS E LUIS HENRIQUE LEMOS - 4ºP



“Comprimidos aliviam a dor, mas só o amor alivia o sofrimento.”
Patch Adams - O amor é contagioso.

Falar sobre o Sorriso de Plantão nos pareceu uma tarefa fácil, inicialmente, visto que bastavam umas palavrinhas acerca do projeto e algumas fotos no final da página. Então estava tudo certo, fomos seguindo o roteiro. O Sorriso é um projeto de extensão universitária da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), em parceria com a Pró-reitoria de Extensão da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL). Trata-se de um trabalho voluntário, cuja missão é levar a ludoterapia para dentro do ambiente hospitalar - um lugar hostil e triste, mas que se transforma, todos os sábados, com a presença do nariz vermelho e da alegria trazida pelos palhaços doutores aos hospitais de atuação do projeto: o Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA/UFAL), o Hospital Santa Casa de Misericórdia de Maceió – Unidade Farol, o Hospital Geral do Estado (HGE-AL), a Clínica Infantil Dr. Daisy Brêda e o Hospital Escola Dr. Hêlvio Auto (HEHA/HDT).

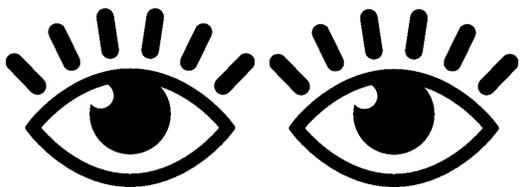
Mas, e a importância do projeto? Foi refletindo sobre como responder a essa pergunta que entendemos por que não era tão fácil assim... Porque palavras não bastam para ‘falar’ do Sorriso, é preciso viver essa experiência incrível que é ser palhaço doutor para compreender a real importância do projeto. É preciso sentir aquele turbilhão de emoções que nos preenchem a cada plantão, como medo de não saber o que fazer, ansiedade para conhecer e brincar com todas as crianças, alegria ao conquistar cada sorriso, renovação e realização pessoal ao sair diferente de cada plantão e o amor pelo outro e pelo que se faz, isso é o mais importante. O Sorriso é Amor. É o amor que alivia o sofrimento, que faz com que aquelas crianças (e até adultos) ali internadas esqueçam a doença e a saudade de casa, mesmo que por algumas horas, e nos deem o melhor pagamento que poderíamos receber, um sorriso sincero e a sensação de dever cumprido.

O curioso é que essa dificuldade para definir o que é o projeto advém da experiência com o mesmo, de maneira que os integrantes atravessam uma experiên-

cia tão marcante e especial que, após 1 ano de Sorriso de Plantão, não conseguem mais dizer precisamente aquilo por que passaram. Uns chamam de amor, outros denominam um “sopro de vida” ou ainda um sentimento que não pode parar. Independentemente do modo como seja chamado, é evidente que o Sorriso de Plantão é não somente um projeto de extensão universitária, mas sim um projeto de solidariedade e engrandecimento (e agradecimento) pessoal, bem como uma extensão da capacidade de colocar-se no lugar do outro e quebrar este mar de indiferença e individualismo ao qual somos submetidos diariamente.



ENXERGANDO O MUNDO



COM OUTROS OLHOS

POR JESSYCA LEITE E LUCAS FERNANDES - 3^ºP

O projeto de extensão Saúde na Escola: Parceria Universidade e Comunidade (SEPUC), vinculado a FAMED/UFAL, sob Coordenação da Prof^a Josineide F. Sampaio, tem como objetivo a realização, regular e continuada, de ações de prevenção e promoção à saúde, contribuindo para o desenvolvimento e melhoria da saúde de crianças, alunos da Escola Municipal Professor Petrônio Viana, localizada no conjunto Carminha - Benedito Bentes. Ele integra a abordagem médica aos cuidados nutricionais, de saúde bucal e psicossociais, dentro de perspectiva interdisciplinar e multiprofissional.

Como segmento deste projeto foi desenvolvida a ação Saúde Ocular dos Escolares. Cuja importância evidencia-se no fato de que a saúde ocular e o acesso aos cuidados e assistência oftalmológica são indispensáveis para a inserção e desenvolvimento adequado dos escolares no processo de aprendizagem.

A ação foi realizada a partir das avaliações executadas pelos acadêmicos em novembro de 2015, como o teste de acuidade visual, identificando-se demandas de saúde. Em destaque, observou-se a necessidade de acompanhamento da saúde ocular dos escolares por serviço especializado. Os acadêmicos e a coordenação do projeto firmaram parceria com o Ambulatório de Oftalmologia do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes - HUPAA para realização das avaliações oftalmológicas. Foi

providenciado o transporte dos escolares nas datas propostas pelos médicos residentes e realizada reunião com os pais e responsáveis para comunicar e solicitar a autorização e documentação. Nos dias 04, 18 e 25 de fevereiro deste ano, cinquenta e cinco estudantes do ensino fundamental foram encaminhados ao Ambulatório de Oftalmologia do HUPAA para realização de avaliação com médicas residentes. Para a maioria das crianças aquela foi a primeira consulta oftalmológica de suas vidas.



O transporte das crianças foi efetuado pela UFAL e a armação dos óculos para aqueles que foi indicado o uso, foram doados pelos residentes do HU, provenientes de uma ótica que encerrou sua atividade comercial. As lentes serão doadas por professores e técnicos da FAMED/UFAL.

Em continuidade serão desenvolvidas atividades de educação em saúde junto aos escolares e familiares, no ambiente escolar e domiciliar, para promover os cuidados adequados à saúde ocular e uso dos óculos.

Busca-se assim, contribuir para melhoria dos níveis de saúde dos escolares, através das ações promovidas e proporcionar aos acadêmicos uma experiência que contribua para uma formação profissional comprometida com a transformação social.

Para participar do planejamento e realização de ações, como esta, basta ser integrante do projeto SEPUC, que engloba estudantes dos cursos de medicina, enfermagem, odontologia, educação física, psicologia, serviço social e pedagogia de qualquer universidade.

Seja colaborador do SEPUC.

“Faça sua parte, seja amigo da saúde da criança. Ajude-a a enxergar o mundo com outros olhos.”



O INTERNATO NA CONSTRUÇÃO

DO MÉDICO

POR EDNIS OLIVEIRA - 10^ºP

Nesta edição resolvemos fazer um texto para trazer algumas reflexões sobre um período muito importante para a construção do médico, o Internato. Qualquer dúvida sobre ele vocês podem dar uma conferida na nossa seção “Rodando no internato”, lá encontrarão detalhes a respeito da maneira como o internato está organizado e muitas outras informações. Aqui, nos limitaremos a levantar alguns questionamentos. É no internato que o estudante consegue sedimentar grande parte dos conhecimentos que são trabalhados nos primeiros anos de curso. Tanto, que não é incomum ouvirmos as frases “É quando vocês aprendem a ser médicos” ou “É onde se tornarão médicos de verdade”. Nós não discordamos, mas percebemos que afirmações como essas não se referem somente aquisição de conhecimento teórico, o que está sendo transmitido vai muito além.

São nesses 2 anos que princípios básicos da forma de atuação do médico são fundados na mente dos acadêmicos de medicina. É com o excesso de serviços que precisam ser tocados, com a carga horária excessiva, com as variadas influências de nossos preceptores e com as adversidades dos plantões em que “aprendemos a ser médico”. Ou pelo menos a ser o médico necessário para a forma como o trabalho está organizado em nossa sociedade.

Esse processo faz com que práticas tidas como rotineiras, de conteúdo “adequado” e óbvio sejam reproduzidas pelo novo profissional em formação sem que haja uma análise aprofundada. Como consequência, os vários valores positivos que temos como referência para a construção do bom profissional da medicina, no internato sofrem essas determinações do mundo do trabalho de forma muito marcante.

Podemos exemplificar os agentes dessa transformação através da demonstração de uma realidade que exige que as queixas dos pacientes e as propostas de solução (condutas) sejam tratadas de maneira focal, que as perguntas devem sempre ser direcionadas, rápidas e diretas, que o treinamento deve ser mecânico e visando sempre a reprodução de protocolos a serem aplicados,

além da pouca maleabilidade em relação às dificuldades e particularidades do paciente. Essas são apenas algumas das características dos nossos estágios ao longo do internato. Deu pra perceber que rapidamente a construção de uma boa relação médico-paciente vai sendo deixada de lado?

Diante dessa realidade, encontramos estudantes que afirmam que serão mais humanos, pois terão o olhar sobre o ser humano como um todo, a famosa visão holística. Resaltamos nossa preocupação a respeito desse discurso sobre formação humanizada, que é utilizado nas aulas de Saúde e Sociedade e que cujo partido é tomado por grande parte dos estudantes. Acreditamos que ele acaba mascarando a verdadeira realidade, pois, sob sua égide, todos os problemas encontrados no dia a dia do trabalho médico como falta de profissionais, falta de financiamento, condições de trabalho extenuantes, condições de infraestrutura precárias, relações de trabalho precarizadas, falta de um plano de carreira para os médicos, passam a ser desprezados e o indivíduo “desumano” é culpabilizado.



Por fim, queremos deixar claro a importância de entender o currículo médico e as nuances de nossa formação que guarda relações intrínsecas com a maneira como se dá o funcionamento de nossa sociedade. Não podemos ser levados nessa corrente que garante a perpetuação da realização do trabalho médico “desumanizado”. Compareça ao centro acadêmico, lá é o local onde esse debate ganha vez e que você contribui com suas experiências.

POR UM PRATO DE COMIDA?

POR EDNIS OLIVEIRA - 10^ºP

Vivemos em tempos difíceis. Nosso formato de educação permite que estudantes sejam utilizados como mão de obra barata para tocar os serviços da universidade. Um exemplo bem próximo são os estudantes do curso de letras, psicologia, pedagogia e filosofia que trabalham como técnicos de laboratório da FAMED. Ocupam seu “tempo livre” que poderia ser empregado em dedicação à pesquisa, à extensão ou ao estudo, para cuidar de computadores como bens preciosos. Por que o fazem? A necessidade da bolsa os obriga!

Na medicina vivemos situações semelhantes, alguns dos serviços do Hospital Universitário, ou até do Hospital Geral do Estado, necessitam de um braço forte para que sejam realizados com eficiência. E de quem é esse braço? Deles mesmo, dos internos. São os internos que tocam o serviço de emergência da Área Vermelha Trauma do HGE, fazem o atendimento inicial aos traumatizados, realizam as suturas, drenam abscessos, instrumentam nas cirurgias e ainda trabalham como auxiliar dos cirurgiões. Recebem em troca um prato de comida, alguma medida de conhecimento e muita humilhação. A situação é ainda pior no HU, nem o prato de comida têm direito.

Passamos por diversas negociações com a direção do Hospital em reivindicação a esse prato que nunca antes havia sido pago até o ano de 2012. As mobilizações foram diversas, desde um “catracaço” no restaurante, até feijoada no hall. Como diz a história “quem não chora não mama”. Os estudantes de medicina não choraram, mas conquistaram o direito de pagar meio valor através de organização e muita luta. Naquela época, foi instituído que ao invés de pagar a totalidade, passaríamos a pagar o valor de R\$ 3,50 para almoçar. De lá pra cá esse valor foi subindo, hoje está em R\$ 7,50. Será que é um preço justo para estudantes?

Apontamos para a necessidade de mudança, a universidade que historicamente pertenceu as grandes oligarquias alagoanas, vem passando por uma grande modificação em seu perfil socioeconômico. Com a introdução de percentagem maior para cotas, haverá a necessidade de uma política de assistência estudantil que garanta não só a permanência, mas o desenvolvimento acadêmico e intelectual desses novos estudantes na universidade. Por isso, nossas reivindicações devem abarcar diversos pontos que vão muito além do simples prato de comida. Abaixo segue uma lista de apenas algumas delas:

- O aumento de bolsas de Iniciação Científica, de monitoria, de estágio, de extensão;
- Aprimoramento do auxílio moradia (alojamento);
- Criação de um sistema de transporte adequado que circule pelo campus;
- Construção de restaurantes universitários (“bandejeões”) em número suficiente ao conjunto dos discentes. Servirão de Campo de Estágio para a Faculdade de Nutrição;
- Atendimento médico-odontológico e apoio psicossocial aos alunos, tanto em situações de emergência como ambulatorial a partir do HU e das Faculdades de Odontologia, Serviço Social e Psicologia;
- Efetivação de seguro para os alunos que desenvolvem atividades curriculares que caracterizam situações de periculosidade;
- Ações de acompanhamento acadêmico;
- Articular e coordenar ações que promovam a ampliação do universo sociocultural e artístico dos estudantes, bem como sua inserção em práticas esportivas via Faculdades de Educação Física, Informática e Letras;
- Belas Artes, Música, Comunicação etc.

Como podemos perceber, ainda é grande o caminho que precisamos percorrer para que tenhamos uma universidade que seja de fato “universalizante”. E o prato de comida do almoço não é apenas uma banalidade de fácil acesso ao estudante, como alguns dos professores costumam falar. Esse prato é o retrato expresso de um modelo de educação excludente e mercantilizado.

sebastião
De Hora
Medicina - UFAL

ACADÊMICO À ÁREA VERMELHA!



POR KELVYN VITAL - 12^ºP

“É no **internato** que de repente...
nos tornamos **médicos**”

(Caio Nunes - Médico UFBA)

Depois da introdução geral na edição passada, vamos agora nos aprofundar em cada um dos estágios do internato! E não há estágio melhor para isso do que o de “Urgências e Emergências”, o famoso “HGE” (Vamos chamá-lo assim pela facilidade de compreensão). Amado e ao mesmo tempo odiado por grande parte dos estudantes que já passaram por lá, o HGE é o estágio onde o acadêmico (Sim, a-ca-dê-mi-co. Ninguém vai te chamar de doutorando lá) sente a mudança da carga teórica que é dada até o 4º ano, do cenário prático que é mais evidente no internato. Saem aulas e entram plantões. Plantões estes que são de 12 horas, com escala alternando entre 10 grupos, o que dá um frequência de um plantão a cada 5 dias, com descanso de 12 horas após o plantão. No fim, completamos uma carga horária de 552 horas, ao longo dos 6 meses. Os grupos são formados livremente, e oficializados em reunião com o coordenador do período (Atualmente, Prof. João Klinio). Segundo o Projeto Pedagógico do Curso (PPC), o estágio tem em vista a habilitação dos alunos na abordagem das urgências básicas e mais comuns para a formação do médico generalista em Cirurgia, Ortopedia e Traumatologia, Clínica Médica e Pediatria. E essa seria a grande lógica do estágio: Preparar o acadêmico para as mais diversas situações de Urgência e Emergência que nos aguardam com CRM na mão. Infelizmente, o espectro de atuação não é tão amplo e nos deixa restritos basicamente a Área Vermelha Trauma, com leves “passeios” nas outras áreas, que de longe não são suficientes como aprendizados.

O PPC nos diz que os objetivos do estágio são *de desenvolver no aluno a capacidade de reconhecer e interpretar as principais alterações semiológicas na emergência, capacitando-o a formular hipóteses diagnósticas, identificar níveis de gravidade, definir linhas de investigação e propor a terapêutica mais adequada a cada caso, sendo capaz de realizar procedimentos básicos mais comuns, indispensáveis na atuação em clínica ampliada.* Na prática é mais ou menos isso. No fim das contas, em cada caso nós somos estimulados a fazer a sequência “ver-examinar-diagnosticar-tratar”, o que não

deixa de ser função do médico, principalmente numa emergência. Mas o conceito de clínica ampliada passa longe dali. Integração da equipe, vínculo com o usuário, identificação de riscos ou escuta mais atenta parecem exatamente o oposto da realidade de lá. A sensação no estágio muitas vezes é de “estar no automático”, resolver aquele problema e fim. O vínculo com o paciente chega a ser tão pouco que todos se recusam a dar atestado médico quando o paciente solicita, empurrando para outros setores emitirem. Não custa lembrar que é função do médico e obrigatória a emissão deste documento, mesmo na emergência! Mesmo com todos esses problemas, não se pode deixar de citar que o estágio oferece boas oportunidades de prática, principalmente se você tiver “sorte” de estar num plantão com casos interessantes. Desde as rotineiras apendicites, até politraumatizados, podemos colocar a mão na massa e usar nossos conhecimentos em prol do paciente (É importante ir com boa base teórica, pois não há muito protocolos no local, então existem mil variações de condutas, e nem todas estão certas/atualizadas. Na dúvida é bom saber ao menos o “basicão” do ATLS/ACLS). Quem se interessa mais, sai em busca para fazer Acessos Venosos Centrais, intubações, e outras coisas que deveriam ser rotina, mas que devido a problemas como falta de preceptores e estrutura desorganizada do hospital, às vezes passam batido.

Como dito no início, ele é amado e odiado, e tem diversas nuances que o tornam do “bem ou do mal”. De qualquer forma, este estágio gera uma reflexão em todos que passam por lá, seja por achar um absurdo ser “jogado numa emergência e fazer coisas sem supervisão”, de ver histórias de vida marcantes, de conhecer médicos maravilhosos e outros nem tanto, ou por perceber que agora começou uma nova fase nessa caminhada e que cada vez se sente mais pronto. Assim, é inevitável não se sentir ansioso de vestir aquela roupa (feia) azul escura e de partir para esse novo mundo!

**Depois dessa breve descrição,
fiquem com dois relatos de internos
que já passaram pelo HGE e suas
impressões.
Até a próxima edição!**

HGE: BEM VINDO AO MERCADO DE TRABALHO!

Um dos graves problemas que enfrentamos durante o internato é que em vários estágios apenas “tocamos serviço” e atendemos um volume grande de pacientes em pouco tempo, em vez de atendermos menos pacientes e discutirmos cada caso cuidadosamente. Nesse contexto, o estágio de Urgência e Emergência, realizado no Hospital Geral do Estado, apresenta-se como o mais precário e cansativo do nosso internato. Lá, estagiei apenas na área vermelha-trauma, situação que mudou neste semestre, pois agora os acadêmicos também estagiam na área vermelha-clínica. Há duas justificativas principais para a precariedade do estágio. Primeiramente, há ausência total de preceptoria. Aprendemos a suturar e a instrumentar com outros acadêmicos ou sozinhos. Nenhum dos cirurgiões estará do seu lado ensinando as técnicas ou dando segurança para você fazer pelo menos a sua primeira sutura. Em segundo lugar, há uma preponderância do nosso estágio na emergência cirúrgica. Fazemos o primeiro atendimento ao paciente vítima de trauma, todas as suturas, e os papéis de instrumentador e auxiliar cirúrgicos. Cumprimos, assim, papel imprescindível para o funcionamento do hospital. Sem os acadêmicos, o HGE para ou, no mínimo, o caos corriqueiro aumenta consideravelmente, pois os médicos são poucos – e grande parte trabalha pouco – e instrumentadores não existem. Somos a mão de obra gratuita do serviço. Mesmo agora, com o rodízio dos acadêmicos na vermelha-clínica, o contato com as urgências clínicas é pobre. Nessa área do HGE, vemos afecções como Edema agudo, parada, choque - que são muito importantes e devemos sair da graduação sabendo. Contudo, o que ocorre mais frequentemente em um plantão médico são urgências como nefrolitíase, enxaquecas, início de crise convulsiva, dor abdominal, vômitos frequentes - casos vistos na área azul do HGE, por onde não passamos. É inegável que a passagem por este hospital é um processo de ensino, e mesmo sem as discussões e a preceptoria necessárias, aprendemos. Entretanto, isso se dá à custa de condições de trabalho degradantes e diminuição de nossa qualidade de vida, um presságio do que enfrentaremos na vida profissional.



ADELSON SILVESTRE JUNIOR – 10º PERÍODO

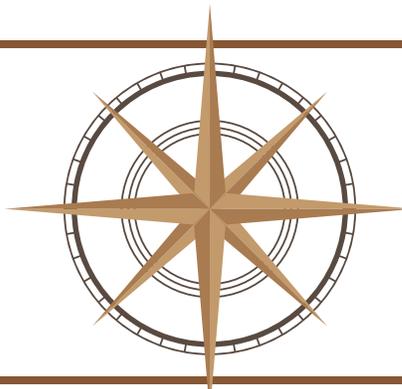
O INTERNATO COMEÇA AQUI

Nono período. Primeiro estágio do internato e nosso primeiro contato é o setor de Trauma do Hospital Geral do Estado. Realmente um impacto marcante na nossa formação. Basicamente nós fazemos o primeiro atendimento do paciente politraumatizado, vítimas de agressões diversas ou das dores abdominais que necessitam de avaliação cirúrgica e em seguida discutimos condutas com os cirurgiões, ortopedistas e neurocirurgiões de plantão. Lá, nós temos o paciente, muitas vezes, entre a vida e a morte e que necessita de decisões rápidas, definidoras de prognóstico. Realizamos inúmeras (e cansativas!) suturas, aprendemos a realizar acessos venosos profundos e suas adequadas indicações, drenagens torácicas, paracenteses, drenagem de abscessos, instrumentação cirúrgica e auxiliamos várias cirurgias de emergência/urgência. Ufa! Em 6 meses de estágio, com uma média de 35 plantões de 12 horas, a curva de aprendizado é enorme. Tanto na medicina “técnica”, como no lidar com o enfermo, com a necessidade do outro. Aplicar aquela tal empatia que tanto falamos nos primeiros períodos e, principalmente, a não emitir julgamentos (o que é muito difícil, em algumas situações!). Entretanto, temos muitas brechas em termos de ensino. Não temos preceptores específicos para nos ensinar e orientar. Necessitamos contar com a boa vontade dos plantonistas para conseguirmos aprender um pouco mais do manejo desses pacientes. Além disso, não estamos escalados no setor de Emergência Clínica, que faz parte da grade curricular desse estágio - o que julgo uma falha grave na nossa formação. Enfim, considero um bom estágio, que nos instiga e dá um choque de realidade ao “recém-doutorandos”. Além de aprendermos a conduzir as principais patologias da emergência cirúrgica, conhecemos a dinâmica do hospital e entendemos a relação com outros profissionais/colegas de profissão - o que é fundamental para o início do internato e para nossa formação médica.

JÉSSICA VILA NOVA – 11º PERÍODO



PELO



MUNDO

POR BRUNA GOMES - 4ªP | LUCAS EMANUEL - 5ªP E MIRNA COSTA - 5ªP

A UFAL É REPLETA DE DIVERSIDADE E NÃO É DIFERENTE NO CURSO DE MEDICINA. PESSOAS DE TODAS AS PARTES DO BRASIL E DE OUTROS PAÍSES - MOÇAMBIQUE, CABO VERDE E GUINÉ BISSAU SÃO ALGUNS EXEMPLOS. NESTA EDIÇÃO, A NEUROGENESIS ENTREVISTOU ALGUNS DOS ESTUDANTES QUE VIERAM DO BERÇO DA HUMANIDADE. VANISE SACUR, JACIRA MONTEIRO E BENJAMIM MPOMO CONTAM UM POUCO SOBRE ESSA EXPERIÊNCIA E O DIA-A-DIA NO OUTRO LADO DO ATLÂNTICO.



JACIRA MONTEIRO - 6º PERÍODO
CABO VERDE



BENJAMIM MPOMO - 9º PERÍODO
CAMARÕES

NeuroGenesis: Como funciona o convênio entre África e Brasil para o ingresso de estudantes estrangeiros na universidade?

Jacira Monteiro: É um convênio que já existe há anos com os países da África, de língua portuguesa ou não. Todo ano, entre os meses de fevereiro e março, eles abrem candidatura, mas não há uma quantidade de vagas limitadas. O estudante escolhe o curso e a universidade e entra com a candidatura. A seleção ocorre de acordo com o currículo, da nota que você teve no fim do ensino médio. Os alunos selecionados vêm para o Brasil entre Agosto e Setembro e as aulas começam em Fevereiro, normalmente.

Benjamim Mpomo: O programa de convênio que faço é o PEC-G. Tem uma seleção na embaixada do próprio país. Eles pedem pra gente escolher duas faculdades de nossa preferência, só que, como a demanda é muito grande para as cidades do Sul do Brasil, quando não há vagas, mandam para outras faculdades. Foi o meu caso.

NG: Existe algum tipo de bolsa permanência ou outras formas de assistência estudantil conseguida através do convênio?

JM: Não. Eu estou tentando conseguir. Aqui no Brasil existe uma bolsa pra gente que se chama Promisais. É uma ajuda de custo, mas é limitada por edital com número limitado de vagas. É necessária entrevista com servi-



VANISE SACUR - 5º PERÍODO
MOÇAMBIQUE



ço social e visita aos domicílios dos candidatos. O valor é de R\$ 622. O número de vagas já foi maior, nos últimos tempos diminuíram – o último edital ofertava apenas 19 bolsas.

Além disso, a UFAL oferece a alimentação no RU e algumas pessoas conseguem morar na residência universitária.

NG: Sabemos que há uma festa africana que acontece aqui em Maceió. Como ela funciona? Vocês frequentam?

JM: Todo ano no Caiite acontece a semana africana, onde temos um estande com coisas tradicionais de nosso país. Por exemplo, palestras sobre temas africanos, oficinas de tranças, oficinas de danças típicas. No último dia ocorre a festa africana, financiada pela organização do Caiite e por outros patrocínios que conseguimos. Eu já fui duas vezes, é bom e é aberta - Todos podem ir!

NG: Como vocês veem a situação em geral dos estudantes da África que estudam na UFAL?

JM: Uma das maiores dificuldades é a diferença cultural entre o país de origem e o Brasil. A língua também, mesmo pra nós que falamos o português, aqui é diferente, principalmente o sotaque. Até hoje algumas coisas eu não entendo. No primeiro período era muito difícil entender os professores e às vezes eu não conseguia acompanhar.

Também tem a questão do sistema de ensino. Nós temos que reaprender a estudar de acordo com o sistema e a rotina daqui. Por exemplo, vocês aqui fazem vestibulares e o ENEM, tem que estudar muito tudo pra poder passar naquela prova. A gente não, a gente sai do ensino médio e logo iniciamos a universidade. Acho que esse preparo faz falta pra gente, dificulta a adaptação. Lá, para entrar na faculdade, é preciso ter a média que eles pedem e o currículo é selecionado. Quem não tem a média suficiente pode fazer novamente o último ano do ensino médio para tentar subir a nota. Nós seguimos o sistema de ensino de Portugal, estudamos mais a história de lá. Em termos de língua, lá aprendemos francês e inglês, diferente daqui.

NG: Qual a língua falada no seu país, além do português?

PAÍS	MOEDA	CAPITAL	IDIOMA
MOÇAMBIQUE	METICAL	MAPUTO	PORTUGUÊS/ LÍNGUAS NACIONAIS
CABO VERDE	ESCUDO - CABO VERDIANO	PRAIA	PORTUGUÊS / CRIOULO
CAMARÕES	FRANCO CFA CENTRAL	YAOUNDÉ	FRANCÊS/INGLÊS

NG: Sabemos que vocês têm que retornar à África, mas por quê?

JM: O convênio é assim, você vem pra fazer o curso e depois voltar pra fortalecer o mercado de trabalho do seu país. O nosso visto brasileiro é de um ano e sempre que ele acaba temos que ir na Polícia Federal pedir renovação e para isso é necessário comprovar que estamos estudando.

NG: Por que você escolheu o Brasil e a UFAL?

JM: Eu tinha me candidatado pra Portugal e Brasil, Portugal o resultado sai primeiro. Normalmente vem para o Brasil quem não consegue para Portugal. Eu passei na segunda chamada para o Brasil. Antes de vir pra cá, como meu nome não saiu na primeira lista, eu tentei me candidatar pra China, já estava quase tudo pronto pra ir, então me chamaram pra vir pra cá. Escolhi Maceió

porque minha irmã disse que tinha um amigo aqui e seria mais fácil tendo uma pessoa pra receber e mostrar o lugar. Normalmente, quando vamos nos candidatar procuramos muito isso, ter uma pessoa lá para ajudar no início.

BM: A busca pelas faculdades do Brasil é para buscar um ensino de melhor qualidade, pois a formação em medicina no Brasil é de qualidade melhor e didática melhor, superando algumas faculdades da África.

NG: Para você, qual a diferença do estudante daqui e de lá e quais as diferenças no curso de medicina?

JM: Em Cabo Verde não tem curso de medicina, está sendo implantado agora, de acordo com o sistema de Portugal: três anos de teoria e dois anos de prática mais dois anos finais em Portugal. Isso ainda está no início, quando eu me candidatei ainda não existia.

BM: O curso de medicina lá, comparado com o curso de medicina aqui do Brasil é diferente. É como comparar o curso de medicina do Brasil com o dos EUA.

NG: Vocês pretendem voltar para a África?

JM: Inicialmente eu queria voltar logo que acabasse o curso, mas então conheci a Keila e a Ana, residentes aqui, e surgiu a ideia de ficar e fazer residência. No entanto, nós também temos a oportunidade de fazer em outros países. Então, daqui para o final do curso eu irei decidir.

BM: Não sei se vou voltar, ficar no Brasil ou migrar pra outro País. Não é uma questão fácil pra responder. Irei onde tiver uma boa proposta de trabalho independente do lugar.

Vanise Sacur: Eu pretendo sim voltar para a África, no caso para o meu país. Na verdade, é isso que o convênio preconiza, mas eu acredito que se existir alguma coisa que me prenda aqui talvez eu fique.

NG: Como é sua vida social aqui? Como se adaptou inicialmente em relação às diferenças?

JM: Tive dificuldades na linguagem. O que ajudou foi que lá passam novelas daqui e a gente vê muito. Foi no segundo ano que eu realmente consegui me adaptar e sentir que morava aqui, porque antes eu tinha muita dificuldade pra pegar os ônibus - pegava ônibus errado, já dei muita volta. Agora consigo me desenrolar.

BM: Com a cultura diferente demorou pra me adaptar, mas estou bem já. Em qualquer lugar precisamos nos adaptar, ainda mais quando há uma distância cultural.

VS: A minha vida social aqui em Maceió é quase inexistente porque é o curso é muito puxado. Mas sempre que dá eu tento aproveitar. Na realidade eu sou muito caseira, então tem esses dois aspectos. Não tive dificuldade para me adaptar e o que realmente ajudou nesse processo foi o

O PROGRAMA DE ESTUDANTES-CONVÊNIO DE GRADUAÇÃO (PEC-G) SELECIONA ESTRANGEIROS ENTRE 18 E PREFERENCIALMENTE ATÉ 23 ANOS, COM ENSINO MÉDIO COMPLETO, PARA REALIZAR ESTUDOS DE GRADUAÇÃO NO BRASIL. SÃO SELECIONADAS PREFERENCIALMENTE PESSOAS INSERIDAS EM PROGRAMAS DE DESENVOLVIMENTO SOCIOECONÔMICO.

O ALUNO ESTRANGEIRO CURSA GRATUITAMENTE A GRADUAÇÃO. PORÉM ESTE PRECISA ATENDER A ALGUNS CRITÉRIOS:

- PROVAR QUE É CAPAZ DE CUSTEAR SUAS DESPESAS NO BRASIL
- TER CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DO ENSINO MÉDIO OU EQUIVALENTE
- TER PROFICIÊNCIA EM LÍNGUA PORTUGUESA.
- COMPROMISSO DE REGRESSAR AO SEU PAÍS E CONTRIBUIR COM A ÁREA NA QUAL SE GRADUOU.

MAIS INFORMAÇÕES: [HTTP://PORTAL.MEC.GOV.BR/PEC-G](http://portal.mec.gov.br/pec-g)

A BOLSA PROMISAES, NO VALOR DE R\$ 622,00 TEM COMO PÚBLICO ALVO OS ESTUDANTES CONVENIADOS DO PEC-G, QUE ESTEJAM DEVIDAMENTE MATRICULADOS E POSSUAM FREQUÊNCIA REGULAR ÀS AULAS. CADA EDITAL TEM VALIDADE POR 6 MESES.

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO:

- SITUAÇÃO DO VISTO JUNTO À POLÍCIA FEDERAL
- ANÁLISE DA SITUAÇÃO SÓCIO ECONÔMICA
- RENDIMENTO ACADÊMICO MEDIDO ATRAVÉS DO COEFICIENTE DE RENDIMENTO ACUMULADO
- FREQUÊNCIA ESCOLAR
- IDH DO PAÍS DE ORIGEM
- ENVOLVIMENTO DO ALUNO EM ATIVIDADES ACADÊMICAS DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO RELACIONADAS COM O CURSO DE GRADUAÇÃO, EM QUE PESEM, PREFERENCIALMENTE, AS CONTRIBUIÇÕES DO CONTEXTO CULTURAL E SOCIAL DO PAÍS DE ORIGEM

BOLSA PROMISAES

fato de logo que quando cheguei, tive de imediato o apoio de outras pessoas que também não eram de Alagoas e isso foi determinante para que eu ficasse aqui. Muitas pessoas da minha turma se aproximaram, ficaram interessadas em saber mais de mim e de onde eu vim. Mostravam interesse, queriam me conhecer e isso tudo me deixou um pouco mais à vontade. Sem contar que eu fiz amigos rapidamente, amigos que eu guardo até hoje e pretendo guardar pra sempre. Isso foi extremamente importante no meu processo de adaptação.

NG: Aqui no Brasil, você sofreu algum tipo de preconceito?

JM: Preconceito na cara não, mas sinto às vezes na cara das pessoas, cara de nojo. Já estive numa loja em que chamava atenção de todos. Eu acho que isso é preconceito. Na faculdade não senti muito, pois já tem mais gente da África e as pessoas já estão mais acostumadas.

BM: Existe preconceito no Brasil. Existe o preconceito e

isso não é direcionado para nós. Existe o preconceito mesmo entre os brasileiros, o que não nos coloca fora dessa tendência.

N: Financeiramente, como você se mantém aqui?

JM: Com a ajuda da minha família.

BM: A ajuda financeira é dos pais, na maior parte é deles. Mas o programa oferece bolsa para os alunos que tem uma boa conduta e um bom desempenho na faculdade.

NG: Desde que veio para o Brasil já retornou em algum momento pra África?

JM: Sim, já fui 3 vezes. Sempre viajo no final do ano e passo o tempo que tenho de férias.

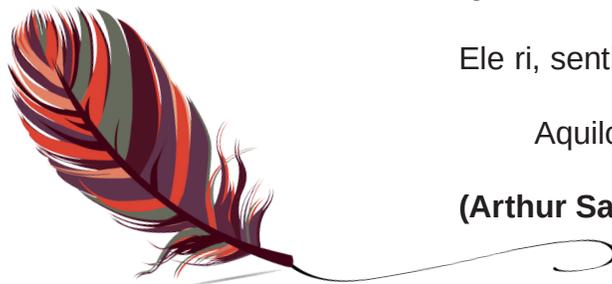
BM: Desde que vim só fui lá uma vez para visitar minha família, pois a passagem é muito cara e também por conta da greve.

C
U
L
T
U

O menino cresce sob o olhar de todos
O menino se comporta, sob o olhar de todos

O menino é forte, sob o olhar de todos
Mas o menino chora, longe de todos

Precisa ser forte, à vista de todos
Caso contrário será pisado por todos
Será julgado e maldito por todos
Torna-se homem cedo demais por causa dos sofrimentos
[angústias e lamentos, infligidos por todos



Amarga é a lição que a vida ensina ao menino-homem

[mas quando ele a aprende

Os caminhos rochosos tornam-se pradarias floridas

Onde o menino-homem pode se recostar e descansar

Cheirar as flores e dizer que encontrou sua felicidade

E sorrir sentindo o cheiro das flores opondo-se as lembranças

[dos duros momentos de sua vida

Quando ele achava que não suportaria mais aquilo

Ele ri, sentindo a felicidade espalhar-se por todo seu corpo

Aquilo era paz em sua plenitude.

(Arthur Sampaio, 1º período)



Nossa 2ª edição traz uma dica de livro para todos, mas que serve especialmente como reflexão para os médicos em formação. Trata-se do livro “Sob Pressão - A Rotina de Guerra de Um Médico Brasileiro” (ed. Foz), do autor e médico carioca Marcio Maranhão, 44, cirurgião torácico. O livro fala sobre os 15 anos em que ele atuou em hospitais municipais e estaduais do Rio, com vários episódios, incluindo os mais traumáticos que o levaram a desistir do sistema. Sinopse da editora Foz: Esta guerra acontece todos os dias. Perto de nós. Nos hospitais de qualquer cidade. Um jovem médico conta o drama de atender nas emergências do país. Um livro arrebatador sobre a tragédia da saúde no Brasil.

“Esse livro é um verdadeiro desabafo de um médico que está engajado em fazer seu papel, mesmo diante de todas as dificuldades vivenciadas na saúde pública do nosso país. Serve para nós, estudantes de Medicina, nos prepararmos para a realidade que iremos encontrar. E, como Márcio Maranhão, iremos falhar, chegaremos no nosso limite. Porém, devemos nos arriscar em fazer o que temos como certo. Sugiro a leitura!”

Elyne Calumby - 4º Período

SALVE, MONITOR!

COMUNICAÇÃO EM MEDICINA

“Quanto mais se sua no campo de treinamento, menos se sangra no campo de batalha”
(Coronel Red)



Fevereiro de 2011, Casa da Palavra, Maceió. Era nosso primeiro dia numa tão disputada disciplina eletiva: Comunicação em Medicina. Ouvimos, dos ex-alunos, rasgados elogios ao professor e às aulas ministradas. Chegamos pontualmente às 19h, um pré-requisito. Logo à entrada, percebemos tratar-se aquele de um momento acadêmico ímpar: edifício rústico, colonial, elegante, no qual o badalar de um sino anunciava nossa presença. Fomos recebidos por um porteiro formalmente trajado, que nos conduziu a um secretário, tão bem vestido quanto, conduzindo-nos este aos nossos assentos. O ambiente era impecável: cadeiras, mesas e lustre que remtiam ao século XIX, iluminação adequada, amplos espelhos, temperatura amena e um grande mural com fotografias de eventos celebrados no recinto. O piso, de tão bem limpo, refletia nossa ansiedade.

Eis que surge o grande mestre: Prof. Dr. Ricardo Nogueira. Apresentação completamente diferente dos discentes de outrora: terno, gravata, sapatos sociais, postura impecável, discurso devidamente redigido entre suas mãos. Aproximou-se do púlpito e proferiu suas primeiras palavras... “Sois alunos medíocres de uma Universidade medíocre!” Como assim!? Nós? Que tanto estudamos para vencer a competição de um vestibular? Que estávamos tão tarde assistindo àquela aula após dois turnos exaustivos? E o pequeno doutor continuava... Cada vez aumentando seu timbre, gesticulando ferozmente, em cada frase uma ofensa indiretamente dirigida ao âmagô dos presentes. Todos pensamos seriamente em desistir. Não nos havia restado ânimo. Que mal faria a ausência curricular de uma disciplina “opcional”? Lêdo engano...

Logo na segunda aula, atarefados com uma simples apresentação pessoal aos colegas, pudemos perceber toda a dedicação daquele ser para com seus pupilos. Corrigia-nos impiedosamente: posicionamento das mãos, tom de voz, alinhamento das roupas, gesticulação, disposição do microfone e, aquilo que não cansava de exigir... ENTUSIASMO! Uma aula eminentemente prática! Saímos exaustos, contudo, com uma sensação de quebra de paradigmas, de saída da então descoberta zona de conforto. Mais do que isso, tivemos a impressão quase que absurda de, pela primeira vez na faculdade, aprender. Seguiram-se aulas e mais aulas com temas variados baseados em discurso, casos clínicos, debate, vídeos médicos, entrevista... Enfim, fomos submetidos a diversas situações até corriqueiras na carreira médica, com o diferencial de nos ser exigida nada menos que a perfeição.

Hoje, cursando o último ano de Medicina na UFAL, sinto-me doutorando competente em lidar com as adversidades de nosso sistema de saúde. Nunca me rebaixando à acomodação, todavia questionando a realidade para extrair o possível de cada situação. Exijo do serviço, dos colegas e dos pacientes aquilo que há de melhor, para então retribuir com meu conhecimento. Se “o brasileiro não perde a oportunidade de perder uma oportunidade”, não serei eu, futuro médico alagoano formado em Comunicação em Medicina, a perpetuar tal alcunha.

POR ALEXANDRE RIMUARDO- 11º PERÍODO



FALA PERÍODO



Juliane, Matheus, Você

Oi, pessoal! Sejam bem-vindos ao Fala Período. O que vocês tem a dizer sobre os últimos períodos que cursaram?

15:45 ✓✓

Juliane Albuquerque - 6º Período

Quinto período, início das clínicas, muitos sonhos e ansiedade. Talvez seja um pouco frustrante: algumas matérias desorganizadas, poucas práticas e alguns professores que não se dedicam o suficiente, trazendo para os alunos a obrigação de praticamente dar aula.

Porém, sempre tem aquela matéria que, mesmo sendo muito difícil, anima e estimula os estudantes; assim é a nossa endócrino. Complexa, muitos assuntos longos, porém recorrentes no dia a dia. Talvez seja a melhor cadeira do período, com aulas práticas sempre cheias de conhecimento e exigência por parte das professoras. Foi a matéria que mais me fez estudar e provavelmente são as patologias que eu mais me sinto segura em dar alguma opinião sobre tratamento graças ao esforço e cobrança das professoras, que não se cansavam em nos fazer perguntas na frente dos pacientes.

No P5 nós começamos a entender melhor o modo de funcionamento da medicina e como a conversa e observação do paciente são essenciais para o conhecimento médico. Embora eu não tenha amado as matérias elas foram muito mais gostosas de serem estudadas pois são problemas reais - Vamos aprender a respeito de asma, diabetes, hipertensão arterial, varizes, IVAS, parasitoses.

Na pediatria também há muita exigência, diversos assuntos e prova no final do período com todos os tópicos dados. É muita responsabilidade cuidar dos pequenos, porém aos poucos vamos nos familiarizando, perdemos o medo e até acostumamos às tentativas de auscultar pulmão e coração com a criança aos prantos - quase sempre sem sucesso.

Enfim, desejo a todos que estão cursando ou cursarão em breve o "quinto dos infernos" muita sorte, força de vontade para estudar, coragem, menos ansiedade e expectativa. Somos 1/3 médicos, mas é frequente a sensação de que não temos conhecimento suficiente. Como sempre, aquele velho conselho: vamos com calma que tudo dá certo! Estudem e aproveitem as tão sonhadas CLÍNICAS!

16:20



Matheus Baptista - 5º Período

O 4º Período foi sem dúvida, dentro do ciclo básico, o período que mais me instigou. Além das disciplinas de agressão e defesa que mostram o universo dos microorganismos e a importância de conhecê-los - a fim de identificar os agentes causadores das mais variadas patologias que nos afetam e como conseguimos nos defender desse ambiente tão hostil - temos ainda a semiologia médica. Nela me deparei com a medicina na prática, vivenciando a importância de saber executar um bom exame físico e, acima de tudo, aprender a ouvir os pacientes e sua história, de modo a compreendê-los em toda sua complexidade física e psíquica

16:45



AGENDA

MAIO

06: Término do edital de transferência externa reopção de curso para o período 2016.1;

06: Período para requerer reabertura de matrícula

05 - 07: XXII Congresso Brasileiro de Trauma Ortopédico (Centro Cultural e de Exposições Ruth Cardoso, Maceió - AL)

11: Congresso da Federação Internacional de Cirurgia Plástica (Rio de Janeiro - RJ)

28: Baile de Formatura da Turma LXVI - Medicina UFAL

30: Encerramento do período letivo 2015.2

JUNHO

20: Início do semestre 2016.1

JULHO

22 - 31: Encontro Científico dos Estudantes de Medicina (Fortaleza - CE)

AGOSTO

12/08 - 02/09: XXXI Curso de Emergências Clínico-Cirúrgicas (Casa da Palavra, Maceió - AL)

21 - 24: 52º Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina tropical (Centro Cultural e de exposições Ruth Cardoso, Maceió - AL)

27 - 31: XXVII Congresso Brasileiro de Neurologia (Belo Horizonte - MG)



Créditos das imagens utilizadas:
Freepik
Shutterstock